



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 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

21 DE MARÇO DE 2013

Em 21 de Março de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Márcia Aparecida do Amaral; Helvécio Miranda Magalhães Júnior; Sonia Maria Feitosa Brito; Carlos Augusto Grabois Gadelha; Mozart Julio Tabosa Sales e Antonio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Hélio Franco de Macedo Júnior; Beatriz Figueiredo Dobashi; Sérgio Luiz Côrtes e Ciro Carlos Emerim Simoni.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Pedro Herman Madeiro, Murilo Porto Andrade, Rodrigo Lacerda, Amilton Fernandes Prado, Hans Fernando Rocha Dohman e Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

3. Discussões e Pactuações

a) Minuta de Portaria que dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS

MS: Justificou o não cumprimento do fluxo para pactuação na CIT, de discussão prévia e construção de consenso no grupo de trabalho - GT da Câmara Técnica da CIT. Agradeceu a colaboração do Conass e Conasems na inclusão deste ponto de pauta para pactuação, considerando a importância de se avançar na implementação da rede de atenção Psicossocial. Saliou a participação do MS na assembleia do Conass para esclarecer dúvidas e ponderou acerca das adequações solicitadas por este, sendo em sua maioria ajustes de forma. Todas as solicitações foram acatadas e incorporadas no documento. Propôs que a nova versão do documento seja apreciada na reunião do GT de Atenção à Saúde, dia 04/04/2013 e havendo consenso tripartite, o mesmo será enviado à publicação. Acatou todas as ponderações feitas por Conass e Conasems.

Conass: Reiterou a importância desta ação e destacou dentre as considerações feitas em sua assembleia a necessidade de exclusão do Art. 17, por já está contemplado nos Art. 4º e 5º. Corroborou com a fala do Conasems no tocante a revitalização dos CAPS já existentes, sendo esta uma ação primordial. Solicitou também que os estudos para reformas sejam continuados a exemplo do Requalifica UBS.

Conasems: Manifestou-se pela pactuação do documento, porém destacou algumas ponderações feitas pelos gestores no Conselho Nacional de Representantes Estaduais do CONASEMS – CONARES, a saber: a proposição inicial de que esta pauta seria discutida na CIT de Abril/2013; que os recursos financeiros apresentado na minuta, embora representem um valor razoável, são insuficientes para conclusão das obras dentro das metragens e especificações, que os municípios têm dado para estas unidades. Por fim, propôs que a aplicação do recurso não seja restrito apenas aos novos serviços a serem implantados, mas que também possa ser utilizado na execução de projetos de adequação e/ou

b) Minuta de Portaria que dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS

construção de unidades que apresentam estruturas físicas inadequadas e locadas em casas alugadas, considerando a necessidade de revitalização dos CAPS já existentes com vistas a garantia da qualidade da assistência.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada. Apresentação da versão final, com a incorporação das sugestões feitas por Conass e Conasems, na reunião do GT de Atenção à Saúde, dia 04/04/2013.

MS: Ponderou acerca do processo de construção da proposta, dando destaque ao grupo de trabalho interno do MS, com as participações das secretarias de Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, INCA e Conjur. Informou que a minuta foi discutida também no GT de Atenção à Saúde e citou as questões fundamentais contempladas na proposta:

- Prazo de 60 dias para início do tratamento a contar a partir do registro do diagnóstico no prontuário do paciente;
- Instituição do SISCAN, que é o sistema de informação do câncer, no qual irá constar 3 datas fundamentais: data do laudo patológico, data do registro do laudo no atendimento e a data do efetivo início do tratamento;
- Há exceções de três casos no cumprimento do prazo supracitado: câncer não melanótico, câncer tireóideo e os casos sem indicativos de tratamento neoplásico imediato. Comunicou a elaboração pelos oncologistas do INCA de uma nota técnica, disponível no Site da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS; na qual apresenta justificativas para o não cumprimento do prazo.
- As competências por ente federado: necessário incorporar nas competências Estaduais o processo de contratualização de alguns serviços;
- Grandes espaços territoriais que estão na Lei em seu Art. 4º, o que justifica a necessidade de

haver um plano regional com pactuação prévia em suas respectivas instâncias (CIR e CIB);

- Solicitação de exclusão do Art. 15 que trata das apelações;
- Revisão da redação afeta ao Financiamento tripartite de modo a explicitar que os procedimentos cirúrgicos, radioterapia e quimioterapia são financiados com recurso federal.

Disse ainda sobre o programa de ampliação dos serviços de oncologia e o desafio da confirmação diagnóstica, sendo a nova conformação dos CACONS uma estratégia de ampliar os serviços de confirmação diagnóstica. Quanto aos medicamentos fez menção ao grande esforço da SAS e SCTIE na construção dos protocolos do câncer, a exemplo da incorporação do trastuzumabe, o que gerou uma economia de mais de 200 milhões de reais e a garantia do acesso, mesmo enfrentando resistência de vários especialistas. Comunicou a criação de um grupo de gestão de tecnologia que tem por objetivo abordar os medicamentos oncológicos, priorizando 16 medicamentos considerados como oncológicos negligenciados, fundamentais para o tratamento do Câncer e sem interesse comercial.

Conass: Ponderou acerca da discussão ocorrida em sua assembleia com a participação do MS, enfatizou que todas as suas solicitações foram atendidas e destacou as principais:

- Inserir no Art. 9º, um inciso a semelhança do I do Art.10, no que diz respeito ao planejamento e programação das ações e serviços, contratualização dos mesmos e pactuação nas Cib;
- Inclusão do § único no Art. 14 de que os municípios, estados e união não estão isentos ao cumprimento do prazo;
- Exclusão do Art. 15 por reforçar a questão da judicialização;
- Rever a redação do documento de modo a focar apenas o tratamento e não na prevenção e promoção, para não potencializar as diversas interpretações jurídicas aumentando assim a

<p>c) Minuta de Portaria que redefine e amplia o processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS</p>	<p>judicialização;</p> <p>Reiterou a necessidade de retomar a discussão dos medicamentos oncológicos, seus protocolos e forma de financiamento, para dar maior concretude à Lei 12.732 que entrará em vigor 22/05/2013.</p> <p>Conasems: Corroborou com a fala do Conass e enfatizou a necessidade de revisão da redação dada a questão do financiamento tripartite, explicitando a especificação, a fim de evitar problemas junto aos órgãos de controle, afirmando que na oncologia cabe aos estados e municípios a execução, realização de exames complementares e iniciais, sendo o financiamento responsabilidade do MS.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. O documento será ajustado pela área técnica do MS e socializado ao Conass e Conasems antes de encaminhar para publicação.</p> <p>MS: Relembrou que a Política de Atenção à Saúde da População LGBT no Brasil foi publicada em Novembro de 2011 e o Eixo 1 desta, tratava especificamente, da ampliação do Processo Transexualizador. Além disto, a Portaria Nº 457, de 19 de Agosto de 2008 esteve pautada apenas no procedimento hospitalar o que produziu uma grande demanda dos Movimentos Sociais pelo acolhimento e acompanhamento ambulatorial. A Minuta é o resultado de um trabalho conjunto da SAS, SCTIE e SGEP/MS ao longo do ano de 2012. Neste sentido, a atual proposta traz, em um primeiro momento, uma revisão da “lógica do cuidado”, não apenas na questão da atenção no procedimento cirúrgico e hospitalar, mas também, na estruturação e ampliação dos serviços de atenção ambulatorial. Acrescentou ainda que nos quatro serviços habilitados hoje no país - nos estados de RS, RJ, GO e SP - existe uma demanda reprimida de 500 pessoas, apenas no procedimento cirúrgico. Trouxe também alterações em alguns procedimentos, como: acompanhamento pré e pós-operatório do usuário/a no</p>
--	---

processo transexualizador, terapia hormonal no processo transexualizador – ciproterona, terapia hormonal no processo transexualizador, redesignação sexual no sexo masculino e tireoplastia. Além disto, foram incluídos os seguintes procedimentos: Mastectomia simples bilateral em usuário/a sob processo transexualizador, hysterectomia com anexectomia bilateral e colpectomia em usuário/a sob processo transexualizador, cirurgias complementares de redesignação sexual, acompanhamento de usuário/a no processo transexualizador apenas para tratamento clínico (por atendimento). Informou que estes procedimentos serão financiados pelo FAEC e que a proposta para 2013 é de duplicar o número destes serviços.

Conass: Fez três ponderações sobre a Minuta de Portaria:

1. Rever a Idade Mínima para o procedimento. Orientados por um especialista – Psiquiatra - propuseram uma idade mínima de 21 anos. Solicitou uma Nota Técnica contendo as informações para a escolha de 18 anos como Idade mínima para os procedimentos.
2. Assegurar de forma mais clara o acolhimento e atendimento ambulatorial nos Estados.
3. Propôs que estes serviços sejam inseridos nos ambulatórios dos Hospitais Universitários ou de Ensino.

MS: Em resposta ao Conass sobre a questão da idade mínima concordou em confeccionar uma Nota Técnica com todas as informações concernentes. Quanto à questão dos serviços ambulatoriais priorizarem os Hospitais Universitários relatou que a Política anterior estava fechada nestes serviços, por isto, surgiu à necessidade de garantir a possibilidade de expandi-los a outras unidades. No entanto, fica sob responsabilidade de cada Estado a escolha do local onde este serviço será inserido. Para finalizar, relatou uma conquista importante nesta área que é o “Nome Social” no Cartão Nacional de

d) Minuta de Resolução que dispõe sobre as regras da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). SGEPI/MS

Saúde. Propôs que em um processo compartilhado com Conass e Conasems seja construída uma agenda com o objetivo de descentralizar os Comitês que discutem a Atenção Integral à Saúde da população LGBT. Citou também os Comitês de Políticas promotoras de equidades: Saúde da população Negra, População de Rua, População LGBT, População de Circo, Cigana, além da Educação Popular em Saúde.

Conasems: Reiterou e acatou as propostas feitas pelo Conass e parabenizou o MS pelo avanço que a proposta demonstra.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada. Elaboração de uma Nota Técnica que embase a discussão sobre a Idade mínima para realização destes procedimentos. A área técnica do MS convidou Conass, Conasems e o GT de Atenção à Saúde da CIT para participar das discussões com o Grupo Técnico de especialistas da referida Portaria.

MS: Iniciou apresentando a relação do conteúdo trabalhado com as premissas para pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do planejamento em saúde, 2013 -2015, pactuadas na CIT de fevereiro/2013, demonstrando determinadas inovações como a temporalidade trienal (2013-2015), a indução de melhoria de acesso, qualidade e efetividade conforme apurado no IDSUS e a indução de organização das Redes de Atenção com ênfase regional. Ressaltou também que os indicadores que compõem o rol distribuem-se entre IDSUS, Gestão e Vigilância, além de estarem caracterizados em 36 indicadores universais e 31 indicadores específicos podendo, após consenso tripartite, consolidar um total de 67 indicadores de acordo com a pactuação proposta. Demonstrou que os indicadores: 04 (Proporção de exodontia em relação aos procedimentos); 08 (Razão de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e população residente); 10 (Razão de internações clínico-cirúrgicas de alta

complexidade na população residente); 13 (Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente); 61 (Proporção de vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública); e 67 (Proporção dos entes da região com pelo menos uma alimentação por ano no Banco de Preço em Saúde) necessitarão de discussão neste plenário. Justificou a necessidade de manutenção do indicador 67, explicando que este indicador visa medir a evolução da desprecarização dos vínculos trabalhistas dos profissionais de saúde, no entanto, reconheceu que a redação que explicita a meta do indicador deverá ser melhor trabalhada para refletir a real pretensão desta avaliação. Reforçou que, tanto o conceito de desprecarização, como o de “vínculo protegido”, é relativamente abrangente, seja por tempo determinado ou indeterminado, bem como outros contratos de trabalho “precarizados” no serviço público. Solicitou a manutenção do indicador também no intuito de se discutir e aprimorar o conceito do “vínculo protegido”, fazendo apelo ao Conass e Conasems, pois caso fosse retirado, não haverá nenhum indicador relacionado à área do trabalho em saúde. Destacou a condução do processo de pactuação dos indicadores, enfatizando a redução do número de indicadores e as poucas divergências apontadas ao fim do processo de negociação no GT de Gestão. Sobre o indicador 04, pontuou a necessidade de verificar os níveis de exodontia praticados e a respeito do indicador 61 ressaltou a necessidade de refletir a tendência de alimentação dos Bancos de Preços em saúde. No entanto, reconhece a necessidade de confirmar onde a informação está sendo disponibilizada atualmente. Reforçou também que, mesmo a tipificação dos indicadores 08, 10 e 13 sendo alterada para ‘específico’, estes permanecerão sendo monitorados pelo Indicador de Desempenho do SUS – IDSUS.

Conass: Para pactuação da proposta solicitou as seguintes alterações: Retornar a tipificação dos indicadores 08 e 10 para ‘específico’, permanência da tipificação do indicador 13 como ‘específico’, exclusão do indicador 61, verificar se existe base de informação para o indicador 67 e exclusão do indicador 04 uma vez que ainda não existe indicador capaz de medir acesso, cobertura e qualidade da

odontologia. Justificou que já havia alertado que os indicadores 08 e 10 não conversam com o processo de pactuação, por isso mantê-los como 'específicos'. Sobre o indicador 13, ponderou que não existe base de informações para todas as regiões e relacionado ao indicador 61 manifestou dificuldades para interpretar o termo 'vínculo protegido' e para identificar a base de informações. Sobre a afirmação de que a base de informações referente ao indicador 61 está disponível no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES 3.1, ressaltou que esta base define quantidade e não proporção. Deste modo, solicitou que, em mantendo o indicador 61, a sua redação seja reescrita.

Conasems: Corroborou com Conass acerca da necessidade de exclusão do indicador 04, uma vez que não é possível mensurar acesso com processo de exodontia e também para os demais indicadores (08, 10, 13, 61 e 67). Solicitou ajustes na redação do artigo 2º da minuta de resolução, em seus parágrafos I e III. Elogiou a proposta de redução do número de indicadores.

ENCAMINHAMENTO: Pactuado o mérito, devendo retornar ao GT de Gestão para consenso das alterações acordadas no plenário da CIT e ser publicada *Ad Referendum*.

Ressalvas apontadas por Conass e Conasems:

- Alterar a tipificação dos indicadores 8, 10 e 13 para 'específico';
- Confirmar a fonte de informações do indicador 67;
- Manter a tipificação do indicador 4 como 'específico';
- Alterar a tipificação do indicador 61 para 'Universal' e qualificar o conceito no Grupo de Trabalho;
- Ajustar a redação da minuta de resolução, art. 2º parágrafos I e III.

e) Minuta de Portaria que dispõe sobre a criação das Coordenações Estaduais e do Distrito Federal do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e cria incentivo financeiro de custeio para manutenção e execução de suas atividades no ano de 2013. SGTES/MS

MS: Informou que esta Minuta de Portaria foi apresentada e discutida nas Assembleias de Conass e Conasems que propuseram duas alterações no texto: 1) expor a determinação específica do papel da Coordenação Estadual no Termo de Compromisso e 2) modificar o ponto de corte mínimo do número de médicos de 100 para 50. A minuta de portaria propunha um ponto de corte de R\$ 60.000,00 até 100 médicos por Estado. Acatando as recomendações de Conass e Conasems o ponto de corte mínimo de R\$60.000,00 fica estabelecido para o mínimo de 50 médicos e, acima disto, o Estado receberá R\$ 100.000,00 com o acréscimo de R\$ 600,00 a cada 100 médicos. O valor total do investimento está em R\$ 3.866.000,00. A criação desta Coordenação Estadual tem sido uma solicitação dos Estados e se mostra fundamental para o bom andamento deste Programa, no sentido de incentivar a capilaridade de governança conjunta. Um grupo tripartite consolidará esta Minuta de Portaria e a meta é de que no mês de Abril estas Coordenações Estaduais devam estar todas implantadas e em funcionamento.

Propôs construir uma agenda tripartite com Secretários Estaduais e de algumas capitais onde as comissões de residência médica estão com dificuldade de incorporar os 10% na pontuação da prova de residência com o objetivo de modificar esta realidade.

Informou que no dia 10 de abril ocorrerá a Reunião da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e convidou Conass e Conasems a participar desta reunião, utilizando como arcabouço documental as duas Moções de Apoio Tripartite: 1) apoio ao Provab e 2) pela manutenção da pontuação adicional nos programas de residência.

Por último, solicitou espaço nas Assembleias de Conass e Conasems para apresentar um estudo que o MS fez da capacidade ociosa latente, com condições de abertura de vaga de residência no país. Este estudo reafirmou a necessidade de expandir e interiorizar a Residência Médica. Sugeriu ainda confeccionar um cronograma tripartite com a participação da CNRM com o objetivo de expandir este

programa. Neste sentido, o MS garante o recurso para bolsa, matriciamento e preceptor e, além disto, ainda está reformulando, em conjunto com a SAS, uma Portaria que dará incentivo de R\$ 3.000,00 a R\$ 7.000,00/mês para os hospitais, por vaga criada no custeio e R\$ 200.000,00 para adaptação dos ambientes de ensino.

Conasems: Parabenizou o MS por considerar o Provac uma iniciativa exitosa. Reafirmou veementemente apoio irrestrito e incondicional ao programa. Reiterou a importância da presença dos Cosems em cada um dos estados no acompanhamento da atuação destes profissionais. Além disto, reafirmou apoio à Presidenta da República na proposta de inserção de médicos estrangeiros na Atenção Básica para atuação e melhoria da qualidade de indicadores da atenção à saúde. Conasems concordou com a proposta de Conass em transformar as Moções de Apoio em Resolução Tripartite.

Conass: Corroborou com a fala de Conasems e afirmou que um bom acompanhamento deste programa pelas Coordenações Estaduais reduzirá as críticas sofridas. Em seguida, interrogou sobre o programa que tratará dos Médicos Especialistas da Média e Alta complexidade. Propôs que as duas Moções de Apoio sejam transformadas em Resoluções Tripartite e seja adicionado o pré-requisito de Clínica Médica para Residência de Especialidades.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada com ressalvas:

- Retomar a discussão sobre o ponto de corte mínimo e valores e a exposição da definição do papel das Coordenações Estaduais no Termo de Compromisso. O documento será revisado pela Área Técnica.
- Construir uma agenda tripartite com Secretários Estaduais e de algumas capitais onde as comissões de residência médica estão com dificuldade de incorporar os 10% na pontuação da

	<p>prova de residência com o objetivo de modificar esta realidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As Moções de Apoio serão transformadas em Resoluções Tripartite, acrescentando o pré-requisito da Clínica Médica para a Residência de Especialidades no GT da CIT.
<p>4 Informes:</p>	
<p>a) Atualização da Portaria GM/MS nº 940, de 28/04/2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde no âmbito das ações e serviços de saúde no território nacional, com vistas à adequação do seu conteúdo. SGE/MS</p>	<p>MS: Informou que os ajustes referentes a esta Portaria já foram feitos no subgrupo de Informação e Informática do GT de Gestão e direcionada a publicação. Desta forma, indicou que será monitorada a publicação da nova versão e dada ciência a Tripartite.</p>
<p>b) Nota Técnica sobre a situação dos Municípios quanto aos Relatórios de Gestão no Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão – SARGSUS. SGE/MS</p>	<p>MS: Informou sobre o prazo final para alimentação do SargSUS até o dia 31/03/2013. Disse que três Estados concluíram a alimentação, parabenizou-os, destacando: MA (Lago dos Rodrigues), PR (Vitorino) e RS (Ametista do Sul). Constatou que um município foi reprovado e que será feito contato para solução. Atendendo solicitação dos municípios foi liberada a base de dados de uma série histórica de 5 anos no Tabnet, elaborada pelo Datasus, que os auxiliará na avaliação do processo vigente. Quanto à solicitação feita pelo Estado do Mato Grosso do Sul para a prorrogação do prazo de alimentação no SargSUS, indicou a previsão da primeira semana de abril/13. Sendo assim, comunicará aos Cosems as situações referentes ao sistema, e, se necessário, a negociação de prazo.</p> <p>Conass: Alertou para a importância da alimentação do SargSUS, reconhecendo o esforço do Ministério da Saúde no sentido de mantê-lo estável, contudo, há algumas críticas por parte dos Estados quanto aos problemas identificados no sistema. Por isso, reforçou o cuidado em sua manutenção, observando inclusive à obrigatoriedade determinada pelo Tribunal de Contas da União – TCU.</p>

<p>c) Pesquisa de Vigilância Sanitária. ANVISA/MS</p>	<p>Destacou que o objetivo da pesquisa é compreender o atual estágio da descentralização das ações de Vigilância Sanitária e da organização das estruturas de VISA. Referiu que o resultado desta irá subsidiar as discussões sobre o modelo de descentralização em curso para a Vigilância Sanitária, os processos de planejamento, capacitação e pactuação, estudos sobre novas formas de repasse financeiro, adequadas à realidade de Estados e Municípios e apoio de forma direcionada a Estados e Municípios em suas demandas. Salientou que apesar de todo o esforço feito (telefonemas, e-mails e envio de ofícios aos secretários de saúde e respectivos coordenadores, reuniões com Conass e Consems para mobilização, informes em reuniões dos GT e na CIT) o retorno ainda é baixo, pois dos 5.570 municípios, apenas 391 responderam a esta pesquisa. Ressaltou que a pesquisa estará disponível até o dia 31 de maio de 2013 e pode ser acessada por meio do link http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=8853. A análise dos dados ocorrerá em junho de 2013 e a divulgação dos resultados preliminares em julho de 2013. Enfatizou a importância do envolvimento do Conass, Conasems e principalmente dos Cosems, no processo de mobilização junto aos municípios para que estes possam dar retorno à ANVISA.</p>
<p>d) II Semana de Vigilância Sanitária no Congresso Nacional. ANVISA/MS</p>	<p>Informou que a II Semana da Vigilância Sanitária no Congresso Nacional ocorrerá no período de 06 a 09 de maio de 2013 e terá como tema central a “Organização Interfederativa da Vigilância Sanitária no Contexto do Desenvolvimento Social e Econômico do Brasil”. Disse ainda que a programação será divulgada no mês de abril e que o evento tem como objetivos a prestação de contas ao Congresso Nacional das atividades realizadas pela Anvisa e a promoção de um debate com o Parlamento sobre as ações realizadas pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O público alvo são os parlamentares, profissionais de saúde, entidades que tem relação direta e indireta com a Anvisa, principalmente as que participam do Conselho Consultivo, das Câmaras Técnicas, das Câmaras Setoriais, membros da comunidade científica, representantes da Sociedade Civil Organizada, Instituições da Administração</p>

	Pública e dos Setores Regulados pela Anvisa. Destacou que as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais serão também as protagonistas das atividades previstas para ocorrer no Seminário de abertura, bem como nas audiências públicas das Comissões Temáticas do Congresso Nacional. Solicitou a mobilização e participação da Comissão Intergestores Tripartite no evento.
e) Divulgação da Proposta de Calendário dos Encontros Estaduais com Prefeitos e Prefeitas. SGEP/MS	O Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha informou sobre a agenda da Presidenta da República na organização dos acolhimentos regionais e solicitou a participação de todos os Cosems, Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Conass e Conasems.

DESTAQUES	<p>O Secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Sr. Ciro Carlos Emerim Simoni registrou o agradecimento pela solidariedade nas diversas ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e demais Municípios quando da tragédia no Município de Santa Maria/RS.</p> <p>O Secretário de Estado da Saúde do Pará, Sr. Hélio Franco de Macedo Júnior, informou sobre a realização do Seminário de Acolhimento dos novos secretários municipais de saúde do Estado do PA, que acontecerá nos dias 25, 26 e 27 de março. Ressaltou que enviará o convite ao Conass, Conasems e MS.</p> <p>Conasems registrou o pedido de revogação da Portaria GM/MS nº 2.025 de 24/08/2011, devido a pactuação da minuta de portaria que dispõe sobre as normas de execução e de financiamento do Componente Básico, na CIT de Fevereiro 2013.</p>
------------------	---

Conass parabenizou a solução dada ao município de Goiânia/GO quanto ao Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP, solicitando a retomada da discussão no GT de Gestão.

Ministro de Estado da Saúde *Reforçou que o grande desafio do SUS nesse momento é de unir forças na preparação para os próximos eventos, tais como: Copa das Confederações, Copa do Mundo, e a recepção do Papa Francisco, em julho no Rio de Janeiro, alertando para a grande importância dos Planos Operacionais, considerando a dimensão política. Disse ainda que, embora o MS tenha muita experiência em grandes eventos, esses próximos, estarão em grande evidência, e o SUS terá muita visibilidade em sua atuação. Por isso, é preciso verificar com detalhes tudo o que envolverá a Copa das Confederações, para que se tome todas as providências sobre a capacidade do MS para receber e lidar com um evento desta grandeza. Para tanto, tem-se pensado na convocação da Força Nacional do SUS, com mais serviços móveis, mais ambulâncias para apoiar as equipes dos Estados e Municípios, mobilizando e aumentando a capacidade do SUS para se evitar tragédias.*

Na oportunidade, informou que a Presidenta Dilma junto ao Ministério das Relações Institucionais e atendendo as demandas das entidades municipalistas, da frente nacional dos prefeitos e demais entidades regionais estão organizando uma série de acolhimentos regionais com a participação de 26 Estados, conforme consta no calendário distribuído. Aproveitou para solicitar a participação de todos os Cosems, SMS, SES, Conass e Conasems nesse acolhimento regionalizado, uma vez que o MS estará presente em todos os encontros e terá participação nas mesas de discussão.

Também chamou a atenção para o acordo de cooperação do MS com Estados e Municípios para implementação do E-SUS Hospitalar, tendo em vista que o MS fomentará a conectividade para o acesso a demais programas informatizados do cuidado a saúde como o telessaúde, o SisReg para disseminação de informações dos municípios para um SUS mais integrado.

Por fim, registrou a importância da presença do Conass na Comissão de Assuntos Sociais – CAS do Congresso Nacional, bem como a fala dos prefeitos das Capitais na presença dos Presidentes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal. Informou que haverá duas Comissões Especiais para discutir financiamento, uma na Câmara e outra no Senado, e a participação de Conass e Conasems será muito importante. Ressaltou que no dia 03/04/13 participará da Comissão de Seguridade Social da Câmara para pautar algumas questões, entre estas o tema da formação profissional, buscando inserir na agenda política a urgência do projeto de lei para a criação das fundações públicas de direito privado, para que a saúde seja o tema central nesse primeiro semestre da agenda política do Congresso Nacional.