



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
RESUMO EXECUTIVO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2015
26 DE MARÇO DE 2015

Em 26 de Março de 2015, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Arthur Chioro, Giliate Coelho Neto, Jorge Harada, Lumena Furtado, Sônia Brito, Jarbas Barbosa, Felipe Proenço, Danielle Soares.

CONASS: Wilson Alecrim, Jurandi Frutuoso, João Gabbardo dos Reis, Heloísa Melo Guimarães, Marco Aurélio Bertúlio, Fabio Vilas Boas, Wilson Pollara.

CONASEMS: Fernando Monti, José Enio Servilha, Charles Cezar Tocantis, Raul Molina, Mauro Junqueira, Arilson da Silva.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

Ministro: Felicitou a nova composição da direção do Conass, com a recomposição das vices-diretorias, e desejou que esta desse a continuidade do trabalho qualificado que o Conass vem desempenhando junto com o Ministério da Saúde como um importante parceiro na condução dos desafios do pacto federativo.

Em seguida, registrou a preocupação com dois atos que tramitam no Congresso Nacional, considerados de suma importância para o Sistema Único de Saúde – SUS, quais sejam:

- A tramitação da Proposta de Emenda a Constituição - PEC 451/2014, de autoria do Deputado Eduardo Cunha, a qual altera o art. 7º da Constituição Federal, inserindo novo inciso, o XXXV, o qual obriga todos os empregadores brasileiros a garantirem aos seus empregados serviços de assistência à saúde, excetuados os trabalhadores domésticos, afrontando todo o capítulo da seguridade social e a seção da saúde e seus dispositivos. Para o Ministro, tal PEC passa a estender a Saúde Suplementar como direito dos trabalhadores urbanos e rurais, o que reconfiguraria todo o sistema. E tal Proposta, em sendo aprovada, devolveria para o SUS uma era pré-Constituição Federal de 1988, e passaria a competência do SUS, exclusivamente, para os indigentes, os trabalhadores informais, aposentados descobertos de cobertura e os inválidos em geral. Isso seria uma quebra da perspectiva do SUS, que vem sendo construído a duras penas, apesar de viver a ambiguidade de um sistema suplementar com as características que se tem atualmente.

Tal preocupação está pautada na percepção de que, tanto o movimento da reforma sanitária, como outros setores importantes da saúde, têm se apegado a alteração

constitucional que ocorreu no final do ano passado (2014), a qual amplia a atuação do capital internacional na área da saúde como um grande problema, e, por isso, esse tema tem sido o ponto central para o futuro do Sistema Único de Saúde, sendo necessário que todos os gestores da saúde estejam preparados para lidar com a dimensão desse projeto de emenda a Constituição como um grande desafio. E, como o Congresso Nacional tem dado celeridade às pautas em tramite, esse tema poderá entrar em votação a qualquer momento.

- Projeto de Decreto Legislativo (33/2015), atualmente em tramitação na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) do Senado, de autoria do Senador e líder do PSDB - Cassio Cunha Lima (PB) e do vice-líder, também do PSDB, Aloiso Nunes (SP), que tem o intuito de tornar sem efeito o Termo de Cooperação entre o Governo Brasileiro e a Organização Pan-Americana – OPAS, referente à participação de cubanos no Programa Mais Médicos. Tal projeto determina a imediata suspensão da participação de todos os médicos da cooperação Brasil-Opas e Governo Cubano. Com tal medida, mais de onze mil médicos não terão condições de atuar em todo o território nacional. Afirmou que todos têm o conhecimento do impacto dessa medida e da necessidade de se ficar alerta, e fazer chegar a prefeituras e governos de todos os partidos, independentemente da questão partidária, sobre o significado dessa cooperação e, mais do que isso, o que representa essa Instituição centenária, que é o braço da organização mundial de saúde para as Américas; que não se trata de uma empresa com interesses econômicos, e sim de uma instituição de parceria das mais importantes nas iniciativas do ponto de vista da saúde pública, imprescindível não só no Brasil, mas também nas Américas. Considerou de extrema importância a atuação de Conass e Conasems na mobilização para a continuidade do Programa.

No mais, fez menção aos seguintes acontecimentos:

- Compartilhou sobre a premiação em reconhecimento às políticas públicas e ao monitoramento do controle global do tabaco, ocorrida durante a 16ª Conferência Mundial Sobre Tabaco, realizada em Abu Dhabi, nos Emirados Árabes, conferida pela Fundação Bloomberg. Fez referência ao discurso daquela ocasião no sentido de ter apresentado os resultados expressivos da capacidade do Brasil em mensurar o controle do combate ao tabagismo, o que compartilhou com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como com Universidades, Organizações não governamentais e instituições que no Brasil inteiro tem essa rede constituída, construindo um processo de monitoramento e indicadores, motivo pelo qual o IBGE também foi destacado juntamente com o MS e, embora tenha tido a honra de receber o prêmio, vale dividir tal reconhecimento porque essa é uma conquista não apenas do MS, e sim de todos os parceiros do SUS.

- Referenciou acerca da agenda do dia **06 de abril**, como sendo o dia mundial da atividade física, conclamado pela Organização Mundial da Saúde, e a proposta é de que

todas as Unidades Básicas de Saúde, todos os programas de combate ao sedentarismo, bem como todas as Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, priorizassem e se mobilizassem junto aos Órgãos de Imprensa locais nesse dia, uma vez que o peso do sedentarismo tem como um dos fatores de risco nos agravos das doenças crônicas e degenerativas. E, no dia 07 de abril, será o Dia Mundial da Saúde, em que a Organização Mundial da Saúde o intitulou como: “*alimentação saudável: do campo para a mesa*”, no intuito de valorizar a alimentação saudável pelo impacto que ela tem. Na oportunidade fez referência ao Guia de Alimentação do MS, o qual foi construído por muitos profissionais e tem reconhecimento internacional.

Por fim, lembrou-se da solicitação feita pelo Presidente do Conass, Dr. Wilson Alecrin, quanto à identificação, nesse momento de transição, do levantamento dos saldos dos Fundos de Saúde. Contudo, tal questão não é tão simples por se tratar de vários tipos de saldos. As informações possuem um volume considerável, e por isso, necessitará de um estudo mais aprofundado de cada caso. Assim, firmarão uma agenda para identificar as situações dos excedentes para que possam estudar quais as medidas adequadas para cada caso.

CONASS: Cumprimentou a todos e agradeceu as saudações feitas pelo Ministro no tocante a nova composição. Mencionou os nomes dos demais Secretários que passam a compor o Conass, sendo: como Vice-Presidente, a Secretária Heloísa da Região Norte; Fábio Villas Boas da Região Nordeste; Marcos Bertulio do Mato Grosso, Região Centro-Oeste; Fausto Pereira-MG pela Região Leste e João Gabardo-RS pela Região Sul. Como representante na ANS, Felipe Peixoto, na Anvisa, Carlile do CE, e da Hemobrás, Iran Jr, de PE. Fazem parte da Comissão Fiscal da Dietoria os seguintes Secretários: Jose Sobral-SE, Ricardo Oliveria/ES, Marcos Pacheco-MA, Leonardo Vilela-GO, e Roberta Abad-PB. Informou que a posse será no dia **29/04** e convidou a todos. Finalizou entregando ao Ministro da Saúde duas publicações: uma que trata da Rede de Atenção às urgências e emergências: avaliação e Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento às UPAS e outra que trata do levantamento da Organização, Estrutura e Ações da área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde, agradecendo o patrocínio e parceria desse trabalho, os quais contribuirão muito para os estudos e levantamentos acerca da saúde brasileira. Posteriormente entregou os mesmos exemplares mencionados para o Presidente do Conasems.

CONASEMS: Saudou a todos e cumprimentou o Presidente do Conass, desejando sucesso com a composição da nova diretoria. Cumprimentou ainda pela publicação das edições, dando ênfase da importância da produção desses materiais entregues, o que contribuirá, em muito, para o aprimoramento das Redes de Saúde. Enfatizou que se trata de um dia importante para o SUS, tendo em vista a redefinição da pauta estratégica a ser tratada ao longo deste ano, e que se empenharão nas ações estratégicas e políticas, a exemplo da PEC mencionada pelo Ministro. Considerou que as entidades que representam os trabalhadores devem ser incitadas a se posicionarem a respeito. Ratificou o firme compromisso em mobilizar os prefeitos na observação e acompanhamento no tocante ao Decreto Legislativo que está sendo

proposto, considerando a importância do convênio do MS com a Opas.

Encaminhamento: A CIT solicitou o levantamento dos saldos dos Fundos de Saúde. MS sugeriu uma agenda para identificação das situações dos excedentes para que possam estudar quais as medidas adequadas para cada caso, visto tratar de vários tipos de saldos.

1. Abertura dos Trabalhos:

a) Programa Mais Médicos: Terceira chamada e Expansão da graduação – SGTES/MS.

SGTES/MS: Deu início à apresentação dando ênfase aos eixos fundamentais do Programa Mais Médicos, às ações de provimento, à dimensão de formação do programa e citou um breve balanço das ações e benefícios conquistados até o ano de 2014.

Relacionou a importância dos três eixos fundamentais do Programa, dentre eles o eixo da melhoria e ampliação da infraestrutura, da reorientação e expansão da formação, o eixo do provimento emergencial por meio de chamadas e editais e a cooperação internacional.

Apresentou o atual cenário de provimento em todo o território nacional com o quantitativo de profissionais por Unidade Federativa, que beneficia 50 milhões de brasileiros, e enfatizou a importância do Termo de Cooperação do Ministério da Saúde e a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS para o alcance das metas e para a sustentabilidade do Programa.

Ressaltou que qualquer movimento realizado para suspender a cooperação com a OPAS implica em grande prejuízo para a assistência de, pelo menos, 40 milhões de brasileiros que são acompanhados por médicos da cooperação internacional e beneficiados por meio das ações do Programa. Lembrou que um grande contingente destes médicos está fixado em áreas de alta vulnerabilidade social e que aproximadamente 75% destes profissionais atuam em municípios de baixo e muito baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, em situação de extrema pobreza, entre outras situações de vulnerabilidade.

Destacou que, em todo o território nacional, há 1.211 Equipes de Atenção Básica compostas por médicos do Programa Mais Médicos e distribuídas em Comunidades Remanescentes de Quilombos, Assentamentos Rurais e Comunidades Ribeirinhas.

Apresentou o perfil dos médicos em atividade ligados ao Programa e a porcentagem de desistências de alguns profissionais. Relatou um baixo índice de médicos desistentes ou desligados do Programa, o que reforça uma elevada taxa de satisfação dos profissionais envolvidos.

Em relação ao 6º ciclo do Programa, lançado neste ano de 2015, citou o quantitativo de vagas autorizadas e distribuídas em 1.294 Municípios e 12 DSEIs, além do

cronograma para o início das atividades. Quanto à modalidade para o ingresso dos profissionais com CRM no Brasil, 64% optaram pelo acréscimo de 10% na prova de Residência Médica com a duração de 1 ano e 36% fizeram opção pelos benefícios do Programa com a permanência de 3 anos. Destacou que, muitos destes profissionais estavam ligados ao PROVAB e migraram para o Programa Mais Médicos, optando por permanecer nos mesmos Municípios de atuação garantindo uma continuidade das ações já iniciadas nestes territórios. Disse que esta informação mostra uma maior taxa de envolvimento dos médicos brasileiros junto ao Programa Mais Médicos.

Informou o cronograma para o início das atividades dos profissionais que aderiram à primeira e segunda chamada do Programa. Dentre estas vagas oferecidas a maior parte foi preenchida por profissionais com CRM Brasil, o que mais uma vez reforça a preferência dos médicos brasileiros em envolver-se com o Programa. Quanto à terceira chamada, os profissionais já passaram pela fase de alocação e em breve iniciarão suas atividades. Após esta etapa, serão abertas as vagas para os profissionais brasileiros formados no exterior e as vagas remanescentes serão ofertadas aos médicos estrangeiros.

Com esta fase de expansão, o cenário previsto para o Mais Médicos é de 18.247 atuando em 4.058 e 34 DSEIs, beneficiando 63 milhões de brasileiros.

Ao final da apresentação informou que foram lançados novos editais que versam sobre o financiamento do Ministério da Saúde para bolsas de ampliação da Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC). Em breve também será lançado novo edital para a inclusão de cursos de graduação em municípios que ainda não foram contemplados. Informou que todas as solicitações de bolsas para Medicina Geral de Família e Comunidade foram aprovadas além de todos os pedidos para as demais especialidades para as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Informou ainda sobre as previsões para o Programa para os anos de 2017 e 2018, além da continuidade e ampliação das ações já iniciadas.

CONASEMS: Manifestou apoio incondicional ao Programa Mais Médicos e ao movimento para a manutenção do Termo de Cooperação do MS e OPAS. Sugeriu que seja construído um documento de repúdio, elaborado de forma tripartite, e enviado ao Senado mostrando a importância da cooperação com a OPAS, os benefícios do Programa e os prejuízos que esta suspensão poderá causar para a população.

Solicitou uma participação mais efetiva do CONASEMS no Comitê Gestor do Programa Mais Médicos e justificou que essa participação poderá acelerar os processos e auxiliar na resolução de dificuldades e problemas pontuais que surgem nos Municípios.

Lembrou que esta solicitação já havia sido feita durante a gestão anterior e que houve informação quanto aos entraves, do ponto de vista legal, para a participação na estrutura do Comitê Gestor do Programa. O Conasems foi orientado que seria possível uma assessoria junto a este comitê já que o Conasems estava mais próximo da realidade local.

Sugeriu retomar um grupo de trabalho que havia junto ao Comitê Gestor para que seja possível uma aproximação e maior contribuição do Conasems na construção do Programa além de uma participação de forma mais pró-ativa.

MINISTRO:Relatou que não há óbices para a participação de Conasems e Conass junto ao Comitê Gestor do Programa e lembrou da importância da participação do COSEMS na Coordenação Estadual do Mais Médicos para o fortalecimento destas instâncias. Disse que a identificação de problemas, as sugestões para soluções destas dificuldades e para o aperfeiçoamento do Programa podem partir da realidade local.

Destacou ainda que, para que haja uma rotina para as ações e ampliação da formação dos profissionais, o Programa Mais Médicos está assumindo uma nova dinâmica quanto aos lançamentos de editais e chamadas que, a partir deste ano, serão em períodos trimestrais.

SGTES/MS:Informou que, com a criação da Medida Provisória que institui o Programa Mais Médicos, também foram criados um Comitê Gestor e um Grupo Executivo para orientar a formulação, implementação, monitoramento e avaliação do Programa, com a participação do MS e MEC. Depois, com objetivo de fortalecer estas comissões, foram incorporadas as instâncias gestoras do PROVAB e do Mais Médicos, especialmente no âmbito Estadual. Afirmou que, de fato, com a participação dos gestores houve um fortalecimento significativo dessas comissões e que é pertinente realizar esta incorporação solicitada pelo Conasems junto ao Mais Médicos, e sugeriu que seja elaborada no mesmo formato feito com as instâncias do PROVAB.

SGEP/MS: Salientou que é importante que esta participação do Conasems junto ao Comitê Gestor do Mais Médicos tenha uma capilaridade em relação à participação dos Cosems. Afirmou que os Cosems têm um vasto conhecimento e vivência das dificuldades e avanços locais do Programa.

Reforçou que o objetivo do Programa perpassa a questão do provimento médico, o que significa um avanço no processo de qualificação destes profissionais. Destacou a importância da formação dos profissionais no âmbito da Atenção Básica, que é a porta de entrada de toda a Rede de Atenção à Saúde. Justificou o interesse dos profissionais na qualificação da formação, visto que, neste último edital, a grande maioria optou pela modalidade do acréscimo de 10% na prova da Residência Médica.

ENCAMINHAMENTOS: Construção de documento tripartite em manifestação contrária ao PDL nº33/2015 e envio ao Senado mostrando a importância da cooperação com a OPAS, os benefícios do Programa e os prejuízos que a eventual suspensão poderá causar para a população. Retomada da discussão junto ao Comitê Gestor do Mais Médicos, com objetivo de maior aproximação e contribuição na construção do Programa.

2. Apresentação e Discussão:

a) Estado da arte do e-SUS AB – SAS/MS.

DAB/SAS: Lembrou sobre a prorrogação até Junho de 2015 do prazo de transição do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB para o e-SUS AB pactuada na 5ª Reunião da Comissão Intergestores Tripartite de Julho de 2014. A partir de Junho, apenas o e-SUS AB estará disponível como sistema de informação da atenção básica. Iniciou a apresentação, com dados coletados em 20.03.15, sobre os diferentes graus do estágio de implantação do e-SUS AB. Em relação aos municípios os estágios de implantação são: incipiente, intermediário e implantado. Apresentou o percentual de municípios que vem utilizando o sistema ao longo do tempo: 56,5% no estágio implantado, 6,6% intermediário e 11,3% incipiente, acrescentou que 25,6% não iniciaram a implantação. Relatou que há uma evolução aproximada de 3% mensal no número de municípios para o estágio implantado do e-SUS AB. No levantamento regional, municípios com status de implantado ou intermediário, os dados são: Centro-Oeste com 63,5%, Nordeste 71,8%, Norte 70,3%, Sudeste 55,6% e Sul com 57%. Lembrou que foram considerados na compilação desses dados, os municípios que contam com sistemas próprios, e que fazem a alimentação do e-SUS AB utilizando a ferramenta *thrift*. Reforçou que de Julho de 2014 até o momento houve um avanço importante, e que para a finalização do processo de transição do SIAB para o e-SUS AB há necessidade de um esforço, e mobilização para uma agenda acelerada.

Citou o Plano Nacional de Banda Larga – PNBL como um importante mecanismo para o fortalecimento da implantação do e-SUS AB, e que no momento 3.327 Unidades Básicas de Saúde – UBS estão com pontos de internet instalados, e a previsão até o mês de Agosto de 2015 é que aproximadamente 13 mil UBS em 3.944 municípios sejam contempladas no PNBL.

Informou que no ano de 2014 foram realizadas oficinas em todos os estados com a participação do

Departamento de Atenção Básica – DAB/MS e Departamento de Informática do SUS – DATASUS/MS, com apoio de Cosems e Secretarias Estaduais de Saúde para a implantação do e-SUS AB. Apresentou estratégias de apoio na implantação do e-SUS AB: QualiSUS que contempla 468 municípios, compreendendo as fases de adesão e informatização das UBS, contratação de empresas para a instalação dos equipamentos e *software* PEC, e qualificação sobre a utilização do PEC para as equipes. Outra estratégia, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC é a contratação de 27 consultores descentralizados para atuarem a partir de Maio, e durante seis meses, nos municípios que apresentam dificuldades no processo de implantação do e-SUS AB. Em relação aos Núcleos de Telessaúde, informou que há 14 planos de trabalho aprovados, com cobertura de 1.820 municípios, e ressaltou a publicação de Portarias no final de mês de Janeiro uma que institui incentivo financeiro e outra que habilita municípios a receberem recurso para a implantação da estratégia e-SUS AB. Relatou que para os 150 municípios com mais de 100 mil habitantes, o DAB e o DATASUS realizarão oficinas específicas para apoiar a implantação do e-SUS AB, o cronograma será articulado com as SES e Cosems e terá início entre Abril e Maio. Ressaltou que com essas estratégias 100% dos municípios estarão cobertos com ações de apoio à implantação do e-SUS AB.

Informou que em Abril será homologado no subgrupo Informação e Informática do GT de Gestão da CIT, a versão 2.0 do e-SUS AB que trará novas funcionalidades, e em Maio está prevista a disponibilização dessa nova versão.

Conasems: Ressaltou a importância da construção e disponibilização de um sistema de informação aos municípios e serviços. Pontou como principal desafio, a integração de vários sistemas, algo que aconteceria com o e-SUS AB, para tentar sanar a pulverização de sistemas no Ministério da Saúde, e que facilitaria a adesão das equipes na sua implantação. Outro desafio, e que representaria um avanço na gestão do cuidado, é a disponibilização do prontuário eletrônico em todas as unidades de

saúde do país. Acrescentou que o e-SUS AB é um sistema de extrema importância para os municípios e afirmou que o Conasems irá apoiar a implantação do sistema em todas suas fases.

CONASS: Afirmou que houve um importante avanço na implantação do e-SUS AB, reforçou a necessidade da integração dos sistemas e a importância de haver conectividade em todas as unidades de saúde do país.

DATASUS/SE: Informou que o principal desafio e prioridade do DATASUS é a integração entre os sistemas, essa discussão já vem sendo feita no subgrupo de trabalho de Informação e Informática do GT de Gestão. Atualmente existem diversos sistemas que em sua maioria não se comunicam, e isso impacta em quem está produzindo cuidado e precisa preencher uma série de sistemas. Pontuou que houve avanço nessa questão, especialmente em relação ao Cartão Nacional de Saúde, que é uma estratégia consolidada, informou que em Abril a base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, cerca de 70 milhões de registros, entrarão no Cartão Nacional de Saúde. Ponderou, porém, que o Cartão restringe-se basicamente a identificação do paciente e que há necessidade de avançar para incluir dados de gestão e dados clínicos. Acrescentou que a agilidade na comunicação entre os sistemas passa pela interoperabilidade e conexão com o barramento. Finalizou afirmando que a integração dos sistemas é uma pauta prioritária, e que já foram desenvolvidas soluções de serviços para a conexão entre e-SUS AB e Hórus, atualmente em fase de homologação.

DAB/SAS: Reforçou que a integração de sistemas está na agenda de trabalho e que em breve, estará disponível a integração entre o e-SUS AB com o Sis prenatal, SISVAN e Bolsa Família.

SAS/MS: Pontuou que se as estratégias de apoio na implantação do e-SUS AB apresentadas não forem suficientes, os estados e municípios podem propor e dialogar com o Ministério da Saúde sobre outras formas de apoio para garantir que em Julho, quando se encerra o prazo de migração do SIAB para o e-SUS AB, 100% das UBS tenham finalizado o processo.

	<p>Encaminhamento: Homologação, no subgrupo Informação e Informática do GT de Gestão da CIT da versão 2.0 do e-SUS AB que trará novas funcionalidades, e disponibilização em Maio dessa nova versão.</p>
<p>b) Resultado da Pesquisa Nacional de Acesso a Medicamentos – SCTIE/MS.</p>	<p>MS: Iniciou a apresentação informando que o objetivo da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil – PNAUM é de fornecer um conjunto de informações sobre a questão do acesso a medicamentos no Brasil. Enfatizou a importância destes resultados para Estados, Municípios e Ministério da Saúde uma vez que estes empreenderam nos últimos anos, importantes esforços e investimentos com o intuito de otimizar o acesso da população a medicamentos. Lembrou que a PNAUM foi coordenada pelo MS em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, e contou com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Sobre a estrutura de pesquisa utilizada, destacou que foi organizada em 02 componentes, o primeiro populacional que foi concluído em janeiro/2014 e atualmente encontra-se em fase de divulgação, e o segundo que deve avaliar os serviços de assistência farmacêutica na atenção básica, com previsão de conclusão em abril/2015. Avisou ainda que após o informe realizado na última reunião da CIT (26/02) e com o apoio de Conass e Conasems, houve um aumento significativo da contribuição das secretarias estaduais e municipais de saúde à pesquisa. Ainda sobre o componente populacional, apresentou um quantitativo de 41.443 entrevistas domiciliares, realizadas em 244 municípios, com uma representatividade de 177 milhões de brasileiros. Expôs os resultados referentes as prevalências autorreferidas de hipertensão, com indicação médica de tratamento e uso de medicamentos para hipertensão na população com 20 anos ou mais no Brasil, segundo características sociodemográficas. Demonstrou também os resultados referentes ao acesso a medicamentos (serviços públicos e privados) para hipertensão por hipertensos com indicação médica de tratamento medicamentoso,</p>

além de prevalências autorreferidas de diabetes (indicação médica de tratamento e uso de medicamentos para diabetes na população com 20 anos ou mais no Brasil segundo características sociodemográficas). Por fim ressaltou o resultado das prevalências autorreferidas de doença respiratória pulmonar crônica, concluindo que o acesso a medicamentos para hipertensão e diabetes foi gratuito para a maioria dos brasileiros, mostrando avanços nas Farmácias das unidades do SUS e no programa 'Aqui tem Farmácia Popular'. Exibiu o cronograma contendo as próximas etapas da pesquisa. Lembrou da parceria que foi estabelecida com o VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico, como medida importante para avançar no acesso e apurar os resultados diretamente na população.

CONASEMS: Considerou os resultados como 'impressionantes', enfatizando a melhoria obtida sobre as dificuldades de acesso a medicamentos. Salientou o papel fundamental dos municípios no progresso da oferta de medicamentos, por serem aqueles que executam a proposta pactuada pela rede do SUS. Solicitou a universalização do programa Qualifar-SUS para 100% dos municípios e também a retomada das discussões pelo Grupo de Trabalho (GT) de Ciência & Tecnologia da CIT, uma vez que existem discussões que devem ser retomadas, como afinar o compasso entre a incorporação tecnológica com impactos e custos que deverão ser assumidos. Parabenizou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec, por ter encaminhado para discussão, no âmbito do Grupo de Trabalho (GT) de Vigilância em Saúde da CIT, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas – PCDT do manejo integral de doenças sexualmente transmissíveis. Proferiu agradecimentos a coordenadora-geral de assistência farmacêutica básica do DAF/SCTIE, Karen Sarmiento, pela parceria e dedicação na implementação e envio dos equipamentos constantes no programa Qualifar-SUS. Sugeriu a realização de um trabalho de pesquisa de avaliação de morbi-mortalidade e do comportamento das complicações de hipertensão e diabetes junto a informação da garantia do

	<p>acesso ao medicamento, com o objetivo de observar a relação de impacto entre a melhor oferta com o perfil de morbi-mortalidade da população.</p> <p>CONASS: Parabenizou toda equipe responsável pela pesquisa, destacando o processo de fortalecimento da Conitec e a necessidade de pleno funcionamento dos Grupos de Trabalho da CIT no que tange a análise prévia dos Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas antes de sua implantação.</p> <p>MS: Confirmou a entrega de 68% dos equipamentos que compõem o programa Qualifar-SUS, com a perspectiva de finalizar este processo até o próximo dia 14/05/2015. Corroborou com a solicitação do Conasems, no sentido da necessidade de ampliar e universalizar o Qualifar. A dispor da solicitação do Conasems, no que afirma sobre a realização de um trabalho de pesquisa de avaliação de morbi-mortalidade, sugeriu a incorporação dos dados epidemiológicos coletados pelas pesquisas ao projeto de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde, que está sendo desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do MS.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Incorporar os dados epidemiológicos coletados pelas pesquisas ao projeto de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde, que está sendo desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS.</p>
<p>3. Discussão e Pactuação:</p>	
<p>a) Pautas Prioritárias Tripartite 2015 – MS.</p>	<p>SGEP/MS: Apresentou o referido item como um ponto de pauta que vem sendo discutido a partir da necessidade de qualificação do trabalho em nível tripartite e da importância de identificação dos pontos prioritários, a fim de se obter uma agenda estratégica qualificada que reproduza a implementação e o aperfeiçoamento do SUS no País. Nesse sentido, informou que em reunião realizada ontem, (25/03), o MS junto ao Conass e Conasems, discutiram e acordaram quais são esses pontos prioritários. O Ministro discorrerá suas considerações sobre esses aspectos.</p>

MINISTRO: Pontuou que houve muita convergência do ponto de vista da construção dessa agenda, o que facilitará o encaminhamento e a responsabilidade em avançar na execução desses pontos. Mencionou e corroborou com a fala do Conass (Jurandi), realizada na reunião, ocorrida em 25/03, sobre ter efetivamente uma agenda que produza avanços nos pontos pautados e que será de grande contribuição para o fortalecimento do SUS. Todavia, antes de apresentá-los, elucidou que ter essa agenda, não significa que outros temas ficarão interditados, naturalmente há um processo de construção e de pactuação de outras questões que necessariamente estarão incluídas no processo de discussão e no âmbito da CIT. Contudo, é inegável que foi fundamental à orientação dos pontos prioritários a serem trabalhados em 2015; alguns pontos se estenderão para os próximos anos, mas serão objeto de uma reavaliação, que poderá ser feita ao final do ano, até para verificar o grau de avanço do que foi obtido para cada um desses pontos. Outra questão relevante e que se faz necessária, é repensar as metodologias de trabalho, não é só identificar os pontos, mas como é que os grupos de trabalho tripartite se debruçarão sobre esses aspectos e com que prioridade. Desse modo, a ideia é estabelecer uma agenda em curto prazo: uma agenda até o final de 2015 e outras, de temas que serão tratados a medida do necessário. É interessante ter clareza que não se está definindo uma agenda para pactuação na próxima tripartite ou nos próximos 3 meses, mas a construção de uma agenda de prioridades que ensejará todo um esforço de elaboração e de pactuação dos temas. Citou em linhas gerais os temas abaixo pactuados, sem ressaltar ou aprofundar o espectro de alcance que cada um desses temas terá.

1º Mais Especialidades, ou seja, tratar da atenção ambulatorial especializada, abrangendo toda a lacuna de formulação que há nesse campo.

2º Atenção Básica e Programa Mais Médicos, o conjunto de questões que estão relacionadas, desde a informatização até o aprimoramento e qualificação da Atenção Básica.

3º 15ª Conferência Nacional de Saúde, um tema objetivo e importante no qual os gestores têm que assumir esse compromisso, haja vista seu caráter orientador, em que suas Diretrizes norteiam a elaboração dos processos de planejamento: PPA e PNS.

4º Judicialização, tema este que já estava sendo trabalhado e a inclusão do **Ressarcimento**, tema trazido pelo Conass.

5º Financiamento, tema chave, incluindo a utilização das **Emendas Parlamentares Impositivas**. Sobre as emendas, mencionou a tentativa feita em 2014, não só na CIT, mas no CNS, entende ser preciso aperfeiçoar a maneira da melhor utilização dos recursos, contudo, é primordial também discutir o impacto das mudanças recentes no processo de financiamento e de dar continuidade à discussão na luta por mais recursos para a saúde. Referiu rapidamente, as possibilidades importantes de rediscussão que há atualmente, para novas fontes ou para utilização de fontes já existentes para o financiamento da saúde. Complementou informando que o CNS concentra esforços na discussão da taxação das grandes fortunas, imposto sobre herança, destinação do Seguro DPVAT (**Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres**) e de outras questões que impactam decisivamente nas questões “Saúde”, como cigarros, bebidas alcoólicas e outros produtos nocivos à saúde, e que precisam ser repensados. Por fim, observou que há toda uma discussão que a sociedade brasileira está disposta a fazer, acrescentando os gestores, que devem também trabalhar nesse sentido, não apenas para decidir indicar quanto de recurso precisa para a saúde, mas, quais são as fontes e a utilização dessas emendas impositivas. Lembrando que atualmente as emendas estão por dentro do orçamento, daquilo que são chamados de gastos com ações e serviços de saúde.

6º Avaliação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde, debatido desde o final de 2014 e embora se tenha avançado muito pouco, afirmou que para dar passos consistentes é preciso desenvolver um processo de avaliação com vistas às adequações e ou redesenhos que forem

necessários.

7º Atenção Hospitalar, neste campo foi importante identificar os 3 subtemas para compor as expectativas das discussões que envolvem:

- a) **Hospitais de Pequeno Porte (HPP);**
- b) **Programa de Internação Domiciliar;**
- c) **Internações de longa permanência, Leitos de Retaguarda.**

8º Saúde Indígena, não apenas a discussão da criação do Instituto, mas a discussão da assistência, da integração entre os sistemas municipais, estaduais, sistemas de referências com a Subsecretaria de Saúde Indígena e o subsistema.

9º Qualificação do Pacto Interfederativo e COAP, indicou colocar esta pauta em revisão, avançar com consciência e não em um desenho idealizado, mas em um desenho que se possa efetivamente fazer com que o COAP seja a expressão da qualificação do processo de pactuação interfederativa.

10º Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM), tema bastante avançado e que apresentará ainda mudanças substantivas até o final do primeiro semestre, fruto dos trabalhos do Grupo de Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que o Conass e o Conasems participam ativamente, além dos Ministérios: da Justiça e da Fazenda, inclusive pelas dimensões que envolvem e extrapolam o âmbito da área da saúde. Diante dos produtos que tem acompanhado desse grupo de trabalho, assegurou que o cenário é de muito otimismo. As audiências realizadas com os setores da sociedade e os diferentes atores têm trazido algumas contribuições, mas o GT de fato, tem apresentado propostas consistentes. Lembrou que exatamente nesse momento, está sendo instalada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre Órteses, Próteses e Materiais Especiais na Câmara dos Deputados, provavelmente na próxima semana deverá ser instalada outra no Senado e que conseqüentemente, o MS será instado também para dar sua contribuição.

11º Agenda da Promoção e da Proteção à Saúde, embora tenha sido acordado a identificação de 2

subtemas, advertiu que nada impede de também identificar na Política Nacional de Promoção a Saúde outras questões prioritárias.

a) Prevenção de Acidentes de Trânsito: inclusive porque o Brasil sediará em novembro a Conferência Mundial de Segurança no Trânsito e porque há objetivamente uma verdadeira epidemia de acidente de trânsito (automóveis, motocicletas), o que impacta diretamente na organização e nos custos da assistência. Desse modo, se não for provocada essa discussão, haja vista ser uma demanda inter setorial, dificilmente obterá sucesso.

b) Incentivo ao Parto Normal: explicou que não se trata de criminalizar o parto cesariano, todavia, qualificar a assistência obstétrica como um tema que tem uma dimensão para além da RAS do SUS. O que está na Rede Cegonha é o que está sob a gestão direta e a responsabilidade do MS. Porém o maior problema atualmente é o que está sob a dimensão da Saúde Suplementar, na atenção privada, por isso a necessidade de se trabalhar também com outras estratégias.

Concluiu afirmando que são esses os 11 pontos identificados e acordados como agenda prioritária e que serão expandidos, apresentados e pactuados nessa CIT, à medida que os GT forem discutindo. Solicitou que as bancadas do Conass, Conasems e MS repactuem a metodologia de trabalho, a fim de dar objetividade ao andamento de cada um desses temas.

CONASEMS: Apontou a relevância da construção dessa agenda e a possibilidade de garantir instrumentos, processos e metodologias de trabalho para conseguir vencer essa agenda. Destacou que nesse processo, será fundamental ter uma visão econômica na proposição de pautas novas e empenhar-se na solução das pautas que há tempos estão sendo trabalhadas ou que já tem um caminho de implementação. Logo, a adoção dessa postura implicará na preservação do sistema de saúde. Além disso, não pode desconsiderar o cenário econômico que será bastante difícil para todos,

por isso o intuito é manter a solidariedade em situações como essa.

Ressaltou que essa é uma agenda de difusão, com a concentração de definições de eixos importantes a serem trabalhados, do que de questões mais tópicas, de varejo.

Outro aspecto é trazer a Atenção Básica, uma vez que acredita que a preservação do SUS tem relação estreita com a capacidade de aprimorar AB. A centralidade da AB é importante, inclusive para se discutir outros temas também, como a RAS, COAP.

Finalizou destacando a necessidade imperiosa de revisitar e qualificar o pacto federativo, no instrumento do COAP, extremamente fundamental para o processo e a gestão do trabalho.

CONASS: Atentou que o mais relevante nessa agenda, não se prende na formulação dos 11 pontos, mas no formato de trabalho que será estabelecido para desenvolver os tópicos da agenda. Solicitou evitar que ocorra para essa agenda, outros assuntos, exceto os emergenciais, que venham atrapalhar o trabalho dessa agenda.

Embora todos os pontos da agenda sejam importantes, referiu que a AB merece um destaque, haja vista que é também a prioridade e alvo de análise do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e o Conselho Nacional dos Ministérios Públicos (CNMP), uma vez que a saúde foi eleita como prioridade para os seus trabalhos. Disse ainda que os Tribunais de Contas dos Municípios, Estados e União estão realizando uma auditoria operacional, cujos relatórios serão analisados pelos CNJ e pelo CNMP.

De modo tripartite pediu a elaboração de um formato de trabalho com prestação de contas dessa agenda de prioridades, apresentando assim um status, um mapa, o estado da arte desses 11 pontos a cada CIT.

SAS/MS: Reforçando a importância dessa agenda, sugeriu a construção coletiva de um planejamento anual para esses 11 pontos, articulando as discussões, evitando ficarem temas isolados entre si.

	<p>SGEP/MS: Agradeceu a presença do Ministro, informou a pactuação dessa agenda, que embora permanente, terá metas de longo, médio prazo e de responsabilização tripartite.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: CT-CIT fará um planejamento anual (cronograma), articulando e integrando os temas da Agenda Prioritária, cujo estado da arte ou encaminhamento das discussões serão apresentandos e/ou informados nos plenários da CIT.</p>
<p>4. Informes:</p>	
<p>a) Campanha 2015 de Vacinação Contra a Influenza – SVS/MS.</p>	<p>SVS/MS: Informou que a Campanha Nacional de Vacinação contra a Gripe no ano de 2015 acontecerá no período de 27 de abril á 22 de maio, tendo o dia 09 de maio como o dia de mobilização nacional. A previsão é vacinar 49 milhões de brasileiros e para atingir essa meta foram adquiridas 54 milhões de vacinas para vacinar crianças de 6 meses a 5 anos de idade, idosos, gestantes, puérperas, grupos com comorbidades e a população privada de liberdade, tendo sido mantidos os mesmos grupos do ano passado.</p> <p>Esclareceu que neste ano houve uma peculiaridade na produção de vacina, uma mudança de duas cepas da vacina trivalente utilizada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Lembrou que já existe no mercado uma vacina quadrivalente. A Organização Mundial de Saúde anunciou a mudança das cepas, baseada na sazonalidade da influenza do ano passado. Assim, no dia 15 de outubro de 2014, as cepas foram disponibilizadas para a produção dos monovalentes e o antígeno que mede a potência da vacina desses dois novos monovalentes foi liberado apenas no dia 15 de janeiro, portanto houve um atraso mundial na produção da vacina, e inclusive, a vacina também não está disponível na rede privada. Portanto, enfatizou que é impossível a antecipação da campanha de vacinação da influenza, como ocorrido nos dois anos anteriores.</p> <p>Outro ponto destacado é o fracionamento da entrega das vacinas pelo laboratório, à medida que a</p>

vacina é produzida, já é entregue na Central Nacional de Distribuição de Insumos (CENADI) e a partir daí o Ministério distribui aos estados imediatamente, conforme acordado com a Secretaria Executiva.

Assim, a previsão é que a campanha tenha início com 30% do quantitativo de vacina nos estados, com exceção da Região Norte, que receberá 100%, devido à complexidade de transporte a esses municípios. Relatou que até o dia 01 de maio, está previsto que os estados já tenham 80% das vacinas, garantindo um estoque suficiente para o dia da mobilização nacional. Alertou que embora esteja previsto o tensionamento de todos os anos, em relação a não disponibilização do quantitativo total de vacinas antes do início da campanha, é importante um pacto federativo, para alertar os gestores sobre a importância de iniciar a campanha no período indicado, até mesmo porque grande parte da população não se vacina no primeiro dia de campanha. Lembrou que no ano passado foi necessário prorrogar a campanha duas vezes por não atingirem a cobertura vacinal.

Informou que foi encaminhado para todos os Secretários de Saúde, Presidentes do CONASS e CONASEMS, um documento sobre a situação da campanha e o cronograma de previsão de entrega das vacinas, esclarecendo o problema com a produção das mesmas. Relatou ainda que caso haja mudança no cronograma, o Ministério informará imediatamente aos parceiros.

CONASS: O representante dos estados da Região Sul alertou que todos os anos há um conflito nesses estados por conta da discussão da antecipação da campanha. Informou que foi feito um contato com a Secretária da SVS, no intuito de verificar a possibilidade da antecipação da entrega das vacinas para os estados da Região Sul, porém verificou no documento que não será possível. Colocou que existe um acordo com as entidades médicas, e sugeriu que o cronograma previsto seja mantido, para que os estados da região sul façam uma campanha específica sensibilizando a população para que procurem os postos de saúde nos primeiros dias de campanha. Questionou o MS sobre a possibilidade de um aporte maior que 30% nessa primeira remessa, pois o inverno no sul começa antes, e normalmente

no início da campanha as pessoas já estão gripadas.

CONASEMS: Solicitou que o PNI informe com maior brevidade sobre a situação do abastecimento de todas as vacinas, além da gripal, para que possam repassar aos Cosems para orientar os municípios, que por muitas vezes recebem a notícia de falta de vacina pela mídia ou pelo alarde da população. Enfatizou que o acompanhamento junto ao MS facilita a orientação aos municípios. Reforçou a fala do CONASS, quanto à priorização dos estados da Região Sul.

SVS/MS: Mencionou que a questão da distribuição das vacinas é uma questão matemática, e que para dar um aporte maior a um estado seria necessário desabastecer outro estado, e que isso pode ser feito caso haja concordância dos outros estados. Lembrou ainda que segundo o cronograma informado pelo laboratório, até dia 27/03 serão distribuídas 10 milhões de doses da vacina, até 10/04 - 3 milhões de doses, até dia 17/04 – 4 milhões de doses e até o dia 24/04 – 11 milhões e meio de doses. Colocou que a adequação das cepas foi no intuito de dar maior proteção à população, e que não tem como antecipar a compra ou acumular, tendo em vista que a produção da vacina é baseada na sazonalidade do ano anterior. Explicou que o atraso na entrega foi de produção e não de orçamento. Informou ainda que a sugestão é de que o dia da mobilização nacional da campanha ocorra quando houver 80% do estoque de vacinas, mas isso não inviabiliza que os estados adotem suas estratégias.

SCTIE/MS: Sugeriu que fossem feitos seminários com os estados da Região Sul, assim como foram feitos em anos anteriores e tiveram um resultado positivo em 2014. Colocou que nenhum país do mundo tem como prever uma data para iniciar a vacinação, pois dependem do crescimento das cepas e essa informação deve ser repassada aos gestores. Sugeriu que seja realizada reunião entre a SVS e os estados da Região Sul, para discutir suas particularidades.

	<p>CONASS e CONASEMS: Concordaram com a proposta apresentada pela SCTIE/MS.</p> <p>SGEP/MS: Relatou a importância do esclarecimento e discussão do tema, que primeiramente seria um informe, porém considera fundamental um consenso entre todas as partes.</p> <p>SVS/MS: Defendeu que o ponto se trata de um informe e não de discussão. Informou que se reunirá mais uma vez com os representantes dos estados da região sul para tratar do tema. Finalizou informando a situação do abastecimento de vacinas: parte dos lotes da BCG será entregue até o dia 10/04 após análise pelo INCQS, a vacina dupla adulto está regularizada, a febre amarela foi liberada 900 mil doses para serem encaminhadas aos estados e a vero também está regularizada.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS: A SVS/MS se reunirá com a Região Sul para discutir as particularidades de seus estados.</p>
<p>b) Abertura do SISPACTO para o registro do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2015/Situação da Pactuação 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou que o SISPACTO já está “aberto” para o registro do processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores de 2015 pelos Estados, Regiões de Saúde e Municípios. Para orientação deste processo de pactuação, estados e municípios devem acessar a 2ª edição do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 e a Nota Técnica DAI/SGEP/MS nº 13. Reiterou o convite para as videoconferências que serão realizadas nos dias 30 e 31/03/2015 com a participação das referências estaduais do SISPACTO, COSEMS, CIB, áreas técnicas do Ministério da Saúde e apoiadores do DAI no intuito de informar aos entes federados sobre a abertura do sistema e orientar sobre o processo de pactuação para o ano de 2015.</p>
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão anos 2012/2014 no Sargsus – SGEP/MS.</p>	<p>MS: A Sgep informou que, em relação ao Sargsus, está disponibilizado o acesso público aos consolidados dos relatórios de gestão, de planos de saúde e de Programação Anual de Saúde (PAS). Acrescentou que há problemas de acesso, não em relação ao Sistema, mas à rede, e por isso o prazo limite para alimentação do Sargsus vai até dia 30/3/2015. Citou que ainda existem pendências: no ano</p>

	<p>de 2012, 16 municípios não enviaram informações quanto ao Relatório de Gestão; no ano de 2013, 71 municípios não enviaram seus relatórios; e 2014, apenas 316 municípios enviaram seus relatórios aos respectivos conselhos municipais de saúde. Ou seja, em relação a 2014 ainda tem um grande trabalho a ser desenvolvido e solicitou o empenho de do Conass e Cosems em reforçar com suas equipes, sendo que o MS também está fazendo esse esforço para que haja um maior percentual de relatórios realizados, aprovados ou não, pois os conselhos irão analisa-los, mas que isso seja colocado em pauta e discussão.</p>
<p>d) Deliberação CIB-SUS/MG nº 1635, de 19 de Novembro de 2013, que dispõe sobre a alteração da deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de Novembro de 2011, para ajuste emergencial do Plano Diretor de Regionalização/PDR – MG 2011: transferência de todos os municípios da microrregião de Araçuaí (macrorregião Jequitinhonha, Polo Diamantina) para a macrorregião Nordeste, Pólo Teófilo Otoni – SGEPI/MS.</p>	<p>MS: Informou sobre as atualizações do PDR que houveram no Estado de Minas Gerais.</p>
<p>e) Deliberação CIB-SUS/MG nº 1762, de 14 de Março de 2014, que altera o anexo III da deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de Novembro de 2011, para ajuste do Plano Diretor de Regionalização (PDR – MG): exclusão do município de Bom Sucesso da</p>	

<p>microrregião de Santo Antônio do Amparo/Campo Belo, pertencente a macrorregião oeste, para inclusão na microrregião de São João Del Rey, pertencente a macrorregião Centro Sul – SGEP/MS.</p>	
<p>f) Deliberação CIB-SUS/MG nº 1979, de 18 de Novembro de 2014, que aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR – SUS/MG 2014, que altera a adscrição de 4 municípios (Novo Oriente de Minas, Monte Formoso, Cuparaque e Conceição do Mato Dentro) do PDR – SUS/MG – SGEP/MS.</p>	