



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
RESUMO EXECUTIVO DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
11 DE DEZEMBRO DE 2014

Em 11 de Dezembro de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Jorge Harada, Ana Paula Menezes, Giliate Cardoso Coelho Neto, Fausto Pereira dos Santos, Aparecida Linhares Pimenta, Jarbas Barbosa da Silva Junior, Sônia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Grabois Gadelha, José Miguel do Nascimento Júnior, Heider Aurélio Pinto e Antônio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim, Helio Franco de Macedo Junior, Jorge de Souza Villas Boas, Antônio Lastória, Marcos Esner Mussafir, René José Pereira dos Santos e Wadson Dias de Souza.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Charles Cezar Tocantins de Souza, Raul Moreira Molina Barrios, Wilames Freire Bezerra, José Fernando Casquel Monti e Mauro Guimarães Junqueira.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

Lançamentos:

- a) Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), volume II – SAS/SCTIE/MS e .
- b) Protocolos e Diretrizes em Oncologia, volume I – SAS/SCTIE/MS.

SCTIE/MS: Saudou os participantes da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite e iniciou informando que o trabalho de elaboração de protocolos é coordenado pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS e conduzido por técnicos desta; pela Secretaria de Ciência e Tecnologia - SCTIE e Conitec em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz de São Paulo, no âmbito do Projeto Institucional do Sistema Único de Saúde - PROADI/SUS. Os protocolos contam ainda com a contribuição de entidades, associações, comunidades científicas, e profissionais especializados por meio das consultas públicas a que são submetidos. De 2011 a 2014 a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS publicou 63 Protocolos, sendo: 41 de doenças benignas; 22 de doenças malignas; e 7 de uso de medicamentos, exames ou dispositivos. O volume III dos PCDT incluiu 22 protocolos, sendo 21 de oncologia. A revista de divulgação em saúde para debate é uma parceria entre o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES e a SAS/MS, e tem como objetivo apresentar e debater o conjunto das políticas que vem sendo implementadas para a organização do processo de cuidado na Atenção Básica e suas necessárias articulações com as Redes de Atenção à saúde – RAS. Nas edições de nº 51 e 52 é possível conferir vários artigos que evidenciam as ações do MS na melhoria dos serviços prestados pelo SUS, bem como os programas adotados de maneira organizada pela Atenção Básica, integrado ao conjunto dos demais serviços, e níveis de cuidado, garantindo o acesso oportuno integral e de qualidade a toda a população.

Hospital Alemão Oswaldo Cruz: Cumprimentou os Secretários da SAS e SCTIE e demais integrantes do plenário, mencionando a grata participação no lançamento dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas e em Oncologia. Esse trabalho tem sido feito por uma grande equipe, juntamente com profissionais do MS, do referido Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e demais instituições que têm contribuído de forma excepcional para a finalização desses protocolos, os quais tem um grande impacto dentro da comunidade que presta atenção e assistência as pessoas do nosso País dentro do Sistema Único de

Saúde e além dele. Agradeceu, em especial, a Dra Maria Inez Gadelha como a principal mentora e condutora dessa linha mestra na condução desse projeto, estendendo a todos os demais que se envolveram nesse trabalho árduo. Considerou de extrema importância, dentro do PROADI-SUS, poder contribuir com aquilo que é possível, dentro de sua competência, para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, sendo uma contribuição e compromisso no sentido de dar sequência, dentro da linha que o MS preconiza e entende como a melhor para o SUS. Agradeceu a oportunidade e parabenizou a todos pelo lançamento de mais esse volume dos Protocolos Clínicos.

CONASEMS: Saudou a todos do MS, OPAS, Conass e Hospital Alemão Oswaldo Cruz pela parceria. Colocou acerca do reconhecimento de que o lançamento de um rico material como este, contribui de forma positiva, em contrapartida às muitas críticas relacionadas à gestão de forma muito negativa de tudo aquilo que se faz dentro do SUS. Afirmou que estes protocolos representam uma resposta favorável a tudo que vem sendo feito, uma vez que a elaboração, a divulgação e a utilização destes pelos profissionais da saúde, seja da rede pública ou privada, gerará uma economicidade na gestão, além de um aumento na resolutividade das demandas no SUS. Agradeceu, parabenizou e desejou sucesso, um feliz natal, muita saúde e muito trabalho a todos.

CONASS: Cumprimentou a todos os Secretários Estaduais e Municipais de Saúde presentes, bem como os Secretários do MS, a Secretária Executiva/MS e a OPAS. Acredita que a contribuição que o Hospital Alemão tem dado a este trabalho é extremamente importante para o SUS, uma vez que ao organizar bem a Atenção Básica também se organiza bem na condução das diretrizes para diagnosticar, tratar e acompanhar os pacientes. Reforçou que a organização destes protocolos foi feita em muito boa hora, sendo 43 destes lançados nesse momento, e isto organizará a atenção no formato de condução, não só da linha de cuidado, mas dos casos dos pacientes a serem atendidos. Lembrou que a inclusão da oncologia, a qual há necessidade de se voltar os olhos, foi muito oportuna por ser uma área que exigirá, cada vez mais do SUS, uma atenção mais detalhada em função de sua grande demanda. Ressaltou que se trata de um esforço meritório da SAS, que contribuirá para todos aqueles profissionais que estão na ponta, cuidando das linhas de cuidado, do paciente, podendo fazer sempre mais e melhor, uma vez que a medicina baseada em evidências não evoluiu muito, sendo os protocolos uma grande contribuição para os profissionais de saúde como um todo. Para todos, ter os protocolos contribuirá muito para a saúde brasileira. Desejou um bom trabalho a todos, com a crença de que se todos trabalharem com sucesso, as melhorias acontecerão.

OPAS/MS: Saudou a todos, edificando toda a equipe do MS, Conass e Conasems. Fez referência aos agradecimentos que todos fizeram à OPAS, considerando que para um tema tão relevante como a saúde, é a Entidade que agradece pelo aprendizado e crescimento por meio de todas as discussões tripartite. Quanto ao lançamento dos protocolos clínicos, afirmou que este marca um início e encerramento de um momento político do país. E que os volumes que estão sendo lançados são uma contribuição muito positiva e de qualidade da atenção. Tais lançamentos é motivo de muita satisfação e se comprometeu a divulgá-los por todos os meios possíveis, tendo como o principal compromisso dessa atividade. Agradeceu a todos.

SCTIE/MS: Cumprimentou e saudou todos os Secretários, a Secretária Executiva do MS, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz e demais. Afirmou ser um avanço essa integração das duas Secretarias do MS: SAS e SCTIE, e desdobrando para a SVS, sendo um marco da gestão pública. Estes protocolos, ao final, serão sancionados e avaliados por uma Subcomissão da CONITEC, que envolve todas as Secretarias, o Conass, Conasems e o Conselho Nacional de Saúde. Corroborou com a colocação dada pela OPAS no sentido de uma crescente saúde baseada em evidências. São 43 Protocolos de Diretrizes que permitem dialogar com o judiciário e com a sociedade, contribuindo com um crescente trabalho integrado que facilita e favorece o diálogo com a sociedade e quem colocou a universalidade, a integralidade e a equidade no SUS foi o movimento sanitário e não o judiciário. Enalteceu o trabalho de toda a equipe de coordenação executiva constante nos referidos volumes, e reforçou a integração e parceria com a SAS. Agradeceu pelo momento e pela realização de uma política baseada na incorporação de tecnologias, sempre buscando a racionalidade e o cidadão e não outros interesses.

SAS/MS: Iniciou agradecendo a presença de todos e, em especial à Secretária Executiva, a OPAS, Conass, Conasems, SCTIE e SGEP/MS e Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Lembrou que se trata de dois lançamentos, e tanto o das Diretrizes Terapêuticas quanto o da Oncologia, mesmo havendo questões controversas, mostram frutos muito positivos para o SUS. Alertou para o fato de que os protocolos e

diretrizes terapêuticas, mesmo não sendo um assunto muito pacífico, têm um papel importante, sendo fundamental um trabalho conjunto com especialistas e instituições visando prover o SUS, os profissionais, os gestores, os processos de regulação, o Judiciário; bem como um conjunto de atores que atuam nessa questão, com bases técnicas para tomada de decisões; tendo todos uma responsabilidade inalienável. Todo material será disponibilizado amplamente no País, só sendo possível com a parceria do Hospital Alemão e o Ministério da Saúde. Homenageou todos os trabalhadores em conjunto com o Hospital Alemão pelo lançamento dos protocolos.

SGEP/MS: Cumprimentou a todos e parabenizou por todo o trabalho feito, na medida em que o grande desafio é integrar tudo que foi discutido no campo do financiamento e da gestão sistêmica. Corroborou com tudo que foi colocado. Alertou para o fato de que cabe um grande desafio de Conass, Conasems, gestores estaduais e municipais para efetivar numa qualidade de vida da população, sendo ainda muita coisa a se realizar, uma vez que as linhas de cuidado não se resumem nos protocolos, sendo necessário, acima de tudo, fazer a integração da gestão do cuidado.

SE/MS: Cumprimentou a todos. Elogiou os Secretários da SAS e SCTIE, Conass, Conasems e Opas, pelo trabalho de parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Ministro/MS: Saudou a todos e agradeceu pela colaboração em um ano de intenso trabalho que, mesmo com tantas adversidades, houve avanço e se estabeleceu prioridades, com diálogo constante. Fez entrega da publicação do IBGE da 1ª fase da Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas, que analisa o Brasil, as grandes regiões e as unidades da federação. Afirmou ser um material extremamente valioso, qualificadíssimo, que passará a ser quinquenal, e dará uma linha de base para se refletir e obter elementos muito importantes para o planejamento, o monitoramento e para analisar o impacto. Passou às mãos de Conass e Conasems a publicação da pesquisa e solicitou uma agenda tripartite para uma apresentação e debate sobre a pesquisa, num espaço não muito curto para a discussão, porque são muitos elementos consistentes e vigorosos e isso vai ensejar a redefinição de prioridades importantes do ponto de vista dos desafios em relação às políticas de saúde, considerando que a pauta da saúde é centrada na oferta de serviços assistenciais, na garantia de acesso, possibilitando repensar prioridades e rumos a partir de elementos que se tem sobre hábitos e estilo de vida. Um bom exemplo é a magnitude das doenças crônicas e dos impactos dos problemas relacionados aos de coluna, bem como a informação de direção e ingestão de álcool, uma vez que a cada quatro pessoas que assumem que bebe, uma também assume que dirige sob o efeito do álcool. Cabe a reflexão para análise do que se irá investir. Por isso, considera importante se apropriar dessas informações para se avaliar e repensar a redefinição das políticas. Mencionou que o ano está finalizando, e qualificando cada vez mais a capacidade de diálogo respeitoso e produtivo, espera que em 2015, após a definição por parte da Presidente Dilma de quem ficará no comando do MS, da equipe que terá a responsabilidade de lidar com as bancadas de Conass e Conasems, os quais naturalmente também sofrerão mudanças importantes em razão do processo de sucessão nos Estados, que se possa manter exatamente o mesmo espírito, para avançar mais, aprofundar na capacidade de pactuações, mas, acima de tudo, apostar que há condições de juntos definir a agenda de prioridades e trabalhar sobre o sistema de maneira consistente. E, embora anteveja um ano difícil, do ponto de vista econômico para o País e orçamentário para o MS, não se pode desperdiçar a janela de oportunidades que o ano de 2015 abrirá para todos que defendem o SUS. Acrescentou que tem sido procurado por governadores eleitos, e destes, todos indicaram que a prioridade número um de seu mandato será a Saúde, ou seja, a percepção de que terão que lidar com o tema da saúde. Por fim, a percepção de que será necessário buscar soluções quanto às questões relacionadas ao financiamento. Agradeceu e desejou a todos um forte abraço, um Feliz Natal e um Ano Novo maravilhoso, com um 2105 de renovadas esperanças. E que a política de estado brasileiro construída até então, não será negligenciada.

ENCAMINHAMENTO: MS solicitou uma agenda tripartite para apresentação e debate sobre a Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do Estado de Saúde, Estilo de Vida e Doenças Crônicas.

1. Abertura dos Trabalhos

a) Lançamento da Revista do Conasems, Ed. Nov/Dez – CONASEMS.

CONASEMS – Lembrou que a Revista do Conasems é rotineiramente lançada a cada bimestre na Tripartite e informou que a edição de novembro/dezembro traz o atual momento político, em cima das perspectivas para 2015, com entrevista de diversos atores, como a Presidente do CNS, Maria do Socorro de Souza, sobre a visão da missão alvo para 2015, que é a 15ª Conferência Nacional de Saúde. Mostrou que no quadro “recortes do Brasil” é contada a história do estado do Mato Grosso do Sul e suas ações de saúde desenvolvidas. Citou a reportagem do Dr. Jarbas, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) com a Política de Promoção à Saúde, pactuada na última CIT; o artigo do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), André Bonifácio, junto com Nardi, presidente do Conasems; o livro “Judicialização da Saúde no Brasil”, sob organização da Dra. Lenir Santos e da assessora jurídica, Fernanda Terrazas (com a honra do 1º lançamento no Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde, na última quarta-feira, em Foz do Iguaçu, e também ontem, em Brasília, pelas suas duas autoras). Chamou a atenção da Agenda para a Gestão Municipal ou melhor do SUS, dentro do Calendário 2015: 15 a 17 de abril – 1º Encontro Sul/Sudeste/Centro-Oeste, em Foz do Iguaçu, esperando que esta seja uma agenda para todos os gestores do SUS; de 10 a 13 de junho – o Congresso Norte/Nordeste, na Paraíba; e de 6 a 9 de agosto – o 31º Congresso Nacional do CONASEMS, em Brasília. Registrou oficialmente lançada a revista.

b) Lançamento da Revista Divulgação em Saúde para Debate, nº 51 e 52 – Parceria MS/CEBES.

SAS/MS: Na oportunidade do lançamento dos Protocolos Clínicos fez referência ao lançamento da referida revista, divulgando que se trata de uma publicação em conjunto com o CEBES, e esse primeiro volume trabalha mais com a atenção básica. E o segundo volume faz uma análise da construção das redes, discute avanços. Com participação de muitos colaboradores, com análise crítica de todo o processo, na implementação das políticas uma iniciativa importante com posições divergentes. Agradeceu a todos que participaram na elaboração da referida revista e pede retorno de contribuições para novas publicações. Desejou boa leitura a todos.

c) Revista Consensus, Ed. Out/Nov/Dez – CONASS

CONASS: Realizou a entrega da revista Consensus em seu novo formato, dando destaque a determinados pontos considerados audaciosos, como exemplo a entrevista realizada com o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, e os presidentes do Conass e Conasems, Wilson Alecrim e Antonio Nardi respectivamente, aonde foram respondidas questões como mudanças ocorridas no SUS nos últimos 04 anos (progressos, conquistas e avanços), além de expectativas para os próximos 04 anos. Essa revista também apresenta balanço das demandas solicitadas pelo Conass junto aos candidatos a Presidência da República no pleito ocorrido neste ano de 2014. Outros pontos destacados foram a realização do Seminário Internacional para enfrentamento de doenças crônicas, realizado em Belo Horizonte/MG, além do artigo – O Adeus ao Mestre Adib Jatene – dedicado a agradecimentos ao ex-ministro da saúde e primeiro presidente do Conass. Ressaltou ainda que o Conass homenageará Adib Jatene dando seu nome a uma sala na sede do referido conselho.

2. Apresentações e Discussões

a) Metodologia de Avaliação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde – SAS/MS.

SAS/MS: Esclareceu que a proposta de construção de uma Metodologia de Avaliação das Redes Temáticas - Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - é uma demanda prioritária da CIT.

Afirmou que os objetivos desta avaliação são: realizar um balanço dos avanços e “nós críticos” detectados no processo de implantação das Redes de 2011 a 2014; propor a continuidade das Redes com os aperfeiçoamentos e correções necessários e; planejar as diretrizes para os próximos quatro anos, considerando a necessidade de elaboração dos Planos Nacionais de Saúde, Planos Estaduais, o fortalecimento da Regionalização e a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

Informou que já iniciou este processo de avaliação, internamente, com a participação de toda Equipe da Secretaria de Atenção a Saúde- SAS, e também no Colegiado do Ministro, com várias contribuições importantes, pois na Equipe do Ministério estão vários ex-secretários municipais que participaram da implantação das Redes nos Municípios e Estados. No entanto, afirmou que este processo só terá validade quando houver a avaliação dos gestores estaduais e municipais. Neste sentido, propôs realizar Oficinas, no início de 2015, com os gestores dos Municípios, dos Estados e Ministério da Saúde para diagnóstico da situação atual das Redes Temáticas e propostas para o próximo período.

Propôs como roteiro para esta avaliação, que sejam analisados: Objetivos da Rede; Marco legal; Componentes de cada Rede; Recursos para investimento: previsto, empenhado e pago – quadro nacional; Recursos para custeio: formas de repasse e valores; Implantação da Rede em cada Estado e Regiões de Saúde: quadro dos planos de ação regional – PAR por Estado. Cobertura por Região de Saúde; Situação atual do Plano de Ação Regional - PAR: serviços novos, habilitados, qualificados; Financiamento do PAR: investimento em obras e equipamentos; Financiamento do PAR: valores repassados para custeio; Atividades de formação e capacitação de trabalhadores do SUS em temas relacionados às Redes temáticas; Governança das Redes: protagonismo da CIR e da CIB; Papel dos Grupos Condutores de cada Rede; Papel dos Apoiadores do Ministério da Saúde; Papel do COSEMS e da SES; Avaliação das Redes: resultado encontrado no monitoramento feito pelo MS; Indicadores 2013- 2015 pactuados na CIT e relacionados com cada Rede Temática e; Cuidado em Rede: quais avanços e “nós críticos”.

CONASS: Parabenizou a SAS pela proposta apresentada e, em seguida, propôs que o resultado desta avaliação interna do

MS seja apresentado ao Conass na assembleia de Fevereiro, antes das Oficinas Regionais, para que os novos gestores conheçam a proposta com mais profundidade antes de discuti-la.

CONASEMS: Concordou com a proposta do Conass. E afirmou que um dos “nós críticos” do processo de implantação das Redes é que algumas Portarias de Redes Temáticas ainda não foram operacionalizadas e não tem financiamento definido. Além disto, propôs a reavaliação dos critérios de habilitação de serviços nos municípios.

Afirmou ainda, que o fortalecimento da governança local – das CIR – impõe a necessidade de se avaliar as Redes. E a partir disto, traçar uma Política baseada nas especificidades e necessidades locais.

SAS/MS: Concordou em antecipar a apresentação dos resultados da avaliação interna do MS, no intuito de que, logo em seguida, se realize uma Oficina ampliada com gestores estaduais e municipais para um debate qualificado, antes das Oficinas Regionais.

Afirmou ser importante acelerar esta agenda e propôs que esta seja discutida ainda em janeiro, em reunião ampla tripartite, para que já tenhamos resultados em fevereiro.

Lembrou ainda que há uma decisão tripartite de que se priorize a Rede cegonha e a Rede de Urgência e Emergência nesta avaliação.

Afirmou que acredita que este trabalho vai gerar uma revisão nas normativas das Redes Temáticas.

CONASS: Informou que há mudança de secretários em cerca de 70% a 80% dos Estados o que inviabiliza esta discussão em janeiro, mas afirmou a possibilidade de discussão com sua Câmara Técnica, sem a participação dos Secretários.

CONASEMS: Corroborou com o Conass da dificuldade em reunir os secretários em janeiro.

ENCAMINHAMENTOS:

- Reavaliar os critérios de habilitação de serviços nos municípios;
- Divulgar a avaliação interna sobre a RAS para Conass e Conasems;
- Realizar Oficina ampliada com gestores estaduais e municipais para um debate qualificado, antes das oficinas Regionais;
- Iniciar a discussão sobre a metodologia da avaliação da RAS e das Oficinas, ainda no mês de janeiro, com as Câmaras Técnicas de Conass e Conasems;
- Priorizar nesta Avaliação as Redes Cegonha e de Urgência e Emergência.

<p>b) Preparação e resposta para possível epidemia de Dengue e Chikungunya – SVS/MS.</p>	<p>SVS/MS: Apresentou o balanço dos casos de dengue no período das semanas epidemiológicas 01 à 47, destacou a redução de 60,2% casos comparando ao ano de 2013 quando houve um pico devido a circulação do DENV-4 e a reintrodução do DENV-1. O crescimento da curva de 2014 apresentada mostra que a taxa de ataque no Estado do Acre foi elevadíssima, com mais de 10.000 casos, mostrando que ainda há pessoas susceptíveis. Mas, como resultado da integração da atenção básica, com as UPAS e as ações de controle da dengue, há uma redução do número de óbitos, o que é um avanço importante.</p> <p>Em relação ao vírus Chikungunya, o Brasil vem trabalhando desde dezembro/2013 quando tiveram os primeiros casos autóctones no Caribe. Informou que ainda não há teste rápido, então os exames laboratoriais são feitos apenas para confirmar a circulação do vírus, e depois o fechamento dos casos ocorre por critério clínico-epidemiológico.</p> <p>No Brasil, os primeiros casos autóctones apareceram em setembro/2014, com surto em Feira de Santana/BA e Oiapoque/AP. Informou da elaboração: do plano de contingência; da ficha de notificação de dengue para a inclusão do vírus Chikungunya; do novo Guia de Vigilância em Saúde, e da divulgação do resultado do LIRAA para estados e municípios. Em relação ao manejo clínico e atenção ao paciente confirmou que foram feitas capacitações de médicos e enfermeiros juntamente com a SAS, bem como a elaboração de um guia de manejo clínico e classificação de risco. Sobre a comunicação e mobilização social enfatizou a realização do Dia D e do Dia D +1 programado para o dia 07/02/2015. Por fim, informou que será publicada portaria de incentivo adicional para qualificação das ações de vigilância, prevenção e controle da dengue e febre de chikungunya, correspondente a 12% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde dos estados e municípios, totalizando R\$ 150.019.037,99 (cento e cinquenta milhões, dezenove mil, trinta e sete reais e noventa e nove centavos), e transferido em parcela única.</p> <p>CONASEMS: Parabenizou a SVS pela expertise, e relatou que Maringá/PR fez uma coletiva de imprensa para divulgar o LIRAA, e que o índice de infestação subiu de 0,4 para 1, 9%, sendo necessário iniciar o trabalho intenso e mobilização em todas as áreas infestadas. Colocou que a dengue é uma mudança de comportamento da população e que o poder público sozinho não vence a dengue. É importante que se tenha baixo índice de mortalidade.</p>
<p>c) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações: SI-PNI – situação atual – SVS/MS</p>	<p>SVS/MS: Sobre a realidade brasileira dos dados de vacinação destacou que atualmente se tem o registro das doses aplicadas e não o registro individualizado das pessoas vacinadas, sendo essa a proposta do SI – PNI. Relembrando decisão do TCU de que no próximo ano auditará a situação dos imunobiológicos disse que o sistema além de disponibilizar a informação epidemiológica permite aos gestores maior controle de suas salas de vacina e o acompanhamento de: eventos</p>

	<p>adversos, usuários especiais de imunobiológicos, utilização e perda dos insumos. Apresentando algumas das vantagens do sistema falou que a implantação é simples e flexível as especificidades de cada município e Estado, podendo ser o sistema implantado na sala de vacina ou mesmo na unidade de saúde, pois o importante é ter a informação. Ainda sobre o processo de implantação solicitou que as CIB avaliem as estratégias de implantação. Concluiu dizendo que a pretensão é que a CIT no ano de 2015 avalie a proposição de que o SI – PNI se torne de alimentação obrigatória e, portanto que em seis meses a partir da data de publicação da minuta de portaria de Revisão da Portaria SVS/MS nº201/2010, o SI PNI seja incluído como um dos sistemas a serem monitorados para efeitos da garantia de repasse de recurso. Reconhece ser um tema sensível e afirmou que atualmente, o bloqueio é praticamente inexistente.</p> <p>CONASEMS: parabenizou o MS pela inovação e ponderou sobre algumas preocupações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusão de critério obrigatório para suspensão de recurso. Deve-se pensar mais nas questões de resultados do que em critérios e obrigatorialidades, que somente contribui para ação judicial; • Conectividade: ressaltou que apesar de todo esforço a conectividade ainda não é uma realidade. Tem-se muitos problemas, o que pode interferir nos dados de cobertura vacinal; • Aquisição de equipamentos para o Si – PNI: dificuldades para aquisição dos equipamentos pelos municípios. <p>Ponderou ainda a falta de diálogo do PNI com as representações municipais, que são os responsáveis pela execução do programa, restringindo a auscultação aos coordenadores estaduais.</p> <p>SVS/MS: Ressaltou a necessidade da referência do PNI está articulada com seu Gestor, a fim de que os acordos não sejam feitos via Secretaria de Vigilância em Saúde. Fez menção a publicação das portarias que estabelecem o repasse de aproximadamente 50 milhões de reais para estruturação da rede de frio no país.</p> <p>CONASS: Não apresentou ponderações.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS: Discutir no GT de Vigilância em Saúde (GTVS), com vistas a pactuação na CIT em 2015, a proposição de que o SI PNI se torne de alimentação obrigatória, para efeitos da garantia de repasse de recurso.</p>
<p>d) Caso sobre o financiamento do estado da Paraíba – CONASS.</p>	<p>SES/PB – Cumprimentou a todos e informou que essa pauta foi apresentada ao Conass e ao Conasems há um bom tempo e que no caso da PB, em especial é recorrente há 9 anos aproximadamente.</p> <p>Citou que essa situação anômala de financiamento no estado da PB, nos últimos anos, vem sendo tratada na medida das pactuações necessárias.</p> <p>Contextualizou que o processo de municipalização produziu no Estado, aos 223 municípios, uma descentralização de</p>

recursos do teto MAC estadual, para municípios inclusive que não possuíam serviços, o que ocorreu de forma desordenada. Referiu que em 2011, iniciou-se um processo de gestão, cuja situação da PB era de não ter nenhum recurso MAC disponível no teto para a SES, em virtude dessa descentralização e também da não assinatura do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

Desde essa época, o Estado fez agendas e todos os esforços viáveis acionando o MS, o Conass e o Conasems, para captar recurso do teto MAC para SES PB, o que não foi possível até 2013. Apenas 2 municípios (Guarabira e Santa Luzia) continuaram a enviar os repasses diretamente ao Fundo Estadual de Saúde (FES), que não ultrapassavam 400 mil reais/mês.

Disse que ainda em 2013, o governo do Estado acionou a justiça contra a capital (João Pessoa), devido a grande retenção de recursos federais que estavam sendo pagos pela produção hospitalar e ambulatorial e a não concordância do ente municipal em assinar e contratualizar. Porém, continuava utilizando os serviços e o Estado sem teto algum para essa finalidade. Explicou que a referida ação foi desfeita em acordo, mediado pelo MS com assinatura do Protocolo, cuja situação foi apresentada a CIT, assim como a do Goiás (GO). A situação do GO foi resolvida e o caso da PB teve como encaminhamento estabelecer uma negociação no próprio Estado. Embora a ação tenha sido realizada, a partir do mês de março, o município interrompe de novo a transferência do repasse, por não concordar em assinar o PCEP e assim o Estado volta a ter zero de financiamento com relação a sua produção própria.

Lembrou que em outubro de 2012, o Conselho Estadual de Saúde (CES), por meio de sua Resolução nº 86, orientou que o MS tomasse uma providência com relação ao ordenamento e o pagamento da despesa diretamente ao teto estadual. E que o Estado tivesse autonomia do processamento das suas contas, de acordo com o teto estabelecido.

Em 2013, o Conselho emite uma Resolução ao Tribunal de Contas do Estado da PB, solicitando providências e a análise das contas dos gestores inadimplentes, o que já ocorreu, com Auditoria já concluída neste mês de Dezembro/2014 e em fase de julgamento marcado para 28 de janeiro de 2015 junto com as contas da SES/PB.

Complementou informando que nesta última pactuação da CIB/PB (dezembro/2014) não houve consenso municipal e estadual para o recebimento dos recursos que são da produção estadual.

Sendo assim, o Secretário de Estado da Saúde da PB assinalou com pesar que o Estado recomeçará o debate sobre esse pleito do financiamento, haja vista ter produzido nesses 4 anos um aumento na oferta: de mais de 1.000 leitos, 10 hospitais novos, alcançando 33 unidades hospitalares e com mais 4 grandes hospitais em construção.

Confirmou que atualmente, o Estado está em uma condição muito difícil, pois sua responsabilidade sobre a produção

hospitalar ultrapassa 51% e as perdas financeiras acumuladas atingem um teto de 120 milhões por ano, o que não aconteceria, se o Estado estivesse de fato, recebendo o teto estabelecido de mais de 700 milhões de reais ou a produção mínima. Ponderou que este não é um caso específico da Paraíba, embora o considere como o mais crítico do país.

Destacou o pedido da SES/PB de formalizar e solicitar o apoio dessa plenária (CIT de 11/12/2014), para estabelecer um consenso e resolver as seguintes questões:

- A autonomia do Estado para o processamento de suas contas e para o recebimento de seu recurso diretamente fundo a fundo;
- A alimentação e o gerenciamento de seu cadastro do SCNES.

Ressaltou que essa pauta vem sendo bastante discutida e que especificamente com o Ministro da Saúde, Secretária Executiva, assessores MS, Conass e Conasems a reunião aconteceu prévia a esta CIT, cujo encaminhamento é sanar essas pendências na semana seguinte (de 15 a 19/12/14), a fim de evitar maiores problemas ao estado, tanto de âmbito político, quanto institucional.

Concluiu afirmando que o estado da PB não fez nenhuma solicitação retroativa referente ao que foi perdido durante esses anos e que o intuito foi assegurar minimamente o direito de autonomia do Estado de exercer sua produção e de pactuar da mesma forma que todos pactuam.

CONASEMS: Advertiu que sendo este foro tripartite e diante do seu compromisso em respeitar esse lócus, considerou que sobre essa pauta, embora esteja no item Discussão e Pactuação, apenas deverá haver a discussão e o encaminhamento. Acha relevante aquilatar a presença da diretora do Conasems e presidente do Cosems da PB nesse debate, e que nesta CIT está ausente.

Compreendeu o posicionamento do Secretário Estadual de Saúde da PB, do Conass e disse que também já demandou providências da diretoria do Conasems para solucionar dentro do Estado essa questão.

Reforçou a necessidade de uma reunião urgente, com todos os municípios envolvidos, o Cosems da PB, com a equipe técnica do Conasems, com o Diretor Willimas, que já acompanhou essa discussão e o MS, objetivando chegar a um bom termo com vistas ao recurso transferido para o teto estadual, valorizando a colocação das 2 partes e consensuado pelos 3 entes federados.

SAS/MS: Mencionou que essa pauta já foi discutida algumas vezes, inclusive enquanto estava como Diretor do DRAC (2013) e que o caso do Estado do GO foi resolvido a contento. Contudo, a questão da PB ainda é uma pendência, visto que

os acordos já foram feitos antes, mas no dia a dia não foram prosperados. Por isso, entende o posicionamento do Secretário da PB. Corroborou com a colocação do Conasems e reforçou a urgência devida para resolver e não trazer mais prejuízos acumulados durante esse tempo. Indicou que a expectativa é chegar em 2015 com essa questão equacionada, com a transferência do teto de janeiro resolvida. Disse que a SAS está a disposição para ajudar a solucionar este caso.

CONASS: Pontuou como forma de esclarecimento e encaminhamento que esta questão foi colocada porque todas as etapas no âmbito dos Colegiados, na PB, foram adotadas e esgotadas, por isso, julgou-se que o eixo de decisão deveria ser deslocado para Brasília: CIT, MS, Conass e Conasems. Diante dessa situação, caracterizou este cenário como semelhante, mas não igual aos demais já ocorridos, visto que, há o descumprimento das decisões. Logo, o que se espera com a reunião que acontecerá próxima semana é que os entes possam na realidade, ter o entendimento de que o estado da PB e sua população está padecendo e padecerá, se não houver uma solução que possibilite ao Estado continuar mantendo seus hospitais.

SGEP/MS: Em resposta a pontuação do Conasems, elucidou que a pactuação que consta nesta pauta da CIT sobre esse tema refere-se a pactuação da estratégia a ser tomada a partir do que foi exposto. Confirmou que a representação para a reunião deve ser essa mesma (DRAC/MS, COSEMS, SES, SMS, CONASS, CONASEMS) citada pelo Conasems e que a efetiva pactuação na CIT seria em fevereiro de 2015.

CONASEMS: Informou que não é esse o entendimento, o que ficou encaminhado foi: o que ficar definido em comum acordo, o MS cumprirá. Entretanto, caso não haja consenso o Ministro definirá o posicionamento do MS e arcará com a decisão. Na oportunidade, indicou que a reunião fosse realizada quarta ou quinta-feira (17 ou 18/12).

SES/PB: Explanou em relação ao entendimento desse processo, que não se busca pactuar nada, apenas obter o cumprimento e a regularidade de uma decisão previamente pactuada em âmbito local. O intento é cumprir-se a decisão.

ENCAMINHAMENTO: Reunião tripartite marcada para 17/12/14 (quarta-feira), com vistas a estabelecer um consenso e resolver as seguintes questões afetas ao PCEP do Estado da PB:

- A autonomia do Estado para o processamento de suas contas e para o recebimento de seu recurso diretamente fundo a fundo;
- Cumprimento e regularização da pactuação sobre a transferência do teto MAC.

Além da alimentação e do gerenciamento do cadastro no SCNES.

3. Discussões e Pactuações

- a) Minuta de Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências – SAS/MS.

SAS/MS: Saudou as bancadas, agradeceu o apoio de Conass e Conasems e ressaltou a importância da participação de todos os membros do GT de Atenção para a pactuação tripartite da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC. Informou que foram realizadas três reuniões do GT de Atenção para que a minuta da Portaria que institui a PNAISC contemplasse a visão dos gestores, e que essa pactuação é um momento histórico para gestores, trabalhadores da saúde e sociedade civil organizada que milita pela saúde da criança. Lembrou que políticas e ações de saúde direcionadas às crianças já existem há muito tempo, porém, de forma fragmentada. A PNAISC surge para sistematizar e articular essas ações, facilitando dessa forma, a articulação entre elas e garantindo a atenção integral à saúde da criança. Acrescentou que a PNAISC cruza as redes de forma transversal com os sete eixos estruturantes da política, buscando a integralidade na atenção à criança. Citou alguns avanços já alcançados no que diz respeito à saúde da criança, como o aumento de leitos neonatais, de leitos de UTI neonatal, a diminuição da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, a importância da certificação dos Hospitais amigos da criança, campanhas de mobilização para o incentivo ao aleitamento materno e a criação do Programa Brasil Carinhoso. Ressaltou a importância da criação de linhas de cuidado para a integralidade da atenção, reunindo o que já existe nas redes e nos vários níveis de atendimento no que concerne à saúde da criança. Finalizou informando que a PNAISC é um importante sinalizador dos caminhos a serem seguidos, especialmente com a criação de linhas de cuidado, e com atenção também às populações mais vulneráveis, como por exemplo, a indígena.

CONASS: Cumprimentou a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - CGSCAM e destacou que a saúde da criança, de alguma forma, sempre existiu no âmbito do Ministério da Saúde em suas diversas áreas. Relatou que o país deve ter atenção no cuidado da saúde de gestantes, crianças e idosos para com isso diminuir a dívida social, e que a PNAISC é um importante passo nesse sentido. Questionou o critério para definição de faixa etária a ser considerada criança, citando que no Estatuto da Criança e Adolescente – ECA essa definição contempla a faixa etária de 0 aos 12 anos, e na portaria que institui a PNAISC a definição de criança contempla crianças de 0 a 9 anos. Questionou também o limite etário para o atendimento em serviços de pediatria até os 15 anos, já que atualmente a ambiência desses serviços provavelmente não comportaria adolescentes, e sugere que essas questões devam ser analisadas sob um ponto de vista

	<p>operacional. Lembrou ainda que deve haver um cuidado e atenção na questão da formação acadêmica de médicos pediatras para que se certifique que o atendimento até a faixa dos 15 anos seja inserido nos currículos.</p> <p>Destacou que as pactuações devem primeiramente ocorrer na Plenária da CIT e posteriormente serem aprovadas no Conselho Nacional de Saúde, contrário do que ocorreu com a PNAISC. Solicitou que o fluxo seja seguido em futuras pactuações tripartite.</p> <p>CONASEMS: Parabenizou a CGSCAM pela Política, e informou que os municípios estão se adequando para atender os requisitos da PNAISC, melhorando dessa forma os indicadores da saúde da criança.</p> <p>SAS/MS: Esclareceu que a definição de criança de 0 a 9 anos é a utilizada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, e que se optou por ela na criação da PNAISC para que o Brasil possa se utilizar de critérios de comparação com os indicadores e metas utilizados no mundo. Sobre o atendimento até os 15 anos pelos serviços de pediatria, informou que a Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP preconiza essa faixa etária, e que com isso adolescentes até os 15 anos, normalmente desprotegidos nos serviços de saúde, sejam atendidos. Esclareceu também que o atendimento às pessoas de até 15 anos já faz parte da formação curricular de pediatras.</p> <p>Propôs que a minuta da Portaria seja revista nos pontos que podem engessar o fornecimento de serviços, e ressaltou que a PNAISC foi uma Política extremamente participativa, inclusive com o envolvimento da sociedade civil.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada, com a possibilidade de aperfeiçoamento do Art. 2º, Parágrafo único, que trata de atendimento em serviços de pediatria no SUS, considera-se que deve contemplar crianças e adolescentes até a idade de 15 anos (menores de 16 anos).</p>
<p>b) Minuta de Portaria que estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome 2014, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SCTIE/MS.</p>	<p>SCTIE/MS: Destacou a articulação tripartite para pactuação da nova RENAME, ressaltando que novas atualizações deverão ser informadas permanentemente no site do Ministério da Saúde, mas conforme pactuado, a cada 02 anos uma nova versão desta relação deverá ser publicada. Informou que esta nova RENAME saiu de uma versão mais restrita que seguia princípios mínimos de oferta, voltados para componentes básicos e essenciais, avançando para uma relação que dialoga com a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES. Avisou que esta nova versão migrou de 510 medicamentos para 848, contando com a incorporação dos 114 medicamentos aprovados por unanimidade pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Fez destaque também ao aspecto da integralidade com base científica e racional apresentado por esta RENAME, além da incorporação dos medicamentos de uso hospitalar. O lançamento desta relação ocorre no momento que se celebra 10 anos da Política Nacional da Assistência Farmacêutica.</p>

	<p>Informou sobre a publicação dos livros em comemoração a semana da assistência farmacêutica, sendo: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Inovação para garantia do acesso de medicamentos ao SUS); Serviços farmacêuticos na Atenção Básica; Capacitação para implementação dos serviços farmacêuticos; Planejamento e implementação dos serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica à saúde – Experiência de Curitiba/PR. Agradeceu a dedicação proferida pela equipe do Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF e a parceria com demais secretarias e departamentos do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.</p> <p>CONASS: Agradeceu ao Ministério da Saúde pelo trabalho realizado, parabenizando o DAF/SCTIE pela condução do processo. Manifestou-se pela pactuação da norma.</p> <p>CONASEMS: Corroborou com o Conass, enfatizando que mais importante do que distribuir medicamentos é obter uma política de assistência farmacêutica estruturada com responsabilidades determinadas e designadas. Manifestou-se pela pactuação da norma.</p>
<p>c) Calendário anual de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite para 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Informou que todos receberam a proposta do calendário anual de reuniões da Comissão Intergestores Tripartite para 2015, sendo discutida na noite anterior, havendo apenas uma pendência em abril e ficou consensuado que na CIT de fevereiro será resolvida.</p>
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.</p>	<p>SGTES/MS: Informou que alguns Conselhos Regionais de Medicina do país exararam Resoluções que estão em flagrante descumprimento da Lei nº12.871/2013 porque questionam se os Médicos do Programa Mais Médicos podem emitir Atestados Médicos e afirmam que este profissional deve atuar como estudante de medicina que, portanto, precisa da assinatura de um supervisor ou tutor para realizar um conjunto de ações profissionais.</p> <p>Neste sentido, a AGU juntamente com o MEC, publicou um Parecer vinculante que vincula todos os órgãos da Administração Direta e Indireta - os Conselhos de Medicina são Autarquias públicas, portanto, fazem parte da Administração Indireta - ao resultado deste processo. Este Parecer já foi assinado pela Presidenta e publicado em Diário Oficial.</p> <p>O Parecer n.º061/2014/DECOR/CGU/AGU garante que: “Os médicos intercambistas do “Projeto Mais Médicos para o Brasil” detêm habilitação legal para, exclusivamente, em atividade de integração ensino-serviço, no âmbito da Atenção Básica em Saúde, expedir atestados, requisitar exames, prescrever medicamentos e realizar laudos possuindo tais documentos plena validade jurídica, sem que, para tal seja necessária a assinatura do respectivo supervisor ou tutor</p>

	<p>acadêmico”.</p> <p>O documento reforça, ainda, a Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 - que institui o “Programa Mais Médicos” – e os termos do Parecer nº 051/2013/DECOR/CGU/AGU, publicado no DOU de 16/9/2013 e aprovado pela presidenta Dilma Rousseff, segundo o qual os médicos supervisores e os tutores acadêmicos não são corresponsáveis pelos atos praticados no exercício da Medicina pelos médicos participantes do “Projeto Mais Médicos para o Brasil”. Por fim, afirmou que a partir de agora todas as Resoluções, em contrário a este Parecer, serão derrubadas.</p>
<p>b) Situação sobre a prorrogação dos prazos das Portarias da Assistência – SAS/MS.</p>	<p>SAS/MS: informou que em resposta à solicitação de Conass e Conasems acerca do conjunto de portarias que tiveram e/ou terão seus prazos expirados em dezembro de 2014, a SAS realizou uma avaliação do referido conjunto e citou as portarias que terão seus prazos prorrogados, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Portaria GM/MS nº342, de 04 de março de 2013, que redefine diretrizes para UPA e agrega as instruções das portarias 1020 e 1171 que habilitaram UPA: três anos para qualificação. • Portaria GM/MS nº3.410, de 30 de dezembro de 2013 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 (PNHOSP) e Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP): o prazo será prorrogado em 365 dias a partir de 31/12/2014. • Portaria SAS/MS nº930, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidade neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): prazo será prorrogado em 365 dias. • Portaria GM/MS nº140, de 27 de fevereiro de 2014, que redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): prazo será prorrogado até 31 de agosto de 2015.

	<ul style="list-style-type: none"> • Portaria GM/MS nº389, de 13 de março de 2014, que define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico: embora questionado pelo Conass e Conasems, a referida portaria não apresenta prazo. • Portaria GM/MS nº1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): será prorrogada até a publicação de uma nova portaria. • Portaria SAS/MS nº288, de 19 de maio de 2008, afeta regulação, avaliação e controle da atenção especializada em oftalmologia: o prazo será prorrogado até a publicação de uma nova portaria. • Portaria GM/MS nº425, de 19 de março de 2013, que estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade ao indivíduo com obesidade: prazo prorrogado até dezembro de 2015.
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012-2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Apresentou os dados em relação ao Relatório de Gestão (RG) ano 2012, em que 19 municípios não prestaram informação: BA, MT, PE e TO; apesar de ter sido feito contato com Cosems, Secretarias de Estado da Saúde e direto com os municípios, mas sem sucesso, enquanto que o Tribunal de Contas tem solicitado adoção de medidas com relação a esses municípios. Em 2013, 17,4% (967) dos municípios não têm informação no Sargsus, mas o restante foram 58,31% de RG aprovados e 2,93% aprovados com ressalvas. Ressaltou que Goiás e Alagoas têm 100% dos municípios com informação positiva; por outro lado, 3 estados com informação de menos de 48% (BA, RR e AM). Relatou a existência de Planos vigentes no âmbito municipal em 56% com informação; e a Programação anual em 36% somente. Alertou que esses dados são preocupantes.</p>
<p>d) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Citou, com relação à pactuação dos indicadores, que 3 estados não iniciaram o registro: CE, MS e DF, com ressalva aos dois primeiros, pois o sistema só foi disponibilizado no mês de novembro; contudo foram validadas as pactuações dos estados de AL, AM, ES, GO, MA, MT, PB, PE, PI, SC e SE. Concluiu que houve um avanço: em 19/11 havia 58% e em 8/12 passou para 80,41% dos municípios que estão com as pactuações homologadas; restando 399 municípios com pactuação não iniciada (7,16%). Destacou um dado positivo: 100% dos municípios dos estados do AC, AM, AL, GO, MA, MT, RO e SE estavam com as pactuações homologadas no SISPACTO. Registrou a preocupação em relação ao quantitativo de não homologação e a área técnica adotou a medida de divulgar a relação desses municípios,</p>

	que não estão informando os dados, junto ao Conass, Conasems, Secretarias de Estado e Cosems, solicitando que contribuam com a pactuação desses indicadores.
e) Resolução CIB/RS nº 499/2014, que altera a configuração das Regiões de Saúde: Caminho das Águas, Rota da Produção e Região do Planalto – SGEPI/MS.	SGEPI/MS: Em relação à Resolução CIB/RS nº 499/2014, que altera a configuração das Regiões de Saúde: Caminho das Águas, Rota da Produção e Região do Planalto, houve apenas uma mudança da configuração, sem alteração na questão quantitativa.