



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 9ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013
21 DE NOVEMBRO DE 2013

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

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

CONASS: Michele Caputo Neto; Vanda Maria Paiva; Miguel Ângelo T. Brandão d'Elia e René José Moreira dos Santos.

CONASEMS: Charles Cezar Tocantins de Souza; Wilames Freire Bezerra, Frederico Marcondes Neto, Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda e José Fernando Casquel Monti.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

Programa Mais Médicos SGTES/MS: Iniciou a apresentação informando sobre a segunda etapa do 2º ciclo do Programa Mais Médicos e um balanço da adesão dos Municípios no 1º e 2º ciclo além dos Municípios que não aderiram ao Programa. Retratou o número de médicos brasileiros e intercambistas em atividade no âmbito dos Municípios e Distritos Sanitários Indígenas (DSEI). A segunda etapa do 2º ciclo caracterizou-se pela distribuição de 3.000 médicos vinculados ao Programa por meio da Cooperação OPAS, cujos profissionais serão alocados preferencialmente entre os Municípios prioritários e os que não têm médicos. A intenção é que todos estes Municípios sejam contemplados com pelo menos um médico do Programa para acompanhar a população. Estes profissionais, acolhidos nesta etapa mais recente do Programa, serão distribuídos entre as regiões brasileiras respeitando os critérios já citados anteriormente e o número de médicos que serão alocados em cada Estado e Distrito Sanitário Especial Indígena encontram-se dispostos na apresentação (anexa). Informou que o cronograma tem seguido as determinações já previstas em lei e que, como nesta etapa os profissionais estrangeiros desembarcaram no país em momentos distintos, a organização decidiu dividi-la em dois ciclos. O 1º ciclo teve início no dia 11 de novembro e o acolhimento foi feito no Ceará, Distrito Federal e Minas Gerais e o 2º ciclo iniciou-se no dia 18 de novembro e teve o acolhimento em Guarapari/ES e São Paulo, tais localidades

foram selecionadas por apresentarem melhor estrutura para acomodar todos os estrangeiros.

Mencionou que, em resposta à solicitação do Conasems na CIT do mês de outubro, o módulo de acolhimento desta segunda etapa do Programa deverá receber o médico por três dias no Estado e, no quarto dia, o profissional será encaminhado à localidade que deverá atuar profissionalmente para fazer adaptação e conhecimento da situação local e do polo regional.

Quanto à especialização, extensão e supervisão dos profissionais, o MS informou que a UNA-SUS juntamente com as Universidades Federais estão mobilizadas no sentido de prover qualidade na preparação destes médicos. O MS ressaltou que os profissionais alocados nos DSEI têm modo de especialização específico para a assistência das comunidades indígenas e que o restante da formação será compensada quando este profissional deixar suas atividades no Distrito.

Disse ainda que há situações em que o Município desiste da vaga por não dispor de uma unidade de saúde para receber o médico ou porque, no intervalo para a chegada do médico estrangeiro, a vaga é preenchida por um médico brasileiro. Nesses casos a vaga é cedida para uma localidade no mesmo Estado, até que se estabeleçam melhores condições para alocação desse profissional. O Ministério da Saúde não se opõe a essa prática, porém indica a necessidade da formalização expressa do motivo da desistência total ou parcial do profissional além da formalização do aceite do Município que receberá o profissional por meio de documentos que deverão ser encaminhados à Coordenação Nacional do Programa Mais Médicos.

Na oportunidade, alertou os gestores quanto à definição final de alocação dos médicos nos Municípios, pois a Comissão da Coordenação Estadual tem prazo para o fechamento desta proposta.

Com relação ao remanejamento dos profissionais alocados em áreas indígenas, a responsabilidade é da SESAI de informar a Comissão da Coordenação Estadual sobre a solicitação da transferência do profissional dos DSEI para os Municípios ou vice-versa. Nesse sentido, reiterou a importância da Coordenação da SESAI em formalizar e documentar estas modificações junto às Coordenações Estaduais.

O Secretário de Saúde Indígena, Antônio Alves, cumprimentou e parabenizou toda a equipe envolvida com o Programa Mais Médicos que tem propiciado saúde por meio da alocação de profissionais médicos nas áreas indígenas do território nacional. Informou que, à medida que mais profissionais forem chegando há também intenção de ampliação das unidades de saúde nestas áreas. Mencionou também as dificuldades que sempre enfrentaram em manter o médico nestas áreas mais isoladas e que somente por meio do Programa está sendo possível essa assistência àquela população.

Comunicou que há um projeto, em fase de conclusão, com a perspectiva de manter uma referência descentralizada do Ministério da Saúde para cada 50

médicos no território. Estas referências deverão manter contato com os COSEMS, com as Bipartites, as Regionais e com a Coordenação Estadual além de alinhar-se com a Coordenação Nacional. Afirmou que será aberto um edital, com apoio da Fiocruz, para a contratação destas referências, no âmbito estadual, com o intuito de sanar os problemas que vêm acontecendo em todas as fases do Programa. A ideia é que com a chegada de mais profissionais estas referências também sejam ampliadas.

Pontuou que mediante acordo feito na CIT do mês de outubro, os recursos para o custeio das atividades das Comissões de Coordenação Estaduais as quais serão realizadas em parceria com o COSEMS e as Universidades, serão disponibilizados por meio de Portaria publicada em breve no Diário Oficial da União. O MS utilizou como critério a vaga solicitada pelo Estado e pelo número de Municípios. Os valores destes recursos estão dispostos, por Estado, na apresentação (anexa).

CONASEMS: Relatou que os resultados desta segunda etapa do Programa foram positivos e parabenizou o MS quanto à presteza dos ajustes na comunicação que foram solicitados na última CIT.

Considerou o Programa exitoso apesar de apresentar algumas dificuldades. Sugeriu que haja uma maior preocupação quanto à manutenção do Programa e reforçou dar maior importância para o fortalecimento das Coordenações Estaduais.

Sugeriu investir em “instrumentos” e “processos” além da criação de um boletim, na página ou mesmo no *site*, para melhorar a agilidade da comunicação e proporcionar informação operacional unificada em nível de território nacional e, dessa forma, prover a continuidade do Programa.

Comunicou que os gestores sentem a necessidade de uma Comissão de Coordenação em nível nacional, especialmente para os profissionais que vem dos Estados, para evitar desgastes devido a possíveis dificuldades que poderão surgir no processo de aperfeiçoamento do Programa.

Questionou sobre a expectativa da comissão de coordenação do Programa quanto ao fechamento da demanda inicial de recrutamento de profissionais para compor o Programa Mais Médicos.

CONASS: Corroborou os comentários do Conasems quanto à agilidade nos ajustes da comunicação. Falou sobre a importância do acolhimento e respeito aos profissionais estrangeiros que chegam ao país para compor o Programa. Solicitou que os pedidos de modificações sejam vistos como oportunidades para aperfeiçoamento das ações do Programa.

O Secretário Adjunto de Saúde de Roraima informou que a situação do Programa Mais Médicos no Estado de Roraima não é satisfatória. Disse que o Estado está preparando o acolhimento para esta nova etapa do Programa e que os principais problemas do Estado de Roraima são: a acomodação dos profissionais e

a falta de integração das Universidades às ações do Programa.

Questionou ainda sobre o remanejamento de alguns profissionais para outras localidades e sobre a supervisão das atividades dos profissionais que estão alocados em áreas isoladas e nos DSEI. Também relatou que o fracionamento da chegada dos médicos estrangeiros no Estado dificulta a programação para o acolhimento dos médicos na capital.

MS: Em resposta aos questionamentos de Conass e Conasems reiterou a importância da formalização do remanejamento de profissionais e, o Município que encontrar dificuldades no processo de remanejamento deve fazer contato, com brevidade, com a Comissão de Coordenação Estadual. Esta comissão tem a função de orientar os gestores com todas as dificuldades nas ações do Programa.

Solicitou, mais uma vez, apoio aos gestores estaduais e municipais no sentido de fortalecer as Comissões de Coordenações do Programa e enfatizou que tal apoio é fundamental para o êxito do Programa.

Do Ponto de vista da continuidade das ações, o MS relatou que será aberto novo edital para provimento de vagas para médicos brasileiros intercambistas individuais, visto que os médicos brasileiros estão encerrando um novo ciclo de formação pelo PROVAB. Será aberta uma única via de entrada de profissionais médicos para o PROVAB e para o Programa Mais Médicos. Neste edital, da mesma forma que está prevista na lei do Programa Mais Médicos, as vagas que não forem preenchidas pelos médicos brasileiros serão disponibilizadas aos profissionais formados no exterior, intercambistas individuais e também aos médicos da cooperação internacional. Esta proposta será apresentada a Conass e Conasems para possível publicação no início do mês de dezembro/2013.

ENCAMINHAMENTOS:

O Ministério da Saúde:

- Reduzirá o fracionamento da chegada dos profissionais estrangeiros nos Estados, especialmente no Estado de Roraima;
- Realizará uma reunião para tratar das dificuldades relacionadas à integração das Universidades nas ações do Programa e quanto à supervisão das atividades dos profissionais envolvidos;

- Solicitará às secretarias estaduais e municipais, empenho na divulgação do edital de recrutamento de supervisores, disposto no site da UNA-SUS;
- Lançará edital:
 - para contratação de profissionais que serão referências descentralizadas no âmbito estadual, com previsão de uma única via de entrada de profissionais médicos para o PROVAB e para o Programa Mais Médicos.

2. Apresentações e Discussões

a) Dengue: Situação Atual - SVS/MS.

MS: Realizou apresentação do lançamento da campanha contra a dengue, frisou a importância do LIRAA (levantamento rápido do índice de infestação pelo *Aedes aegypti*). Destacou que ocorreu um aumento dos municípios que realizam o LIRAA, de 43 em 2003 para 1600 municípios atualmente, e que este é um instrumento para uso de gestor local para a tomada de decisão. Apresentou a escala do índice de infestação sendo, Menor que 1% - satisfatória, 1 a 3,99% - alerta e 4% ou acima – risco. Alertou que os Municípios em situação de risco e de alerta devem implementar ações de prevenção e controle com a maior brevidade possível de modo a evitar a epidemia. Destacou que outro dado importante fornecido pelo LIRAA é a identificação precisa da localidade com maiores índices de infestação bem como o perfil dos criadouros, tais como armazenamento de água, lixo e depósito domiciliar, fornecendo assim orientação importante para planejamento das ações de prevenção e controle.

Informou sobre a circulação viral dos 4 tipos de dengue, DENV1, 2, 3 e 4, e evidenciou que o DENV4 circulou em 2013 com menor intensidade em relação aos outros três, sendo ainda passível de susceptibilidade na população em 2014, especialmente nas regiões onde esta circulação foi menor.

	<p>Foi dada ênfase na importância da integração entre vigilância (SVS) e assistência (SAS) para diminuição de óbitos, destacando os resultados positivos alcançados em 2013 desta integração. Finalmente lembrou que a campanha é de vital importância para o controle da dengue e pediu o apoio aos prefeitos.</p> <p>CONASS: Enfatizou o agravamento da dengue neste ano no país, associou à transição municipal onde ocorreu descontinuidade de algumas ações de saúde. Sugeriu que os boletins de todos os municípios devam ser atualizados semanalmente, pois alguns municípios só publicam ao final da epidemia. Enfatizou a importância da responsabilização de todos os entes.</p> <p>CONASEMS: Evidenciou que municípios com LIRAa abaixo de 1,0 não devem se sentir confortáveis, pois isto pode ser revertido rapidamente. Concorda com Conass sobre a importância do papel municipal, mas não acha que a transição é o único fator, mas sim um fator mais complicador.</p> <p>MS: Destacou a importância de se construir de forma tripartite mecanismos que garantam a continuidade das ações de prevenção e controle mesmo em momentos de transição na gestão, resguardando a autonomia municipal com responsabilização compartilhada.</p>
<p>b) Sistema de Regulação, Controle e Avaliação: módulo captação do atendimento - SAS/MS.</p>	<p>MS: Iniciou contextualizando o panorama atual dos sistemas sob a gestão do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SAS, destacando conceitos e marcos legais para reorganização dos sistemas de informação. Ressaltou também a reorganização dos processos de captação, processamento, programação, regulação, financeiro, e de ações e estabelecimentos. Apresentou os sete módulos do SISRCA informando que a implementação ocorrerá por meio de portarias específicas, que definirão o cronograma de implantação, as</p>

estratégias e os fluxos operativos relacionadas às suas macro funcionalidades. Expôs a proposta de reorganização do SISRCA enfatizando o processo de ‘barramento da saúde’ desenvolvido pelo DATASUS, para interoperabilidade com a base do Cartão Nacional de Saúde. Contextualizou o Sistema de Captação dos Atendimentos – SCA juntamente com as principais novidades previstas para este. Informou sobre a apresentação da versão 1.0 do sistema, prevista para os dias 26 e 27/11 do SISRCA para os parceiros Conass e Conasems, além da discussão prevista para a reunião do subgrupo de informação e informática (GT Gestão) no dia 26/11 pela manhã. Avisou sobre a disponibilização de vídeo aulas a partir da 2ª quinzena de janeiro/2014 e das oficinas de treinamento para a 2ª quinzena de fevereiro/2014. Explicou sobre a aquisição de 04 equipamentos Oracle Exadata Database para os dois datacenter’s do DATASUS, que visa processar a base de informações do Cartão Nacional de Saúde. Aproveitou para convidar técnicos de Conass e Conasems para conhecer os Datacenter’s do DATASUS.

CONASS: Questionou se as reuniões previstas para os dias 26 e 27/11 pertencem à mesma agenda. Manifestou preocupação com o cronograma de implantação proposto pelo DRAC, sugerindo a possibilidade de revisão deste.

CONASEMS: Questionou os riscos assumidos na utilização da base do Cartão Nacional de Saúde pelo SISRCA, avaliando a possibilidade de que este processo interfira no cadastramento de usuários durante o atendimento.

MS: Esclareceu que é possível negociar outro prazo para realização da oficina previamente agendada para ocorrer nos dias 26 e 27/11, destacando que, se necessário, o cronograma será adiado. Elucidou também que apenas o processo de consulta aos dados do usuário serão

	<p>realizados de forma <i>on-line</i>, permanecendo as demais etapas do processo de forma <i>off-line</i>, sem interromper ou prejudicar o processo de cadastro. Explicou ainda que a proposta de integração com a base do Cartão Nacional de Saúde não pode interferir no processo assistencial. Reforçou a necessidade de maior empenho dos gestores no que diz respeito a garantir melhor conectividade de internet aos hospitais, para que assim os objetivos dos sistemas desenvolvidos sejam alcançados. Referiu também o esforço do Ministério da Comunicação e do Ministério da Saúde em garantir conectividade banda larga para mais de 13 mil Unidades Básicas de Saúde – UBS.</p>
<p>c) Campanha Nacional em Defesa do SUS e Fortalecimento do Controle Social – CNS.</p>	<p>CNS: Cumprimentou a todos, apresentou-se como Secretário Executivo do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e justificou a ausência da Presidenta do Conselho, Socorro Souza, em razão das atividades em comemoração aos 50 anos da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG), entidade que a presidenta representa junto ao Conselho.</p> <p>Iniciou a apresentação informando que o CNS, lançou no final de outubro a Campanha Nacional, referendando os 25 anos do SUS e o contexto das mobilizações que aconteceram recentemente no país, que culminou na proposta de governo do Pacto pela Saúde. Nesta perspectiva, o CNS, com parceria e apoio do MS (área de comunicação/publicidade e SGEP), da Fiocruz, Abrasco, Cebes, Conass e Conasems, avaliou que além das mobilizações em curso, inclusive da “Saúde +10” era fundamental, no contexto dos 25 anos do SUS, considerar também que em 2014 haverá uma grande discussão nacional acerca das eleições, cuja agenda da saúde continuará no centro do debate e a 15ª Conferência Nacional de Saúde em 2015. A Campanha iniciou em outubro deste ano, em comemoração aos 25 anos do processo constituinte (Leis 8080 e 8142/1990) e deverá ser concluída em 2015 com a 15ª Conferência.</p>

	<p>A ideia da Campanha nacional é a defesa do SUS e do fortalecimento do Controle Social. O objetivo é aproveitar os 25 anos do SUS como oportunidade de comunicação para valorizar a atuação e a participação do CNS e dos Conselhos Estaduais e Municipais na construção do SUS e, por consequência, da saúde pública brasileira.</p> <p>Apresentou ainda o Selo e as peças conceitos (filipeta, banner e revista) da Campanha e reforçou o importante papel das redes sociais (<i>facebook, twitter e youtube</i>) na mobilização em defesa do SUS.</p> <p>Disse que as próximas etapas serão: o lançamento na mídia (comercial), para divulgar e ampliar a visibilidade dos Conselhos de Saúde. Em 2014, está planejado o Ciclo de Debates e a Mostra de experiências, em parceria com a Fiocruz, a fim de percorrer todo o Brasil e discutir os desafios do SUS para os próximos 25 anos.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Articular estratégia para disponibilizar a arte da Campanha para CONASS e CONASEMS e os respectivos conselhos divulgarem aos Estados e Municípios.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que regulamenta o Incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais, com a definição dos critérios gerais, financiamento e dá outras providências – SVS/MS.</p>	<p>MS: Fez menção à pactuação da Portaria de regulamentação do incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, com a definição dos critérios, financiamento, monitoramento e avaliação, ocorrida na CIT de outubro e ponderou que, com a pactuação desta outra proposta, fecha-se o ciclo com dois pisos: o Piso Fixo no valor aproximado de R\$ 1.200.000.000,00 (um bilhão e duzentos milhões de reais) e o Piso Variável, que tem 3 incentivos (qualificação das ações de vigilância em saúde, ações e serviços estratégicos e, agora, o incentivo às Ações de Vigilância, Prevenção e Controle das DST/Aids e Hepatites Virais).</p>

Destacou que a minuta apresentada unifica 4 incentivos antes fragmentados: o da qualificação, do apoio às organizações da sociedade civil, da casa de apoio e fórmula infantil para crianças verticalmente expostas, que foram se constituindo com uma enorme diversidade, o que dificultou a busca de uma padronização nacional para o repasse do recurso com base no critério de carga de doença. Assim, após uma longa discussão junto à Conass e Conasems e considerando as grandes distorções, no intuito de evitar injustiças, consensou-se em fixar o quantitativo de cada Estado, o que resultou num valor total de R\$ 178.000.000,00 (cento e setenta e oito milhões de reais), e que cada Bipartite fará sua pactuação e enviará ao MS, no prazo de 90 dias, para que possa ser viabilizado a transferência fundo a fundo.

Destacou ainda que, a recomendação dada nesta minuta de portaria é a utilização do critério da carga de doença e que para isso, será disponibilizado a todos os Estados e Municípios, de forma nacional, os dados de Hepatites, DST's e Aids. Sugere que as CIB utilizem também o critério de base populacional, pois 70 a 80% da carga de HIV está concentrada nos municípios de médio e grande porte.

Concluiu sua fala, ponderando acerca da necessidade de um processo de amadurecimento, pois ainda permanece a “era do Plano de Ações e Metas (PAM)”, apesar de hoje, o financiamento federal ser todo com recurso da união, não havendo sentido manter um sistema paralelo de planejamento. Entende que as atividades das coordenações municipais e estaduais devem ser inseridas nos planos municipais e estaduais de saúde e que esta minuta de portaria tem também o objetivo de integrar as ações dentro do Sistema de Planejamento do SUS.

CONASS: Destacou que a proposta reduz a fragmentação de recursos e dá mais flexibilidade na utilização destes. Favorável à pactuação.

CONASEMS: Indicou pela pactuação

	ENCAMINHAMENTO: Pactuada.
<p>b) Minuta de Portaria que institui para o ano de 2013, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em saúde, incentivo financeiro destinado ao fortalecimento da descentralização das ações de gerenciamento do risco sanitário – ANVISA/MS.</p>	<p>ANVISA: Ressaltou que o saldo de que trata a minuta de portaria é referente aos recursos repassados aos Estados e Municípios em função da pactuação das ações estratégicas (descentralização) e da regularidade no preenchimento no CNES e no SIA/SUS. Informou que o saldo do ano anterior, de aproximadamente R\$ 35.000.000,00 (trinta e cinco milhões de reais), foi utilizado em várias ações específicas a exemplo do fortalecimento da rede de laboratórios, teste de medicamentos anti- maláricos, fortalecimento de laboratórios para rede de alimentos e fiscalização de produtos importados, capacitação em processo administrativo sanitário. Disse ainda que alguns recursos foram repassados para fortalecimento das Vigilâncias Sanitárias dos municípios sede da copa.</p> <p>Para o ano de 2013 foi apresentado no Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde e seu subgrupo de Vigilância Sanitária, a proposta de repasse do recurso em bloco único para os municípios que têm pactuado ações estratégicas e que estão regulares quanto ao preenchimento do CNES e SIA/SUS. Os valores são da ordem de 21 milhões para Estados e Distrito Federal e de 30 milhões para os municípios. Disse ainda que os valores são resultantes do critério estabelecido no Art. 3º que é o per capita de 10 centavos para os Estados e o Distrito Federal e de 20 centavos para os municípios. Destacou que no anexo do documento consta os valores absolutos para cada Estado da federação e também o de cada município. Comunicou que foram beneficiados os 27 Estados e 3.628 municípios. Os municípios não pactuados e os bloqueados (do primeiro e segundo quadrimestre/2013) são 1.432 e 886, respectivamente. Ressaltou, porém, que pode haver sobreposição. Em resposta aos apontamentos feitos pelo Conass, esclareceu que todos os recursos arrecadados pela Anvisa com ações compartilhadas</p>

com Estados e Municípios, que são as ações de certificação de boas práticas e autorização de funcionamento, são integralmente repassados para o Sistema. Quanto a previsibilidade, alertou que os recursos acumulados para repasse no final do ano são derivados da não pactuação das ações estratégicas e de não regularidade de Estados e Municípios no SIA/SUS e no CNES, ressaltando que se todos estivessem regularizados, não haveria o saldo remanescente. Explicitou que há uma grande dificuldade em se prever o repasse, pois a cada ano a situação de regularização se altera completamente. Disse que este ano, especificadamente, além dos 38 milhões acumulados, a Anvisa acrescentou mais 12 milhões que estavam previstos para ações de descentralização de Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE de farmácias e drogarias. Informou que a Anvisa apresentará na CIT o resultado de uma pesquisa de Vigilância Sanitária, com a participação de aproximadamente 4 mil municípios, o que dará subsídio a respeito de quais são os pontos críticos do Sistema onde as ações de repasse de recursos poderão ser privilegiadas. Por fim, deu um informe sobre as plantas das UBS, afirmando que houve uma análise pela Anvisa das plantas modelo preparadas pelo MS e uma decisão de sua Diretoria Colegiada – DICOL, a respeito da regularização destas. Disse que as Vigilâncias Sanitárias receberão este informe explicitando que as referidas plantas estão de acordo com a legislação federal.

CONASS: Entende que o valor repassado aos entes que executam procedimentos faturados pela Anvisa pode ser maior, considerando os valores cobrados para autorização de funcionamento de farmácia, licença de produtos e demais taxas. Destacou a importância de uma discussão mais abrangente sobre o repasse dos recursos federais, pois a cada ano tem-se chegado ao final do último trimestre com um aporte de alguns incentivos por parcela única que acaba não se incorporando na linha de planejamento de Estados e Municípios. Acredita ser

	<p>possível prever anualmente um recurso adicional que possa ser planejado e não dado ao final do exercício orçamentário, o que ajudaria muito na execução, além de garantir previsibilidade. Indicam pela pactuação, mas destacou a necessidade de amadurecer esta discussão internamente na Anvisa.</p> <p>CONASEMS: Indicou pela pactuação.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada com a ressalva de que será pautado no grupo de trabalho tripartite - GTVS a rediscussão dos repasses dos recursos federais.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que altera critérios de habilitação dos Hospitais Amigos da Criança incluindo o cuidado amigo da mulher, cria novo código de habilitação e inclui incremento financeiro nos procedimentos – SAS/MS.</p>	<p>MS: Relatou que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada pela United Nations Children's Fund (UNICEF) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1991. No ano seguinte o Brasil aderiu à Iniciativa, compondo um grupo de 140 países, no entanto, não compôs o grupo de 70 países, dentre estes 140, que tinham o Cuidado Amigo da Mulher como critério da IHAC.</p> <p>Esta proposta se trata de uma revisão da Portaria nº 80, de 24 de fevereiro de 2011 e vem definir as responsabilidades das esferas de governo, alterar alguns critérios e criar um novo código para habilitação. Os objetivos gerais são: implantar os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e as boas práticas no Cuidado da Saúde da Mulher e da Criança.</p> <p>Afirmou que a principal novidade da atual proposta se dá pela inserção do Cuidado Amigo da Mulher como critério e a garantia de que o bebê internado tenha o direito de ter ao seu lado seu pai, mãe ou responsável legal durante 24hs e o livre acesso de ambos a qualquer hora do dia. Além disto, outra novidade se dá no campo do financiamento, no qual o valor do parto normal</p>

foi duplicado.

Informou que atualmente existem 321 Hospitais Amigos da Criança que ofertam atendimento em torno de 31% dos recém-nascidos no país. Este Hospital está integrado à Rede Cegonha, principalmente no componente parto e nascimento, mas também pelo papel de capacitador da Atenção Básica.

As crianças que nascem em HAC são amamentadas em média 60 dias exclusivamente, em contraponto, as que não, amamentam apenas 48 dias. Reforçou a importância do aleitamento materno na primeira hora de vida do bebê tanto para o sucesso do aleitamento materno quanto na prevenção da segunda causa de morte materna no Brasil que é a hemorragia.

O aleitamento materno vem aumentando gradativamente e passou de 3% na década de 90 para 51% atualmente. Este dado está longe do ideal, mas demonstra uma melhora significativa.

A IHAC visa também melhorar os índices de aleitamento materno, reduzir as práticas desestimuladoras de amamentação nas maternidades, reduzir o uso de “fórmula” e em síntese diminuir a mortalidade materno-infantil. A UNICEF anunciou há alguns meses que o Brasil cumpriu, com 3 anos de antecedência, o objetivo do Milênio número 4, de redução da mortalidade em 2/3 e isto se deu também pela melhora nos indicadores de aleitamento materno.

Os hospitais que desejam se tornar HAC devem fazer uma auto avaliação e se considerando de acordo com os critérios, podem solicitar aos Estados uma pré-avaliação, seguindo-se para uma

	<p>avaliação global por parte do MS e somente após este processo o Hospital pode ser credenciado.</p> <p>Para confeccionar esta proposta foi composto um grupo de trabalho que discutiu por quase 2 anos com 14 representantes de profissionais, além da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Obstetrícia e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), Universidades, MS e UNICEF.</p> <p>CONASS: Pactuado.</p> <p>CONASEMS: Pactuado</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado.</p>
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012 no SargSUS – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou que mais de 97% dos municípios brasileiros já enviaram seus relatórios de Gestão/ano 2012 aos Conselhos Municipais de Saúde por meio do Sistema de Apoio à construção do Relatório de Gestão – SargSUS. Contudo, há um percentual de 2,53% dos municípios que ainda não informaram. Reforçou que, nesse momento, não há nenhuma Secretaria Estadual de Saúde sem o relatório informado. Solicitou aos Estados da BA e Tocantins apoio no sentido de que os seus municípios, que ainda não informaram, possam fazê-lo com a maior brevidade possível, e por isso será reforçado. Na oportunidade, solicitou a compreensão e sensibilidade das Secretarias quanto a desnecessidade de envio do relatório de gestão para a ST-CIT, uma vez que foi pactuado em 2012 a não obrigatoriedade desse envio, passando a ser o SargSUS o sistema que absorve todas as situações, superando os anos de</p>

	<p>2007, 2008, 2009 e 2010, considerando ainda a revogação das demais portarias que tratavam desse fluxo.</p>
<p>b) Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013: Situação Brasil – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Solicitou esforço concentrado para o cumprimento das regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimento ao previsto na Resolução nº 5 de 19 de junho de 2013, porque embora tenha havido um crescimento razoável no percentual de municípios homologados, com até 39%, ainda falta muito para se atingir os 100%. Lembrou que foi estabelecido um prazo até 22/11/2013, próxima sexta-feira, para a conclusão desse processo. Alertou, inclusive, que o não cumprimento desse prazo nas pactuações dos indicadores até o final desse ano, dificultará, e muito, a feitura do relatório de gestão 2013, no ano de 2014, inclusive porque a base das informações que vão para o SargSUS são oriundas de vários sistemas, dentre eles o sistema de informação de pactuação de indicadores, o que gerará um transtorno considerável para os municípios e para as SES. Afirmou também da mobilização dos apoiadores do MS, ouvidoria, auditoria, que vem acionando as secretarias para o apoio necessário; bem como o acompanhamento semanal da evolução desse processo, mas reforçou da necessidade de ajuda dos secretários e Cosems na intensificação desse processo. Referenciou acerca da possibilidade de liberação, no final de novembro, da versão eletrônica do relatório quadrimestral, possibilitando a pesquisa da base do 1º quadrimestre e do 2º quadrimestre em meio eletrônico, e assim, o último quadrimestre de 2013 será totalmente automatizado em 2014, o que facilitará para todos os gestores municipais e SES, principalmente porque há uma mudança muito grande de SMS. Então, quem assumir a gestão em 2014 já terá uma base automatizada de dados do relatório anual de gestão, bem como do relatório quadrimestral e do</p>

	Relatório Resumido da Execução Orçamentária - RREO.
c) Proposta de Calendário CIT 2014 a ser pactuada na CIT de 12 de dezembro de 2013 – SGE/MS.	MS: Apresentou a proposta do calendário da CIT, tendo como primeira data de plenário o dia 20 de fevereiro e a última data, o dia 11 de dezembro. Lembrou de atividades relevantes como a Copa do Mundo, em junho, e, se for o caso, a necessidade de alguns ajustes em razão do Congresso do Conasems, com previsão para a realização em maio ou início de junho, e, também, das eleições em outubro.
d) Primeira Etapa da Pesquisa dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) – SAS/MS.	MS: Relembrou que esse é um trabalho que já vem sendo desenvolvido juntamente com as representações de Conass e Conasems. A pesquisa se iniciará nos territórios visando um consequente diagnóstico dos HPPs, e a intenção é visitar os 3.524 hospitais, os quais o CNES apresentou como aqueles com até 50 leitos, sejam vinculados ao SUS e/ou não vinculados. O consórcio que fará a pesquisa será com quase a mesma composição que trabalha com o PMAQ; e as universidades são as seguintes: Pelotas, Goiás, Santa Catarina, Maranhão, UnB e UFMG. Na primeira quinzena de dezembro inicia-se a primeira etapa em que serão visitados 7 Estados, quais sejam: Amazonas, Bahia, Goiás, Distrito Federal, Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com término previsto em janeiro de 2014. Fez referência ao documento elaborado para ser assinado em conjunto com Conass e Conasems e será enviado para todos os gestores, Cosems e SES e representações de hospitais. Esclareceu que a pesquisa não tem caráter de fiscalização. Serão verificados: identificação do hospital, infraestrutura, equipamentos, Recursos Humanos, o papel na rede e segurança do paciente, dentro dos 6 protocolos consensuados internacionalmente. Paralelamente às visitas, como os visitantes não terão conversa com os gestores, quem os receberá será um responsável ou diretor assistencial ou coordenador de enfermagem ou administrativo, e por não terem a visão da gestão do

	<p>sistema, optou-se por contratar um parceiro para fazer uma conversa telefônica com os gestores, chamada de entrevista telefônica assistida, por meio da qual haverá uma conversa com todos os gestores estaduais ou as pessoas delegadas por este para tratar do assunto, bem como uma amostra de 100 municípios para estabelecer os critérios para eleição desses municípios, sendo que os Cosems poderão indicar um município, garantindo-se assim os 27 estados. Assim, o produto, tanto da pesquisa <i>in loco</i> como da conversa mais gestora, que vai abordar aspectos de rede e de financiamento, darão subsídios para a elaboração dessa proposta para pactuação em fevereiro ou, no mais tardar, até março/2014, em relação aos HPPs. Por fim, solicitou apoio de todos na divulgação da pesquisa, conversando com seus hospitais, para que seja bem acolhida.</p>
<p>e) Cronograma da base de dados da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Referenciou se tratar de um informe e uma prestação de contas à tripartite quando da pactuação da Portaria nº 271 de 2013 para o componente básico da assistência farmacêutica iniciado em 2013, em que foi estabelecido que contivesse aspectos dos componentes estratégicos, especializado e farmácia popular. O percurso da referida portaria foi o seguinte: a base de dados garante a informação de estados e municípios a partir de desenvolvimento de um serviço web, por isso chamado <i>webservice</i> que permitirá a transferência de dados de sistemas municipais e estaduais próprios para formar a base de dados.</p> <p>Os benefícios para se ter dados nacionais sobre assistência farmacêutica, agilidade no processo e eficiência na cadeia de transferência de dados, é avaliar a qualidade e os avanços de fragilidades na própria assistência farmacêutica.</p> <p>A primeira etapa foi finalizada com a publicação da portaria supra, num trabalho bem produtivo de negociação com Conass e Conasems e áreas de TIs (Tecnologias da Informação)</p>

nos Estados e Municípios, e a realização de oficina técnica farmacêutica.

O cronograma foi recebido pelo Datasus para trabalhar o sistema. O período de teste será até maio de 2014, com a intenção de pactuação em junho de 2014. Por fim, agradeceu a Conass e conasems pela colaboração.

DESTAQUES:

Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013:

SGEP/MS: Informou da recente publicação da referida Portaria, que institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS-SUS no âmbito do SUS. Relembrou da pactuação ocorrida na CIT de 28 de maio de 2013, reafirmando o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Reforçou a importância dos princípios da PNEPS-SUS, quais sejam: diálogo, amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular. A Política define os termos supra e os inclui na assistência aos usuários do SUS. Assim, reafirmou que estes itens devem ser postos em prática a partir da data dessa publicação.

II Expogep:

SGEP/MS: Divulgou o evento da Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS, que acontecerá no período de 02 a 06 de fevereiro de 2014 e, na oportunidade, lembrou a todos que as inscrições foram prorrogadas até o dia 1º de dezembro/2013. Alertou a todos para efetuarem as suas inscrições o mais rápido possível em razão da grande demanda.

5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena:

SESAI/MS: Comunicou que no período de 02 a 06 de dezembro/2013 será realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, no Centro Internacional de Convenções, em Brasília-DF, com mais de 1.352 delegados eleitos nas etapas locais e distritais, os quais serão responsáveis por consolidar e aprovar as novas diretrizes da saúde indígena. Foram convidados Conass, Conasems, SAS, dentre outros, e que há uma grande expectativa da participação de todos, tendo em vista que a última conferência aconteceu no ano de 2006. Neste sentido, espera contar com todos para um debate rico, bem como participação na tenda dos saberes.

Portaria nº 2807 que descentraliza recursos da Política ParticipaSUS:

SGEP/MS: Fez menção a publicação da Portaria nº 2807 no Diário Oficial da União, que descentraliza recursos da Política ParticipaSUS, bem como a consequente assinatura do despacho pelo Secretário da SGEP para que seja iniciado o encaminhamento dos pagamentos.

Minutas de Portarias 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); e 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):.

CONASS: Fez referência à solicitação do CONASEMS, realizada no dia anterior, após sua Assembleia, da retirada de pauta das portarias supracitadas. Reforçou a necessidade de não se adiar por muito tempo a discussão e pactuação destas Minutas, tendo em vista que a representante no Conselho Nacional de Justiça, tem sido bastante questionada por juízes sobre a postergação destas pactuações. Propôs ainda a seguinte alteração na proposta: ao invés de 14 Equipes de avaliação e acompanhamento das medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP) em 14 Estados, seria, no mínimo, uma equipe para cada um dos 27 Estados, levando-se em consideração que todos os Estados possuem pessoas com transtorno mental em seu Sistema Carcerário.

CONASEMS: Expressou a dificuldade em aprovar este dispositivo, pois considera que a proposta possui uma abrangência que extrapola o setor saúde. Existem, por exemplo, questões atinentes ao Poder Judiciário. Isto produz um receio de que se deposite no setor saúde uma expectativa de que este consiga

resolver questões que há muito tempo estão sem solução. Por fim, afirmou não rejeitar a proposta, mas reiterou a necessidade de que esta seja melhor discutida.

MS: Em complemento às colocações de Conass e Conasems, informou o posicionamento do Secretário da SAS, Helvécio Magalhães, que lamenta a não pactuação dessas Portarias, e propôs que retorne para discussão no GT de Atenção à Saúde da CIT com pretensão de pactuação na CIT de 12.12.13.