



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

28 DE MAIO DE 2013

Em 28 de Maio de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Luiz Odorico Monteiro de Andrade, André Luis Bonifácio de Carvalho, Maria do Carmo, Sônia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Grabois Gadelha, José Miguel do Nascimento Junior.

CONASS: Vanda Maria Paiva, Miguel Ângelo T. Brandão D'Elia, René José Moreira dos Santos.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Charles César Tocantins de Souza, Pedro Herman Madeiro, Rodrigo César Faleiro Lacerda, Mauro Guimarães Junqueira, Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

a) Análise de Conjuntura e o Programa “Mais Médicos”.
SGETS/MS

MS: Esclareceu que não existe nenhum documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que indique o parâmetro de 1 médico/1000 habitantes. Este é o parâmetro de Cuba que indica 1 médico para 250 famílias ou 1000 pessoas na Atenção Básica. Atualmente, o Brasil possui 1.8 médicos/1000 habitantes. O parâmetro “espelhado” é o do Reino Unido de 2.7 médicos/1000 habitantes. Para alcançar esta meta, o Brasil precisaria de mais 160.000 médicos e esta proporção só seria alcançada no ano de 2032. Existem atualmente, mais de 1900 municípios com menos de 1 médico/3000 habitantes na Atenção Básica.

Informou que o discurso do senso comum traz alguns equívocos, como: não existem Planos de Cargos e Carreira para os profissionais; não há falta de médicos, mas sim, uma má distribuição destes; e não há oferta de emprego. Em resposta a este discurso o MS trouxe evidências de que nas cidades que possuem Planos de Cargos e

Carreira (PCC) também faltam médicos; mesmo nas cidades com grandes concentrações destes profissionais, ainda faltam médicos; e nos últimos 10 anos foram formados 54.000 postos de trabalho a mais do que o número de formados.

Comunicou que está prevista a abertura de milhares de novos postos de trabalho: 8000 novas Unidades Básicas de Saúde; 1841 com o Programa “Melhor em Casa”; 180 com o Programa “Viver sem limites”; 826 na Saúde Mental, com a expansão da Rede de Atenção Psicossocial; 338 no atendimento ao Câncer; 14.479 com as Unidades de Pronto Atendimento; e 578 na Saúde Indígena gerando um total de 26.311 novos postos de trabalho médicos. Além disto, estão sendo realizadas algumas medidas estruturantes, como por exemplo: a abertura de 2.415 vagas nos cursos de Medicina até 2014; 4000 novas Bolsas em Residências nas principais especialidades; aumento em 10 vezes o número de médicos inscritos no Programa de Valorização dos profissionais de Atenção Básica (PROVAB) 2013; e o desconto na dívida do Fundo de Financiamento ao estudante do Ensino Superior (FIES) para médicos que trabalham no SUS.

Referiu que outra polêmica envolve o “Revalida” que serve tanto para médicos brasileiros que se graduaram no exterior quanto para médicos estrangeiros que querem vir trabalhar no Brasil. O que está sendo proposto pelo MS, para contratação de médicos estrangeiros é uma estratégia específica com acordo bilateral entre países, para que o médico receba uma autorização especial para trabalhar na Atenção Básica, por um período específico de tempo. Não haverá validação automática ou em massa de diplomas. Neste sentido, duas estratégias complementares estão sendo trabalhadas: o médico se submete ao Programa Revalida e obtém o direito de exercer Medicina ou recebe uma autorização especial para atuação restrita nas áreas de escassez destes profissionais, como periferias de grandes cidades e municípios do interior por um determinado período. Estão sendo atraídos apenas profissionais qualificados, formados em instituições de ensino autorizadas e que tenham licença para atuar em seus países de origem. Ressaltou que não podem participar médicos de países cujo número é menor que a quantidade de médicos no Brasil, ou seja, menos de 1 médico/1000habitantes. A prioridade está sendo os médicos formados em Portugal e Espanha.

Conasems: Apoiou integralmente a proposta, acreditando que irá minimizar os problemas na Atenção Básica.

Conass: Concordou com a proposta e informou que este assunto vem sendo discutido nas Assembléias do

	<p>Conass e como produto destas, foi encaminhado ao MS um documento com algumas dúvidas que ainda persistem. Sendo assim, o esclarecimento destas dúvidas, apenas fortalece o processo de apoio do Conass a esta proposta.</p> <p>MS: Previu a construção de um Manifesto Tripartite reconhecendo o grave problema da falta de profissionais médicos no país e apoiando o MS nas iniciativas que já foram tomadas. Indicou que a SGTES redija e envie o documento a Conass e Conasems.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: SGTES elaborará documento Tripartite reconhecendo o grave problema da falta de profissionais médicos no país e apoiando o MS nas iniciativas que já foram tomadas. Encaminhará para contribuição e assinatura dos Conselhos (Conass e Conasems).</p>
<p>2. Apresentações e Discussões</p>	
<p>a) PROVAB. SAS/MS</p>	<p>MS: Indicou que o Provab é um produto de uma seqüência de debates realizados pelo MS, desde o início de 2011 sobre os municípios com a maior necessidade de médicos no país. Um dos documentos alicerce desta discussão é a Portaria nº 203 de 08 de fevereiro de 2013 que define os critérios do FIES. A Lei do FIES nº 12.202 de 14 de janeiro de 2010 já havia definido quais os critérios dos municípios com necessidade e estabeleceu que a expansão ocorresse em torno da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O prazo dado foi de 90 dias para o médico do PROVAB que esteja cadastrado em uma equipe de saúde da família, seja uma equipe mínima, ampliada ou específica conforme as modalidades existentes na PNAB. Refletiu a discussão feita pelo Conasems sobre a questão dos municípios que não possuem nenhuma ESF implantada e que, portanto, precisam implantar esta Estratégia. Propôs que para aqueles municípios que não possuem ESF será confeccionado um Modelo de Termo de Responsabilidade no qual o município assume a responsabilidade de em um novo prazo implantar a ESF. Ponderou a proposta do Conasems de um novo prazo, 120 dias. Para os demais segue a regra vigente, qual seja, se os profissionais continuarem não cadastrados em uma equipe deverão ser remanejados para outros municípios.</p> <p>Conasems: Informou que a supracitada discussão é uma demanda de vários municípios. E propôs que no próximo ano, o sistema de inscrição do Provab já exija que o médico apenas seja integrado a uma Equipe da</p>

	<p>ESF.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Estipulado novo prazo de 120 dias para que os municípios que não possuem a ESF, mas que possuem médicos do Provac, implantem ESF para cadastrar estes profissionais ou estes serão remanejados para outro município.</p>
<p>b) Orçamento Federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA/MS</p>	<p>MS: Iniciou a apresentação sobre o Orçamento Federal do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária contextualizando que esta foi uma solicitação feita pela CIT, por ocasião da pactuação da revisão da Portaria 3252, de financiamento. A explanação se refere às fontes de recursos atuais da ANVISA; a arrecadação de recursos com a cobrança de taxas e a comparação desses valores que são arrecadados em relação à forma e o montante repassados a estados e municípios.</p> <p>Conass: Sugeriu que essa apresentação e esse debate fossem levados ao GTVS para que as assessorias técnicas de CONASS e CONASEMS também pudessem fazer alguns questionamentos. Felicitou a ANVISA por ter atingido o objetivo desta pauta e pontuou que a essência desta discussão nasce da ideia de que uma parte significativa das ações compartilhadas é executada no âmbito local, principalmente com a equipe dos municípios, o que é possível ponderar se o financiamento da Vigilância Sanitária (VISA) é adequado. Compreendeu que a VISA deve permitir seu equilíbrio financeiro em termos orçamentários, todavia, denotou que esse financiamento está sempre à margem, aquém do necessário. Concluiu encaminhando a discussão para o GTVS, de como melhorar o financiamento de algumas ações de VISA, sendo possível a compatibilização de recursos com os que executam essas ações.</p> <p>Conasems: Endossou o posicionamento do CONASS e complementou rememorando alguns pontos importantes na discussão. Sendo este um tema de extrema relevância, indicou que é preciso lembrar que são 5 anos sem reajuste deste piso. Reivindicou a dificuldade em conceber a execução dessas ações com os recursos que são repassados, justificando assim, a ausência de alguns municípios na implementação das ações. Neste sentido, recomendou que a discussão fosse compartilhada também com a Secretaria Executiva/MS para pactuação política do financiamento da VISA. Propôs como encaminhamento a modificação do financiamento da Vigilância em Saúde, neste caso, pela revisão do piso da VISA, tanto municipal, quanto estadual também, visto as necessidades estruturais, de suporte e de apoio técnico que os Estados oferecem aos municípios. O intuito é</p>

	<p>vislumbrar em uma futura CIT a pactuação de novos valores para os pisos financeiros da Vigilância.</p> <p>MS: Reiterou que o objetivo desta apresentação foi de mostrar claramente quais são as fontes de recursos da Agência e, no âmbito das ações que são compartilhadas, o quanto é repassado a Estados e Municípios. Neste sentido, esclareceu os questionamentos levantados pelo Conasems: respondeu que existe uma proporção significativa próximo a 90%, como média de repasse, logo, afirmou que não há retenção de recursos por parte da ANVISA. Corroborou ser imprescindível a discussão do financiamento da VISA, informou que a ANVISA está disposta a fazer e vem fazendo, a exemplo da Pesquisa Nacional de Vigilância Sanitária, a ser concluído em 31 de maio, cujo resultado aportará subsídio para discutir outros assuntos, inclusive o financiamento. Comunicou que já existe uma proposta aprovada em Diretoria Colegiada da ANVISA, com previsão de discussão no Subgrupo VISA a respeito da revisão dos pisos, obviamente dentro das limitações orçamentárias da ANVISA. Entretanto, se é suficiente ou não, este é um assunto a ser debatido no Sistema.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Programar dentro da agenda Tripartite, reunião conjunta: GT de Gestão e de Vigilância em Saúde para discussão do financiamento da VISA.</p>
<p>c) Sistema de Gestão E-SUS Hospitalar. SGEP/SAS/MS</p>	<p>MS: Informou que a atual versão do sistema E-SUS hospitalar está passando por um processo de testagem para ser utilizado, além da gestão de hospitais, também na gestão de Unidades de Pronto Atendimento – UPA. Destacou que o E-SUS hospitalar vêm para substituir o antigo HOSPUB (Sistema Integrado de Informatização de Ambiente Hospitalar), modernizando toda a arquitetura do sistema e agregando novas funcionalidades. Ressaltou que o E-SUS hospitalar será capaz de gerenciar todas as áreas não clínicas de um hospital, como Farmácia, Laboratório, Almoxarifado, dentre outros. Demonstrou os avanços que serão alcançados pela gestão, como a possibilidade de um sistema baseado em processos, que se adapta à rotina do hospital, e também a questão da interoperabilidade entre <i>web services</i>, já instituindo prontuários eletrônicos únicos, formulários dinâmicos, gerador de relatórios e a integração ao programa SOS emergência. Ressaltou que já existem 03 (três) hospitais, vinculados ao projeto SOS Emergência, alimentando as bases de dados do sistema, sendo que, originalmente foi implantado nos 06 (seis) Hospitais Federais do Rio de Janeiro. Apontou as necessidades de implantação do sistema, referendadas pelo Ministério da Saúde, como cenários de implantação e de manutenção do <i>software</i>. Esclareceu que os hospitais integrantes do programa SOS Emergência receberão o pacote completo de</p>

implantação financiado pelo Ministério da Saúde. Atualmente já foram contemplados 03 (três) hospitais do grupo 01 do programa SOS Emergência (Hospital Geral Roberto Santos/Salvador/BA; Hospital Municipal Miguel Couto/Rio de Janeiro/RJ; Instituto José Frota/Fortaleza/CE), destacando que os próximos contemplados serão os hospitais que integram os grupos 02 e 03 do programa, totalizando 06 novos hospitais. Destacou o desafio de implantação dos pólos de capacitação de equipes e empresas interessadas em contribuir com o desenvolvimento do E-SUS Hospitalar. Informou ainda sobre as matrizes de responsabilidades propostas pelo Ministério da Saúde e também a sugestão de implantação em nuvem do sistema, a longo prazo, que visa o rateio de determinados custos pelo número de hospitais que virem a aderir o sistema E-SUS Hospitalar.

Foi informado também sobre a conclusão da base e do barramento do sistema Cartão SUS, já com o SISREG consumindo o barramento do cartão. Destacou que o problema atual enfrentado refere-se à questão da conectividade nas Unidades Básicas de Saúde. E neste sentido, está sendo realizada licitação para conectividade banda larga destinada a 13 mil unidades básicas. Enfatizou a necessidade que os hospitais têm de infraestrutura, física e tecnológica, para implantar o sistema E-SUS Hospitalar. Informou ainda sobre o desenvolvimento do sistema E-SUS Samu, uma parceria entre DATASUS e SAS/MS, visando obedecer a uma recomendação do Tribunal de Contas da União – TCU, que irá aproveitar as experiências adquiridas pelos estados da Bahia e Santa Catarina.

Esclareceu que a manutenção adaptativa e produtiva do HOSPUB será mantida pelo Ministério da Saúde, que apenas interromperá fases de desenvolvimento, mas não haverá novas instalações deste. Informou que o diferencial do sistema E-SUS Hospitalar está no fato de este ser um sistema web multi-empresa, que pode, em uma única instalação, gerenciar de 40 a 42 hospitais. Apontou como desafios para a implantação do sistema: a conscientização do administrador hospitalar e os diversos cenários existentes para sua implantação.

Conasems: Parabenizou a iniciativa do MS, destacando a organização em módulos do sistema E-SUS Hospitalar. Manifestou preocupação com os custos de implantação do sistema, uma vez que este vem para substituir um sistema que está em uso (HOSPUB). Sugeriu que seja agregada ao processo de aquisição do sistema, uma etapa que contemple a mudança de cultura nos hospitais, para facilitar a implantação.

Conass: Questionou a possibilidade de contratação de uma empresa privada para obter a nuvem e instalar o

	<p>sistema no Estado, e também sobre a opção de integração dos hospitais, do mesmo estado, por meio de um único sistema.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: DATASUS/SGEP construirá Nota Técnica informativa sobre a implantação do E-SUS Hospitalar a Municípios e Estados.</p>
<p>d) Situação das informações de Municípios e Estados quanto aos Relatórios de Gestão no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS), anos base 2011 e 2012. SGEP/MS</p>	<p>MS: Disse ser uma demanda da CIT e que envolve a possibilidade de disponibilização do módulo eletrônico do Relatório Quadrimestral. No intuito de contextualizar os aspectos que regem os processos de construção dos Relatórios de Gestão, fez menção à legislação vigente, dando destaque à Lei Complementar nº 141/12, a Portaria GM/MS nº 575/12 e a obrigatoriedade do cumprimento da alimentação do sistema pelo Acórdão nº1459/11 do TCU. Acrescentou referindo que o Sargsus permite a interoperacionalização dos sistemas na mesma lógica do E-SUS e outros. Mencionou a construção do processo de acesso ao sistema, levando a 100% de envio de relatórios Municipais e Estaduais aos seus respectivos Conselhos de Saúde referente ao RAG 2011. Agradeceu o apoio do Conass e Conasems para o alcance dos resultados. Quanto ao RAG 2012 apresentou o dado nacional de 66% de alimentação do sistema e os percentuais por região. Fez referência a linha do tempo que demonstra os períodos de execução do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO): o primeiro quadrimestral, o RAG 2012 e o segundo ciclo do quadrimestral. Informou que será disponibilizado aos gestores, com previsão para julho/2013, o módulo eletrônico do relatório quadrimestral, cujo protótipo foi elaborado com base no que foi pactuado na CIT e aprovado no Conselho Nacional de Saúde – CNS. Ponderou que o módulo eletrônico permite extrair do SARG as informações de identificação dos gestores, do recorte referente à oferta de serviços, do recorte de recursos aplicados para o componente resumido (quadrimestral), dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo por meio dos blocos de financiamento, e os dados referentes às auditorias em curso. Afirmou que toda a categorização das informações são extraídas automaticamente. Salientou que mesmo o módulo eletrônico sendo liberado em julho/2013, a ferramenta permite o resgate dos relatórios quadrimestrais anteriores e que concluído o 3º quadrimestre, os gestores terão a base de seus RAG estruturada. Por fim, reforçou que o relatório quadrimestral é apresentado na Casa Legislativa e Conselhos de Saúde, não sendo submetido aos status de apreciação do Relatório Anual de Gestão, caracterizando-se assim em processo de monitoramento contemporâneo à construção do RAG.</p>

	<p>Conasems: Parabenizou o Diretor do Departamento de Articulação Interfederativa –DAI/SGEP/MS, André Bonifácio, pelo apoio, competência, dedicação e excelente articulação com o Conasems e Cosems de todos os estados, no processo de construção.</p> <p>Conass: Corroborou com a fala do Conasems e também felicitou e agradeceu ao Diretor do DAI pelo esforço e atenção dada a todas as Secretarias Estaduais de Saúde (SES).</p> <p>MS: o Diretor do DAI agradeceu ao Conass e Conasems, fez referência ao trabalho do DATASUS e disse que os resultados mostram o interesse e a preocupação dos gestores com a transparência pública.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Concluído o módulo eletrônico, o MS organizará agenda com Conass e Conasems para a realização de teste do módulo eletrônico do Relatório Quadrimestral com as SES e SMS.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. SE/MS</p>	<p>Conasems: Concordou com a pactuação desta Minuta de Portaria devido os quatro grandes Eventos de Massa que estão por vir. No entanto, solicitou que as diretrizes em relação ao planejamento e a responsabilização dos municípios retornem para discussão no GT conjunto (Gestão, VS e Atenção à Saúde) e sejam pactuadas <i>ad referendum</i>.</p> <p>Conass: Apoiou e concordou com a proposta de Conasems.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada com ressalva. As diretrizes em relação ao planejamento e a responsabilização dos municípios retornarão para discussão no GT conjunto (Gestão, VS e Atenção à Saúde) e serão pactuadas <i>ad referendum</i>.</p>
<p>b) Política Nacional e Plano Operativo de Educação Popular em Saúde. SGEP/MS</p>	<p>Conass: Afirmou que esta Política e seu Plano Operativo foram discutidos amplamente e pôs-se pela pactuação.</p> <p>Conasems: Se posicionou favoravelmente pela pactuação e ressaltou a importância do trabalho que vem sendo realizado por todos os grupos que atuam com Educação Popular e com as Práticas Alternativas em Atenção à Saúde.</p> <p>MS: Agradeceu a Conass e Conasems pelo trabalho conjunto realizado que possibilitou a harmonização da Política e do Plano Operativo. Ressaltou ainda que este é um trabalho construído há algum tempo e atualmente tem seu escopo de atuação ampliado, possibilitando consolidar o desenvolvimento de suas ações.</p>

	ENCAMINHAMENTO: Pactuada.
c) Cirurgias Eletivas. SAS/MS	<p>Conass: Propôs que Estados e Municípios com execução inferior a 50% realizem o remanejamento intraestadual, por meio das CIB; a prorrogação do prazo da Portaria Nº 1340/GM/MS de 29 de junho de 2012 para até 30 de setembro de 2013 e; a realização de um encontro de contas entre o montante transferido e o efetivamente gasto por cada Estado com os Procedimentos Cirúrgicos Eletivos após 30 de setembro, viabilizando assim, a pactuação na CIT do mês de Outubro/2013 de uma nova lógica de distribuição dos recursos 2013-2014. Em relação aos Estados e Municípios que já executaram mais de 100% e, portanto, receberão os novos recursos referentes a 2013-2014 solicitaram que seja estabelecida uma metodologia que dê celeridade ao repasse destes recursos. Propôs ainda que este repasse se dê em duas parcelas: 1ª) 60% dos recursos pactuados na Portaria Nº 1340/GM/MS e a 2ª) 40%, sendo agregados critérios de desempenho pactuados na nova lógica de distribuição dos recursos.</p> <p>Conasems: Manifestou preocupação em relação à situação de Estados e Municípios que não executaram nada ou menos de 20% de seus recursos, receberem novos recursos do MS. Corroborou a proposta do Conass de prorrogar o prazo da Portaria Nº 1.340/GM/MS para Estados e Municípios que não executaram seus recursos e que sejam repassados, imediatamente, novos recursos para os que já executaram. E acrescentou a necessidade de que depois de vencido o prazo da prorrogação, isto seja rediscutido na Tripartite. Retomou o encaminhamento do último GT de Atenção à Saúde sobre a realização de uma Oficina com Estados e Municípios para acompanhar a execução destes recursos.</p> <p>MS: Relembrou que este assunto vem sendo discutido no GT de Atenção à Saúde e como produto desta discussão foi confeccionada a Nota Técnica nº6/2013 - ASTEC/DRAC/SAS/MS que já possibilita a alocação de recursos para os entes com execução elevada, onerando parte dos R\$ 600.000.000,00 programados para 2013-2014. Concordou com as solicitações de repasse imediato dos novos recursos para aqueles que executaram e que este repasse se dê em duas parcelas: primeiro 60% e em seguida, 40% segundo critérios de desempenho. Propôs que se retorne ao GT de Atenção à Saúde, com a maior brevidade possível, para discutir a prorrogação do prazo da Portaria.</p>

	<p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retornar ao GT de Atenção à Saúde a discussão de: prorrogação do prazo da Portaria GM/MS nº 1340/12 para 30 de Setembro de 2013 e remanejamento dos recursos dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos entre os componentes desta Portaria. • Estados e Municípios com execução inferior a 50% realizarão remanejamento intraestadual, por meio das pactuações CIB. • Estados e Municípios que já executaram mais de 100% receberão os novos recursos referentes a 2013-2014 com a maior brevidade possível. O repasse se dará em duas parcelas: 1ª) 60% dos recursos pactuados na Portaria nº 1.340/GM/MS e a 2ª) 40% sendo agregados critérios de desempenho.
<p>4 Informes:</p>	
<p>a) Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – Qualifar-SUS. SCTIE/MS</p>	<p>MS: Informou sobre a publicação da Portaria GM/MS nº 980/2013, que dá continuidade ao Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica – Qualifar - SUS, destacando que o Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) iniciou o processo de inscrição dos novos municípios. Ressaltou que atualmente o MS possui uma Política de Qualificação da Assistência Farmacêutica, e não mais uma área restrita a distribuição de medicamentos, como praticado anteriormente. Citou os 04 eixos que compõem o Programa, com ênfase no eixo Educação, que já possui mais de 10 mil vagas de capacitação na assistência farmacêutica. Disse que em 2012, foram apoiados 453 municípios situados em áreas de extrema pobreza, e para 2013 serão elegíveis 1.274 que obedecem aos critérios estabelecidos. Solicitou apoio de Estados e Municípios para valorar a assistência farmacêutica integrada, com foco no cidadão.</p>
<p>b) Licitações ‘desertas’ de medicamentos. CONASS</p>	<p>Conass: Descreveu a situação identificada pelos Estados da região Nordeste: durante a realização das licitações para aquisição de medicamentos essenciais, estas se encontravam ‘desertas’, ou seja, sem o registro de nenhum participante, e ao se realizar as licitações para aquisição emergencial, os concorrentes estavam presentes. Elaborou um documento que destaca as seguintes situações: elevado número de deserção em licitações; prática de preços diferenciados por empresas monopolistas; condutas passíveis de apuração, por se tratar de suposta formação de cartel e abuso de poder econômico. Fez breve evidência sobre o processo criminal aberto pelo</p>

Ministério Público do Estado de Pernambuco, para apuração das eventuais práticas abusivas. Por fim, destacou as providências tomadas:

- I. Reforçar as competências regulatórias da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED;
- II. Debater as questões ligadas à aquisição de medicamentos com os Conselhos de Saúde, inclusive com o Conselho Nacional de Saúde – CNS;
- III. Apresentar ao Ministério da Saúde o elenco de medicamentos de difícil aquisição pelos Estados, com vistas a encaminhamentos conjuntos;
- IV. Providenciar, quando couber, solicitação de apuração de condutas de laboratórios/fabricantes/distribuidoras de medicamentos junto a CMED e ao Ministério Público Estadual, quando houver dificuldade de aquisição, por suposta formação de cartel e também ao Conselho Nacional de Política Fazendária – CONFAZ, nos casos em que a oferta de preços estiver em desconformidade com a prática do mercado, ou não praticarem a desoneração tributária de Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS;
- V. Encaminhar denúncia ao CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica, conforme sugestão da Anvisa;
- VI. Discutir a aplicabilidade do Preço Máximo de Venda ao Governo – PMVG, nos casos em que o preço praticado pelo mercado for inferior ao estabelecido pelos órgãos de controle;
- VII. Ampliar o debate sobre a Assistência Farmacêutica no SUS, especialmente junto à mídia, quanto à identificação de problemas no abastecimento regular de medicamentos do Componente Especializado;
- VIII. Cumprir a agenda proposta pela Carta de Recife, junto ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Colégio Nacional de Procuradores Gerais de Estado, Anvisa e Conasems;
- IX. Oficializar o teor do documento junto ao Ministério Público Federal, aos Ministérios Públicos dos Estados,

	<p>ao Conselho Nacional de Justiça – CNJ, Tribunais de Justiça e aos órgãos de controle dos governos;</p> <p>X. Publicar o documento no site do Conass.</p>
<p>c) Sessão Solene da Câmara dos Deputados do dia 10 de junho. CONASEMS</p>	<p>Conasems: Convidou todos os Secretários, Diretores, e demais equipes do MS, bem como a presidência do Conass, SES e Diretoria da bancada do Conasems para a Sessão Solene que acontecerá no próximo dia 10 de Junho, às 10hs, na Câmara dos Deputados, em comemoração aos 25 anos do Conasems. Esta sessão será um marco público que se propõe a alcançar visibilidade positiva e propositiva em defesa do Sistema Único de Saúde.</p> <p>MS: Confirmou participação e reforçou a parceria na construção do SUS.</p>
<p>d) XXIX Congresso Nacional das Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS</p>	<p>Conasems: Convocou a todos para participar do XXIX Congresso Nacional das Secretárias Municipais de Saúde a ser realizado no período de 07 a 10 de julho, com atividades e Oficinas Temáticas. As inscrições já estão abertas e podem ser feitas pelo site do Conasems.</p> <p>Conass: Confirmou a participação e desejou sorte na reeleição da Presidência do Conasems. Na oportunidade, informou que o Estado do Tocantins terá uma participação significativa no referido Congresso.</p> <p>MS: Confirmou participação e reforçou a parceria na construção do SUS.</p>
<p>e) Enfrentamento tripartite das questões relacionadas às demandas judiciais em saúde. CONASEMS/CONASS/MS</p>	<p>MS: Fez breve introdução acerca da situação da Judicialização, citando o exemplo da Secretaria de Estado de São Paulo, que tem em seu orçamento 17 bilhões por ano, sendo gasto 1 bilhão em demandas Judiciais em saúde.</p> <p>Conasems: Informou a criação do subgrupo tripartite para o enfrentamento das demandas judiciais em saúde, que tem se reunido quinzenalmente. Dentre as atividades que vem realizando se propõe a criar um Sistema de Informação que englobe a situação da Judicialização dos três entes, bem como um banco de subsídio técnico para construção de Notas Técnicas Tripartite em resposta aos processos judiciais que solicitam medicamentos, internações, exames ou procedimentos cirúrgicos. Acrescentou que para o diagnóstico acerca da judicialização no país, foi enviado um questionário por meio de um Ofício Tripartite às SES e às Capitais. Sugeriu aumentar o escopo da pesquisa enviando também para os Presidentes dos Cosems com vistas a seu posicionamento frente à resposta do Estado.</p> <p>Conass: Ressaltou que a medida é uma ação fundamental para mensurar a situação da Judicialização no Brasil</p>

	<p>e ponderou que diante do papel dos Cosems, caberia apenas auxiliar na devolutiva das respostas pelo Estado, evitando, inclusive, duplicidade de informações. Na impossibilidade, sugeriu a participação do Cosems restrita à elaboração do documento.</p> <p>MS: Afirmou que, caso o questionário seja estendido aos Cosems, este precisará ser reelaborado e por isso, indicou que talvez seria interessante à participação do Cosems na consolidação da resposta.</p>
f) Reajuste no valor do Programa de Volta para a Casa. SAS/MS	<p>MS: Relembrou que o Programa tem como base a Lei Federal nº 10.708 de 13 de julho de 2003, que instituiu o auxílio reabilitação social dos egressos de longa permanência dos hospitais psiquiátricos. O valor inicial do incentivo era R\$ 240,00, com o reajuste em 2008, foi para R\$ 320,00, tendo como base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo). A proposta é de que seja aplicado e mantido o mesmo valor do IPCA de 2008 para 2013, com 28,6%, o que elevaria o valor individual de R\$ 320,00 para R\$ 411,74, sendo definido em R\$ 412,00, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental nº 0018 prevista no Plano Plurianual.</p>
g) Fortalecimento da testagem de sífilis na Atenção Básica. SVS/SAS/MS	<p>MS: Mencionou que se trata de uma ação conjunta entre a Atenção à Saúde Integral da Mulher e as equipes dos DST/Aids e Atenção Básica, tendo em vista a preocupação da magnitude do problema da Sífilis no Brasil. Foram disponibilizados testes rápidos, mas o desempenho tem sido muitíssimo baixo. Como uma das estratégias para incrementar e disseminar o maior número possível de informações, o DAB disponibilizou formulário de manifestação de interesse dos municípios em receber os testes rápidos, cujo preenchimento é simples, e está aberto, com prazo para devolução até o dia 10 de junho de 2013. Em função do levantamento dos 100 municípios elencados como prioritários na redução da Sífilis Congênita, a partir das notificações de 2009 a 2011 surgiu a necessidade de envio de forma mais direta do teste rápido. Isto será motivo de videoconferência nos dias 20 e 21 de junho com a Atenção Básica, Coordenações de DST/Aids e Saúde da Mulher, com vistas a estimular a utilização destes testes na Atenção Básica e na Rede Cegonha, evitando a perda, dado o prazo de validade, considerando a grande quantidade de amostras existentes no estoque do MS.</p>
h) Calendário CIT de Julho/2013	<p>Conasems: Afirmou a manutenção da data da Tripartite do mês de Julho para o dia 25, conforme pactuado anteriormente.</p>