



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 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

26 DE SETEMBRO DE 2013

**Em 26 de Setembro de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Márcia Aparecida do Amaral; Adail de Almeida Rollo; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sônia Maria Feitosa Brito; Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Miguel do Nascimento Junior e Mozart Julio Tabosa Sales.

**CONASS:** Michele Caputo Neto; Vanda Maria Paiva e René José Moreira dos Santos.

**CONASEMS:** Antonio Carlos Figueiredo Nardi; Charles Cezar Tocantins de Souza; Raul Moreira Molina Barrios; Wilames Freire Bezerra; Maria Salete Fernandes Cunha; José Fernando Casquel Monti; Valdemar Ferreira Fonseca.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

**1. Abertura dos Trabalhos:**

**MS:** Iniciou a reunião agradecendo, a todos os pares, quais sejam: os Secretários Estaduais de Saúde e os Secretários Municipais de Saúde, pelo apoio e pela força, dispensada nos últimos dias, ao Programa “Mais Médicos”, quando da conclusão da agenda construída especificamente para o Programa, inclusive com o término do curso de capacitação, em que as Secretarias Estaduais de Saúde acolheram os médicos, principalmente os estrangeiros, os quais haviam tido acolhimento nas capitais e nos municípios, durante 21 dias, para a realização de curso. Em seguida fez menção a solicitação de pauta do Conasems para que pudesse ponderar sobre a utilização de projetos padrão de Unidades Básicas de Saúde - UBS do MS por parte dos Municípios em relação à Vigilância Sanitária.

### **1.a) Utilização dos Projetos Padrões das UBS:**

**CONASEMS:** Agradeceu a presença do presidente da Anvisa e ressaltou a árdua demanda de cumprimento de prazos e dificuldades de aprovação e liberação das plantas dos projetos dos municípios contemplados com parte do recurso financeiro das UBS financiadas pelo Ministério da Saúde. Para todas as modalidades na tipologia das UBS, os municípios receberam uma parte do recurso e o restante após o cumprimento do prazo de execução. Ressaltou que houve pedido de prorrogação de prazo por duas vezes, em razão do não cumprimento dos trâmites burocráticos de aprovação e liberação destas plantas por parte tanto das vigilâncias municipais como estaduais, o que foi acatado pelo Ministério. Ressaltou que na última tripartite houve uma apresentação da tipologia desses projetos arquitetônicos, hidráulicos e elétricos no intuito de que tornassem padrão no Brasil, dando assim celeridade na aprovação e no início dos processos de licitação para construção das UBS. Comunicou, porém, que os municípios estão tendo dificuldades com as vigilâncias estaduais que estão desaprovando e apontando pendências nos projetos arquitetônicos, já pactuados nesta tripartite.

Apresentou um modelo de parecer técnico de uma das Secretarias Estaduais de Saúde, onde coloca a acusação do recebimento de um determinado projeto arquitetônico e nesta acusação relata falta de informações necessárias para se emitir parecer técnico final.

Concluiu solicitando ao MS, Conass e Anvisa a elaboração de uma Resolução/Normativa tripartite reforçando o que fora pactuado e que a Anvisa, juntamente com a SVS reveja os detalhes das plantas padrão, para que, ao chegar nas vigilâncias Estaduais e Municipais, já possuam o crivo da aprovação, superando o processo sem excesso normativo, tendo prioridade ao chegar nos departamentos, considerando o excesso dos processos de trabalho naquelas unidades. E para que possam ter o financiamento do Ministério da Saúde.

**ANVISA/MS:** Em referência à solicitação do Conasems, mencionou a impossibilidade de se posicionar quanto às Vigilâncias Sanitárias dos Estados e Municípios. Acrescentou considerar importante que em um espaço como a tripartite, o conjunto dos gestores (SMS e SES) tenha conhecimento do processo de construção dessas plantas, que foram estabelecidas como padrão. A Anvisa participou de reuniões com o DAB/MS, no intuito de orientar a construção de projetos, já em acordo com a legislação sanitária vigente (RDC 50/2002). Contudo, esclareceu que a legislação federal define critérios mínimos e que os estados e municípios podem normatizar criando critérios mais restritivos. Para enfrentar eventuais dificuldades, já vislumbradas, há uma Nota Técnica da Anvisa, que tem como anexo a planta enviada pelo DAB/MS para avaliação da Anvisa, que será disponibilizada no *site*. Disse também que a Diretoria da Anvisa tem a clareza do significado de um programa que prevê a construção de mais de 5.000 Unidades Básicas de Saúde no Brasil e o entendimento de que é fundamental construir estratégias que deem agilidade à análise local, garantindo o controle do que efetivamente possa ensejar em risco. E foi nesse sentido

a atuação da Anvisa nas reuniões que antecederam a construção das plantas e na avaliação da planta enviada, que está em conformidade com a Resolução N° 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. A Anvisa tem a segurança de que a planta enviada foi analisada, tanto do ponto de vista do risco sanitário quanto da norma. Destacou que outro ponto importante é a necessidade de uma interação maior entre a Anvisa e as autoridades sanitárias dos Estados e Municípios e, para isso, assume o papel de fazer essa interlocução e de construir, de maneira clara, essa relação para que se evite os problemas colocados pelo Conasems em relação aos relatórios. Alertou para o fato de que poderá haver relatórios com base em plantas que não foram aquelas aprovadas, por isso, é importante que os gestores estejam atentos e que os projetos observem as plantas analisadas. Por fim, salientou que em caso de dúvidas ou dificuldades, o Departamento de Atenção Básica e a Anvisa sejam avisados para que possam adotar as providências cabíveis e, alertou para o fato de que o risco maior para a população é não ter o serviço.

#### **ENCAMINHAMENTOS:**

**MS:** Sugeriu que a partir da Nota Técnica, a ser disponibilizada no site da Anvisa e do DAB, os Secretários de Estado façam reunião com suas Visas estaduais e, após debate e discussão, elaborem uma outra Nota Técnica que seja coerente com a Visa Nacional e deem início ao processo de licitação para que não haja nenhum impedimento das obras que já estão dadas.

**CONASS:** Esclareceu que encaminhará ofício às SES com a Nota Técnica da Anvisa pedindo agilidade na análise dos projetos, considerando inclusive a prioridade solicitada pelo Conasems. Afirmou ainda que aprofundarão a discussão na Câmara Técnica que trata de vigilância sanitária e se houver algum tipo de orientação, irão transmiti-la, tendo, contudo, o cuidado de não interferir na ação direta de quem de direito para fazê-la, ou seja, a interferência no papel das Visas. Solicitou o envolvimento das Bipartite nesse processo, visando possibilitar o monitoramento de situações específicas que possam surgir e a solução possível, preservando o papel das vigilâncias.

## **2. Apresentações e Discussões**

a) Semana de Acolhimento e 2º Ciclo do  
“Programa Mais Médicos” – SGTES/MS.

**MS:** Agradeceu aos Estados e Municípios pelo acolhimento aos médicos do Programa Mais Médicos e pela solidariedade destes entes em relação aos enfrentamentos apresentados, principalmente na última semana. Fez uma explanação sobre a semana de acolhimento e o 2º.

Ciclo do Programa Mais Médicos, além de informar sobre a chegada dos médicos estrangeiros, a partir da próxima semana, bem como, a situação atual sobre a emissão dos registros no Conselho Regional de Medicina - CRM de cada Estado da Federação. Solicitou apoio dos entes em relação à supervisão dos profissionais do Programa.

**CONASEMS:** Reiterou o apoio integral e irrestrito ao Programa e solicitou que toda modificação neste fosse trabalhada, antecipadamente de forma tripartite. A respeito disto, relatou que a mudança na atuação dos médicos, com previsão de carga horária de 8 horas de tutoria e 32 horas de trabalho, conflita com os médicos do Provac que trabalham 40 horas e com os médicos que já atuam no Programa Saúde da Família. Afirmou que isto pode causar uma migração para o “Programa Mais Médicos”, desprovendo as atuais equipes já atuantes. Propôs reavaliar e rediscutir de forma tripartite esta questão.

**CONASS:** Endossou a manifestação do Conasems e solicitou esclarecimentos sobre os registros parciais. Outra questão levantada foi a possibilidade da União contribuir no aumento de vagas nas Universidades Estaduais. Em seguida, solicitou ao Ministério da Saúde esclarecimentos, para os gestores locais, sobre a condução da questão do aumento do número de vagas dos cursos de Medicina proposto na Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos, bem como dos critérios elencados na Portaria Interministerial Nº 1.369, de 08 de julho de 2013 que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Pediu ainda pautar na próxima CIT, uma apresentação para prover estes esclarecimentos.

**MS:** Em relação as horas de trabalho dos médicos, acolheu a solicitação, mas ponderou que este é um programa de governo e não só do MS, envolvendo outros entes como Ministério da Educação e Cultura - MEC, Ministério do Desenvolvimento - MD, Advocacia Geral da União

	<p>– AGU, entre outros. Em relação ao registro parcial, informou que é em sentido quantitativo e não restritivo de atuação. E em relação as vagas em universidades, o MS tem total interesse em participar desta negociação, em articulação com o MEC. Propôs encaminhamento de que nas próximas assembleias de Conass e Conasems o Programa Mais Médicos fosse pautado, e, com isto, a área técnica do MS participará para esclarecer todas as dúvidas.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Fará uma apresentação da Portaria sobre esta questão de vagas e critérios do MEC na próxima tripartite.</p>
<p>b) Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis pelo Ministério da Saúde – RENEM e Programa de Cooperação para Captação de Informações Técnicas e Econômicas – PROCOT – SE/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Apresentou os conceitos e objetivos da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis para o SUS – RENEM e do Programa de Cooperação Técnica para Captação de Informações Técnicas e Econômicas - PROCOT, reforçando que se trata de dois programas que o Fundo Nacional de Saúde - FNS vem trabalhando em conjunto com outras áreas do Ministério da Saúde, e que estão citados na nova minuta de portaria que tratará da transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios.</p> <p>Lembrou, citando a Portaria nº 2.198/2009 atualmente em vigência, que embora não possuísse uma denominação específica, a RENEM já era citada no art. 1º, § 1º, em que a aquisição equipamentos médicos hospitalares e materiais permanentes e unidades móveis de saúde a serem financiados por repasse fundo a fundo estariam relacionados no sítio eletrônico do Ministério da Saúde. Contextualizou acerca das informações constantes no portal, com dificuldades para manutenção e atualização da relação e a necessidade de maior detalhamento, dentre outros.</p> <p>A proposta para essa nova portaria da transferência fundo a fundo supra, é apresentar a RENEM como referência nacional ao financiamento de equipamentos para o SUS. Explicou que todos os itens da RENEM são caracterizados como permanentes, conforme os critérios da</p>

Portaria da Secretaria do Tesouro Nacional – STN nº 448/2002, como por exemplo, a necessidade de terem uma durabilidade mínima de dois anos.

As incorporações de novos itens à RENEM possuem como marco legal a Lei Nº 8080/1990 que, com a inclusão do artigo 19Q pela Lei Nº 12.401/2011, cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS – CONITEC e exige a apresentação de evidências científicas de segurança, acurácia e efetividade, além de estudos econômicos que indiquem o impacto da eventual incorporação da tecnologia no SUS. Após uma revisão realizada pela CONITEC em 2012, foram estabelecidos cerca de 800 equipamentos e materiais permanentes necessários para a consecução da Relação Nacional de Ações e Serviços em Saúde – RENASES. As revisões são realizadas continuamente através de um ciclo PDCA (*Plan, Do, Check and Act*) para definição dos valores e das configurações técnicas que permitam a execução da RENASES com a melhor relação custo-efetividade possível, bem como a manutenção da padronização das nomenclaturas que é a base para a efetiva gestão sobre os investimentos realizados.

Quanto ao PROCOT, definiu que o programa visa captar de forma antecipada as informações técnicas e econômicas que subsidiam as análises técnicas e a gestão da RENEM, objetivando uma atualização contínua sobre tecnologias disponíveis no mercado. Além disto, o PROCOT contempla também um banco de dados centralizado com repositórios específicos de informações sobre produtos e empresas participantes que proporcionam maior socialização de informações e redução significativa da subjetividade nas análises. As regras do PROCOT e as empresas participantes são disponibilizadas através do sistema de gestão da RENEM na página do FNS na internet para dar máxima transparência e publicidade sobre o programa.

Por fim, acrescentou que a RENEM visa a melhor qualificação e gestão nos investimentos em

	<p>tecnologia para o SUS através de ampla divulgação e clareza nas características e aplicabilidades de cada equipamento e material; e que o PROCOT visa a atualização contínua e dinâmica das informações técnicas e econômicas das tecnologias disponíveis, proporcionando maior agilidade nas análises técnicas. E que ambas, tem como meta o aprimoramento contínuo dos processos, repercutindo diretamente nos investimentos realizados e no alcance de seus objetivos fundamentais, quais sejam: melhorar o atendimento à população usuária do SUS em todo país.</p>
<p>c) Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas – Anvisa/MS</p>	<p><b>ANVISA/MS:</b> Apresentou de forma objetiva o histórico e o marco regulatório para criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a composição do Comitê de Implantação e suas atribuições, de acordo com o disposto na Portaria GM/MS nº 529, de 01/04/2013. Pontuou a importância dos Seminários e Encontros realizados durante este ano, para sensibilização e disseminação das estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde, com vistas à implantação do PNSP e, por consequência, à mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde. Agradeceu o apoio e o esforço do Comitê na elaboração do Plano de Ação (2013-2014), que guarda relação com as prioridades estratégicas e os objetivos do Programa. Agradeceu, ainda, o empenho das equipes da Anvisa e do MS, nessa primeira etapa do Programa e a parceria com o Conass e Conasems na construção do Seminário Nacional. Citou algumas ações realizadas e em andamento, assim como as perspectivas.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Solicitou a prorrogação do prazo, em mais 120 dias, para os serviços de saúde estruturarem seus Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), com vistas a realização das notificações dos eventos adversos ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.</p>

	<p><b>CONASS:</b> Corroborou com o pedido do Conasems.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Tendo em vista que a normativa que instituiu as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde, se deu por Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 36/2013, a Anvisa levará a solicitação supracitada para apreciação da DICOL (Diretoria Colegiada da Anvisa).</p>
<p><b>3. Discussões e Pactuações</b></p>	
<p>a) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – SAS/MS.</p> <p>b) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Agradeceu a presença dos representantes do Ministério da Justiça e do Conselho Nacional de Justiça, que têm debatido e apoiado essas iniciativas e sido parceiros importantes. Fez menção a reunião ocorrida na noite anterior na qual construiu-se consenso tripartite da proposta expressa nos documentos disponibilizados. Destacou que a divergência era afeta a redação do Art. 6º, sobre a presença da equipe de Atenção Básica e a equipe de saúde no Sistema Prisional (ESP). No intuito de pacificar o dissenso acordou-se que a ocorrência dessas equipes se dará de acordo com a pactuação nos territórios. Disse que este acordo dá aos três entes federados condição e segurança em trabalhar para que o SUS se faça cada vez mais presente no Sistema Prisional, assumindo corresponsabilidades de forma não impositiva. Afirmou ainda, que em situações julgadas necessárias, as discussões ocorridas no território terão a presença do MS.</p> <p>Propôs também que, considerando a série histórica, seja construído no GT um seguimento da situação por porte de presídio e de município e informou que será registrado de forma sistemática as ações com foco em pesquisa avaliativa para criação desta expertise, em parceria com a equipe da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Mais uma vez agradeceu a dedicação, articulação e envolvimento do Ministério da</p>

	<p>Justiça e Conselho Nacional de Justiça considerando que a interação nos Estados entre a Saúde e a área da Administração Penitenciária tem sido um marco importante.</p> <p><b>CONASS:</b> Ressaltou ter sido um importante processo de discussão até a construção do consenso. Avalia que o acordo feito com as devidas alterações é o suficiente para aprovação destas duas minutas. Fez menção ao encaminhamento dado na reunião da noite anterior para que a discussão seja mantida no GT no intuito de se definir parâmetros de equipe e também acumular conhecimento para discussão do custo destas equipes.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Indicou pela pactuação e solicitou registrar em ata que a adesão dos municípios terá de acontecer de acordo com esta pactuação, de modo a evitar que a atenção continue sendo feita da forma como está. Por fim, reiterou que cada Estado fará sua devida pactuação com os municípios nas respectivas CIB.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuadas.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde – SE/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Contextualizou os principais aspectos da proposta e citou que essa Minuta substituirá a Portaria GM/MS nº 2.198 de 17/09/2009, que sofreu diversas alterações constantes nas 5 versões publicadas, o que causou interpretações equivocadas no que se refere à transferência de recursos para financiar aquisição de equipamentos e materiais permanentes, por Estados, Municípios e Distrito Federal. Disse que essa proposta foi elaborada a partir das demandas dos gestores para organização do que estava em vigência, principalmente em relação ao prazo para adquirir os equipamentos e também pelos Órgãos de Controle: Controladoria Geral da União - CGU e Tribunal de Contas da União – TCU, com vistas à prestação de contas. Ressaltou que esse documento foi discutido no Grupo de Trabalho Tripartite e em síntese, apresentou as principais modificações feitas: considerando a LC 141/2012, não mais é necessária à publicação de Portaria para definição de ações orçamentárias passíveis de financiar tipos</p>

específicos de equipamentos, quando Políticas e/ou Programa estão vinculados ao Sistema de Orçamento Público – SIOP, ou seja, simplificou o processo. Normatização da Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes Financiáveis pelo MS – RENEM, do Banco de Preços para aquisição de equipamentos e materiais permanentes e utilização de saldos remanescentes da aplicação de recursos na poupança, cujo saldo pode ser utilizado no mesmo objeto, desde que haja prestação de contas no Relatório de Gestão e a inclusão dos equipamentos no SCNES, assim como a realocação de equipamentos pelo gestor, desde que informadas via SCNES.

**CONASS:** Pontuou alguns ajustes na Minuta, tais como: § 3º do Art. 6: retirar a expressão *acréscimo de quantitativo*, a fim de evitar o entendimento de que são os mesmos equipamentos. O propósito é garantir maior flexibilidade, permitindo que os equipamentos a serem adquiridos com saldo sejam os da RENEM e não da proposta aprovada. Nesse sentido, sugeriu a redação: *“Nos casos em que o custo final de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes seja inferior ao valor de transferência do Fundo Nacional de Saúde, a respectiva diferença poderá ser utilizada para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes previstos na RENEM, os quais deverão beneficiar, preferencialmente, o estabelecimento de saúde informado na proposta, em não sendo possível, poderá beneficiar outro (s) estabelecimento (s) de saúde com tipo de serviço igual ao do estabelecimento original”*.

Ainda subsidiado pela justificativa supracitada e no intuito de qualificar o processo, indicou a inserção no Relatório de Gestão da informação do local de instalação e se o equipamento está em funcionamento e utilização. Nesse Sentido, recomendou a seguinte redação para o Artigo 8º: *“A comprovação da aplicação dos recursos transferidos e da utilização dos equipamentos*

*será apresentada no Relatório Anual de Gestão, previsto na Lei nº 8.142, de 1990, no Decreto nº 1.651, de 1995 e analisado pelo respectivo Conselho de Saúde.”*

Sugestão geral de acabar com o rito de inserção de especificação dos itens a serem adquiridos e análise, visto que seria próprio de convênios.

*§ 4º As redefinições previstas no parágrafo anterior poderão ser realizadas pelo gestor desde que observados os parâmetros e diretrizes de financiamento do Ministério da Saúde e atualizadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES.*

**CONASEMS:** Indicou pela pactuação, remetendo ao GT as pertinentes contribuições do plenário e os ajustes de redação, que não interfirerem jurídica e legalmente dentro do processo.

**MS:** Ponderou incluir no § 3º os equipamentos de alta complexidade, caso o proponente queira adquirir com o saldo da proposta. Atentou que são equipamentos que necessitariam de um parecer de mérito pelo parâmetro populacional e demanda, além do técnico-econômico, pois são equipamentos que possuem uma variação grande de preços entre si, considerando os acessórios, porte, etc. *Nos casos em que o custo final de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes seja inferior ao valor de transferência do Fundo Nacional de Saúde, a respectiva diferença poderá ser utilizada para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes previstos na RENEM, exceto os equipamentos com alocação por parâmetros populacionais/demanda, previstos em legislação, os quais deverão beneficiar, preferencialmente, o estabelecimento de saúde informado na proposta, em não sendo possível, poderá beneficiar outro (s) estabelecimento (s) de saúde com tipo de serviço igual ao do estabelecimento original.*

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada a Minuta de Portaria com as ressalvas apresentadas por

	<p>Conass e Conasems. Será rediscutida no GT de Gestão para os ajustes finais, e posterior publicação.</p>
<p>d) Minuta de Portaria que cria o “Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero – SRC” e o “Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama – SDM” e estabelece critérios para sua habilitação – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou que esta proposta possui como objetivo a ampliação da oportunidade de diagnóstico de câncer de colo de útero e de mama por meio da criação de dois serviços que agregam procedimentos que hoje são realizados de forma dispersa. Neste sentido foi realizada uma majoração de remuneração para estimular a criação destes serviços. Comprometeu-se a apresentar um balanço na próxima CIT.</p> <p><b>CONASS:</b> Questionou a necessidade de infraestrutura própria, descrita no item “a” do inciso I do Art. 4º afirmando que isto pode dificultar a implantação destes serviços. Afirmou que é preciso garantir o acesso, e propôs que estes procedimentos possam ser garantidos não necessariamente em um mesmo espaço físico.</p> <p><b>MS:</b> Em resposta ao Conass esclareceu que uma das dificuldades hoje é a pulverização das intervenções no fechamento do diagnóstico e por isto, a proposta aqui apresentada é que com recursos novos se organize uma estrutura única. Propôs ainda que seja realizada uma avaliação do processo de implantação desta proposta com o objetivo de identificar as possíveis dificuldades.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Em sintonia com o MS corroborou a proposta de se realizar uma avaliação no prazo de 90 ou 120 dias.</p> <p><b>CONASS:</b> Propôs que o procedimento de biópsia/exerese de nódulo de mama se torne um marcador desta dificuldade de implantação ou acesso no processo da avaliação.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada. Será incorporada ao texto a proposta Tripartite de realizar uma avaliação após a implantação da proposta. Encaminhou-se por pautar no GT de Atenção à Saúde a questão da avaliação considerando os prazos estabelecidos.</p>

<p>e) Minuta de Portaria que dispõe sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Municípios, Estados e Distrito Federal para a execução de ações de implantação, implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Fez uma breve contextualização da portaria, ressaltando a importância da sua aprovação para que estados e municípios possam continuar desenvolvendo ações e estratégias voltadas para o avanço dos eixos prioritários da PNAISH no SUS.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Propôs que, para o ano de 2014, esta política seja financiada nas redes e não por projetos. Inicialmente seria contrário a pactuação devido a diminuição de orçamento, já que diversos municípios hoje tem desenvolvido a política integral da saúde do homem e deveriam ser contemplados pelo financiamento. Sugeriu pactuar mas com a ressalva da mudança para o ano de 2014 de construir o financiamento da política integral da saúde do homem dentro das redes.</p> <p><b>CONASS:</b> Corroborou com o Conasems.</p> <p><b>ENCAMIHAMENTO:</b> Pactuada, salientando que até a 1ª reunião da CIT de 2014, fevereiro de 2014, seja pautado no GT de Atenção à Saúde a incorporação da Política nas redes temáticas.</p>
<p>f) Minuta de Portaria que atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro para prevenção e controle da anemia por deficiência de Ferro e dá outras providências – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Relatou que, no Brasil, aproximadamente 20% da população de crianças menores de cinco anos e 30% da população de mulheres gestantes são portadoras de anemia por deficiência de ferro. Em seguida apresentou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, publicado em 2005, apoiado e estimulado pela Rede Cegonha e pela Ação Brasil Carinhoso do Plano Brasil sem Miséria, como uma ação preventiva que contempla crianças até 2 anos de idade e gestantes. Este Programa é uma das ações responsáveis pela redução da mortalidade infantil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Citou a necessidade da atualização das diretrizes deste Programa baseada na Portaria N° GM/MS 1.555, de 30 de julho de 2013, que discorre sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e que responsabiliza os municípios pela aquisição do</p>

	<p>sulfato ferroso, ácido fólico e insumos necessários ao êxito do programa. Esta proposta vem atualizar a ação quanto à faixa etária e conduta terapêutica. De acordo com a minuta de portaria, contemplará o público de crianças entre 6 e 24 meses de idade, gestantes, mulheres até o 3º mês pós-parto e pós-aborto a partir da data de sua publicação.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada.</p>
<p>g) Minuta de Portaria que institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o componente GraduaCEO – BRASIL SORRIDENTE e dá outras providências – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Contextualizou a discussão acerca dos avanços e resultados do Programa Brasil Sorridente e sobre a iniciativa da implantação de equipes especializadas em saúde bucal nos serviços de atenção básica. Relatou ainda que, a partir de análises e diálogos com algumas entidades da área de Odontologia e Universidades, observou-se a necessidade de incluir os serviços de Odontologia das Instituições de Ensino Superior (IES) aos serviços públicos de assistência à saúde bucal. A justificativa é que as Universidades dispõem de uma ampla estrutura subutilizada e não regulada pelo SUS, com máquinas de última geração e, além disso, nem todas as Universidades acompanham a realidade dos serviços de odontologia no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a minuta de portaria, são objetivos do Componente Gradua-CEO BRASIL SORRIDENTE ampliar o acesso e qualificar a oferta dos serviços de saúde bucal por meio da inclusão dos serviços de odontologia das IES à assistência prestada à população do SUS. A proposta é de que, a partir da pactuação, os serviços sejam avaliados periodicamente, inicialmente em intervalos de 12 meses e, logo em seguida, a cada 24 meses. O financiamento seria garantido com o repasse de recursos às IES, em recurso capital, em única parcela, e recurso de custeio mensal, com a apresentação dos resultados esperados, poderá ser acrescentado valores ao custeio mensal.</p> <p><b>CONASS:</b> Solicitou que seja acrescentado ao item d, inciso III, art. 4º a expressão: sob sua gestão. E que todo este item seja acrescentado ao inciso II, artigo 4º. A fim de que seja</p>

	<p>indicado que o repasse financeiro será realizado pelo gestor responsável por cada IES, pois há casos de IES municipais que são geridas pelo Estado. No item f, inciso I, art. 5º solicitou a alteração da palavra “adequar-se” com o objetivo de reforçar que seja colocada à disposição do Sistema Único de Saúde toda a capacidade instalada no sistema de regulação, e que seja observado o desenho de referência e contra referência para que haja continuidade da assistência à população do SUS.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Corroborou com as propostas feitas pelo CONASS e sugeriu a seguinte redação ao item f, inciso I, art. 5º: Inserir 100% dos procedimentos submetidos ao processo de regulação do Estado, Município e Distrito Federal. Sugeriu também incluir esse critério aos Programas Pró e Pet-Saúde, projetos de ensino e serviço que funcionam como uma continuidade do Componente Gradua-CEO.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada com a incorporação das sugestões feitas por Conass e Conasems.</p>
<p>h) Minuta de Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) – SAS/MS.</p> <p>i) Minuta de Portaria que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar –</p>	<p><b>MS:</b> Afirmou que a Política Nacional Hospitalar é uma questão estruturante para o país porque o Hospital é um importante ponto de atenção, além de ser uma demanda importante dos gestores municipais e estaduais. Neste conjunto de demanda dos gestores esteve sempre como pauta a necessidade de se rever o financiamento dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Com relação a isto, informou que no intuito de se conquistar um diagnóstico concreto destas estruturas, será realizada uma Avaliação local, nos moldes do PMAQ, que nos orientará na construção de uma proposta para os HPP, com vistas a ser discutida e pactuada na CIT de Fevereiro/2014. Além disto, informou que esta avaliação se estenderá também aos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS), a partir do ano que vem, e logo em seguida, a toda a Rede Hospitalar do país com a intenção de que até o início do segundo</p>

<p>SAS/MS.</p> <p>j) Minuta de Portaria que estabelece requisitos e formas de repasse do Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar (IQGH), bem como a forma de repasse dos incentivos financeiros que integram o componente pré-fixado dos contratos estabelecidos entre gestores e estabelecimentos hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p>semestre do ano de 2014 seja conquistado um diagnóstico orientador.</p> <p>Relatou que todas estas três Minutas de Portaria passaram pelo processo de Consulta Pública em dezembro/2012 e já vêm sendo discutidas no GT de Atenção desde Abril deste ano. No decorrer das discussões no GT ficou acordado que a PNHOSP seria constituída por seis Eixos – Assistência Hospitalar, Gestão Hospitalar, Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de trabalho, Financiamento, Contratualização e Responsabilidade de cada esfera de gestão - que estabelecem diretrizes que nortearão todo o conjunto de Hospitais que prestam serviço ao SUS. Na Minuta de Portaria que trata da Contratualização também foram estabelecidos alguns Eixos: - Assistência, Gestão, Ensino e Pesquisa e Avaliação – e descritas as responsabilidades de cada esfera de gestão e dos Hospitais. Nesta proposta o Eixo do financiamento traz algumas novidades, assim como: se o contrato não for assinado pelos diversos gestores, que pelo menos sejam informadas quais as fontes de financiamento deste hospital, tanto de custeio quanto de investimento, inclusive as isenções fiscais; e a criação do Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar (IQGH). Este incentivo vem substituir, apenas, o Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) com o objetivo de não se perder a memória dos outros incentivos. Quanto ao repasse financeiro estabeleceu-se que a diretriz seria: 40% com base nas metas qualitativas e 60% nas quantitativas.</p> <p>A Minuta de Portaria do IQGH estabelece os critérios de elegibilidade para os hospitais constituídos como pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos: com no mínimo 30 leitos totais, 25 leitos destinados ao SUS e no mínimo 30% de taxa de ocupação demonstrada na série histórica de composição do IAC; possuam o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS) ou Protocolo; e os públicos de ensino com mais de 50</p>
--	---

leitos. Serão inelegíveis os hospitais que destinam exclusivamente leitos psiquiátricos ou caracterizados como crônicos no SCNES já que estes possuem Políticas específicas. Informou ainda que este incentivo se iniciaria em 50% com possibilidade de alcançar 80% se o hospital for 100% SUS, sem fins lucrativos, certificado e de ensino. O valor deste incentivo se alinhará com o que for apresentado na série histórica e será retroativo a partir de Agosto se o gestor encaminhar a documentação até 30 de Novembro deste ano. Para os hospitais que não contratualizarem o IAC será mantido.

Informou que a Portaria nº 2035 de 17 de setembro de 2013 que estabelece novas regras para cálculo do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) será republicada devido à dificuldade de compreensão quanto ao aumento do valor, que apesar das dificuldades orçamentárias e do difícil processo de negociação com os filantrópicos foi de 26% a 50%, e a Competência estabelecida - Agosto.

**CONASEMS:** Afirmou que aceitou discutir e pactuar estas três Minutas de Portaria apresentadas levando-se em considerando o compromisso do MS de se construir um diagnóstico e uma proposta de revisão do financiamento dos Hospitais de Pequeno Porte até Fevereiro/2014. Propôs que este diagnóstico deve considerar os diferentes formatos e níveis de resolutividade destes HPP independente do número de leitos. E que em seguida deve-se debruçar sobre a avaliação, monitoria, controle e regulação destes leitos. Por fim, expôs de forma crítica que estas propostas envolvem apenas os Hospitais Filantrópicos e de Ensino, excluindo os Públicos, que em sua maioria são municipais.

**CONASS:** Pôs-se pela pactuação da Minuta de Portaria da PNHOSP, mas fez algumas

considerações sobre as outras duas Minutas. Na Minuta de Portaria que trata da Contratualização solicitou que se rediscuta o Art.24 no GT de Atenção à Saúde. Considerou que a redação dada ao artigo mantém o compromisso formal do contrato e retira o recurso Média e Alta Complexidade do Estado ou Município. E propôs que sejam esclarecidas as situações específicas em que este cancelamento de repasse pode acontecer. Na Minuta de Portaria do IQGH solicitou um aprofundamento na discussão dos critérios dos hospitais não-elegíveis.

Por fim, considerando que esta proposta incrementa a expectativa de novos hospitais se incluam ao SUS, e que o MS não tem condições orçamentárias de inclusão imediata em algumas circunstâncias, se faz necessário estabelecer um horizonte de compromisso. Afirmou ainda que isto deve se tornar pauta de discussão nas CIB com o objetivo de estabelecer um escalonamento ou critério de priorização.

**MS:** Convidou Conass e Conasems a participarem deste diagnóstico dos HPP com informações sobre quanto Estados e Municípios gastam com estes hospitais.

Em relação a rever o art. 24 da Portaria de Contratualização esclareceu que este envolve algumas interpretações da Lei nº 141 que estabelece que não deve haver condicionante para repasse ou devolução de recurso, além da queixa incisiva de alguns hospitais, principalmente os filantrópicos, de que muitos recursos não estão chegando ao seu destino.

Quanto aos critérios de elegibilidade, a Portaria do IQGH está sendo corrigida com o objetivo de que aqueles hospitais que tenham apenas uma parte de seus leitos enquanto crônicos possa

	<p>receber o IQGH pela outra parte de seus leitos. E reiterou que os hospitais gerenciados por terceiros não estão sendo excluídos desta proposta.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PNHOSP: Pactuada.</li> <li>• Contratualização: Pactuada com ressalva. Rediscutir o art.24 no GT de Atenção à Saúde.</li> <li>• IQGH: Será pactuada <i>ad referendum</i>. Rever os critérios de elegibilidade no GT supra.</li> </ul>
<p><b>4. Informes</b></p>	
<p>a) Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Informou do lançamento, no último dia 19 de setembro da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum), o levantamento mais abrangente já realizado no Brasil sobre o acesso e uso racional de medicamentos. Serão 245 municípios a serem entrevistados, abrangendo mais de 38.400 pessoas. Solicitou o apoio de Conass e Conasems para a obtenção de bons resultados nessa pesquisa, que abrangerá todos os estados da federação nas cinco regiões brasileiras. A pesquisa verificará acerca do aumento, de até seis vezes, nos últimos 10 anos dos gastos com medicamentos. Por isso a ideia é levantar dados de como esse medicamento vem sendo usado, verificando a interação do indivíduo com o medicamento. Também será possível ter dados automedicação, medicação indevida e efeitos colaterais, com foco nas doenças crônicas e Atenção Básica. O inquérito teve início no último dia 19, e segue até dezembro. É um marco na Política Nacional de Medicamentos por incorporar não apenas o aumento do uso de medicamentos, como também o</p>

	<p>uso racional com ampla radiografia do Brasil.</p> <p>A pesquisa envolve 11 Universidades Brasileiras, sob a coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e da Universidade de Minas Gerais - UFMG. As informações obtidas na pesquisa serão transmitidas em tempo real. Num segundo momento serão entrevistados ainda: o serviço de Assistência Farmacêutica, a Secretaria Municipal de Saúde e o Médico, incluindo o sistema público e o sistema privado, o que permitirá a evidência da Política Nacional de Saúde, com resultado do inquérito em Fevereiro e Julho de 2014. Isso permitirá um salto na Assistência Farmacêutica, envolvendo a área da pesquisa com a Assistência Farmacêutica, com o apoio municipal e interação da Unidade Básica de Saúde, Farmácia Popular e o Sistema de Saúde Suplementar.</p>
<p>b) Minuta de Acordo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e os Estados relacionados a Força Nacional do SUS – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou acerca da iniciativa pela Secretaria Executiva sobre a cooperação do Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, para ações descentralizadas da Força Nacional do SUS. Acrescentou que houve um acúmulo de informações a esse respeito, principalmente em parceria com o Conass, e a intenção é formalizar o envio da minuta de Acordo de Cooperação para todos os Estados, em conjunto com Conass e Conasems, para a retomada da discussão em relação a proposta de elaboração do Termo de Cooperação.</p>
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012 no SargSUS – SGEP/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou o resultado da alimentação do SARGSUS, sistema obrigatório pelo Acórdão do TCU 1459/11 e Portaria nº 575/12. Mencionou que houve um avanço em comparação com os outros anos, pois após 6 meses do prazo regulamentar, apenas 4,81% dos municípios ainda não informaram o Relatório de Gestão no sistema. Assim, conta com o apoio do CONASS, do CONASEMS e dos apoiadores do DAI, para que na próxima tripartite todos os relatórios estejam inseridos no sistema. Ressaltou que os municípios dos Estados de Goiás, Mato Grosso</p>

	<p>do Sul, Alagoas, São Paulo e Santa Catarina concluíram a alimentação do sistema. Quanto aos relatórios estaduais, faltam os Estados de Minas Gerais e Distrito Federal inserirem os seus Relatórios de Gestão no SARGUSUS.</p>
<p>d) Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – Situação Brasil – SGEP/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Informou que as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 foram estabelecidas pela Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013, e que, três meses do final do ano, somente 0,81% do processo de pactuação municipal encontra-se fechado e homologado pelos Estados no sistema. Considerando que a pactuação do Rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores é válido para 3 anos, embora o registro da pactuação no Sispacto seja anual, espera-se uma maior agilidade para os próximos anos. Em relação a pactuação estadual somente os Estados do Ceará e Piauí concluíram o preenchimento e validação das metas no sistema Sispacto. Lembrou que os municípios das 20 regiões do Ceará e das 04 regiões do Mato Grosso do Sul e o próprio Estado do Mato Grosso do Sul não estão computados para alimentação do Sispacto por terem assinado o Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP em 2012. Destacou que os 14 municípios do Ceará que ainda não assinaram o COAP, já fizeram sua pactuação no Sispacto. Assim, solicitou o esforço dos estados e municípios no sentido de registrar a pactuação no Sispacto.</p> <p><b>Encaminhamento:</b> reforçar o tema no GT de Gestão para construção de uma agenda interfederativa, para apresentação do Estado da Arte dessa situação, bem como para o cumprimento dessas ações.</p>
<p><b>Destaques</b></p>	
<p><b>CONASS:</b> No dia 25.09.2013 houve uma reunião com o Senador Humberto Costa, a presidente do Conselho Nacional de Saúde, representantes do Conasems e do Conass na qual foi exposta a proposta de que sejam disponibilizados das receitas correntes líquidas para a Saúde: em 2014 13.2%; em 2015</p>	

13,7%; 2016 14,1%; 2017 14,5%; 2018 15%. Conass encaminhará esta proposta ao seu Colegiado, mas de antemão afirmou não ter procuração para acatar nenhuma outra proposta que não seja a “Saúde +10” que equivale a 10% da receita bruta da União para a Saúde. Além disto, junto com esta proposta seriam incluídas novas despesas como as Empresas Brasileiras dos Hospitais Universitários e, possivelmente, os recursos da Farmácia Popular. E informou ainda que há uma tendência de queda das receitas correntes líquidas.