



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
24 DE ABRIL DE 2014

Em 24 de abril de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, André Luis Bonifácio de Carvalho; Fausto Pereira dos Santos; Adail de Almeida Rollo; Helvécio Miranda Magalhães Júnior; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Miguel do Nascimento Júnior; Heider Aurélio Pinto; Felipe Proença de Oliveira e Antonio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Vanda Maria Paiva; Jorge de Souza Villas Boas; Marcos Esner Musafir.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Charles Cesar Tocantins de Souza e Mauro Guimarães Junqueira.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

Ministro da Saúde: Após saudar todos os presentes no Plenário da CIT trouxe algumas questões para discussão e devidos encaminhamentos:

Primeiramente, citou a Resolução nº 2.072 de 2014, do Conselho Federal de Medicina (CFM) que Veda o trabalho, em hospitais, de médicos sem inscrição no CRM da respectiva circunscrição. Afirmou que esta Resolução se configura como “a vanguarda do atraso” já que o por meio do “Programa Mais Médicos” conseguimos avançar na estruturação de equipes completas em algumas regiões do país e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) contando com médicos brasileiros, intercambistas e cooperados. Além disto, esta Resolução vai contra a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que Institui o “Programa Mais Médicos” que vem se sustentando em todos os fóruns do judiciário e que possui o apoio da opinião pública. Por fim, considerou esta ação uma retaliação que ataca a população brasileira que depende do SUS.

Em seguida, solicitou que este Plenário se pronuncie quanto à questão da Audiência Pública sobre a “diferença de classe” de internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). Este assunto já foi debatido no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e está em discussão no Supremo Tribunal Federal (STF). Afirmou ser este um momento crítico de necessidade de defesa do SUS e, especificamente, seu caráter público.

Em relação à pauta deste Plenário, esclareceu que devido a dificuldade em consensuar uma proposta sobre a Política dos Hospitais de Pequeno Porte houve um consenso tripartite em retirá-la de pauta desta CIT e dar seguimento a esta discussão no GT de Atenção à Saúde.

Finalmente, anunciou a saída do atual Secretário da SAS Dr. Helvécio Miranda Magalhães, a partir do dia 08 de maio, ficando em seu lugar o atual Secretário Executivo Fausto Pereira dos Santos. Parabenizou e agradeceu o trabalho do Sec. da SAS Dr. Helvécio M. Magalhães nestes três anos de MS. E anunciou que Ana Paula Soter assumirá a Secretaria Executiva.

Secretário da SAS: Agradeceu o Ministro e o apoio e o trabalho aguerrido de toda sua equipe da SAS. Mostrou-se triste com sua saída, mas afirmou estar trilhando um novo caminho profissional que o deixa também muito satisfeito.

▪ **Lançamentos:**

- Lançamento da edição nº 10 da revista Consensus do Conass – CONASS.

Conass: Agradeceu a cessão do espaço no Plenário e ao Ministro pela entrevista dada à revista. Afirmou que a principal mudança na revista é que esta deixa de ser uma Revista do Conass para se configurar como uma Revista do SUS. Uma das novidades também é a utilização da tecnologia do *QR code* que permite o acesso a conteúdos complementares ao texto de maneira mais interativa e atrativa. Em seguida entregou, em ato solene, a Revista ao Ministro da Saúde.

Parabenizou o trabalho do Secretário Helvécio Miranda ressaltando a bela relação interfederativa estabelecida entre Conass e SAS/MS ao longo destes 3 anos.

Confirmou participação na Audiência pública sobre “diferença de classes” chamando-a de “invencionice” pela falta de justificativa plausível.

Posicionou-se contrário à Resolução nº 2.072 de 2014 do CFM afirmando que isto demanda uma posição política forte e uma resposta consistente.

Reiterou a solicitação de discussão com o MS sobre a integração da saúde indígena no SUS. Esta discussão se faz importante porque a saúde indígena ainda representa um sério problema dentro do SUS, apesar de todas as políticas implantadas. Solicitou ainda a inclusão de Conass e Conasems no Grupo de Trabalho criado pela Portaria nº 3.060, de 11 de dezembro de 2013. Finalmente, entregou, em ato solene, ao Ministro da Saúde a Nota Técnica nº 04/2014.

Conasems: Lamentou a localização da aeronave e dos corpos dos profissionais do DSEI que estavam desaparecidos. Fez um voto de pesar às famílias destes profissionais que estavam a trabalho quando ocorreu o acidente, ou seja, faleceram em prol do SUS.

Com um toque de tristeza também se despediu do Secretário Helvécio parabenizando-o por seu trabalho. E congratulou a chegada do Dr. Heider Pinto na Secretaria da SGTES, o Dr. Fausto Pereira na Secretaria da SAS e a Ana Paula Soter na Secretaria Executiva.

Quanto à resolução do CFM considerou esta um retrocesso já que o Programa Mais Médicos vem atender às solicitações do Conasems e da população. Propôs a confecção de um documento tripartite expondo posicionamento contrário a esta decisão.

Em referência à Audiência sobre a “diferença de classe” posicionou-se contrário afirmando que o SUS deve permanecer um sistema equânime, universal e absolutamente gratuito sem nenhum tipo de diferenciação.

Convidou o ainda Secretário da SAS Dr. Helvécio Miranda, o Secretário da SGEP Dr. André Bonifácio e o Ministro da Saúde Dr. Arthur Chioro a participarem no dia 28.04, no município de Maringá/PR, do lançamento do Portal da Saúde do Estado que disponibilizará a todos os usuários que possuem cartão SUS o acesso a seus dados de saúde *online*.

Por fim, parabenizou o Conass e sua equipe de jornalismo pela Revista Consensus afirmando que esta se configura enquanto uma Revista do SUS.

- Estado da Arte do Programa Mais Médicos - SGTES/MS:

MS: Iniciou a apresentação informando os dados atualizados relativos ao provimento de profissionais junto ao Programa, especialmente o número de médicos que têm atuado nas áreas de vulnerabilidade; as mudanças na formação médica, o número de vagas nos cursos de Medicina e informações sobre a Universalização da Residência Médica.

Relatou que o Programa Mais Médicos está atualizando os dados dos impactos iniciais na acessibilidade dos usuários, bem como os indicadores de cuidado aos usuários- problemas crônicos, atenção ao pré-natal, entre outros.

Atentou às contribuições que o Programa Mais Médicos tem oferecido para a qualificação da Atenção Básica: o aumento no Financiamento Federal à Atenção Básica; o investimento na Estrutura; a melhoria e informatização das Unidades Básicas de Saúde; a manutenção e expansão das Equipes de Saúde completas e com funcionamento regular, além do número de profissionais da saúde comprometidos com o Programa.

Quanto às informações sobre a formação médica, citou as Novas Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, e que será formalizada por meio de um ato dos Ministérios da Saúde e da Educação. Reforçou que a formação médica, a médio e longo prazo, será reorientada para as necessidades da população.

Comentou o empenho de todos os atores envolvidos com o Programa Mais Médicos para o desafio de avançar na inserção, quantidade e qualidade da preceptoria para a graduação e residência; no Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde , que é decisivo para um progresso no perfil da graduação em Medicina e na preparação da universalização da Residência Médica.

Relacionou os esforços que o Governo Federal tem dispensado para a ampliação das vagas de medicina nas universidades públicas e para o lançamento de novos editais direcionados às universidades privadas do país. Citou as metas e os resultados, para o período 2013/2014, dessas novas vagas de medicina, no setor público e privado, além das metas para a universalização da residência médica até o ano de 2017.

Ao final da apresentação, informou sobre a Resolução nº 2.072/2014, do Conselho Federal de Medicina-CFM, já citada e discutida pelo Ministro Arthur Chioro, Conass e Conasems no início desta reunião. Este documento veda o trabalho em hospitais e demais instituições de saúde, dos médicos sem

inscrição regular do Conselho Regional de Medicina da respectiva circunscrição. Fez a leitura, com destaques ao Parágrafo Único do Artigo 1º, da referida Resolução. Disse que, após ter sido avaliada pela CONJUR, foi confirmado o flagrante da ilegalidade deste documento.

Informou que serão tomadas as medidas judiciais cabíveis e que está sendo elaborada uma Nota Técnica pelo Ministério da Saúde. Sugeriu que seja incluído à redação deste documento, o apoio tripartite contrário à determinação do Conselho Federal de Medicina.

Conasems: Fez considerações aos editais para os novos cursos de Medicina e informou que a Região Norte tem dificuldade em atender as exigências destes editais. Solicitou que sejam flexibilizadas condições para contemplar esta região.

Referiu-se às minutas de Portaria referentes às populações ribeirinhas, assinadas pelo Ministro no Congresso Norte e Nordeste, as quais serão um grande avanço para Atenção Básica na região Norte do país.

Conass: Solicitou que seja pautada e discutida, em GT junto à ST-CIT, a minuta de Portaria referente ao Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde.

ENCAMINHAMENTOS:

Será realizada uma moção qualificada por meio de uma Nota Técnica apontando a posição tripartite contra a Resolução nº 2.072/2014 do Conselho Federal de Medicina, que veda o trabalho em hospitais e demais instituições de saúde, dos médicos sem inscrição regular do Conselho Regional de Medicina da respectiva circunscrição;

Será pautada, em GT específico, a minuta de Portaria referente ao Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde.

2. Apresentações e Discussões

a) Preparação do Monitoramento de resposta da Saúde durante a COPA – SE/SVS/MS.

MS: Apresentou o consolidado de todas as ações desenvolvidas pelo MS em prol da preparação do Sistema de Saúde para a Copa do Mundo FIFA Brasil 2014. Parabenizou a

Secretaria Executiva na pessoa do Dr. Adail Rollo, que conduziu todo o processo junto as Secretarias de Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, a Anvisa e a própria Executiva. Salientou que o objetivo é dar ciência aos gestores do processo para que possam informar corretamente à população, visto que com a aproximação do início da Copa, de alguma forma, todos os gestores serão demandados.

Informou que o Brasil tem, por ano, 9 milhões de passagens internacionais seja de saída de brasileiros ou entrada de estrangeiros e que, o risco epidemiológico é o mesmo nos dois casos. Afirmou que o país é acostumado a receber grande quantidade de turistas internacionais em todas as estações do ano e que o objetivo da preparação não é construir uma situação artificial, mas aproveitar o momento para avançar com alguns processos do legado permanente do setor saúde, obter uma melhor possibilidade de articulação e resposta para grandes eventos de massa.

Faz menção aos desafios e oportunidades para a saúde: articulação de ações com Estados e Municípios, visibilidade para as políticas públicas na área de saúde, coordenar o processo de preparação das ações de saúde em grandes eventos, promoção de maior integração do sistema, aprimoramento da integração público e privado e Compartilhamento de experiências e boas práticas, e destacou como legados materiais e imateriais o aprimoramento de infraestrutura e organização dos serviços , do atendimento e da informação e os programas e campanhas de saúde voltados para promoção e proteção da saúde, respectivamente.

Contextualizou que a discussão e elaboração das ações foram iniciadas em 2011 de forma

conjunta entre a Câmara Técnica Nacional de Saúde e as doze cidades - sede da Copa com vistas a normatização e padronização de procedimentos na vigilância sanitária e no atendimento público e privado; a elaboração de metas e priorização de atividades e o mapeamento dos riscos.

Comunicou a ativação de um mecanismo especial de articulação, antes, durante e após todo o evento, entre os 13 Centros Integrados de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), sendo 1 nacional e 12 regionais com o envolvimento de aproximadamente 1.500 profissionais. Disse ainda que, a interligação se dará por meio de videoconferências e que todos os CIOCS foram testados. O objetivo deste mecanismo é garantir a coordenação e monitoramento nas 12 cidades – sede quanto a: vigilância de doenças transmissíveis e de saúde ambiental; resposta às emergências de saúde pública; Urgência e Emergência, força nacional do SUS; vigilância internacional de eventos de saúde pública; promoção da Saúde e prevenção de doenças; gestão, regulação, logística e comunicação; vigilância sanitária e pontos de entrada, serviços de saúde e alimentação.

Fez menção a criação do portal de orientação aos visitantes www.saude.gov.br/viajante como estratégia de divulgação de informações: Campanha de comunicação “Saúde do Viajante”; afixação de peças em locais públicos com grande circulação de pessoas, unidades de saúde e rede hoteleira; orientação sobre hábitos saudáveis e doenças mais comuns no Brasil; disponibilização do aplicativo “Saúde na Copa 2014” para tablets e smartphones a partir de maio; orientações aos usuários sobre sintomas e cuidados sobre as doenças mais comuns no Brasil e mapa de serviços públicos e privados de saúde em todo o país, como

hospitais e farmácias. Salientou que todos os materiais estarão disponíveis em português, inglês, espanhol e francês.

Na oportunidade, afirmou que os eventos esportivos não alteram rotina de atendimento, pois a estatística é de 1% a 2% do público dos jogos poderem necessitar de atendimento médico. Desses, 99,5% a 99,8% serão atendidos na arena e apenas 0,2% e 0,5% necessitarão de encaminhamento.

Baseado na copa de 2010, estima-se o perfil de público de 70% de adultos jovens (de 25 a 44 anos), 83% homens, 60% de solteiros, 54% têm nível superior e a média de 17 a 20 dias de permanência no país. Apresentou o balanço da Copa das Confederações em que de um Público de 796.050, apenas 1.361 foram atendidos e destes, somente 35 precisaram de remoção.

Quanto à questão assistência salientou que nas dependências dos estádios e num raio de 2 km fora deste a responsabilidade é da FIFA. Disse que o Plano de Assistência local está pronto e foi elaborado pelas Secretarias Municipais de Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde das cidades-sede. Para situações de emergência foram elaborados Plano de Emergência, Planos de Contingências e Planos de Ação para Múltiplas vítimas, emergências epidemiológicas (surtos), acidentes com produtos químicos, biológicos, radiológicos e nucleares e desastres. Ressaltou a Integração público-privada, envolvendo as maiores operadoras de planos de saúde e o apoio da Agência Nacional de Saúde.

Quanto ao Plano de ação para atendimento de múltiplas vítimas, afirmou que o Ministério da Saúde tem estoque de medicamentos e insumos em Brasília para envio com apoio do

Ministério da Defesa e que, caso haja necessidade, o governo federal tem capacidade de montar até nove postos médicos avançados com profissionais da Força Nacional do SUS. Comunicou que foram capacitados 10 mil profissionais para atuar em caso de desastre.

Ainda em situações de emergência, a rede disponível nas 12 cidades-sede conta com 531 unidades móveis do SAMU (ambulâncias, motolâncias, embarcações e unidades aéreas), 66 UPAs nas 12 cidades-sede, 67 hospitais de referência do SUS nas cidades sede e 30 equipes da Força Nacional do SUS.

Já em relação a vigilância sanitária, fez menção a Resoluções específicas da Anvisa para eventos de massa: comércio de alimentos, serviços de saúde e controle sanitário sobre a entrada de bens e produtos para uso em eventos de massa, bem como os 12 planos de vigilância sanitária elaborados pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e a avaliação e inspeção sanitária dos estabelecimentos de saúde e de plantas dos estádios nas áreas de manipulação e comércio de alimentos.

Destacou que uma outra questão que merece atenção é a Prevenção de DST/Aids, e para tanto foram definidas três ações: intensificação na distribuição de preservativos em hotéis durante a Copa das Confederações, em articulação com a rede hoteleira; Campanha “Proteja o Gol”, em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) – a ser realizada em 9 de junho em Salvador e a oferta de testes rápidos e aconselhamento por meio de unidades móveis disponíveis nas 12 cidades-sede.

Mencionou as estratégias para promoção da saúde e prevenção da violência: ações de prevenção: violência e trânsito; programa “11 pela saúde” e ações para a construção de

	<p>hábitos saudáveis de vida no cotidiano, como a difusão de mensagem da promoção da saúde por meio da prática de atividades físicas e da alimentação saudável e concluiu fazendo referência a capacitação realizada em fevereiro/2014 com a participação de 3 consultores sobre “manejo de eventos”, com o objetivo de preparar pessoas para gerenciar situações de crise, neste caso, emergência em saúde pública. O público alvo foi representantes das cidades – sedes.</p> <p>O Ministro de Estado da Saúde disse tratar de um momento de tensionamento em função da copa e por isso a importância de alinhar as intervenções e comunicação com a imprensa e a sociedade. Agradeceu ao Dr. Adail Rollo pela competência com que desenvolveu o processo e comunicou com pesar seu desligamento do MS a partir de maio de 2014.</p>
<p>b) Recomendações do Relatório final das atividades do Subgrupo destinado à análise das questões relacionadas às demandas judiciais em saúde – Resolução nº 1, de 27 de fevereiro de 2013 – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Contextualizou acerca da síntese do Relatório do GT de Gestão – Subgrupo Judicialização em que o grupo se reuniu durante todo o ano de 2013, com um total de 16 reuniões, com técnicos do Conass, Conasems e MS, com destaque especial à Conjur, na pessoa de Jean Uema, que coordenou os trabalhos. Trata-se de uma síntese de um relatório bem completo, com foco na discussão da judicialização como um fenômeno de complexidade crescente, que vem causando um conjunto de problemas e danos à organização do Sistema Único de Saúde, e é pauta permanente na agenda dos gestores municipais, estaduais ou federal. O Relatório destaca alguns fatores, quais sejam: - a observância dos tempos distintos e de competência dos Entes Federados, com relação ao próprio funcionamento da gestão pública; - a confirmação e a leitura de que a Judicialização traz um elevado custo, seja direto ou indireto, para um conjunto de processos que</p>

envolvem o acesso a procedimentos, insumos e medicamentos; - um caráter dado de cumprimento imediato de demandas que elevam consideravelmente o desperdício de recursos públicos; e o desenvolvimento de processos que levam a fraude no Sistema Único de Saúde - SUS. Por isso, conforme consta no referido relatório, a Judicialização não pode estar circunscrita aos operadores do direito, devendo ampliar a discussão para outras áreas envolvendo a Ordem dos Advogados do Brasil, a Defensoria Pública e Conselhos profissionais e outros. A Resolução nº 1 de 2013 traçou quatro grandes objetivos: - I – Realizar diagnóstico sobre as demandas judiciais em saúde e seus impactos no Sistema Único de Saúde; II – Organizar sistema tripartite de informação sobre as demandas judiciais em saúde, com dados da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; III – Organizar sistema tripartite de subsídios técnicos e jurídicos para auxiliar União, Estados, Distrito Federal e Municípios nas demandas judiciais em saúde; IV – Propor a adoção de medidas preventivas e saneadoras para a redução das demandas judiciais em saúde e para o enfrentamento de suas consequências. Para alcançar o objetivo I, o grupo tripartite construiu um formulário web que foi utilizado em todas as Secretarias Estaduais de Saúde e do DF – SES e Secretarias Municipais de Saúde de Capitais, capitando, dentre as informações, 5 pontos principais: - sistema de informação, em que 60% dos pesquisados possuem alguma forma de acompanhar o processo, - caracterização do sistema de monitoramento, onde grande parte era para acompanhar demanda judicial, dispensação do medicamento ou insumo; - interface com o uso do hórux; - informações gerenciais com um padrão muito semelhante e, - as principais dificuldades foram trabalhadas em cima de 4

pontos, quais sejam: com relação ao poder judiciário, a estrutura administrativa, as dificuldades de compra e outras situações. Quanto às potencialidades, foram levantadas algumas hipóteses, já que a Judicialização pode ser, concomitantemente, um problema e também uma oportunidade, como ampliar o debate sobre a incorporação tecnológica, uma vez que grande parte das demandas não observa o que a Conitec estabelece o que está na Renases e na Rename, bem como uma maior disponibilidade do Poder Judiciário em ouvir os Gestores, realização de cursos de capacitação, criação de ciclos de seminários, criação de Varas específicas, maior aproximação da União com Estados e Municípios e ampliação de dados disponíveis para avaliação de demandas, sendo um componente fundamental que este debate traz. Quanto ao objetivo 2, foi feita uma pesquisa, que resultou em três experiências com os Estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro. Para cada um dos Estados foi feita uma caracterização, sendo que: o Estado do Paraná tem um sistema de gerenciamento dos componentes de assistência farmacêutica, o Estado de São Paulo possui um sistema desde 2005, que utiliza banco de dados da plataforma *oracle*, e o Estado do Rio de Janeiro utiliza uma Central de atendimento em Demandas Judiciais ligada à Secretaria e um Núcleo Técnico que os assessora. Com base nessas três ferramentas, o grupo optou por trabalhar com o sistema da SSES/RJ. A ideia é customizar essa ferramenta, com um padrão comum, e disponibilização de rotinas, pesquisas, gerenciamento de dados, além de um rol de relatórios e levantamentos estatísticos. Para isso a SES/RJ já liberou o código fonte. O objetivo 3 visa trabalhar a organização do sistema tripartite, vinculado ao art. 2º da Resolução nº 1, para criar um grupo técnico para organizar e manter um banco de acesso

tripartite que contenha documentos técnicos para subsidiar a defesa da União, Estados e Municípios, com competência para elaborar e avaliar Notas Técnicas e manter seus conteúdos atualizados. A proposta é que o grupo tenha composição de Conass, Conasems e Ministério da Saúde, sob a coordenação da Secretaria Executiva. O objetivo 4, é propor medidas saneadoras, com destaque para: fortalecimento dos Comitês Estaduais; atuação junto aos operadores do direito (Defensorias Públicas, Ministério Público e Procuradorias), formação de juntas ou câmaras para conciliação e mediação – operadas pelo sistema judicial e/ou de saúde, implantação de setores específicos nas secretarias de saúde, formação em direito sanitário e saúde pública, elaboração de enunciados aos comitês estaduais da saúde, estratégias de *link's* (e-mail ou telefone) para contato entre os operadores do direito e os da saúde, aprimoramento e qualificação dos processos internos das secretarias estaduais de saúde, e a cooperação técnica com as Secretarias estaduais e municipais e de capital. Por fim, o Relatório retoma os 4 objetivos para propor e reforçar uma agenda tripartite sendo: objetivo 1: apoiar novas iniciativas de coleta de dados de Estados e Municípios, dentre outras formas divulgando tais iniciativas nas reuniões da CIT; objetivo 2: acompanhar a elaboração e implementação do sistema tripartite de informações sobre demandas judiciais em saúde, nos termos da Resolução CIT nº 06, de 6 de novembro de 2013; o objetivo 3: realizar os trâmites necessários para a criação na estrutura da Comissão Intergestores Tripartite de um Subgrupo de Trabalho Permanente do GT de Gestão responsável por organizar e manter um banco de acesso tripartite que contenha documentos técnicos para subsidiar a atuação da União, Estados e Municípios nas

ações judiciais em saúde; e objetivo 4: que se desdobra em 6 grandes iniciativas, quais sejam: **a)** emitir moção de apoio aos Comitês Nacional e Estaduais do CNJ, a ser entregue, pelo Ministro da Saúde e Presidentes do Conass e Conasems, em reunião formal com a Conselheira Deborah Ciocci e conselheiros auxiliares e juízes; **b)** oficiar, quando for o caso, ao Comitê Executivo Nacional do Fórum da Saúde/CNJ, acerca do bom e regular funcionamento dos Comitês Estaduais da Saúde; **c)** recomendar que operadores do SUS sejam formados em técnicas alternativas à Judicialização do direito à saúde (Mediação Sanitária, Mediação Pública, Negociação, Conciliação, Arbitramento e outras técnicas aplicáveis), respeitadas as exigências formais e legais aplicáveis a cada caso, com vistas à qualificação das estratégias existentes e formação de novas juntas ou câmaras com tal finalidade, **d)** solicitar apoio ao CNJ na formação de operadores do sistema de saúde em medidas alternativas à Judicialização; **e)** pautar o Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite acerca do ressarcimento de custos – diretos e indiretos – decorrentes da Judicialização do direito à saúde, conforme disponibilidade de agenda, fazendo referência ao ofício apresentado por Conass e Conasems; e **f)** promover debates acerca da Jornada de Direito Sanitário que será realizada pelo CNJ, com vistas à discussão de enunciados sobre Saúde Pública, Saúde Suplementar e Biodireito e subtemas específicos apresentados pelo Ministério da Saúde, Conass e Conasems, com vistas à identificação de enunciados que sejam apresentados como da gestão do SUS, após deliberação em Assembleia da CIT. Reforçou a necessidade de incluir essa pauta como pauta permanente das CIB. Acrescentou ainda que esse documento será remetido ao GT de Gestão, sob a

	<p>condução, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Executiva, em articulação com as outras Secretarias do MS.</p> <p>CONASEMS: Registrou a importância de se tratar das questões das demandas judiciais em saúde, uma vez que, atualmente, mais do que as pautas diárias em ofertar saúde de qualidade e organizar os serviços e a gestão, hoje, a saúde pública tem sido pautada pelas sentenças judiciais. Parabenizou a todos pelo excelente trabalho e solicitou aprofundamento para manter uma agenda tripartite permanente no sentido de superar, normatizar e acabar de vez, com essas questões das demandas judiciais.</p> <p>CONASSS: Corroborou com Conasems no sentido de se dar prioridade a essa agenda, para que os Estados, os Municípios e o Ministério da Saúde consigam solucionar o problema da Judicialização.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Esse documento será remetido ao GT de Gestão, sob a condução, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Executiva, em articulação com as outras Secretarias do MS e Conass e Conasems.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (Qualifar-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2014 – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Destacou a interação do trabalho conjunto com o DAB/SAS, DataSUS/SGEP, Demas/SE e, especialmente, com Conasems e Conass, sem os quais, o trabalho não teria sido possível, sendo o papel de todos muito marcante, sem essa rede não teria sido viável o sucesso de um programa voltado justamente para os Municípios mais carentes que fazem parte do Brasil sem miséria. Agradeceu a equipe interna do DAF/SCTIE/MS, com destaque para os profissionais e colaboradores da coordenação de Assistência Farmacêutica básica, que</p>

fizeram um excelente trabalho junto aos municípios. Destacou que esse programa representa o que há de novo na Assistência Farmacêutica no período recente, sendo mais do que uma ampliação da demanda de medicamentos, é a visão de que o SUS não pode ser visto apenas como um grande mercado e sim como um sistema de cuidado à saúde. Ter um programa para qualificar a assistência farmacêutica, começando de modo integrado para os municípios mais carentes é um marco diferenciador. O programa é de custo relativo, com impacto imenso em unidade de saúde que deixa de ser almoxarifado de entrega de medicamento e passa a ser unidades de saúde, sendo uma antiga demanda do SUS e vem cumprir uma meta desse objetivo. Destacou alguns dados do programa, sendo: os municípios que fazem parte do Brasil sem miséria são, atualmente, 2.257, com essa ampliação a ser pactuada, atingirá 70% dos municípios, destacando todo o apoio dado por parte da estrutura do Ministério da Saúde, uma vez que houve essa ampliação que marca a prioridade da Assistência Farmacêutica e do cuidado do sistema público de saúde. Em 2012 foi possível contemplar 453 municípios, em 2013 foram 453, totalizando 906 municípios, e para 2014 serão 676 municípios, chegando a 1.582 municípios, com 70% dos municípios brasileiros sem miséria, contemplados pelo referido Programa, e para serem credenciados precisam estar integrados com os programas: PMAQ; Requalifica UBS, e adotar o sistema de informação Hórus. Isso trará como consequência a promoção e transformação profunda, simbolizando muito na qualificação da Assistência Farmacêutica.

CONASS: reafirmou ser um programa estruturante, com abrangência significativa que beneficia a dispensação com qualidade, por isso se posiciona pela pactuação.

	<p>CONASEMS: Corroborou com Conass pela pactuação, registrando o reconhecimento do trabalho árduo do grupo na implementação do programa, reforçando a necessidade de se dar continuidade na universalização do Qualifar, com um avanço para mais de 1.500 municípios, sendo um ganho enorme, e uma diferença na qualificação da Assistência Farmacêutica no Brasil, afirmando que esta é a busca incessante que a Tripartite vem fazendo.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS: Pactuada.</p>
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Situação do abastecimento de Vacinas – SVS/MS.</p>	<p>MS: informou a todos sobre a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza, a ser realizada no período de 22 de abril a 09 de maio de 2014, sendo 26 de abril, o dia de mobilização nacional. Esclareceu que este ano houve ampliação do público alvo com inclusão de crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). Em seguida, atualizou as informações referentes ao abastecimento das vacinas e soros informando que será elaborada Nota Técnica com detalhamento da situação a ser disponibilizada aos gestores.</p>
<p>b) Campanha Nacional de Hanseníase, Geo-helminthiases e Tracoma – SVS/MS.</p>	<p>MS: Comunicou a todos que a Campanha Nacional de Hanseníase, Geo-helminthiases e Tracoma será realizada na semana de 26 a 30 de maio de 2014. A campanha tem como público alvo estudantes na faixa etária de 5 a 14 anos, em aproximadamente 38.000 escolas de 1.193 municípios prioritários, selecionados por critérios epidemiológicos e operacionais. Reiterou a importância dessa estratégia apresentando alguns resultados da Campanha realizada em 2013 e solicitou o envolvimento de todos os gestores para a execução da</p>

	edição de 2014.
c) Audiência Pública sobre a “diferença de classe” de internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) – SE/MS.	MS: Reiterou a fala do Ministro no início dessa reunião e deu ciência ao Plenário, comunicando que as inscrições para participação na Audiência foram realizadas até ontem, 22/04/14, e que o processo está em andamento.
d) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012/2013 e do funcionamento do Sistema Sargsus – SGEP/MS.	MS: Citou a Nota Técnica elaborada pela Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos de Gestão Interfederativa (CGAIG), do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SGEP) e disponibilizada no Plenário, sobre a situação de alimentação dos Relatórios de Gestão, nas esferas Municipal e Estadual (Anos 2011, 2012 e 2013). Informou que até a presente data, cerca de 38,97% dos municípios enviaram seus Relatórios de Gestão 2013 aos respectivos Conselhos de Saúde e pontuou que o sistema está sendo acessado e utilizado amplamente pelos municípios e que permanece estável. Destacou as 3 iniciativas: Prêmio InovaSUS, Tecnologias aplicadas no Sistema Único de Saúde e o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório Anual de Gestão do SUS (SargSUS), reconhecidas durante a premiação do 18º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal e desenvolvidas pelas Secretarias, de Ciência e Tecnologia (SCTIE) e de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), respectivamente.
e) Agenda do e-SUS AB nos Estados – SGEP/MS.	MS: Informou que 20 Estados estão com as agendas marcadas, destacou o Estado de AL que já concluiu a qualificação no uso do Sistema e reiterou a orientação dada pelo Ministro Chioro, de desenvolver esse processo de forma integrada entre a SGEP (DAI/DATASUS) e SAS (DAB), com perspectiva de finalizar estas ações de qualificação em Junho/2014.

	CONASS: Solicitou agenda com o Secretário da SGEP, a fim de dar conhecimento e discutir as apreensões e observações deste Conselho, sobre essas agendas do e-SUS AB.
--	---

DESTAQUE:

Consenso tripartite quanto ao cancelamento da CIT de maio/2014 e realização da referida assembleia em 02 de Junho/2014, no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e XI Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência, a ser realizado em Serra – ES.