



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
30 DE OUTUBRO DE 2014

Em 30 de Outubro de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: André Luis Bonifácio de Carvalho, Fausto Pereira dos Santos, Aparecida Linhares Pimenta, Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sonia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Grabois Gadelha, Heider Aurelio Pinto e Daniel Ignacchiti Lacerda.

CONASS: Hélio Franco de Macedo Junior; Jorge de Souza Villas Boas; Ana Maria Martins César Albuquerque; Marcos Esner Musafir, Michelle Caputo Neto, Antônio Lastória, Waldson Dias de Souza e Jorge de Araujo Lafetá.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Charles Cezar Tocantins de Souza, Raul Moreira Mollina Barrios, Wilames Freire Bezerra, Rodrigo Cesar Faleiros Lacerda, José Fernando Casquel Monti e Andrea Passamani.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

MS: Deu início aos trabalhos lembrando a pactuação na 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, ocorrida em 31 de julho de 2014, sobre a não realização da plenária nos meses de agosto e setembro. Durante esse período ocorreram agendas internas para construção dos temas que serão discutidos no tópico 'Apresentações e Discussões'.

O Ministro de Estado da Saúde informou sobre o avanço dos temas que foram priorizados de forma tripartite para serem tratados no segundo semestre, alguns bastante avançados, outros que necessitam serem aprofundados. Destacou a importância da realização da 14ª Expoepi, sua magnitude e a participação das vigilâncias em saúde, gestores, trabalhadores, pesquisadores, conselhos e ONGs. O evento contou com aproximadamente 4 mil participantes e uma produção qualificada, corroborando a

importância das ações de vigilância em saúde no país.

Destacou a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde que contou com a colaboração de Conass, Conasems, Abrasco e outras instituições que se mobilizaram no intuito de tornar a Política mais coerente com o cenário atual de doenças não transmissíveis que respondem por cerca de 70% dos óbitos no país.

Relatou sobre a necessidade de qualificação do plano de contingência do Ebola, da Dengue e Febre Chikungunya. Quanto a agenda tripartite, reforçou a necessidade de dar continuidade ao conjunto de ações que estão em curso, aprofundando a referida agenda. Finalizou dando as boas vindas aos participantes da 6ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.

CONASEMS: Saudou as bancadas e ressaltou a prioridade da agenda tripartite para os dois últimos meses de 2014, orientando de uma maneira objetiva as questões ainda pendentes.

Manifestou pretensão de mobilizar os municípios para regularizar questões referentes aos CNPJs dos Fundos Municipais de Saúde. Por fim, destacou a importância da valorização do Movimento Saúde + 10.

CONASS: Cumprimentou a todos e corroborou a necessidade de reforçar as ações em prol do Movimento Saúde + 10. Apresentou a Revista Consensus que traz como destaque a proposta do Conass para Agenda da Saúde do Brasil. Destacou a importância da realização da plenária da tripartite, e a necessidade de finalizar a agenda inconclusa com o estabelecimento de prazos.

ENCAMINHAMENTOS:

- Necessidade de qualificação dos planos de contingência do Ebola, da Dengue e Febre Chikungunya.
- Importância de se aprofundar a discussão da agenda tripartite pactuada em julho de 2014.
- Reforçar ações em prol do Movimento Saúde + 10.

2. Apresentações e Discussões

a) Situação do processo de desenvolvimento da agenda tripartite dos meses de agosto a outubro 2014:

- i. Sistema Nacional de Demandas Judiciais (SE)
- ii. Levantamento de Informações sobre Propostas Prioritárias para o SUS – Subsídio ao Congresso Nacional para elaboração das Emendas ao Orçamento 2015 - Emendas Parlamentares (SE)
- iii. Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias (SAS/SVS/SGTES)
- iv. Mais Médicos : Agenda do COAPES (SGTES)
- v. Regularização da Oferta para os Medicamentos da Atenção Básica (SCTIE)
- vi. Estruturação da Saúde Indígena (SESAI)

i. Sistema Nacional de Demandas Judiciais (SE):

MS: Lembrou que houve, desde o ano de 2013, um grupo específico de trabalho para construção de uma agenda envolvendo o tema e que o GT Tripartite, após a leitura e realização dos trabalhos, disponibilizou de uma versão para teste, de um sistema de informação, liberada no mês de setembro, para análise de Conass e Conasems. A partir disso foram sugeridas 31 melhorias no sistema, e todas acatadas pelo GT de Gestão da CIT. O Datasus vem realizando um conjunto de ajustes baseados nas orientações sugeridas, com prazo para conclusão até novembro de 2014, além da pactuação de um rol mínimo de informações. O Datasus disponibilizará, junto com o sistema, um dicionário de dados, uma vez que, quando desenvolvido o referido sistema, este ficará disponível para utilização das Secretarias de Estados, extensiva aos Municípios, no intuito de desenvolvimento de webservice.

CONASS: Reconheceu que houve um progresso com relação as medidas apontadas nas discussões das questões relacionadas as demandas judiciais, inclusive com efetiva participação do Estado do Paraná. Contudo, demonstrou preocupação quanto às ações relacionadas ao ressarcimento, as quais precisariam demandar contra a União. Pontuou que só no Estado do Paraná, há um valor em torno de 28 milhões a serem ressarcidos. Informou que têm recebido muitas decisões/sentenças, todas com deferimento favorável. Assim se faz necessário iniciar o processo de ressarcimento, uma vez que as sentenças precisam ser cumpridas. Para tal, sugeriu estabelecer um cronograma de atividades para tratar de forma concentrada esses ressarcimentos, considerando que as dívidas têm sido cada vez maiores, a exemplo das relacionadas a indústria farmacêutica, com uma dívida no valor de 40 milhões.

CONASEMS: Iniciou demonstrando preocupação quanto às decisões por parte do judiciário no sentido de deferir muitos pleitos aos usuários do SUS, inclusive a concessão de medicamentos, o que além de trazer grandes prejuízos financeiros, também tem inviabilizado um processo de organização da gestão

nos municípios. Alertou ainda para o cumprimento das decisões por parte dos municípios, uma vez que a Judicialização tem sido feita de forma pessoal, pessoa física, do gestor. Para exemplificar, informou que o Ministério Público penaliza diariamente, não levando em conta o Decreto 7.508, a Lei Complementar 141, bem com os pareceres da Conitec. Assim, providências precisam ser tomadas em nível nacional. Acrescentou que é preciso acelerar o ressarcimento para os municípios, principalmente em relação aos medicamentos de alto custo, que são de responsabilidade da União e Estados, contudo, os municípios têm sido responsabilizados pessoalmente, sendo as ações nominais a pessoa física do Secretário Municipal de Saúde e não da Secretaria ou Prefeitura. Solicitou que o tema seja discutido com a Conjur, no intuito de se cumprir a agenda estratégica, seja o ressarcimento da União para os Estados, seja dos Estados para os Municípios. Solicitou prioridade no sentido de acelerar a tomada de providências, incluindo uma agenda (reunião) com a Conjur e o Supremo Tribunal Federal. Reforçou que, em relação à oncologia não há orçamento, e os municípios que têm estes serviços contratualizados, têm estourado as questões orçamentárias, ocasionando muitos aditivos contratuais com os prestadores para o cumprimento das sentenças. Reafirmou que é preciso articular com o supremo para sensibilização de que o SUS tem regras, protocolos, portas de entrada e fluxos a serem obedecidos, e não decisões sentenciando pagamentos e promovendo o acesso.

MS: Concordou com os posicionamentos de Conass e Conasems e com a responsabilidade de buscarem juntos as soluções para o problema da Judicialização. Deu ciência de que há uma agenda permanente junto ao Conselho Nacional de Justiça – CNJ que tem realizado fóruns e seminários à exemplo dos eventos coordenados pelo Conass afetos a este tema. Encaminhou-se pela realização de uma reunião do GT de Gestão, com pauta específica, para tratar da questão relacionada ao ressarcimento e definição do que orientará seu fluxo, bem como uma outra reunião tripartite junto ao

Supremo Tribunal Federal, para tratar discussão de como lidar com a questão da Judicialização na saúde. Tudo isso com a maior brevidade possível. Considerou ainda que uma das pendências relacionadas à demanda judicial era o sistema de informação, o qual fora apresentado. Concordou com a necessidade de se retomar a discussão específica relacionada ao ressarcimento para definição do que orientará o fluxo no seguimento dessa questão. Por fim, pontuou que há um acúmulo tripartite relacionado ao tema e, dado os vazios das licitações, da dificuldade de abastecimento e dos medicamentos da Atenção Básica por parte dos municípios, uma sugestão é a convocação dos Ministérios Públicos Estaduais, visto que a União não tem autonomia de intervir. Cabe ao Ministério Público a função de chamar os distribuidores e a indústria para dar explicações, por ser um forte aliado na árdua tarefa de enfrentar esse mercado.

ENCAMINHAMENTO:

- realização de reunião tripartite junto ao Supremo Tribunal Federal para discutir “como lidar com a questão da judicialização na saúde”.
- Agendar reunião do GT de Gestão, com a participação dos membros do subgrupo de judicialização, que terá como pauta específica a discussão do ressarcimento e a definição do que orientará seu fluxo.
- MS disponibilizará, junto com o sistema de informação, o dicionário de dados.

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

MS: Informou que essa pauta foi discutida em 2 reuniões conjuntas dos Grupos de Trabalho, de Gestão e Atenção, da Câmara Técnica da CIT, ocorridas em 16 e 22 de Setembro. A metodologia da

Proposta pactuada na Oficina de Trabalho Tripartite, realizada em 30 de setembro e em 08 de outubro foi apresentada na 262ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pelo Ministro da Saúde e a Secretária Executiva.

Destacou alguns aspectos estratégicos: como a metodologia, os critérios e o cronograma desenvolvidos para elaboração de um Cardápio de projetos prioritários, com vistas às emendas parlamentares 2015.

Pontuou o principal encaminhamento dos debates, que foi a formalização pelas Bipartites dos projetos prioritários, no Sistema de Cadastro de Priorização de Pré – Propostas, até 14 de novembro de 2014, haja vista o prazo para disponibilização aos parlamentares.

CONASEMS: Mencionou que a discussão dessa pauta no Conares, ocorrido em 30/10, com a representação de 100% dos COSEMS e a diretoria colegiada do Conasems foi bastante acalorada e considerada extremamente temerária, haja vista o processo eleitoral que acaba de ser vivido, cujos deputados e senadores fizeram as mais diversas promessas e compromissos com prefeitos, instituições e cidadãos. Informou que a votação desse projeto de lei será na próxima terça-feira (4/11). Embora concorde com a elaboração de um cardápio no cenário da impositividade, não está endossado e respaldado com competência, a cortar ou designar projetos sobre conclusividade e custeio para essa lista, considerando o prazo de 14 de novembro, em que todas as CIBs do Brasil deliberarão a relação de prioridades. Ponderou a relevância e a possibilidade de se apontar um elenco de priorização a partir das Redes de Atenção à Saúde e não pela conclusividade, custeio e investimento.

CONASS: Indicou ser necessário um esforço para dar um direcionamento realista a esta pauta. Referiu que no banco de dados há 13 mil pedidos, registrados desde 2007, com as mais diversas formas de solicitação de emendas, por isso, discorda se não for feito nada em relação a esse

processo. Afirmou que a Proposta contempla o que é preciso ter: organizar as demandas dentro da Política de Redes de Atenção à Saúde. Esclareceu que em virtude da renovação das bancadas, este é o momento oportuno para dar um padrão de alocação às emendas. Recomendou que todos os Secretários fizessem uma reunião nos seus Estados, a fim de discutir essa pauta com os parlamentares, pois para muitos destes, há falta de informação. Concluiu, enfatizando ser fundamental a retomada do movimento: Saúde Mais 10.

MS: Citou que o posicionamento do Conasems e do Conass é interessante e corroborou com a colocação do Conass. Elucidou que é impossível e ilegal, estar em nível regional escolhendo onde alocar o recurso das emendas, pois não há como limitar a autonomia do parlamentar na indicação das suas prioridades. Advertiu que, pelo curto espaço de tempo, a decisão tripartite foi fazer um esforço para ajudar os parlamentares a orientar suas emendas as principais demandas em saúde, a fim de apresentá-los um cardápio que auxiliarão nessa definição. Ressaltou que a metodologia, assim como todas as perspectivas colocadas na proposta, como os critérios e o número de 2 projetos por regiões de saúde, foram discutidas e consensuadas de forma tripartite. A ideia era ter um número geral por Estado e nacionalmente, todavia, é importante respeitar que a autonomia para decidir a quantidade de projetos por região é dos entes federados.

Acatou a proposta de inclusão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos pré- projetos e que essa necessidade, ficará sob a avaliação de cada Estado.

Indicou que é fundamental entender o caráter indutor dessa Proposta e vislumbrar um alcance de no mínimo, 10 ou 20% de propostas escolhidas do cardápio, o que significará uma melhora na capacidade de indução de investimentos e na articulação com o legislativo.

Concluiu, afirmando que o Cardápio é atrativo, uma vez que orienta o parlamentar que não sabe em que destinar a sua emenda e também a otimização do tempo, quando da análise de mérito dos

projetos que estão elencadas no Cardápio.

ENCAMINHAMENTO: Elaboração do Cardápio para auxiliar na definição das emendas ao orçamento 2015:

- As CIB podem encaminhar listagem com construção/reforma/ equipamentos de UBS, além das 2 prioridades por região;
- A lista disponibilizada pelo MS pode ou não ser utilizada como base de negociação, de forma que os gestores tenham autonomia para definirem suas prioridades.
- O prazo para alimentação do sistema é 14/11/2014.
- A Secretaria Executiva será a referência para esclarecimento de dúvidas.

iii. Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias (SAS/SVS/SGTES):

MS: Por meio da Portaria 1.833 de 2 de setembro de 2014 foi instituído um Grupo de Trabalho Tripartite com o objetivo de elaborar uma proposta de regulamentação da Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014. Neste sentido foram realizadas 3 reuniões, respectivamente:

- 12 de setembro de 2014: alinhamento da discussão para o trabalho no GT e construção da agenda tripartite.
- 29 de setembro de 2014: diagnóstico situacional da implantação dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil e alinhamento jurídico para cumprimento da Lei nº 12.994 de junho de 2014.

- 20 de outubro de 2014: diagnóstico e parâmetros para os Agentes de Combate às Endemias.

Foi discutida a necessidade de adequação do CNES, no sentido de que este possa oferecer dados verossímeis sobre o quantitativo e forma de contratação destes profissionais. Discutiu-se ainda a importância de que o pagamento do ACE seja realizado por profissional, a exemplo de como é feito com o ACS.

Informou que está sendo realizado um estudo sobre a Relação de Informações Sociais (RAIS) e o CNES, sob o parâmetro de fontes possíveis de vínculo trabalhista. Além, de uma análise das atribuições dos ACS e ACE, focando nas ações comuns e específicas e na integração entre a Vigilância Sanitária e a Atenção Básica. E, por conseguinte, a revisão dos parâmetros dos ACE.

Estas reuniões produziram como encaminhamentos: a proposição de um número adicional de ACE pela SVS para permitir flexibilização do parâmetro estabelecido, levando em consideração as características e especificidades locais; discussão sobre financiamento na próxima reunião do dia 17.11 e; envio de cópia das ações judiciais para conhecimento do MS.

Por fim, afirmou que o financiamento atual, em acordo com a Portaria nº 314 de fevereiro de 2014 é de R\$1.014,00/ACS/mês.

CONASEMS: Afirmou que há uma Pactuação Tripartite que decidiu que o repasse financeiro para o pagamento dos ACS e ACE envolve o salário de R\$ 1.014,00 + 40% de encargos sociais. Isto traz uma mudança no repasse federal, que vinha repassando apenas o salário.

Em seguida, fez uma crítica ao valor do Piso de Vigilância em Saúde por considerá-lo insuficiente diante de tantas ações a que a Vigilância se propõe e reiterou solicitação de revisão deste valor. Neste sentido, afirmou a dificuldade dos gestores em financiarem este piso salarial para os ACE com o atual valor do Piso de Vigilância em Saúde.

Informou que confeccionará uma Nota Técnica com o conjunto de sentenças judiciais que os Municípios vêm recebendo. Algumas destas sentenças requerem pagamento retroativo deste piso salarial. Por fim, reforçou a necessidade de que os três entes – MS, Conass e Conasems – entrem em acordo sobre o financiamento tripartite destes profissionais.

Solicitou que no debate sobre os parâmetros para os ACE, sejam levadas em consideração as especificidades da região da “Amazônia Legal”.

CONASS: Corroborou a fala do Conasems quanto à necessidade de revisão do valor Piso de Vigilância em Saúde. E solicitou que esta discussão considere as individualidades de cada Estado.

MS: Expôs preocupação com o fato de que a Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014 não traz um processo de transição, apenas impõe que o MS financie 95% do piso salarial. No entanto, O MS só pode fazer o repasse para pagamento de ACS e ACE que possua vínculo direto, ou seja, concursado. Como a maioria destes profissionais não está cadastrado por não possuir vínculo direto, o MS não poderá fazer o repasse. Diante disto, surge a necessidade de um cadastramento. E reiterou que a aplicação direta da Lei geraria desassistência e desemprego.

Quanto ao financiamento informou que o repasse do MS aos ACS aumentou 4 vezes a mais do que a inflação no período de 2002 (R\$ 248,00) a 2014 (R\$ 1014,00). No entanto, surgem duas questões: 1. Considerando que o MS pagará 95% do piso salarial, como será pago o restante do piso e os encargos? 2. Qual a fonte deste financiamento?

Considerou impossível debater esta questão sem entender a necessidade de novos recursos (em torno de 2 milhões de reais) e que estes recursos sejam discutidos de forma tripartite.

A SGTES informou no GT com os Agentes e representantes sindicais (Portaria nº333, de 10 de setembro de 2014) que fará toda e qualquer ação para evitar o desemprego e a desassistência. Ao concluir, esclareceu que os parâmetros propostos foram confeccionados com base na Dengue,

Malária e Leishmaniose.

ENCAMINHAMENTO:

- Proposição de um número adicional de ACE pela SVS para permitir flexibilização do parâmetro estabelecido, levando em consideração as características e especificidades locais;
- Discussão sobre financiamento na próxima reunião do dia 17.11 e;
- Envio de cópia das ações judiciais para conhecimento do MS.

iv. Mais Médicos: Agenda do COAPES – SGTES

MS: O Secretário da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPP relatou que, atualmente, o Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino - Saúde-COAPES é o tema que tem sido discutido com mais frequência nas agendas do Programa Mais Médicos.

Fez referência ao Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde instituído por meio da Portaria Interministerial nº 10, de 20 de Agosto de 2014, com o objetivo de definir diretrizes de contratualização entre as instituições formadoras e as gestões estaduais e municipais, além de definir o sistema de avaliação e monitoramento a ser utilizado no COAPES.

Informou que a Portaria nº 10/2014 também instituiu a Comissão Executiva que visa apresentar propostas para construção do Regimento Interno, num prazo de 90 (noventa) dias. Esta ação será realizada em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

Citou a Portaria nº 58, de 8 de outubro de 2014 que estabelece os representantes do COAPES e citou a pauta e encaminhamentos da reunião do dia 9 de outubro realizada no MEC. A discussão deu-se em torno da apresentação das definições contidas na lei que institui o COAPES e as diretrizes gerais que regem o sistema de integração Ensino-Saúde.

O Secretário da SGTES reforçou as informações já apresentadas no início desta reunião e citou a

Portaria Interministerial nº 10/2014 que institui a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde composta por membros do MS (SGTES, SAS, SGEP), Conass, Conasems e MEC, além do Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde.

Quanto à implantação do Projeto Banda Larga que propõe disponibilizar conectividade nas Unidades Básicas de Saúde, o Departamento de Atenção Básica informou que houve adesão de 2.165 UBS, as quais são compostas por médicos em atividade pelo Programa Mais Médicos.

CONASEMS: Relatou ter acompanhado as discussões sobre o COAPES e que não há ressalvas quanto ao tema.

Pontuou que o COAPES deve ser um tema prioritário na gestão pública e espera que as diretrizes sejam cumpridas para que haja uma padronização das discussões e das ações em todas as esferas de governo.

CONASS: Reforçou que não há óbices quanto às ações que vêm sendo realizadas junto ao COAPES.

ENCAMINHAMENTO: Os desdobramentos afetos ao tema serão acordados pelo Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde e a Comissão Executiva dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde, definidas na Portaria Interministerial nº10, de 20 de agosto de 2014 .

v. Regularização da Oferta para os Medicamentos da Atenção Básica (SCTIE):

MS: Informou que foram realizadas 02 reuniões nos dias 01/09 e 04/09/2014, com participação de representantes do MS (SCTIE, SVS, SGEP), ANVISA, CONASS, CONASEMS, ALANAC, SINDUSFARMA e FarmaBrasil. Destacou que está ocorrendo uma intensa troca de informações entre SCTIE, CONASS, CONASEMS visando uma abordagem sobre a organização do atual modelo de

gestão de compras na Administração Pública, envolvendo União, Estados e Municípios (normatização de modelos de gestão de compra e relação com distribuidoras). Comunicou a criação de um Grupo Permanente de Monitoramento do Abastecimento de Medicamentos nos Estados e Municípios (CONASS, CONASEMS, MS, Anvisa, setor produtivo), monitoramento permanente da oferta pela SCTIE/CMED, CONASS e CONASEMS, monitoramento da CMED sobre os preços (PMVG, etc) e a abertura de uma agenda estruturante sobre compras públicas envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios.

CONASEMS: Ressaltou a interação realizada com as indústrias do setor farmacêutico, no entanto afirma que o problema de oferta continua, com ênfase no desabastecimento da penicilina e também da sinvastatina, além de problemas de aquisição de medicamentos para tratamento hipertensivo e de diabetes. Pontuou a necessidade de intervenção federal para a resolução desta situação, solicitando providências como entrevistas coletivas esclarecedoras para a população.

CONASS: Lembrou da necessidade de se estabelecer um protocolo nacional que facilite o processo de aquisição e regulação, visando o não favorecimento do desabastecimento da assistência farmacêutica. Ressaltou a necessidade de medir com antecedência o impacto de determinadas decisões tomadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa com relação aos laboratórios produtores de medicamentos.

MS: Destacou o processo de organização da Conitec e informou sobre o funcionamento de um novo site, atendendo a recomendações do poder judiciário. Neste site constará ainda a relação dos medicamentos mais judicializados, a qual poderá ser utilizada por estados e municípios. Foi firmado acordo com o hospital das clínicas da UFMG e com a UnB para emissão de pareceres técnicos rápidos a serem utilizados nos processos de judicialização. Enfatizou o recebimento do prêmio de gestão pública pela Conitec, durante o 18º concurso de inovação na Gestão Pública Federal,

promovido pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), como uma das 10 iniciativas vencedoras. Sobre os medicamentos para a atenção básica, destacou que conforme acordado com Conass e Conasems será estruturada agenda de discussões que envolverá os seguintes temas: Ausência de empresas e distribuidoras nas licitações, casos de empresas que vencem as licitações mas não assinam o contrato, dentre outros. Anunciou que até o dia 15/11/2014 os três produtores nacionais (Furp, Teuto e Eurofarma) terão plena capacidade, comprovada pela Anvisa, de atender às demandas pela penicilina benzatina. Informou ainda que foi acordado com a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Nacionais – Alanac o compromisso de fornecer os primeiros 24 medicamentos de uma relação de 50, estabelecidos como prioritários pelo Conasems, ao mesmo preço ofertado no último processo licitatório realizado. Foi concretizado ainda acordo com a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos – CMED/ Anvisa para que esta informe a SCTIE/MS sempre que constatada a prática de preços abusivos pelo mercado.

ENCAMINHAMENTO:

- Criação de um Grupo Permanente de Monitoramento do Abastecimento de Medicamentos nos Estados e Municípios (CONASS, CONASEMS, MS, Anvisa, setor produtivo), monitoramento permanente da oferta pela SCTIE/CMED, CONASS e CONASEMS, monitoramento da CMED sobre os preços (PMVG, etc) e a abertura de uma agenda estruturante sobre compras públicas envolvendo Governo Federal, Estados e Municípios.
- Sobre os medicamentos para a atenção básica, destacou que conforme acordado com Conass e Conasems será estruturada agenda de discussões que envolverá os seguintes temas: Ausência de empresas e distribuidoras nas licitações, casos de empresas que vencem as licitações mas não assinam o contrato, dentre outros.
- Realização de entrevistas coletivas esclarecedoras para a população.

- Estabelecer um protocolo nacional que facilite o processo de aquisição e regulação, visando o não favorecimento do desabastecimento da assistência farmacêutica.

Estruturação da Saúde Indígena (SESAI):

MS: O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa informou que a construção de uma proposta para criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena – INSI foi uma deliberação da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. A apresentação da proposta seguiu o cronograma abaixo:

- Em 01/08/2014 a proposta foi apresentada ao Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal;
- De 05/08 a 05/09/2014 foi apresentada às comunidades indígenas por meio de oficinas;
- Em 05/08/2014 foi apresentada para Conass e Conasems;
- Em 28/08/2014 a proposta foi apresentada para a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI do Conselho Nacional de Saúde;
- Em 10/09/2014 a proposta foi apresentada para o Conselho Nacional de Saúde.

Informou que foi realizada, nos dias 25 e 26/09/2014, uma Oficina ampliada para discussão do Projeto de Lei com representantes dos conselhos indígenas, Comissão Nacional de Política Indigenista (CNPI), gestores e organizações indígenas. Salientou o encaminhamento para realização de uma audiência de conciliação com Ministério da Justiça, Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal, e envio do Projeto de Lei ao Congresso Nacional, após análise das contribuições realizadas na Oficina ampliada. Após essa análise será discutida a implementação do Instituto Nacional de

Saúde Indígena – INSI.

CONASEMS: Relatou que a reunião no Congresso do Cosems/PA foi um sinal de que a articulação para a estruturação da Saúde Indígena está no caminho certo em sua condução atual. Nesse Congresso foi realizado o 1º Seminário de Integração da Saúde Indígena à Gestão Municipal, onde foi assinado com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) um Termo de Compartilhamento de informações na área de vigilância epidemiológica. Esse Termo permitirá que o município, em conjunto com a SESAI e o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), trabalhem de forma integrada nesse campo.

CONASS: Ressaltou que o Ministério da Saúde deve, de fato, buscar novas alternativas e estratégias para a Saúde Indígena, por tratar-se de uma Política que tem demonstrado dificuldade de avanço. Elogiou a decisão do Ministério da Saúde em optar pela criação do Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI), porém recomenda que haja participação das instâncias tripartite na forma de um conselho consultivo, e não fazer parte de conselho administrativo. Solicitou ainda, orientação aos DSEI sobre o compartilhamento de responsabilidades, e que essa prática deve ser adotada em todo o país.

MS: Cumprimentou as bancadas. Contextualizou sobre as ações que a SESAI executa nos 34 territórios através dos DSEI, e lembrou que o INSI fortalecerá essa atuação, pois assumirá a execução das ações de saúde, enquanto a SESAI continuará com as atividades de planejamento, discussão orçamentária e monitoramento das ações. Relatou que a SESAI é uma Secretaria nova, com apenas quatro anos de existência e que os 34 DSEI enfrentam algumas dificuldades, por exemplo: não contarem com uma delimitação geográfica clara, dificuldade de acesso, localização em regiões fronteiriças com outros países e estarem localizadas em municípios de médio ou pequeno porte, com deficiências na rede de atenção à saúde. Apesar das dificuldades a SESAI tem evoluído, com o

	<p>aumento do número de funcionários, a qualificação dos vínculos empregatícios, a integração do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com outros sistemas utilizados pelos estados e municípios, permitindo o compartilhamento de dados e planejamento conjunto das ações e reforçou que a responsabilidade sobre a Política de Saúde Indígena é compartilhada entre os entes federativos.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendação de que haja participação das instâncias tripartite na forma de um conselho consultivo, e não administrativo. • MS orientará os DSEI sobre o compartilhamento de responsabilidades, e que essa prática deve ser adotada em todo o país.
<p>b) Planos de contingência para Dengue e Chikungunya: Preparação e resposta para possível epidemia – SVS/MS.</p>	<p>MS: apresentou que esse ano a dengue teve baixa transmissão no Brasil, com redução de um terço dos casos se comparados ao ano passado (um milhão e quatrocentos mil casos), quando houve um pico devido a circulação do DENV-4 e a re-introdução do DENV-1. Reforçou que este ano ocorreram 500.000 casos de dengue, porém enfatizou que a mensagem para o próximo verão continuará sendo de alerta e mobilização.</p> <p>Alertou para a redução do número de óbitos por dengue, um avanço importante, baseado no uso de protocolo simples que orienta as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a detecção rápida de sinais de agravamento do paciente. Relatou que a integração entre a rede assistencial é fundamental (Unidades Básicas de saúde, Equipes de Saúde da Família e Unidades de Pronto Atendimento).</p> <p>Em relação ao vírus Chikungunya, colocou que este adentrou pelo Caribe Francês (dezembro/2013), expandindo-se por todo Caribe, América Central, América do Norte e até mesmo pela Flórida, com registro de casos autóctones e depois todo o norte da América do Sul passou a ter registro da transmissão do vírus. Apresentou ainda que o modo de transmissão da doença é o mesmo da dengue,</p>

porém é mais rápida, esgotando o número de susceptíveis e gerando grande impacto nos serviços de saúde, o que deve ser trabalhado junto à Atenção Básica.

Apresentou que o Brasil teve grande parte dos casos importados do Haiti e República Dominicana e que a detecção dos casos autóctones teve início no mês passado. Atualmente o Brasil registra 2019 casos, sendo 1097 em investigação e 789 confirmados, sua grande maioria ocorridos em Feira de Santana-BA (1.159 casos), além do Oiapoque/AC e um caso importado no estado de Minas Gerais.

Relatou que os planos de contingência de Dengue e Chikungunya estão disponíveis para que os estados possam adaptá-los. Informou alguns avanços em relação ao componente de vigilância epidemiológica: a ficha de notificação foi adaptada; elaboração do guia de vigilância e fluxograma de vigilância epidemiológica e rede de laboratórios foram ampliadas. Destacou que a dengue tem um teste rápido para detecção da doença, porém o Chikungunya não, e nesse sentido não há necessidade de realizar exames em todos os pacientes suspeitos, e sim apenas detectar que há transmissão do vírus. Os demais casos devem ser fechados a partir de critérios clínico-epidemiológicos, evitando o acúmulo de amostras nos laboratórios centrais.

Em relação ao componente vetorial, colocou que dia 06 de novembro será divulgado o resultado do LIRAA, o que orienta as prefeituras a agirem antes da chegada do verão, período com maior transmissão dos vírus e coloca que o CONASEMS deve estimular os municípios a utilizarem esses dados no controle do *Aedes aegypti*. Ponderou ainda, que a utilização de Unidades de Ultra Baixo Volume (UBV) é importante para realização de ações contingenciais imediatas, mas que para o controle dessas doenças é importante a remoção de criadouros com larvas.

Em relação ao manejo clínico e atenção ao paciente, apresentou que foram feitas capacitações de médicos e enfermeiros juntamente com a SAS e apontou duas questões importantes: a orientação ao paciente, para que o mesmo não retorne as UBS desnecessariamente e alertar os médicos que a

circulação da dengue é constante, e que não se deve pensar apenas em Chickungunya e esquecer os sinais de agravamento de dengue.

Em relação à comunicação e mobilização social foram feitas videoconferências com as SES, Seminário Internacional com a abordagem de experiência de outros países; reuniões macrorregionais com a SES e SMS; novos planos de mídia alertando que o mosquito pode transmitir os dois vírus; realização do Dia D e do Dia D + e, por fim, relatou que existe uma página no portal da saúde com esclarecimentos aos profissionais de saúde quanto ao vírus Chikungunya.

CONASS: Disse que, em relação a dengue, apesar do Estado do Paraná - PR ter plano de contingência e adotar todas as medidas tem epidemia há dois anos, pois de forma inequívoca alguns gestores não fazem sua parte. O Paraná realiza reuniões periódicas com o Ministério Público, apresentando a situação dos municípios, que não realizam o LIRAA, que dão férias aos agentes de endemias no período de maior transmissão de dengue, e afirma que o Estado tem que entrar na fase da responsabilização.

Fez um pedido aos Secretários Estaduais para que não interrompam as ações de dengue no período de transição política.

CONASEMS: Cumprimentou o Secretário da SVS e parabenizou-o pela 14º EXPOEPI. Informou da revista do CONASEMS que nesta edição tem uma entrevista com a Secretária Executiva do MS.

Colocou que a dengue tem dado uma experiência ímpar para o município de Maringá-PR, que por mais que façam todas as ações preventivas, está há dois anos com epidemias. Disse que o estado do PR está com um projeto “plantando saúde” juntamente com a UNIMED/Brasil distribuindo mudas de citronela nas áreas mais críticas apontadas pelo LIRAA, e alertou que a dengue tem que estar permanentemente na agenda prioritária dos gestores municipais.

Informou que o estado do Paraná está lançando o “natal sem dengue”, o “ano novo sem dengue”,

onde todos os descartáveis utilizados nas festas serão destinados responsabilmente para que não se tornem criadouros para a proliferação do *Aedes aegypti*. Afirmou que o Dia D é providencial, pois até a data agendada, os municípios já terão finalizado o LIRAA, e os CONASEMS poderão multiplicar essa informação e fazer uma grande mobilização para o dia 06 de dezembro.

Relatou que, em relação à campanha de vacinação, o fato desta ser realizada aos sábados, gera gasto extra com a folha de pagamento e solicitou ao Secretário da SVS, que a mídia alerte que a campanha ocorrerá em apenas um sábado e que o segundo sábado será apenas para os municípios que não atingirem a meta.

Corroborou com a fala do CONASS em relação a desestruturação das equipes no período de transição política. Alertou que os agentes de controle de endemias são os mais prejudicados no período de transição política, e que esse tema deve ser discutido.

Informou que Feira de Santana é a porta de entrada do mosquito no Nordeste por ser o maior entroncamento rodoviário. Com a chegada do verão, existe a preocupação de capacitar as equipes de saúde para a detecção e tratamento de casos suspeitos de dengue e Chikungunya e alertou que o Estado não tem reumatologistas.

Relatou que a BA aprovou o plano de contingência para Chikungunya de forma Bipartite e que o bloco de financiamento das vigilâncias dos estados tem que ser tripartite, o município não pode ser o único responsabilizado.

MS: Colocou a importância de trabalhar a rede privada nos planos de contingência e em relação à campanha de vacinação, informou que o segundo sábado será apenas para que os municípios que não atingiram as metas possam intensificar as ações.

MINISTRO: Chamou a atenção para a questão da saúde suplementar levantada pelo CONASS, pois é preciso envolver a ANS por articularem junto às operadoras. Afirmou ser fundamental que a rede

	<p>privada faça parte dos planos de contingências dos estados e municípios. Colocou a importância da questão levantada pelo CONASS, sobre o compromisso ético-político dos gestores não somente no período de transição e que esse tema deve ser inserido na Lei de Responsabilidade Sanitária, por colocar em risco a saúde da população.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Consenso tripartite quanto a relevância do compromisso ético-político dos gestores não somente no período de transição e que esse tema deve ser inserido na Lei de Responsabilidade Sanitária, por colocar em risco a saúde da população.</p>
<p>c) Situação Atual sobre o Ebola no Brasil – SVS/MS.</p>	<p>MS: O Secretário da SVS relatou a ocorrência de videoconferências semanais com Estados e Municípios para abordagem do tema e apresentou a última atualização da Organização Mundial de Saúde (27/10/2014), com 13.700 casos e mais de 5.000 óbitos, acumulados de dezembro de 2013 a outubro de 2014, nos três países africanos acometidos.</p> <p>Relatou que o sistema de vigilância do Brasil está bastante sensível para detectar e internar os casos suspeitos, porém alerta que há necessidade de uma rápida verificação para que não cause pânico na população. Apresentou que Nigéria e Senegal encerraram o surto, após um período de 42 dias sem transmissão e expôs que o grande problema do surto de Ebola na África Central é a absoluta falta de condições dos três países (Guiné, Serra Leoa e Libéria), realizarem medidas básicas e que são efetivas para interromper a transmissão do vírus: internação de 100% dos pacientes e o rastreamento dos contatos. Colocou que segundo o Comitê de Emergência da OMS as principais atividades para interromper a dispersão internacional e a transmissão nos países com transmissão interna e disseminada, são: fazer uma avaliação adequada de risco; contenção da fonte e adoção de medidas efetivas nos aeroportos. Apresentou os avanços da vigilância do Ebola no Brasil: elaboração de um plano de contingência; ativação de Centros de Operação de Emergências em Saúde (COES) nos</p>

estados; formação de um grupo interministerial; videoconferências semanais com as SES e SMS e eleição das referências hospitalares (Instituto Federal de Infectologia-RJ e Emílio Ribas-SP) e laboratorial (Instituto Evandro Chagas-PA, referência internacional para vírus hemorrágicos e com biossegurança adequada para manusear as amostras). Informou que foram feitos simulados com a SES/RJ, em São Paulo, em Santos e estão aguardando o posicionamento do Acre, para a realização de um simulado com fronteira terrestre, e que o objetivo desses simulados é adequar o protocolo. O Secretário da SVS e o Ministro atentaram para o fato de que 11.000 viajantes que entraram no Brasil por fronteira terrestre, apenas dois eram dos países onde houve casos de Ebola. Informou ainda que os guias e protocolos já estão disponíveis. Salientou que, após contaminação ocorrida nos EUA e Espanha, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) foram revisados, em escala mundial, e estão disponíveis nos hospitais. Já os EPI que não são de uso comum, o Ministério está facilitando a aquisição para que os estados possam aderir. Esses equipamentos devem estar disponíveis também nas UPAs. Informou que qualquer hospital de média e alta complexidade pode atender um suspeito, tendo em vista que não há necessidade de isolamento respiratório, como no caso da Influenza, basta apenas o isolamento físico do paciente.

Relatou que o Brasil está com informações complementares nos aeroportos, para aumentar a comunicação dos viajantes que chegam dos três países da África, porém colocou que de 40.000 passageiros que chegam por dia no aeroporto de Guarulhos, apenas um vem desses países. Expôs que já se encontra disponível no site do Ministério da Saúde, uma página com esclarecimentos sobre o Ebola e que na 14º EXPOEPI foi entregue um prêmio de reconhecimento a SMS de Cascavel/PR pelas ações desenvolvidas frente a um caso suspeito do vírus. Colocou que as SES e SMS tem papel fundamental nesse momento, que é de identificar os hospitais que são portas de emergências e que

as equipes devem ser orientadas sobre as medidas corretas frente a um caso suspeito, isto é, fazer o isolamento e entrar em contato com a SES. A equipe de Cascavel adotou todas essas medidas evitando o pânico da população. Colocou a importância da disseminação das informações entre as equipes de plantão e a sensibilização do sistema de saúde. O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa fez menção à importância da comunicação frente a esses episódios, e ressaltou que os primeiros casos suspeitos de Ebola foram comunicados pela Ouvidoria.

CONASS: Elogiou a equipe da SVS, agradeceu a equipe de Cascavel/PR e lembrou que nesse processo houve a participação da equipe do Rio de Janeiro/RJ. Colocou que a preocupação, não é no sentido da xenofobia, e sim da melhoria da condição de vida dos imigrantes, assim como a necessidade em aprofundar a discussão da saúde do viajante.

CONASEMS: Alertou ainda contra o preconceito com negros e contra negros estrangeiros.

MS: Concordou com o CONASS, em relação aos imigrantes e que o tema deve ser trabalhado junto aos órgãos de assistência social e não governamentais, no sentido do acolhimento para garantir a saúde deles e dos brasileiros.

MINISTRO: Em relação às modalidades de preconceitos enfrentados, informou que dia 21/11 será lançada a Campanha Nacional contra o preconceito racial no SUS e contra o preconceito institucional, que é um grande desafio, pois se manifesta contra o imigrante, e em particular quando ele é negro ou quando vem da África ou da América Central. Alertou que o país tem que trabalhar a partir do princípio da integralidade com a regra de respeito às adversidades, esse tema deve ser trabalhado conjuntamente pela SVS e SAS.

ENCAMINHAMENTO: Focar a atenção sobre a melhoria das condições de vida dos imigrantes, assim

	<p>como a necessidade de aprofundar a discussão da saúde do viajante.</p>
<p>d) Situação do processo de implantação do Projeto Banda Larga: Conectividade das UBS – SGEP/SAS/MS.</p>	<p>MS: Apresentou aos membros da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o processo de implantação do Projeto Banda Larga: Conectividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério das Comunicações.</p> <p>Na apresentação foi informado que, no período de abril a junho de 2014, haviam 10.269 UBS confirmadas no 1º critério e cadastradas no 1º Ciclo do PMAQ. No período de julho a setembro de 2014 o programa foi ampliado em mais 2.165 UBS.</p> <p>Os critérios para instalação do ponto da Banda Larga foram: 1º) Municípios com todas as UBS com computador; 2º) Município com parte das UBS com computador; e 3º) Município sem computador.</p> <p>Seguindo um fluxo de instalação, foi feito contato da ouvidoria ativa do Ministério da Saúde junto ao gestor municipal para confirmação do interesse na Banda Larga. Segundo dados atualizados em 29/10/2014, já havia sido implantada Banda Larga em 1.660 UBS (13,44%), em 23 Estados e 769 Municípios. 213 Municípios estão com 100% das UBS contempladas e instaladas, sendo que mais da metade desses municípios alimentaram o e-SUS AB em setembro/2014.</p> <p>Dentre as ações realizadas, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem feito capacitações, apoio das companhias de equipamentos e se disponibilizado para visita em lócus.</p> <p>Ressaltou que esse projeto proporciona uma importante articulação de três departamentos da SGEP (DAI, DOGES, DATASUS) e DAB/SAS; informou que foram realizadas várias videoconferências com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para resolver os problemas eventualmente ocorridos.</p> <p>CONASEMS: comentou sobre a necessidade de aumentar cada vez mais a conectividade no intuito de agilizar as ações do SUS.</p> <p>CONASS: questionou como os Estados poderão contribuir para a interação dos vários bancos de</p>

	<p>dados.</p> <p>MS: Em resposta ao questionamento do Conass, disse ter feito agendas com os Estados e sugeriu a realização de discussões proativas, incluindo CONASS e CONASEMS, sobre as experiências locais desenvolvidas, para que sejam somadas ao processo.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: realização de discussões tripartite, proativas, sobre as experiências locais desenvolvidas, para que sejam somadas ao processo de implantação do referido projeto.</p>
--	---

3. Discussões e Pactuações

<p>a) Minuta de Portaria que redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) – SVS/MS.</p>	<p>MS: em seu discurso de apresentação, destacou a revisão da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNaPS) e relatou ter sido fundamental o empenho de Conass, Conasems, Abrasco e demais instituições para fomentar a nova versão da política.</p> <p>Reforçou que há um movimento em todo o território nacional para o controle dos fatores determinantes e condicionantes das doenças não transmissíveis e que as ações da PNaSP deverão estar alinhadas às Linhas de Cuidados à Saúde.</p> <p>O Secretário de Vigilância em Saúde fez um histórico sobre a versão da PNaSP, instituída em março de 2006, que surgiu com objetivo de ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Disse que a primeira versão já refletia a percepção que os profissionais e gestores têm quanto à necessidade de aliar as ações das linhas de cuidado às ações efetivas de promoção da saúde.</p> <p>Informou que a nova versão da PNaSP surgiu por meio de buscas por experiências exitosas, evidências científicas e políticas já implementadas que destaca um roteiro de como transformar essa percepção da importância da promoção da saúde num planejamento de ações operacionais. Disse</p>
---	---

	<p>ainda que o objetivo é consolidar as ações de promoção da saúde e que a política é um componente fundamental para o Sistema Único de Saúde.</p> <p>Para finalizar, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa ponderou que esta versão da PNaSP foi discutida exaustivamente de forma tripartite, que foi pautada na última Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde e que há um consenso quanto à validação desta nova versão.</p> <p>CONASS: Parabenizou a equipe da SVS responsável pela revisão da PNaSP e disse que a Política e a intensificação das ações, junto aos Estados e Municípios, devem ser cumpridas para que haja resultados positivos para a população e manifestou-se favorável à pactuação.</p> <p>CONASEMS: Não apresentou óbices quanto ao tema.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada.</p>
<p>b) Minuta de Portaria que institui, para o ano de 2014, no âmbito do Componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento de Vigilância em Saúde, incentivo financeiro destinado à organização e fortalecimento do processo de descentralização das ações de Vigilância Sanitária – ANVISA/MS.</p>	<p>MS: informou não haver necessidade de apresentação, considerando a ampla discussão nos grupos de trabalho, GTVISA e GTVS, sendo um processo de construção coletiva. Colocou-se à disposição do Conass e Conasems para esclarecimentos.</p> <p>CONASS: indicou pela pactuação.</p> <p>CONASEMS: favorável à pactuação, porém ressaltou que, ao avaliarem a relação dos municípios na reunião do Conares, os gestores identificaram que alguns municípios que se inserem nos critérios estabelecidos não foram contemplados na referida lista para recebimento do recurso de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais). Citou como exemplo os municípios do Estado do Ceará, com menos de 50 mil habitantes que responderam o questionário e não foram inseridos. Solicitou revisão da lista.</p> <p>ANVISA: Em resposta ao Conasems, no que diz respeito aos municípios do Estado do Ceará, esclareceu que embora tenham respondido o questionário eles podem estar bloqueados, o que os impedem de serem contemplados com o recurso. Dispôs-se a revisar a relação para que nenhum município seja prejudicado.</p>

	ENCAMINHAMENTO: Pactuada, considerando a solicitação do Conasems no tocante a revisão da Lista dos municípios aptos a receberem o recurso.
4. Informes	
a) Situação atual das adesões e habilitações de equipes de saúde no sistema prisional da PNAISP nos estados e nos municípios – SAS/MS.	MS: Informou que atualmente 24 Estados e 128 Municípios já finalizaram o processo de adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP), em apenas 6 meses de sua publicação. Em relação às Equipes de Saúde do Sistema Prisional, temos hoje 75 equipes cadastradas o que gera um impacto financeiro de R\$ 2.284.942,66. Estas equipes estão concentradas em 8 Estados: AC, AM, DF, MS, PA, PE, RS e TO. Os outros 16 estados estão em fase de cadastramento no CNES e alimentação do Sistema de apoio à implementação de Políticas em Saúde (SAIPS). A previsão é de que, até dezembro/2014, 202 equipes estejam cadastradas.
b) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012-2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEPI/MS.	MS: Informou que, até o momento ainda há 20 municípios que não informaram a situação do RAG, ano base 2012, no sistema. Acrescentou que será formalizado, junto aos gestores, a situação da alimentação do SARGSUS. Relatou que a partir deste mês, em razão da lei complementar 141/2012, os municípios receberão visitas do DENASUS. Até o momento, 78% dos municípios alimentaram o sistema referente ao RAG 2013, mas embora seja um percentual importante, faz-se necessário um esforço e apoio por parte do Conass e Conasems para o alcance da alimentação dos relatórios. Parabenizou o Estado de Goiás pelo alcance de 100% de alimentação. Em seguida destacou duas situações: 54% dos municípios informaram ter plano, 78% possuir relatórios e 34% informaram que possuem Programação Anual de Saúde –PAS, o que demonstra um descompasso entre três instrumentos e um prejuízo na alimentação dos relatórios quadrimestrais, que também são uma exigência da LC 141/2014.

<p>c) Situação da Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Solicitou celeridade no processo de pactuação de Indicadores Estadual e Municipal, sendo: Pactuação Estadual: 11 Secretarias estaduais de saúde não iniciaram o registro de metas, quais sejam: Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Norte e São Paulo; 12 Secretarias estaduais estão em fase de preenchimento da planilha de pactuação, sendo: Acre, Alagoas, Amapá, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Tocantins e; 04 Secretarias estão com a pactuação validada: Maranhão, Piauí, Santa Catarina e Sergipe. Quanto a Pactuação Municipal são: 100% dos municípios dos estados do Acre, Amazonas, Maranhão e Sergipe com pactuações homologadas no SISPACTO. Em todo o Brasil, 33,08% dos municípios estão com as pactuações homologadas. Ressalta-se que os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul, que assinaram o Contrato Organizativo da Ação Pública estão aguardando a disponibilização do módulo específico no SISPACTO no intuito de registrar as suas metas para 2014. No mais, o número e a proporção de municípios conforme situação da pactuação distribui-se da seguinte maneira: pactuação não iniciada: 1.882 (33,79%); em preenchimento: 874 (15,69%); pactuação validada: 971 (17,44%); e pactuação homologada: 1.842 (33,08%), conforme consta da Nota Técnica, que estará disponível no site. O Departamento de Articulação Interfederativa – DAI atuará em conjunto com Conass, Conasems e Ouvidoria do SUS visando agilização do processo.</p>
<p>d) Seminário sobre Regionalização e Governança no SUS – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou sobre a realização do Seminário sobre Regionalização e Governança no SUS, nos dias 24/11 e 25/11/2014, em Brasília-DF. O objetivo é apresentar um conjunto de pesquisas e projetos de cooperação junto às instituições de pesquisa, com apoio do ProadiSUS e da OPAS. Ressaltou que este seminário auxiliará o processo de fechamento do atual ciclo de gestão.</p>

e) Planejamento no Âmbito do SUS – Oficina Nacional – SGEF/MS.

MS: Informou sobre a Oficina Nacional de Planejamento no âmbito do SUS, a ser realizada nos dias 04 e 05 de novembro/2014, que tratará da agenda federativa sobre os instrumentos de planejamento do SUS, visando à equalização das incoerências apontadas pela Nota Técnica que tratou da situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012-2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde.

DESTAQUE:

CONASEMS: Solicitou prorrogação do prazo das Portarias do Glaucoma, de Oncologia e de Doença Renal Crônica para dezembro de 2015, pois não há tempo hábil para finalizar esta discussão e os Estados demonstram dificuldades em executá-las no prazo estabelecido.