



RESUMO EXECUTIVO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

23 DE FEVEREIRO DE 2017.

PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA TRIPARTITE:

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Francisco de Assis Figueiredo, Sônia Brito, Rogério Luiz Zeraik Abdalla, Gerlane Baccharin, Antônio Filho e Allan Nuno.

CONASS: João Gabbardo dos Reis, René Santos, Leonardo Moura Vilela, Ricardo Oliveira, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Michele Caputo Neto e Marcos Musafir.

CONASEMS: Mauro Guimarães Junqueira, José Ênio Servilha Duarte, Afonso Emerick, Cristiane Martins Pantaleão, Wilson Modesto Pollara, Sílvia Cremones e Wilames Freire.

1. ABERTURA DOS TRABALHOS:

Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros.

MINISTRO: Agradeceu o empenho e dedicação de todas as comissões envolvidas em discutir assuntos relevantes para o Sistema Único de Saúde, a exemplo do tema SUS Legal, que propõe a implementação e consolidação das normativas existentes no SUS.

CONASEMS: Fez referência e congratulações ao acolhimento do MS, Estados e COSEMS, dispensado aos novos Secretários Municipais de Saúde, no âmbito do país.

CONASS: Deu boas vindas aos presentes e agradeceu a presença do Conasems no evento de acolhimento aos novos gestores, no estado do Rio Grande do Sul.

2. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

2. a) Minuta de Resolução que dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS – SAS/MS.

SAS/MS: Saudou a todos e explicou que as diretrizes discutidas no grupo de trabalho e organizadas nesta Minuta de Resolução destinam-se à população usuária que demanda serviços de saúde de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada, no município de residência ou em outro município nas regiões de saúde de referência, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Destacou que o serviço de Transporte Sanitário Eletivo é voltado à população usuária que não apresenta risco de

vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal; e deve ser realizada por veículos tipo lotação, de acordo com as especificações disponíveis no Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM), no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Acrescentou ainda que a oferta e o dimensionamento desse serviço deverão constar no Plano de Saúde (PS), na Programação Anual de Saúde (PAS) e no Relatório de Gestão (RG), concordante aos termos estabelecidos na Portaria 2.135/2013 e na LC 141/2012, observada as necessidades de saúde da população e especificidades do território, aplicadas aos parâmetros de planejamento e programação, de acordo com a oferta de serviço e pactuação na CIB, respectivamente. Desse modo, afirmou que a elaboração dos projetos técnicos deverão considerar as seguintes diretrizes: *adotar a região de Saúde como base territorial do transporte de usuário para realizar procedimentos eletivos; garantir estrutura de regulação de acesso à Atenção à Saúde de acordo com a classificação de risco e protocolo pré-definidos e pactuados; observar os pré-requisitos (marcação da consulta/exame ou procedimento eletivo em serviços ofertados pelo SUS); definir: as rotas (a partir de estudo do fluxo de usuários referenciados e definição do público alvo), o modelo de gestão da frota para operacionalização do serviço, visando controlar os custos operacionais, fixos e variáveis e da cooperação e organização dos municípios beneficiados, a fim de garantir a sustentabilidade do serviço (mecanismos, regras e formas de financiamento para os investimentos de capital e custeio) e a permitir acompanhante para crianças (até 15 anos) e idosos (maiores de 60 anos), ressaltando a análise de situações e agravos que possuem indicação de acompanhamento.* Em conformidade com as diretrizes estabelecidas pela Resolução, será possível apresentar proposta de aplicação de emendas parlamentares para aquisição de veículos. As regras para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde para a aquisição de veículos, bem como para a gestão do recurso financeiro, estarão previstas em portaria a ser publicada que regulamentará a aplicação das emendas parlamentares no exercício de 2017; e na Portaria GM nº 3.134/2013, que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. A análise, aprovação e execução da proposta de projeto ocorrerão nos termos da Portaria GM/MS nº 3.134/2013 e ressaltou que o veículo financiado poderá ser renovado após 3 anos de sua data de aquisição.

CONASS: A favor da pactuação, afirmou não haver objeção quanto a Minuta de Resolução. Todavia, destacou dois pontos relevantes nessa questão: qualificar a discussão sobre transporte sanitário, haja vista que essa é uma estratégia fundamental para os gestores, principalmente ao se tratar de substituição dos serviços dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) por unidades ambulatoriais e desconstruir a imagem cultural de que transporte sanitário é igual a 'ambulancioterapia'. Por esses motivos, sugeriu mostrar à população a importância do transporte sanitário como estratégia para organização e referência do serviço no sistema, ou seja, ter regulamentado para onde os pacientes devem ser encaminhados de acordo com suas necessidades.

CONASEMS: Destacou que sendo essa proposta vinculada a emenda parlamentar, não há óbice em relação à Minuta de Resolução apresentada. Corroborou o posicionamento do Conass e reafirmou a necessidade de uma ampla discussão sobre a Política de Transporte Sanitário, inclusive no que diz respeito ao financiamento. A secretária do município de Porto dos Gaúchos e presidente dos COSEMS MT, Sílvia Cremones mencionou que em relação ao prazo (3 anos) para troca de veículo, acha necessário vislumbrar as especificidades do país, a exemplo dos locais que ainda não tem pavimentação asfáltica. Por isso, sugere não “engessar” esse prazo às emendas parlamentares, o gestor e a região de saúde é que deve ser responsável por determinar esse tempo.

SE/MS: Explicou que são dois pontos distintos: a ação do transporte ambulatorial como primeiro passo para institucionalizar em âmbito nacional, como vem sendo feito por iniciativa de alguns estados em colaboração com os municípios a organização da regionalização e a construção de fato, de um processo de política nacional de transporte sanitário, tanto na perspectiva da questão ambulatorial, quanto das ambulâncias brancas. O desafio de construir essa política é mais abrangente e precisa ser mais sedimentado, inclusive, a partir das experiências dos estados do nordeste e em especial Minas Gerais. Ressaltou ainda que o processo de regionalização depende muito de uma estruturação e logística nessa perspectiva. Por fim, pontuou uma afirmação do Ministro: “não se trata apenas de repasse de recurso, mas de garantir que esse recurso seja bem utilizado e em tempo oportuno”.

ENCAMINHAMENTOS:

- Minuta de resolução pactuada. Área Técnica (SAS/MS) encaminhará a SE CIT para publicação;
- Pautar no âmbito dos grupos de trabalho tripartite a discussão sobre ‘Política de Transporte Sanitário’.

3. APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES:

3. a) Febre Amarela – SVS/MS.

SVS/MS: Apresentou a situação epidemiológica da febre amarela silvestre e informou que os dados estão disponíveis no site www.saude.gov.br/svs. O evento da febre amarela começou em dezembro de 2016, com 1337 casos (919 em investigação, 292 confirmados e 143 descartados) e 212 óbitos (112 em investigação, 97 confirmados e 03 descartados) distribuídos em 63 municípios, apresentando uma letalidade de 33,2%. A confirmação do caso pode ser por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial, e salientou que o resultado dos exames demora de 07 a 14 dias. Os casos estão distribuídos em 3 regiões, abrangendo 6 estados e 143 municípios, predominantemente no estado de Minas Gerais(84 municípios), seguido por Espírito Santo (32 municípios). Lembrou que Tocantins e Rio Grande do Norte registraram casos importados. Informou que 13,35 milhões de doses foram enviadas aos estados. A febre amarela silvestre acomete principalmente o sexo masculino na faixa etária de 40 anos, devido ao trabalho no campo e ao contato com o mosquito Haemagogus. Até 21 de fevereiro de 2017 foram notificadas 883 epizootias

em primatas não humanos (PNH), 212 em investigação, 08 descartadas e 377 confirmadas para febre amarela.

Em relação à imunização, apresentou o mapa com as áreas com recomendação de vacina, 3.539 municípios estão na área com recomendação permanente de vacina, 95 municípios na área de recomendação temporária para vacinação e 1.946 municípios em área sem recomendação de vacina. Alertou que esse mapa é dinâmico, podendo haver alterações na classificação das áreas. Mencionou que em janeiro e fevereiro de 2017, 2.506.435 doses de vacina foram distribuídas nas ações de rotina e no surto foram enviadas 13 milhões de vacinas, totalizando aproximadamente 15,5 milhões de doses distribuídas na rotina e surto.

A cobertura vacinal nos 60 municípios do ES está em torno de 70%, 397.911 ainda não foram vacinados. Nos 122 municípios do estado de São Paulo, a cobertura vacinal é de 40% e a estimativa de não vacinados é de 1.699.034 pessoas. Apresentou um quadro com as doses distribuídas e aplicadas, por Unidade Regional de Saúde, da área prioritária em Minas Gerais, totalizando 2.156.200 doses distribuídas e 1.474.464 aplicadas, a cobertura vacinal está em torno de 70%.

As recomendações do MS são: Notificação imediata de casos suspeitos de febres hemorrágicas (dengue, Zika, Chikungunya); Notificação imediata de epizootias em primatas não humanos; Intensificação da vacinação, segundo critérios técnicos, na área de abrangência; Intensificação das ações de controle vetorial urbano; Organização da assistência para atendimento dos casos suspeitos; Os estados devem incentivar os municípios a reforçar as medidas voltadas à eliminação de criadouros; Atividades de educação e mobilização da população; Controle larvário para reduzir a população do mosquito; Ações intersetoriais relacionadas aos determinantes de infestação vetorial (abastecimento de água e coleta de lixo). Neste ponto, a instalação da Sala Nacional e as Salas Estaduais podem auxiliar no processo.

Informou que está sendo feita a investigação entomológica nas regiões peri urbanas onde houve confirmação de epizootias. Avisou que Bio-Manguinhos está trabalhando em 3 turnos para produção de vacinas, foi solicitado a Organização Mundial de Saúde mais 6 milhões doses de vacinas e o laboratório Sanofi Pasteur também está disponível para produzir a vacina. Por fim destacou que dia 23/02/2017 haverá reunião para definição do algoritmo do diagnóstico laboratorial de febre amarela.

CONASS: Agradeceu o apoio do Ministério da Saúde no enfrentamento da febre amarela no estado do Espírito Santo e a capacitação feita pelo Instituto Evandro Chagas aos profissionais de saúde do estado, aproximadamente 200 médicos capacitados. A epizootia avançou no estado, porém a articulação com o MS permitiu agilidade na resposta. A estratégia foi iniciada pelos municípios de fronteira e agora os 18 municípios do litoral estão sendo trabalhados, destes 11 já registraram epizootia, o que fez surgir à necessidade de que esses municípios sejam incluídos na portaria de incentivo para reforço da vacinação. O ES até o momento registrou 27 óbitos, gerando pânico na população. Solicitou que o MS altere a área do ES para área de recomendação de vacina de febre amarela. Informou que após o carnaval, todas as unidades de saúde estarão abertas aos sábados para que a

população possa ser vacinada. No dia 11 de março será realizado o “dia D”. O intuito é terminar a vacinação antes do dia 10 de abril, onde inicia-se a campanha de H1N1. O estado montou uma força tarefa capacitando 50 vacinadores para o deslocamento aos municípios que não tinham capacidade para vacinar a população na velocidade necessária para o bloqueio da doença. Enfatizou a importância do monitoramento das epizootias.

Mencionou que a sala de controle mantém reuniões periódicas para acompanhamento das doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* e a partir dessas informações as equipes eram mobilizadas para visitas aos municípios com maiores índices de infestação. A sala mostrou as fragilidades nos municípios, como por exemplo, o mapeamento das atividades de bloqueio.

Disse que ficou claro que os casos de febre amarela ocorrem nos limites das áreas onde a vacinação é recomendada e questionou se essas áreas não deveriam ser áreas de recomendação de vacina.

Citou a criação de um grupo que irá discutir a efetividade da vacina de dengue no Paraná. Anunciou que a 2ª etapa da vacinação de febre amarela começa dia 3 de março e vai até dia 31 no estado do PR. Enfatizou a importância do registro das informações, principalmente para posteriormente responder aos Órgãos de Controle.

MINISTRO: Foi determinada uma ficha única para cada cidadão seja no setor privado ou público. Informou que as áreas devem procurar o DATASUS para sua inclusão na ficha única. Ressaltou a importância do descarte dos casos suspeitos de febre amarela e informou que no dia 26/02 haverá uma discussão para definição desse protocolo. O Ministério da Educação assinou o programa “Saúde na Escola” e logo após o carnaval haverá uma coletiva de imprensa. As escolas poderão fazer vacinação, atingindo o público jovem que não se desloca ao posto de saúde.

Ressaltou a importância e a urgência na definição das atribuições dos agentes comunitários de saúde. Solicitou que CONASS e CONASEMS relatem as atribuições necessárias ao SUS e que devem constar na legislação.

CONASEMS: Encaminhará ao MS uma proposta de unificação das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Na reunião da CIT de 23 de janeiro, o Estado de São Paulo apresentou uma proposta das ações dos ACS, que pode ser utilizado na discussão.

SE/MS: Quando apresentado a letalidade de 33% é bom lembrar a especificidade dessa letalidade que é para os casos graves, que utilizaram assistência ambulatorial ou hospitalar. Citou uma análise feita pelo Dr. Pedro Tauil (UNB), onde a letalidade da febre amarela é de 8%, o que significa que 92% dos casos são sub-clínicos. A possibilidade de urbanização do vírus é real, porém a infestação do *Aedes* para transmitir a febre amarela urbana é bem superior à necessária para transmissão de outras arboviroses. Ressaltou a importância dos gestores municipais estarem atentos a infestação do *Aedes aegypti*, além da questão da vacinação. O combate ao vetor deve ser permanente. Lembrou que no início da gestão do Ministro Ricardo Barros foi dado subsídios para formação de novos entomologistas no país.

Informou que no dia 25/02 foi feito o lançamento da campanha “Volta às aulas sem mosquito”. Ministro lançará a

campanha “Carnaval sem mosquito” para que a população tenha os cuidados com os descartáveis, latas e garrafas que são consumidas neste período. Além da campanha de Aids, que o Ministro fez o lançamento em Salvador. Citou que a equipe do DEVIT e do PNI foi capacitada para o uso de técnicas mundialmente utilizadas para diluições vacinais.

ENCAMINHAMENTOS:

- Incluir o estado do Espírito Santo na área de recomendação para vacinação de Febre Amarela, devido aos casos de epizootias;
- Incluir os 18 municípios do litoral do Espírito Santo na portaria de incentivo para reforço na vacinação;
- Reunião interna do MS no dia 26/02 para discussão do protocolo para descarte dos casos suspeitos de febre amarela.
- Iniciar vacinação nas escolas após o carnaval, no intuito de atingir uma população mais jovem que não vai aos postos de saúde.

3. b) Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

SGTES/MS: Apresentou o panorama do edital de novembro de 2016 do Programa Mais Médicos. Citou que o preenchimento das vagas em aberto prioriza a contratação de profissionais brasileiros formados no Brasil ou com registro para atuar no país. São 956 vagas para a substituição de médicos cubanos que encerraram o contrato após completar o ciclo de 3 anos, e 434 vagas para suprir os locais em que houve desistência por parte dos profissionais. A primeira chamada ofertou 1.390 vagas, 1.378 médicos foram alocados, 402 não se apresentaram à unidade selecionada e 12 regiões não tiveram adesão. A segunda chamada, ainda em andamento, disponibilizou 648 vagas, sendo, 402 referentes às vagas dos profissionais desistentes da primeira chamada, 234 para a substituição de intercambistas que se desligaram durante o andamento do edital, e 12 vagas remanescentes da primeira chamada. O prazo para solicitação da permutação de vagas foi até o dia 24/02/17 e o início das atividades será em 08/03/2017. Após análise do resultado obtido na segunda chamada, será lançado o terceiro edital para brasileiros formados no exterior.

Nos dias 09 e 10 de fevereiro de 2017, foi realizada, em Cuba, uma reunião trilateral entre Governo Brasileiro, OPAS e Governo Cubano, com participação do CONASS e CONASEMS. Entre os assuntos discutidos, destacou-se as demandas judiciais dos médicos cubanos que manifestaram interesse em permanecer no país e no PMM, informando que a assessoria jurídica da OPAS encaminhará aos tribunais competentes um documento ratificador solicitando a suspensão da liminares em andamento; o cronograma de saída dos médicos cubanos em 2017 e o dimensionamento das vagas em novos editais, ofertando vagas que não forem preenchidas por profissionais brasileiros, aos profissionais da cooperação; e o reajuste de 10% dos valores da ajuda de custo pagos pelos municípios em acordo com o reajuste concedido pelo Ministério da Saúde, citando a necessidade de alteração da

Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, que disciplina a matéria.

Pactuado de forma tripartite que o acolhimento estadual dos novos médicos do PMM ocorrerá a partir de abril/17, cabendo ao Ministério da Saúde à responsabilidade somente pelo deslocamento dos profissionais até as capitais dos Estados aonde atuarão. Os Estados compartilharão com os municípios a realização e logística do acolhimento e da distribuição até o município de atuação do profissional.

CONASEMS: Citou que o acolhimento dos médicos segue os critérios acordados de forma tripartite e destacou que os prazos entre os editais da primeira, segunda e terceira chamada são extensos e que as vagas, quando não preenchidas, gera descontinuidade do atendimento e solicitou uma revisão no critério de substituição. Destacou que, em periferias das grandes cidades, há uma resistência dos médicos brasileiros em preencher as vagas em aberto. Diante desta afirmação citou a importância da cooperação com os profissionais cubanos para prover as demandas destes municípios desassistidos. Informou a necessidade de debater as divergências existentes entre gestores locais e supervisores do PMM, uma vez que a gestão estipula os horários de funcionamento das unidades de saúde, enquanto a tutoria orienta os horários aos profissionais, conforme critérios próprios. Disse que alguns dos municípios não possuem contato direto com os tutores, impossibilitando acordo entre as partes.

Realizou uma avaliação nacional do PMM, com mais de 6.000 usuários, comparando a qualidade clínica entre os 3 grupos de profissionais e o resultado será entregue à OPAS que, após análise, encaminhará ao MS. Citou a necessidade de adequação física dos ambientes das unidades básicas para a fixação dos profissionais citando o caso de Porto Alegre, que possui 141 unidades com deficiências estruturais relatando que este é um dos motivos das desistências por parte dos médicos.

CONASS: Sugeriu um estudo para discutir novas formas de apoio e acolhimento aos profissionais do PMM, a sistematização do processo de distribuição dos profissionais, a criação de uma orientação específica para tal atividade. Propôs discutir no GT específico: a construção de um protocolo padronizado sobre o acolhimento dos profissionais do programa; discussão sobre o cronograma de substituição dos profissionais e das ações de acolhimento, observando as características específicas de cada região. Comunicou a elaboração de um documento conjunto, com participação do CONASEMS, para fazer parte do processo, ressaltando a importância do Programa Mais Médicos.

SGTES/MS: Destacou a importância dos Estados na distribuição e assistência aos médicos, e citou que as eleições municipais interferiram no cronograma de alocação dos profissionais.

SE/MS: Informou que, além da interferência das eleições municipais, houve também cancelamentos seguidos de viagens aéreas dos profissionais médicos que atingiram a logística de distribuição atrasando, em aproximadamente 15 dias, a reposição nos locais de destino. Apontou que o número de inscrições de profissionais brasileiros tem superado o número de vagas ofertadas. Citou a responsabilidade jurídica da OPAS nos processos judiciais envolvendo o PMM e o MS, ratificando a sua defesa visto que a OPAS é parte integrante do contrato, não cabendo

aos municípios, ou aos Estados, ou ao governo brasileiro fazer a contestação da sentença, e que se faz necessário a participação diplomática das embaixadas. Comunicou que há grande rotatividade de profissionais do PMM, mas informou que o Ministério da Saúde tem se empenhado para a substituição do quadro profissional seguindo o fluxo constante no edital de chamamento e que não é objetivo do MS a interrupção da cooperação com os médicos cubanos. Pronunciou a renovação da parceria por mais 3 anos, reiterando que se trata de um programa contínuo de melhoria da Atenção Básica.

ENCAMINHAMENTOS:

- Pactuada a responsabilidade do MS no deslocamento dos profissionais até as capitais, ficando sob responsabilidade de estados e municípios a logística de acolhimento e distribuição dos profissionais até os municípios de atuação.
- Conass e Conasems elaborarão documento conjunto destacando a importância do Programa Mais Médicos para a melhoria da Atenção Básica;
- Discutir no GT GTES: a construção de um protocolo padronizado sobre o acolhimento dos profissionais do programa; o cronograma de substituição dos médicos e a integração entre gestores locais, supervisores e tutores do programa.

3. c) Situação de Preenchimento do SIOPS – SE/MS.

SE/MS: Fez uma síntese sobre o conceito e objetivos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, as normativas que regem esse sistema e as penalidades previstas aos entes federados, conforme a LC 141/2012. Reforçou que o preenchimento do sistema tornou-se obrigatório, a todos os entes da federação, a partir dessa normativa.

O SIOPS compõe o Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO, que é um relatório de caráter obrigatório e imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF. Esse relatório deverá ser publicado até trinta dias após o encerramento de cada bimestre, informação prevista no Decreto nº 7.827/2012, que regulamenta a LC 141/2012. A publicação do RREO também é passível de penalidades administrativas, caso não seja publicado dentro do prazo legal. As punições previstas são: a suspensão das transferências voluntárias, a exemplo dos convênios, e a suspensão das transferências constitucionais, que se destacam o Fundo de Participação dos Municípios - FPM e o Fundo de Participação dos Estados – FPE.

Informou que, em 31 de Janeiro, o ente que não informou os dados, recebeu uma notificação, por meio do SIOPS, reforçando que deverá aplicar esses dados até 02 de Março, sob pena das punições já citadas.

Explicou como funciona a operacionalização da transmissão dos dados e que é necessária a realização do *download* do sistema e um cadastro prévio, baseado nas informações dos prefeitos e governadores eleitos, conforme informações do Tribunal Superior Eleitoral. Em seguida os prefeitos e os governadores devem informar ao SIOPS

quem será o responsável pelo envio dos dados sobre as despesas do ente federado. Após esse processo os dados são homologados pelo gestor do SUS e, em seguida será publicizados. Diante da homologação dos dados no SIOPS o MS repassa as informações ao Banco do Brasil e o recurso é liberado em até 72 horas úteis. As informações enviadas ao SIOPS têm interoperabilidade com o CAUC, que é um Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias, da Secretaria do Tesouro Nacional – STN.

Expôs a situação atual dos Estados e Municípios sobre o preenchimento do SIOPS destacando que, até o momento, 30% dos municípios não realizaram o cadastro prévio e nem informaram quem é o gestor responsável pelo SIOPS e 53% ainda não informaram os dados ao sistema. Mencionou que a União, 16 Estados e o DF já enviaram as informações ao sistema.

Relatou que alguns gestores têm apresentado questionamentos sobre o preenchimento do SIOPS, pois não dispõem de dados para alimentar o sistema. Esses gestores têm informado que os dados da gestão anterior não foram localizados. Quanto a esta condição, disse que o MS não pode resolver essas questões administrativamente e nem mesmo afastar as penalidades previstas na LC 141/2012. Nessas situações o gestor precisa recorrer às decisões judiciais e processos de improbidade administrativa, para abster-se das punições.

Informou que o Departamento de Economia da Saúde, junto à coordenação do SIOPS e com apoio de Conass e Conasems, tem realizado esforços para divulgar e orientar os entes federados sobre o preenchimento e o prazo de envio dos dados ao SIOPS, por meio da mídia e por outros meios de comunicação. Disponibilizou os contatos da coordenação do SIOPS e o número do Disque Saúde, ferramenta que também apresenta disponibilidade para realizar acesso remoto, aos municípios que têm dificuldades com acesso à internet.

Por fim, reiterou o quantitativo de Estados e Municípios que ainda não informaram os dados no sistema. Reforçou sobre a mobilização que o MS, Conass e Conasems têm feito para que os entes realizem o preenchimento e cumpram o prazo, evitando assim as penalidades aplicadas, conforme a legislações.

ENCAMINHAMENTOS:

- O prazo final para realizar o preenchimento do SIOPS, sem aplicação de penalidades, será dia 02.03.2017, próxima quinta-feira.
- DESID/SE ficará à disposição para esclarecer questionamentos relacionados aos prazos e preenchimento do SIOPS.

3. d) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) – SVS/MS.

SVS/MS: O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações permite que cada usuário do SUS tem seu histórico de vacinação. O intuito é monitorar todo o calendário vacinal do indivíduo e atingir a cobertura vacinal. Informou que alguns municípios tem dificuldade na digitação e interpretação dos dados. O município digita o dado, envia para o estado que consolida e envia ao nível federal.

Em 2009, o Datasus iniciou o desenvolvimento de sistema nominal individualizado (SIPNI desktop/off line),

buscando a qualidade dos dados sobre vacinação no país , anteriormente o sistema era off-line e os dados agregados, isso é, o dado era por dose aplicada sem identificação do indivíduo vacinado, o que impossibilita o acompanhamento da cobertura vacinal do município. Hoje são 08 vacinas para os adolescentes, 14 para crianças e 07 para adultos e idosos. Esclareceu que caso a pessoa perca o cartão de vacina e volte ao posto de vacinação, é identificado que duas pessoas foram vacinadas, o que é considerado um dado agregado, como exemplo do surto ocorrido em Pernambuco em 2014/2015.

Publicada Portaria nº 2.636/2012 com repasse de recurso de aproximadamente 50 milhões aos Estados e Municípios para aquisição de equipamentos de informática (Pactuação Conass/Conasems), conforme a adesão. O computador precisa ser instalado na sala de vacina. O MS fez uma capacitação para os usuários utilizarem o sistema que é complexo, pois são 27 imunobiológicos que precisam ser registrados, cada um deles com sua peculiaridade. Grupos tripartite estão supervisionando a implantação do SIPNI. O DATASUS criou um call center para esclarecer as dúvidas dos municípios.

Alguns problemas relatados foram: Falta de conectividade que dificulta o trabalho no sistema online, por isso foi criado o sistema desktop; Avanço na interoperabilidade com outros sistemas por meio do cartão SUS; Capacidade de resposta às demandas por atualizações (manutenção evolutiva e corretiva); modalidade de contratação de serviços e pessoal do Datasus; Manejo inadequado do sistema (reinstalação, backup, versões desatualizadas) acarretando excesso de demandas aos suportes técnicos; Unificar as bases de dados não garantiu o uso adequado das funcionalidades (registro nominal e imunobiológicos). Esclareceu que a cobertura vacinal é considerada após o indivíduo tomar o esquema completo da vacina e não apenas uma dose.

Os avanços foram: Aumento de 18% de salas de vacinas em 2012 para 57% em 2016 utilizando o sistema, porém a meta é alcançar 100% dos municípios; Encontros anuais com grupo técnico (suporte técnico das SES; Conass/Conasems); Monitoramento da implantação/melhorias no sistema; Municípios mais populosos com altas proporções de salas de vacinas transmitindo dados regularmente (embora nem sempre oportuno); Capacidade de análise a partir dos vários relatórios (registro nominal e imunobiológicos); Apoio da gestão nacional ao Sistema (apesar do custo elevado) e Desenvolvimento do SIPNI web: Piloto em 16 UFs, 22 Municípios, mais 1.500 salas. O registro nominal exige uma qualificação desta informação.

A orientação do MS é que enquanto o e-SUS AB não esteja implantado com todas as funcionalidades da utilização da vacina, os estados e municípios devem continuar utilizando o SIPNI. Nos CRIEs e Maternidades não tem o e-SUS então a necessidade de manter o uso do SIPNI.

Os desafios da implantação são: Avançar na utilização do módulo de movimentação de registro nominal e imunobiológicos (desktop ou web); Manter a regularidade e a qualidade dos dados enviados; Integração com os sistemas e-SUS (AB, Ambulatorial, Hospitalar, Logística e Gestor) e liberação das bases de dados do SIPNI para análises de qualidade de dados e situação vacinal pelos gestores nos três níveis do SUS. É importante além da

implantação do sistema, a transmissão dos dados até o dia 10 de cada mês, se o município não transmitir fica considerado como inadequado. Os gestores devem cruzar os dados do SINAN com o SIPNI para conhecer a realidade da doença e da vacinação na sua localidade.

CONASS: Os municípios do Espírito Santo tem pouca estrutura e a preocupação era a vacinação, alertou que as informações dos municípios não eram as mesmas do nível central, e por isso a importância de ter pessoas qualificadas na ponta para a transmissão desses dados e rotatividade dos funcionários também dificulta a agilidade das informações.

Goiás sempre foi área endêmica para febre amarela, portanto área de recomendação de vacina. Citou que existe um georeferenciamento da cobertura vacinal de cada município o que propiciou que as 30 mil doses enviadas pelo MS fossem aplicadas pontualmente em 10 municípios que tinham índice vacinal abaixo de 80%. Reforçou a importância do SIPNI, pois a gestão adequada dessas informações impossibilita o uso adequado dos recursos da saúde. Mencionou o Conecta SUS onde os gestores comunicam as estatísticas em tempo real, com dados fidedignos que possibilitem a tomada de decisões em tempo oportuno.

Reiterou a preocupação em relação à influenza e a questão da mudança na direção do Instituto Butantan, produtor das vacinas e se irá gerar um atraso na entrega de vacinas. Importante discutir a antecipação do calendário de vacinação.

Informou que o estado do Paraná tem logística para ir a São Paulo buscar as vacinas de influenza, caso haja necessidade.

CONASEMS: O SIPNI é um sistema complexo onde as informações não são em tempo real, o que dificulta o acompanhamento e monitoramento pelos municípios. Colocou a preocupação com os boletins divulgados nas mídias, pois sabe que não é a realidade do município. Ressaltou a importância de fortalecer um sistema único, o e-SUS. Atualmente são priorizados os diversos sistemas de informação e não o paciente, o que dificulta ter informações importantes para a gestão. Esclareceu que o e-SUS AB não será apenas para a atenção básica, mas será um consolidado de todos os bancos de dados.

Corroborou com a fala do CONASS sobre a preocupação com a influenza e a antecipação da vacinação nos municípios da região sul e tranquilizou o CONASS, pois a mudança na direção do Instituto Butantan não altera a produção de vacinas.

MINISTRO: MS definirá com o Conasems os municípios que receberão recurso e apoio para informatização do sistema. A informatização é uma ação gerencial, impositiva do gestor, o que gera resistência, pois os sistemas mostram as fragilidades nas ações. O TCU determinou que o MS instalasse biometria nos hospitais do Rio de Janeiro, gerando resistência dos funcionários. Nenhum gestor tem autonomia para não cumprir o que está determinado nos concursos públicos, sob pena de responsabilização, citou o exemplo da carga horária dos funcionários que deverá ser cumprida. Informou que será instalado a biometria no atendimento SUS e todo

atendimento será lançado na ficha única do paciente.

O MS determinou o aumento da produção de 60 milhões para 80 milhões de doses de vacinas de H1N1 para a próxima temporada. Negociará com a OMS a antecipação das cepas para a produção da vacina.

Solicitou ao CONASEMS uma reivindicação formal sobre a “ficha única do paciente” para atendimento no SUS e relação de todos os sistemas que precisam ter as informações separadas.

SE/MS: Informou que a equipe da SVS está mobilizada e o cronograma de entrega de produção de vacina será pactuado na CIT, da mesma forma que ocorreu ano passado. A campanha nacional está agendada para o dia 10 de abril e disse que os estados que receberem as vacinas antecipadamente podem iniciar a vacinação, de forma local, porém não entra como média nacional. Enfatizou que o MS não tem responsabilidade ou culpabilidade em cima do processo de antecipação realizado pelos estados.

O SIPNI está em processo de transição, e suas informações serão contempladas no e-SUS AB, logística e gestor.

PNI/SVS: Esclareceu que o PNI está trabalhando na perspectiva de ter o SIPNI em todos os módulos do e-Saúde. Disse que a ampliação da área de vacina para febre amarela e a redefinição do calendário nacional de vacinação são pautas da próxima reunião do PNI com Comitê Técnico Assessor que acontecerá em maio. Lembrou que para a alteração no calendário é necessária a garantia da entrega das vacinas. Mencionou que a entrega da vacina de influenza depende da capacidade de produção, a OMS libera as cepas em setembro e os laboratórios têm 6 meses para a produção da vacina que tem um problema de rendimento dependendo da cepa. Informou que após a entrega das vacinas na CENADI, é feita uma força tarefa para distribuição das mesmas aos estados, priorizando a região sul por ser área endêmica e a região norte pela dificuldade de acesso.

ENCAMINHAMENTOS:

- MS articulará com a Organização Mundial de Saúde a antecipação de entrega das cepas dos vírus para produção da vacina de influenza;
- MS oficializará o cronograma de entrega da produção da vacina de influenza na reunião da CIT, assim como realizado em 2016. O início da campanha nacional de influenza será em 10/04/2017, os estados que receberem as vacinas antecipadamente poderão iniciar a vacinação no âmbito local.
- O PNI se reunirá com o Comitê Técnico Assessor em maio de 2017 para discutir a ampliação da área de vacina para febre amarela e a redefinição do calendário nacional de vacinação.

4. INFORMES

4. a) Política Nacional de Atenção Básica – SAS/MS.

SAS/MS: Agradeceu o empenho dos municípios e estados no debate e informou que a revisão da Política Nacional

de Atenção Básica – PNAB iniciou em agosto de 2016, a última reunião está agendada para o dia 03/03/2017 para concluir as propostas técnicas. O texto final da portaria irá para pactuação, e a expectativa é que ocorra na CIT de março ou abril.

Teve início a discussão sobre as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias no GT da CIT, conforme encaminhamento do Ministro de Estado da Saúde na Reunião da CIT de janeiro.

Existem mais de 6.000 equipes de saúde da família credenciadas e não implantadas, criando dificuldades no empenho de recursos para financiar essas equipes, precisa haver discussão sobre possível mudança na regra do prazo para implantação das equipes após o credenciamento, isso garantiria ao menos o credenciamento e custeio das equipes que já estão em funcionamento ainda no primeiro semestre de 2017.

CONASEMS: Há necessidade de revisar também o quantitativo de Equipes de Saúde da Família que estão funcionando, algumas a 2 ou 3 anos sem o financiamento federal, apenas custeio municipal. Está à disposição para discutir esse tema com a maior brevidade possível.

CONASS: Apontou a necessidade de discutir a suspensão dos serviços que estão recebendo recursos e não estão em funcionamento. A forma como está acontecendo atualmente não é justa com as equipes que estão funcionando sem o financiamento federal.

SE/MS: Esclareceu que o número de Equipes de Saúde da Família deverá ser revisto, em consonância com a proposta de SUS Legal do MS, especificamente, no momento de discutir critérios de rateio, e é importante incluir outros serviços que estão habilitados e não estão funcionando, como por exemplo, Equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF e Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Há um comprometimento do orçamento com essas equipes que não estão em funcionamento, isso impede o repasse para aquelas equipes habilitadas, funcionando e sem financiamento federal. Ressaltou que o MS, até dezembro de 2016, habilitou 100% dos serviços que estavam funcionando sem pendências, equivalente ao repasse total de R\$ 1.150.000,00 para habilitação de leitos e serviços. Os serviços que estavam com pendências até 30/12/2016 não foram habilitados. O limite orçamentário ainda não está disponível, portanto, o MS fica impossibilitado de realizar prognóstico sobre as habilitações.

ENCAMINHAMENTO: DAB/SAS/MS realizará levantamento do contingente de equipes de saúde da família funcionando sem o financiamento federal para posterior discussão com CONASS e CONASEMS.

4. b) Nota Informativa sobre a Portaria SAS/MS nº 181, de 02/03/2016 que prorrogou por 12 meses o prazo estabelecido no parágrafo único do art. 11, nos §2º e §3º do art. 45 e no parágrafo único do art. 46 da Portaria SAS/MS nº 140, de 27/02/2014 – SAS/MS.

SAS/MS: Apresentou a Portaria GM/MS nº 56, de 06/01/2017, que mantém habilitações em Saúde Auditiva dos estabelecimentos de saúde comunicando que a alteração de habilitação e habilitação de novos estabelecimentos de saúde deverão seguir todos os requisitos estabelecidos na Portaria GM/MS nº 2.776, de 18/12/2014, e ficam sujeitas à aprovação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Ficando a critério dos gestores apresentarem e

organizarem a prestação dos serviços, assim como regulamenta própria portaria.

Comunicou a publicação da Portaria SAS/MS nº 2.065, de 16/12/2016, que prorroga o prazo para o novo credenciamento\habilitação das Unidades em 180 (cento e oitenta) dias, das Redes Estaduais e Regionais de Atenção em Oftalmologia e mantém as habilitações em Saúde Ocular dos estabelecimentos de saúde relacionados na Portaria SAS/MS nº 228, de 19/05/2008 e transfere a responsabilidade em estabelecer linhas de cuidado das unidades de saúde para os gestores estaduais e municipais conforme sua competência, desde a aprovação até a recuperação.

Informou também a publicação em 6 de janeiro de 2017, da Portaria GM/MS nº 62 que altera as portarias: GM/MS nº 424, *que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas* e GM/MS nº 425, *que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade*, pois, apresentavam a responsabilização equivocada dos hospitais para ações que são de competência dos gestores estaduais e municipais do SUS, ambas de 19 de março de 2013.

Propôs encaminhar a nova minuta que mantém habilitações de estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade em Oncologia, revogando o conjunto de portarias anteriores que tratavam sobre os prazos e critérios dispostos na Portaria nº 140, de 27/02/2014 para a SAS/MS, e informou que a solicitação para alteração de habilitação e a habilitação de novos estabelecimentos de saúde deverão seguir todos os requisitos estabelecidos na minuta e ficam sujeitas à aprovação na Comissão Intergestores Tripartite, conforme a Resolução CIT nº 10/2016 que dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONASS: Questionou a responsabilidade da Comissão Intergestores Tripartite no processo de habilitação dos estabelecimentos de saúde. Informou que conforme a *Resolução CIT nº10, de 08/12/2016, caberá à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), apenas acompanhar e consolidar os dados relativos ao planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS*, sugerindo assim a retirada do parágrafo único da minuta que sujeita à aprovação na Comissão Intergestores Tripartite e solicitou debater no Grupo de Trabalho de Gestão a participação da CIT na aprovação de portarias de habilitação.

CONASEMS: Sugeriu pactuar minuta de prorrogação dos prazos da minuta apresentada encaminhando ao grupo técnico responsável para ajustes, e rediscutir os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia bem como as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS.

ENCAMINHAMENTOS:

- Consenso tripartite para publicação da Minuta de Portaria SAS/MS, que mantém habilitações de

estabelecimentos de saúde na Alta Complexidade em Oncologia, com a inserção do indicativo “em conformidade com a Resolução CIT nº10/2016”, no Parágrafo único.

- Remeter à CT-CIT discussão referente à interpretação do § 1º, do Artigo 4º, da Resolução CIT nº10/2016, a fim de propor consenso sobre aprovar na CIT as alteração de habilitação e a habilitação de novos estabelecimentos de saúde;

DESTAQUES

“Ficha Única do Paciente”:

- **Ministro:** Solicitou ao CONASEMS que formalize demanda sobre a “ficha única do paciente” para atendimento no SUS, e relação de todos os sistemas que atualmente necessitam de preenchimento.

Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE):

- **CONASEMS:** Encaminhará proposta de unificação das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

Repasse Fundo a Fundo:

- **CONASEMS** parabenizou o MS por cumprir o prazo referente ao pagamento do PAB Variável realizado em 22/02/2017.

e-SUS:

- MS definirá com o Conasems os municípios que receberão o recurso para informatizar o e-SUS;