



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
20 DE NOVEMBRO DE 2014

Em 20 de Novembro de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: André Luis Bonifácio de Carvalho, Jorge Harada, Ana Paula Menezes, Aparecida Linhares Pimenta, Jarbas Barbosa da Silva Junior; Carlos Augusto Grabois Gadelha, José Miguel do Nascimento Junior, Heider Aurelio Pinto e Antônio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Marcos Esner Musafir, Halim Antônio Girade, René José Moreira dos Santos

CONASEMS: Wilames Freire Bezerra, Rodrigo Cesar Faleiros Lacerda, José Fernando Casquel Monti.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

Atividade do Dia da Consciência negra – SGE/MS

MS – Destacou o Momento de Reflexão ao Dia da Consciência negra: O Ministério da Saúde, por meio da SGE, atua na implantação de políticas de promoção da equidade para populações que vivem em condições de vulnerabilidade entre as quais destaca a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; que neste ano, comemora 10 anos do processo de construção, tendo sido assinada em 2009. Como uma atividade de destaque, alusiva ao dia da consciência negra (hoje, 20 de novembro), a Ministra de Estado da Saúde Interina, Ana Paula Menezes, assinou a Portaria que redefine o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, no âmbito do Ministério da Saúde. Ressaltou que essa assinatura é mais um passo na construção dessa política, com um conjunto considerável de avanços, numa luta constante para uma população de sua importância e contra o racismo, uma vez que, o racismo é algo impregnado no seio da sociedade brasileira e isso não pode ser tratado como uma matéria banal, principalmente, porque racismo é crime. Informou que, com o marco dessa comemoração, o Ministério da Saúde irá desencadear uma série de ações envolvendo essa temática, e na próxima semana será lançada uma campanha contra o racismo institucional, que será amplamente divulgada na mídia, com material instrucional, com articulação com vários mecanismos de gestão e, com certeza, com a parceria do Conass e do Conasems. Destacou o esforço e energia do DAGEP/SGEP

na construção desses trabalhos.

CONASEMS – Afirmou que estão irmanados neste ato em relação ao dia da Consciência Negra; e completou que, assim como a promoção da cultura de paz que nós fazemos dentro do Sistema de Saúde, também é esta uma significativa parcela da população; e mais uma vez o SUS mostra o seu vanguardismo nas parcelas que estão relacionadas com os direitos humanos e especificamente aos direitos de saúde, então, Conasems e os secretários municipais de saúde estão perfilados de maneira incondicional.

Homenagem ao ex-Ministro Adib Jatene

MS – Registrou o grande pesar pela perda do ex-ministro Adib Jatene e leu o texto preparado pela colega Marilene e amiga do ex-ministro, em sua homenagem, ressaltando a luta em defesa da saúde, fortalecimento do SUS e as inovações que serviram de exemplo para o mundo todo. Encerrou lembrando a fala do ex-ministro: “Precisamos tomar consciência de que o país não é de um ou outro governo. O país é nosso e temos que cuidar dele”.

CONASS – Associou-se à homenagem ao professor Adib Jatene. Enfatizou um aspecto interessante da vida dele, em que fez o que poucas pessoas conseguem fazer na vida, que é combinar simultaneamente as atividades de professor, pesquisador, gestor e profissional médico, culminando com maestria absoluta e nunca delas se afastou: um exemplo da área da saúde, da área médica e de seus alunos e era uma pessoa pertinaz com aquilo que desejava fazer. Lembrou que ele foi o primeiro presidente do Conass e anunciou que na nova sede do Conass, a sala destinada ao trabalho dos secretários se chamará “Sala Adib Jatene”.

CONASEMS – Lembrou que o ministro Jatene construiu a sua vida profissional em São Paulo e registrou o perfilamento a esta homenagem justíssima, destacando a sua capacidade de conciliar a luta por uma boa medicina com a luta pelo SUS. Destacou que, assim como a homenagem ao professor Adib Jatene, que tem uma relação estreita com os fundamentos do SUS, também o ato relacionado ao dia da Consciência Negra tem uma relação profunda com os fundamentos do SUS, pois é um elemento importante na busca pela equidade.

1. Abertura dos Trabalhos

a) Lançamento da Caderneta da Gestante – SAS/MS

MS: Saudou os participantes da 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Iniciou lembrando que a Caderneta da Gestante foi um processo de construção de mais de um ano, e contou com a participação de diversas áreas do Ministério da Saúde. Ressaltou que no Brasil o número de cesarianas aumenta gradativamente, e

que há necessidade de um diálogo com as mulheres sobre as vantagens do parto normal e dos riscos de uma cesariana desnecessária.

Iniciou informando que a Caderneta traz o cartão da gestante e informações educativas, e que isso irá proporcionar o acompanhamento clínico ao mesmo tempo em que será uma ferramenta potente para levar informações às gestantes sobre pré-natal e sobre as situações do parto. Informou que o cartão atualmente utilizado passou por uma atualização, pois se encontrava extremamente defasado em face aos protocolos em atenção ao pré-natal, protocolo de vacinas e de exames.

Na Caderneta, o profissional de saúde encontrará informações que irão auxiliá-lo no esclarecimento das dúvidas das gestantes. Há também um espaço interativo para a gestante realizar anotações sobre dicas e conselhos recebidos por outras mulheres mais experientes, além de um espaço para que o homem também possa interagir e anotar suas impressões sobre o processo de tornar-se pai. Há ainda um espaço para que o profissional de saúde insira as condutas e intercorrências de cada consulta, e questões sobre a participação da mulher em alguma atividade educativa, e se visitou a maternidade à qual está vinculada, sendo essa última uma questão importante por tratar-se de um indicador do componente pré-natal da Rede Cegonha, além de possibilitar a criação de um vínculo de confiança da mulher com o serviço onde fará o parto.

Esclareceu que a Ficha Perinatal, contida na caderneta deverá ser anexada no prontuário da mulher, e que se trata de um espelho do cartão da gestante. Informou sobre a distribuição para as unidades de saúde de um manual de apresentação da Caderneta da Gestante aos profissionais de saúde e de 4 cartazes para cada unidade de saúde.

A distribuição será feita às Secretarias Municipais de Saúde e uma reserva técnica será enviada para as Secretarias Estaduais de Saúde.

Informou sobre uma videoconferência com participação das coordenações de atenção básica, de saúde da mulher, saúde do adolescente e saúde do homem das SES e das SMS de capitais, e optou-se por um lançamento estadual da Caderneta da Gestante sincronizado com municípios para que as SES possam auxiliar os municípios na implantação dessa ferramenta. A distribuição será feita de acordo com a estimativa de gestantes anuais realizada por cada município e informada em seu plano de ação da Rede Cegonha.

Destacou que estará disponível no site do Ministério da Saúde, na Comunidade de Práticas do Departamento de Atenção Básica uma consulta com o objetivo de aprimoramento da caderneta. Finalizou lembrando que a Caderneta da Gestante irá auxiliar os gestores e as unidades de saúde no avanço das ações de atenção ao pré-natal.

ENCAMINHAMENTOS:

- Distribuição às SES e SMS da Caderneta da Gestante, Manual de apresentação da Caderneta da Gestante para profissionais de saúde, 4 cartazes para cada unidade de saúde;
- Disponibilização no site do MS, na Comunidade de Práticas do DAB uma consulta sobre a Caderneta da Gestante;

- Lançamento estadual da Caderneta da Gestante sincronizada com os municípios.

2. Apresentações e Discussões

a) Levantamento de Informações sobre Propostas Prioritárias para o SUS – Subsídio ao Congresso Nacional para elaboração das Emendas ao Orçamento 2015 - Emendas Parlamentares – SE/MS.

SE/MS: Pontuou que esta apresentação trata-se da atualização do estado da arte do processo de alimentação dos projetos prioritárias para o SUS no Sistema de Cadastro de Pré – Propostas: até o momento há 17 Estados cadastrando suas propostas e apenas 10 que ainda não incluíram no Sistema. Informou que em consonância com Conass e Conasems decidiram ampliar mais um pouco o prazo, para além do que já havia sido. Dessa forma, comunicou que o prazo foi prorrogado até a próxima terça-feira, 25/11/14, tendo em vista que o próprio Congresso também está atrasado na discussão das Emendas Parlamentares para orçamento 2015. Fez questão de reforçar o acordo feito na CIT de 30 de outubro e esclarecer algumas dúvidas:

- Serão consideradas como projeto todas as demandas referentes a investimento para UBS: obras, reformas, ampliação e equipamentos. Ressaltou que não há limite numérico para essa inclusão, nem estão incluídos no limite de 2 por região de saúde.
- A matéria prima encaminhada pelo MS as CIB e as SES já têm algumas demandas das UBS, logo, já serão automaticamente incluídas no “Cardápio”. Não precisa reiterar, exceto se for para atualização das informações que constam no banco de dados.
- O Sistema não tem bloqueio, não tem trava, o que significa que essas demandas da UBS podem ser incluídas sem um limite determinado.
- Equacionada a dificuldade na inserção do CNPJ dos Consórcios no Sistema.

Reafirmou que esse “Cardápio” não objetiva contrariar a autonomia dos parlamentares, em colocar suas emendas onde acharem oportuno ou que tenham interesse junto aos gestores estaduais ou municipais.

A pretensão dos gestores do SUS é oferecer uma seleção de prioridades para os parlamentares que buscam a partir de uma discussão técnica com o Ministério da Saúde, sugestão ou orientação de onde alocar suas emendas. Complementou, mencionando que embora alguns gestores ainda tenham dúvidas sobre o empenho dos parlamentares nesse processo, já existe interesse em conhecer esse levantamento de priorização do SUS. O trabalho tripartite, sob o ponto de vista do SUS é priorizar o Planejamento Regional e não as emendas que o parlamentar apresentará.

Lembrou que podem ser contempladas também nas emendas, as ações de Vigilância em Saúde, como Centro de Zoonoses e Rede de Frios.

Por fim, disse que a ideia é que a partir da vivência deste ano, seja possível aprimorar o planejamento regional de definição de prioridades e investimentos.

Em resposta ao Conasems informou que na matéria prima enviada estão todos os componentes da RAS, muito embora não tenha sido feita uma avaliação técnica sob esse aspecto.

CONASEMS: Referiu que este é um processo extremamente rico, cujo aprimoramento se dará ao longo do tempo. Disse que houve compreensões distintas em cada uma das Bipartites e dos Estados, a respeito da finalidade e do formato desse “Cardápio”, por isso feitos com significados diferentes. Entretanto, agora percebe um formato mais apropriado. Ponderou que o rótulo de Emendas ou Emendas Impositivas ao processo, não foi adequado, haja vista que o que está sendo feito é um processo de planejamento regional do SUS para oferecer ao Congresso Nacional e que pode ser utilizado como um guia importante na construção das emendas que os parlamentares farão. Ao longo dessa elaboração entendeu que todo o processo está sendo ajustado na dimensão já citada. Citou que outro aspecto importante é o processo legislativo atrasado, o que favorece o tempo de conclusão dos Estados.

Solicitou a relação das redes prioritárias em avaliação pelo MS, a fim de facilitar a elaboração e inserção

	<p>dos dados locais no sistema.</p> <p>CONASS: Assegurou que a partir da reunião realizada previamente a esta CIT, os processos ficaram mais claros, cuja principal dúvida foi sobre o formato de comportamento, com orientação já repassada aos Estados. Exemplificou que no estado do Amazonas os municípios estão optando pelas UBS fluviais, mesmo cientes de que o valor de uma emenda do parlamentar só consegue custear 3 UBS fluvial. Considerou que a prorrogação foi providencial, não por negligência, mas por ocupação do tempo, em virtude de alguns Estados aderirem ao feriado prolongado da Consciência Negra.</p> <p>Concluiu, ponderando sobre a compreensão dos parlamentares em não usar esse valor como moeda de troca para voto apenas, mas para o desenvolvimento regional da saúde. Se não há compreensão, valeu a pena a tentativa.</p> <p>Solicitou que as informações sobre as UBS já cadastradas sejam automaticamente migradas, inclusive para não ensejar difíceis escolhas nas decisões das Bipartites. Ou seja, tornar o processo apropriado e de fácil pactuação local, o registro serão apenas dos acréscimos.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prorrogado prazo para inserção dos projetos no Sistema de Cadastro de Pré – Propostas, para próxima terça-feira, 25/11/14. • Demandas referentes a investimento para UBS: obras, reformas, ampliação e equipamentos podem ser inseridos sem um limite numérico determinado. • O Sistema não possui bloqueio, nem trava para as inclusões dos projetos.
<p>b) Parcerias do Desenvolvimento Produtivo – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Cumprimentou a todos e, em referência a homenagem feita ao Ministro Adib Jatene, mencionou que esse tema também é uma homenagem direta ao mesmo, uma vez que ele sempre associou o SUS a luta pelo financiamento e desenvolvimento tecnológico e científico. Destacou que o Ministro Arthur Chioro teve um papel muito firme na defesa e aprofundamento dessa Política, avançando no</p>

desenvolvimento de uma Política de Estado no meio de um turbilhão. Esse processo culminou com o anúncio da Portaria que *"Redefine as diretrizes e os critérios para a definição da lista de produtos estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o estabelecimento das Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo (PDP) e disciplina os respectivos processos de submissão, instrução, decisão, transferência e absorção de tecnologia, aquisição de produtos estratégicos para o SUS no âmbito das PDP, monitoramento e avaliação"* em um grande evento de Ciência e Tecnologia em saúde, que ocorreu na semana passada. Pontuou que embora a Secretaria de Ciência e Tecnologia – SCTIE seja reconhecida como uma instância técnica e política de suporte houve envolvimento coletivo do Ministério da Saúde. Apresentou a estrutura geral da portaria, abordando os aspectos gerais. O documento foi submetido a um amplo processo de Consulta Pública nº 08/GM/MS, de 13/08/2014, com 59 contribuições, e por ter o objetivo de se tornar uma política de Estado, possui 74 artigos e diversos incisos. Foram feitas 960 análises de pura economia política, com diversos interesses envolvidos. A maior parte das contribuições foi de associações, empresas, instituições públicas, entre outros.

A estrutura geral da Portaria, a qual foi ampliada para uma Política Pública, foi um avanço, possui 7 capítulos e 4 sessões que definem todo o marco regulatório do uso do poder de compra do Estado no âmbito da saúde. É uma Política voltada para o acesso ao desenvolvimento produtivo, diminuindo a vulnerabilidade do SUS, para um sistema universal. O Brasil não pode abrir mão de ter uma base tecnológica e um processo de inovação tecnológica, num mercado com uma população mais abrangente do mundo, necessitando produzir e desenvolver tecnologia, com foco no cidadão e não no produto.

Há uma parceria para o processo de desenvolvimento tecnológico, com desenvolvimento produtivo, para que o desenvolvimento tecnológico aconteça e haja um horizonte de mercado, a exemplo do HPV, em que a vacina custava, a dose, em torno de 300 reais, a partir de uma parceria conjunta entre SCTIE

e SVS é possível adquiri-la por 1 décimo do valor, viabilizando o acesso universal. Atualmente são 20 produtos que fazem parte na parceria para o desenvolvimento produtivo a serem adquiridos pelo Sistema Único de Saúde.

Os objetivos para a normatização da PDP é torna-la uma política de Estado com um marco institucional seguro e estável; aumentar a segurança jurídica, econômica e tecnológica dos processos de PDP como política de Estado (forte contribuição “proativa” dos órgãos de controle interno e externo); fortalecer e definir o processo de normatização, com clareza e transparência; consolidar todos os instrumentos normativos em um único marco da política; e fortalecer a saúde como parte da agenda da política nacional de desenvolvimento, com um processo deliberativo interministerial. Essa política foi apresentada no Conselho Nacional de Saúde, sendo uma agenda do sistema único de saúde. Há definição de conceitos e de instituições que podem participar. Os conceitos estão relacionados a PDP como um acordo entre instituições públicas e entre instituições públicas e entidades privadas para o desenvolvimento, a transferência e absorção de tecnologia; produtos estratégicos para o SUS; lista de produtos estratégicos para o SUS; núcleo tecnológico; portabilidade tecnológica; e internalização da tecnologia. Há ainda a definição das prioridades, em que a lista de produtos estratégicos para o SUS será definida anualmente, pelo MS, considerando, necessariamente os seguintes critérios: importância do produto para o SUS, aquisição centralizada, interesse de produção nacional, e adicionalmente, pelo menos um dos seguintes critérios: alto valor de aquisição para o SUS, dependência expressiva de importação, incorporação tecnológica recente, e produto negligenciado ou com potencial risco de desabastecimento. Abordou a definição clara dos atores. Quem pode participar: instituição pública e entidade privada, ambas individualmente ou conjuntamente. E, definição clara das distintas fases, quais sejam: proposta de projeto de PDP, projeto de PDP e internalização de tecnologia. Existem 4 áreas críticas que estão no centro da Política Nacional de Desenvolvimento tecnológico e desenvolvimento

produtivo, quais sejam: área de energia, área agrícola, área da tecnologia da informação e área da saúde. Ou seja, a saúde, seja pela vertente social seja pela vertente da intensidade de conhecimento e de inovação, está na agenda nacional de desenvolvimento. O elemento central que todos os projetos precisam envolver é desenvolver tecnologia. Por isso, vários incisos tratam dos critérios e conceitos e justificativas para o PDP. A partir de agora, haverá compromissos de corresponsabilidade de quem assina as parcerias. O contrato é plurianual e para cada instituição deverá constar a motivação para a escolha da parceria com as instituições privadas, com prazo de até 60 dias para o registro, desde que atenda as condições sanitárias, com prioridade máxima na Anvisa.

Haverá o Comitê de Avaliação e o Comitê de Deliberação, sendo estes interministeriais. No Comitê de Avaliação, além do Ministério da Saúde, participam também, o Ministério da Indústria e do Comércio - MDIC, do Ministério da Ciência e Tecnologia - MCTI, BNDES, FINEP e da Anvisa. E o Comitê Deliberativo interministerial, será composto por membros dos seguintes órgãos: Ministério da saúde; MDIC e MCTI e por membros distintos da Comissão Técnica de Avaliação, com decisão coletiva de Estado com o Ministério da Indústria e Comércio e Ministério da Ciência e Tecnologia.

O processo de monitoramento e avaliação foi qualificado e ampliado, via SCTIE e Anvisa, Comissão Técnica de Avaliação e Comitê Deliberativo. Para os mecanismos de monitoramento e avaliação houve ainda uma ação convergente com os órgãos de controle, com opiniões da CGU e TCU para definição dos critérios de mérito, de desempate e de parcerias em casos de mais de uma parceria para o mesmo produto.

Haverá um prazo de janeiro a 30 de abril para apresentação da proposta de projeto de PDP e divulgação de produtos estratégicos para os projetos apresentados, e de abril a dezembro para pareceres a serem publicizados. Prazo do grupo interministerial, o qual o Conass e Conasems fazem parte, e tendo assento neste grupo, há adequação das parcerias. Como perspectivas futuras pontuou a

retomada sólida do processo de PDP visando fortalecer o acesso à saúde; monitoramento e avaliação da implementação de marcos normativos complementares na forma de leis, decretos e instruções normativas; consolidação da ciência, tecnologia e inovação como eixo central da política nacional de saúde e da política nacional de desenvolvimento; fortalecimento da articulação interministerial e com agências de fomento de gestão; segurança e previsibilidade para o investimento, a inovação e o acesso, o estabelecimento de monitoramento e avaliação do marco normativo, e consolidação com um dos eixos central da política nacional de saúde, uma vez que o Conselho Nacional de Saúde elegeu 5 temas e um destes é a ciência, tecnologia e inovação; a interação permanente com a sociedade civil num modelo transparente de gestão; a segurança e previsibilidade, com preparação de terreno para parcerias de pesquisa e desenvolvimento. Por fim, é um salto qualitativo para uma agenda nacional de desenvolvimento, em cumprimento aos princípios estabelecidos na Constituição Brasileira, sendo: a saúde como direito, o mercado como integrante do patrimônio nacional, e a ciência e tecnologia como prioridade de Estado. Assim, foi possível dar um passo decisivo na implementação dessa política estratégica.

CONASS: Cumprimentou o Secretário da SCTIE e a todos pelo trabalho árduo na construção da proposta apresentada. Acredita que com isso será possível ver o que se tinha no país em relação a inovação e a indústria farmacêutica com outro olhar, tendo o poder público como agente indutor, não apenas de ofertar recursos ou vantagens de tributos para produção, e sim dentro de uma política nacional que interessa as políticas públicas na área da saúde. Acredita que das quase 100 propostas existentes, conforme cronograma apresentado, entre janeiro a abril, será possível um outro olhar para esse andamento. Considerou muito importante o processo em razão da dependência tecnológica do país na área da saúde, que resulta em uma evasão de divisas, num desequilíbrio da balança de pagamentos, que sempre tem crises que se acentuam, por vivermos um ciclo econômico de um mundo

	<p>de crises. Acredita que haverá mais segurança e afirmou que o Conass estará mais presente nas futuras decisões.</p> <p>CONASEMS: Corroborou com a importância do movimento, sendo este de vital importância para se conseguir a integralidade dentro do Sistema de Saúde. Ressaltou que se trata de insumos críticos cuja falta não se permite garantir a integralidade. É um passo importante para construção de um sistema mais inteligente e mais eficaz para provimento dessas matérias que são indispensáveis na condução do sistema de saúde. Parabenizou o MS pelo trabalho realizado.</p> <p>ENCAMINHAMENTO:</p> <p>Retomada sólida do processo de PDP visando fortalecer o acesso à saúde; monitoramento e avaliação da implementação de marcos normativos complementares na forma de leis, decretos e instruções normativas; consolidação da ciência, tecnologia e inovação como eixo central da política nacional de saúde e da política nacional de desenvolvimento; fortalecimento da articulação interministerial com agências de fomento de gestão.</p>
<p>c) Segundo Ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) – SAS/MS.</p>	<p>MS: apresentou os resultados da 1ª lista de certificação do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ. Disse que a pretensão é ter um menor número de listas possível e que esta primeira já contempla 97% das equipes participantes do 2º ciclo, e fica faltando menos de 1.000 equipes para a 2ª lista.</p> <p>Dentre os dados obtidos destacou a participação de: 5.070 municípios o correspondente à 91%; de 30.522 Equipes de Atenção Básica (88,7%); 19.946 Equipes de Saúde Bucal (89,6%) e 1.813 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (91,2%). Essas informações foram também apresentadas por unidade federativa.</p> <p>Quanto ao processo de certificação, disse haver diferença entre as equipes que estão participando pela primeira vez e as que já participaram no 1º ciclo: comparação da equipe com outras equipes e</p>

comparação dos resultados da equipe com ela mesma, considerando os critérios de auto avaliação, monitoramento dos indicadores e avaliação externa.

Os resultados foram apresentados por conceito de certificação: Equipes Muito Acima da Média, Equipes Acima da Média, Mediano ou Abaixo da Média, Equipes Insatisfatórias e Equipes Desistentes, bem como por Estado.

Ressaltou que nenhum dos referidos conceitos tira a equipe do programa, que todas seguem participando, o que diferencia é o valor a ser recebido por cada equipe. Destacou que mesmo com a não existência de uma sistema de informação obrigatório para os NASF à época, foram certificados 80% desses.

Afeto à avaliação externa de um universo de 30 mil Unidades Básicas de Saúde – UBS informou dados preliminares acerca do funcionamento das UBS (23.944 UBS), procedimentos realizados pelas equipes nas UBS (29.598 UBS), Atenção à Saúde (29.598 UBS) e satisfação dos usuários (115.658 entrevistados). Destacou que em relação as procedimentos realizados pelas equipes, as informações são declaratórias e que em geral, os dados demonstram uma evolução significativa em relação ao 1º ciclo.

CONASEMS: salientou que o tema tem uma grande interface com os municípios e destacou a importância do processo do PMAQ por ter uma metodologia de avaliação de qualidade e, por isso deve ser estimulado e aprimorado. Vê a necessidade de refletir sobre o porque do processo e o objetivo do mesmo. Entende que sua finalidade é contribuir para o desenvolvimento do Sistema de Saúde, assim não deve ser usado como instrumento de controle. Justificou sua fala salientando que há, hoje, 22 órgãos que controlam a saúde e que o Brasil tem uma tendência perversa: a cada problema que surge, ao invés de desenvolver uma inovação, mecanismo de gestão, modalidade de financiamento, acaba-se por criar um novo mecanismo de controle.

Discorreu sobre o fato ocorrido no Estado da Bahia, convocatória do Ministério Público Federal aos municípios para discussão do processo de avaliação do PMAQ e indagou qual o sentido a ser dado ao episódio, no intuito de preservar a relevância do instrumento.

Quanto à apresentação do MS, questionou o significado dos extratos de certificação e qual o método utilizado, pois na metodologia de cálculo apresentada, existe um componente menos expressivo da comparação da equipe com ela mesma e mais expressivo dela em relação a outras equipes, 85 e 15%, respectivamente. Enfatizou que sendo utilizado como instrumento de desenvolvimento, o importante é a comparação da equipe com ela mesma, comparação interna.

Ao concluir reforçou que o PMAQ é uma ferramenta muito rica e a relevância da realização de avaliação de qualidade, mas também a necessidade de ser melhor compreendido e sobre tudo, utilizado corretamente. Reiterou o pedido de que o processo não seja traduzido em mais um mecanismo de controle.

CONASS: informou que no próximo dia 24 de novembro ocorrerá uma reunião do Conselho Nacional do Ministério Público em conjunto com o Conselho Nacional da Justiça, portanto promotores e juizes, dando seguimento à discussão de 4 questões : atuação dos núcleos de assessoramento sobre aquisição e incorporação de medicamentos; saúde prisional e a rede de saúde mental no SUS, divulgação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e avaliação da Atenção Primária. Disse ainda que recebeu o convite e o pedido para que representantes do Conass, que tenha poder de decisão, pudessem participar, no intuito de decidir acerca dos pontos supracitados.

Citou sua participação na reunião sobre o Pacto pela Governança feita pelo Tribunal de Conta da União - TCU, com a participação dos Governadores e Tribunais de conta dos Estados, e que aquele está realizando uma auditoria da Atenção Primária em 1000 municípios, cujos resultados serão divulgados em breve.

Considerando que a metodologia adotada é diferente, sugeriu ao MS que se antecipasse e viabilizasse junto ao TCU uma agenda para dar conhecimento dos resultados da avaliação do PMAQ. Entende que essa ação não suspende o impacto da avaliação da auditoria, mas ameniza e deixa claros que a Saúde também tem uma avaliação da Atenção Primária.

Fez menção à divulgação dos resultados de auditorias do TCU nos setores da saúde, educação, segurança pública e infra estrutura, salientando que não foram positivos e serão disponibilizados no site do Conass para acesso de todos.

Finalizou com a fala de que embora tenha sido ouvido para a elaboração da base da pesquisa, não teve acesso ao instrumento final de avaliação.

MS: Corroborou com Conass e Conasems no tocante à importância do PMAQ, a discussão do objetivo do processo de avaliação, que movimenta tantas equipes e acrescentou que a devolução dos resultados para os municípios é tão importante quanto à avaliação, pois quem operacionaliza mudança no processo de trabalho, na produção do cuidado e na reorganização da Atenção Básica é o gestor municipal.

CONASS: Relatou que na criação do PMAQ houve o cuidado de se estabelecer critérios de avaliação que permitisse o acompanhamento adequadamente da realidade.

Afirmou que os ministérios públicos federal e estaduais estão se especializando na área da saúde com capacitação e treinamento de promotores para o exercício dessa atividade. Apresentam à visão individual do cidadão e não o coletivo, pois ajuizam muitas ações e em várias, o valor de 1 ação individual é suficiente para atender 50 mil pessoas com um procedimento coletivo.

Fez a leitura do ofício circular nº 12/14 de 13/11/14, encaminhado pelo Ministério Público ao diretor da Atenção Primária da Secretaria de Estado da Bahia. Salientou que quanto contatado, o MS deveria explicar aos coordenadores do fórum de que dentro do SUS existe um sistema de trabalho que

compreende a junção de 3 esferas de governo e que duas delas ainda desconheciam os resultado do segundo ciclo do PMAQ.

Esclareceu que ninguém é contra os procedimentos e órgãos de controle, “é bom e faz parte”, mas não viu nenhum deles mobilizando em favor da movimento Saúde +10.

MS: Esclareceu que diante da complexidade da situação posta o MS lançou uma nota dizendo que não iria apresentar nenhum resultado do 2º ciclo, pois ainda a divulgação ainda não havia ocorrido internamente. Disse também que o Ministério Público apresentou um comunicado em que retifica a convocação esclarecendo que o MS não faria a referida apresentação.

Colocou-se à disposição para esclarecer toda e qualquer duvida em relação ao PMAQ, inclusive sobre o caráter do programa e o tipo de avaliação que o PMAQ tem, no intuito de evitar ao máximo interpretações e usos inadequados.

Ressaltou que a avaliação externa é um componente da PMAQ para além da certificação que implica no repasse de recurso de acordo com o desempenho comparado. Tem uma nota individual.

Acrescentou que foram feitos alguns aprimoramento do 1º para o 2º ciclos e estudos já estão sendo feitos para incrementos no 3º ciclo.

Comunicou que será disponibilizado no sistema relatórios para a equipe visualizar seus resultados, para os gestores avaliarem os resultados do conjunto das equipes e para os gestores estaduais avaliarem o conjunto dos municípios. O 1º formado será apresentado ainda novembro.

Outra ação a ser desenvolvida é a realização de oficinas em todos os Estados no 1º semestre de 20/05, em parceria com os COSEMS e as SES, para trabalhar o uso dos resultados no sentido mais positivo possível: os resultados como mecanismo de qualificação do processo de trabalho e da Atenção Básica.

Acrescentou que os resultados do PMAQ devem ser vistos a perspectiva da qualificação do próprio planejamento dos municípios.

	<p>CONASEMS: Considerando a preocupação com significado que é dado aos fatos, apropriação dos instrumentos, propôs a elaboração de uma nota técnica tripartite sobre o instrumento de avaliação e seu uso.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: MS fará a nota explicitando o objetivo do PMAQ e enviará à CONASS e CONASEMS para contribuições. Após consenso tripartite quanto à redação, será divulgada em seus respectivos sites.</p>
--	---

3. Informes	
<p>a) Lei nº 12.994, de 17 de julho de 2014, que institui piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às endemias – SAS/MS</p>	<p>MS: Informou que esta Lei estabeleceu imposições legais que levaram à necessidade de se constituir um “Grupo de Trabalho Tripartite para elaborar a proposta de regulamentação da Lei nº 12.994 de 17 de 2014” por meio da Portaria nº 1.833, de 2 de setembro de 2014. Estas imposições são: piso salarial de R\$ 1014,00; os Agentes devem ter vínculo trabalhista direto; a União deve financiar 95% deste piso salarial e; o Ministério da Saúde só pode repassar recurso para pagamento dos Agentes que possuem vínculo direto. Além disto, a Lei prevê a possibilidade de criação de um incentivo adicional. Baseando-se nisto, afirmou que a imediata execução da Lei traria problemas como demissão em massa de Agentes, o que pode gerar desassistência.</p> <p>No Grupo de Trabalho Tripartite foi apresentado um diagnóstico da situação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. E na última reunião do dia 17.11.14 foi apresentada a proposta de criação de uma “regra de transição” que leve a execução da Lei para o ano de 2016. Neste sentido, durante o ano de 2015 seria realizado um trabalho de adequação do CNES para que os Municípios se adequem ao processo, ou seja, consigam registrar os ACE no CNES, mas também estabelecer vínculos diretos com os ACS e ACE.</p>

b) Eventos Adversos da Vacina Tríplice Viral – SVS/MS

MS: O Secretário da SVS justificou que campanhas de segmento ocorrem a cada 5 anos e a última ocorreu em 2011, e a próxima deveria ocorrer apenas em 2016, porém em março de 2013, o estado de Pernambuco começou a ter transmissão de sarampo, provavelmente pelo contato de uma criança com algum turista durante o carnaval, o surto durou cerca de 11 meses, e teve aproximadamente 300 casos com um óbito e em 25 de dezembro começou a transmissão no estado do Ceará (580 casos), e esta ainda não foi interrompida.

Após avaliação do MS, sugere-se que ainda existam bolsões de susceptíveis em todo país e não apenas nesses estados. Muitos municípios de região metropolitana ainda não estão vacinados, mesmo após a campanha de 2011. Porém é sabido que o Brasil está com transmissão autóctone de sarampo interrompida desde 2000 e que o Brasil solicitou em 2010 a Organização Pan-americana de Saúde-OPAS o certificado de eliminação, porém não foi dado, pois na época não havia critérios para definir a interrupção. Em 2011, estabeleceu-se uma comissão internacional para definir esses critérios. Em relação aos dois casos de sarampo ocorridos no Brasil esclareceu que estes não completaram o período de transmissibilidade de 12 meses, então não considera-se como transmissão autóctone e no Ceará ainda não houve interrupção, por estar ocorrendo em áreas de difícil acesso pela violência e pela baixa cobertura das equipes de saúde da família.

Informou que juntamente com a vacinação de poliomielite está sendo feita a vacinação contra sarampo e que foram identificados alguns casos de eventos adversos. Apresentou que na campanha foram distribuídas 6 milhões de doses de vacinas, adquiridas pelo fundo rotatório do Laboratório Serum Instituto da Índia, grande produtora de vacinas, pré-qualificada pela OPAS, e além disso o Brasil testa cada lote recebido antes de distribuir aos estados. Aproximadamente 4.800.000 crianças foram vacinadas, porém a cobertura vacinal ainda é baixa, a única faixa etária que tem a cobertura alta é em menores de um ano, devido a campanha feita no Ceará.

O MS está monitorando os casos de evento adversos por vacina – EAPV e os casos atemporais ou causais, colocou ainda que dos 25 casos de EAPV graves, 24 foram anafilaxia e 1 convulsão generalizada, mas que todos os casos evoluíram bem e sem sequelas.

A composição da vacina (não apenas da tríplice viral) tem como um dos excipientes, a lactoalbumina hidrolisada, e pessoas com alergia a leite não podem utilizar essas vacinas, porém existe um quantitativo de vacinas sem esse excipiente para serem utilizadas em crianças com esse tipo alergia.

O Programa Nacional de Imunização está entrando em contato com os estados, e as informações são de que a maioria dos EAPV está associada a essa alergia e relatou que o mesmo lote da vacina tem sido testado em diversos países, porém sem associações semelhantes às encontradas no Brasil.

O Secretário esclareceu que o Brasil utiliza uma vacina de Biomanguinhos em parceria com a GSK (produtora da Holanda), porém houve uma contaminação de todos os lotes, e para não desabastecer o país e realizar a campanha, o Brasil comprou pelo fundo rotatório todas as vacinas tríplices virais disponíveis no mundo.

CONASS: Expôs que dos 25 casos de EAPV, cinco foram registrados no estado do Amazonas e destes três foram graves com anafilaxia, o que gerou grande repercussão na imprensa local, apresentando um dos casos onde os pais da criança entraram com uma ação no Ministério Público, gerando enorme prejuízo a campanha de vacinação. Informou ainda que uma nota conjunta foi assinada pelo Secretário Estadual e pelo Secretário Municipal suspendendo a campanha no estado, e que a sua retomada só ocorreu após o envio da nota de esclarecimento do MS. Colocou ainda que a imprensa expõe de forma depreciativa a compra de vacinas da Índia.

Informou que todos os casos de evento adversos no estado foram devido à intolerância ao leite e que caso fosse feito um questionamento e esclarecimento junto as mães anteriormente, esses casos poderiam ter sido evitados.

	<p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta a OPAS para uma avaliação minuciosa sobre a possível relação causal com algum componente desta vacina junto ao laboratório produtor; - Consulta ao INCQS a respeito dos lotes desta vacina nos estados que apresentaram eventos adversos; - Articulação com as Sociedades Brasileiras de Imunologia e Alergia, de Pediatria e de Infectologia; - Envio de Ofício ao Secretários Estaduais de Saúde, com cópia para os Coordenadores Estaduais e das capitais de Imunização com a recomendação de que crianças com história de alergia ao leite de vaca não usassem a vacina tríplice viral do laboratório Serum Institute of India Ltd - Publicação de uma nota de esclarecimento no site do MS e SVS. - Realização da campanha aos sábados, afim de aumentar a cobertura vacinal, tendo em vista que muitas mães trabalham de segunda à sexta e não podem levar os filhos a vacinação.
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2011-2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGE/MS</p>	<p>MS: Informou que ainda existem 20 municípios com pendência no envio do Relatório de Gestão referente ao ano de 2012, sendo: 07 da Bahia, 05 de Mato Grosso, 01 de Pernambuco e 07 de Tocantins. Avisou que estão sendo envidados esforços por parte do Ministério da Saúde para a regularização desta situação, inclusive mediante parceria com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus. Sobre a situação do RAG 2013, ressaltou que praticamente 81% dos municípios brasileiros já encaminharam seus relatórios aos respectivos conselhos de saúde, no entanto lembrou a existência da quase 1.000 municípios com pendências no envio do relatório, restando praticamente 01 mês para o final do ano de 2014. Solicitou apoio dos Cosems, Conasems e Conass para que o processo seja totalmente concluído ao final do corrente ano, lembrando que toda a equipe do Departamento de Articulação Interfederativa – DAI/MS está à disposição neste processo de regularização do RAG. A respeito da relação entre o Relatório de Gestão, Plano e Programação de</p>

	<p>Saúde, referenciou o cenário preocupante e descompassado aonde 81% enviaram o RAG, 54% informaram ter Plano de Saúde e apenas 34% a Programação Anual de Saúde. Solicitou uma ação conjunta entre as esferas federal, estadual e municipal no intuito de harmonizar os tempos dos instrumentos e também sua qualidade.</p>
<p>d) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 – SGEP/MS</p>	<p>MS: Informou que apenas 06 Estados não iniciaram o processo de registro de metas, sendo BA, CE, DF,GO,MS e SP. Confirmou que 15 secretarias estaduais de saúde estão na fase de preenchimento da planilha de pactuação, sendo: AC, AP, AM, ES, MT, MG, PA, PB, PR, RJ, RN, RS, RO, RR e TO. E fez destaque as 06 secretarias estaduais de saúde que já encontram-se com seu processo de pactuação validado, sendo elas: AL, MA, PE, PI, SC e SE. A respeito do processo de pactuação municipal informou sobre o avanço ocorrido entre os meses de outubro e novembro/14 aonde até o dia 19/11 averiguou-se que 58,52% dos municípios estão com as pactuações homologadas, porém notou que o final do ano de 2014 aproxima-se e ainda não foi possível concluir o processo de homologação da pactuação, restando 922 municípios com pactuação não iniciada. Observou a necessidade de discussão, no ano de 2015, sobre o uso do atual processo de pactuação.</p>