



Ministério da Saúde
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 3ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

25 DE ABRIL DE 2013

Em 25 de Abril de 2013, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Luiz Odorico Monteiro de Andrade; André Luis Bonifácio de Carvalho; Adail de Almeida Rollo, Helvécio Miranda Magalhães Júnior; Jarbas Barbosa da Silva Junior, Sônia Maria Feitosa Brito, José Miguel do Nascimento Júnior, Antônio Alves de Souza.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Vanda Maria Paiva, Mauri Rodrigues de Lima, Dalmo Claro de Oliveira.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Pedro Herman Madeiro, Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda, Mauro Guimaraes Junqueira e Luis Antônio Silva.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

2. Apresentações e Discussões

- a) Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). ANVISA/SAS/MS

ANVISA: Destacou que o Programa foi lançado a partir da publicação da Portaria Nº 529, de 1º de abril de 2013, com vistas a qualificar as ações voltadas para a segurança do paciente em serviços de saúde. Justificou ser de fundamental importância a melhoria dessas ações, em todo o território nacional, tendo em vista que muitos eventos que causam danos ao paciente poderiam ser evitados com ações preventivas. A experiência, da Rede Sentinela, estratégia coordenada pela Anvisa, ajudou a formatar o Programa. Atualmente são 192 hospitais que compõem a Rede Sentinela, e estes monitoram um

conjunto de eventos adversos no âmbito hospitalar. A rede responde, hoje, por mais de 60.000 leitos, e mais de 40.000 atendimentos-dia. Os hospitais monitoram, basicamente, a infecção sanguínea adquirida na UTI do hospital; o uso de medicamentos; e produtos com próteses. A partir da revisão de estudos, feita pela Fiocruz, a cada 10 pacientes, pelo menos um sofre algum tipo de reação adversa, normalmente relacionados a quedas, administração incorreta de medicamentos, falha na identificação de pacientes, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções cruzadas e mau uso de dispositivos e equipamentos médicos. Das ações em andamento, temos os protocolos de segurança do paciente, que, até o momento, são seis. Destes, três estão em consulta pública até o dia 03 de maio, quais sejam: cirurgia segura, práticas de higiene das mãos e prevenção de úlceras por pressão. Os outros três, que também entrarão em consulta pública a partir da próxima semana, com duração de 30 dias, são: prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos. A Consulta Pública Nº 9, publicada no DOU do dia 2 de abril, que trata de proposta de RDC da Anvisa, institui um núcleo de segurança do paciente que trabalhará em prol das ações preventivas e a notificação de eventos adversos relacionados à assistência nos serviços de saúde. Citou o Edital de Chamamento Nº 2 da Anvisa, o qual visa construir uma força tarefa para, em até 6 meses, criar um conjunto de ações para atuar nesse sentido. A Portaria Nº 529 também visa à criação de um comitê para a implementação do Programa, composto por: MS (SE; SAS; SVS; SCTIE; SGTES); Anvisa; ANS; Fiocruz; Conass; Conasems; Conselho Federal de Medicina; Conselho Federal de Enfermagem; Conselho Federal de Odontologia; Conselho Federal de Farmácia; Opas e 3 indicações de representantes de instituições superiores de ensino e pesquisa com notório saber no tema. Destacou que o objetivo dos núcleos de segurança não é criar mais uma estrutura dentro do hospital ou estabelecimento de saúde, o mais importante é que se façam ações pensando na segurança do paciente. É possível utilizar a estrutura de núcleos já existentes, a exemplo de comitê de investigação de óbitos. O Datasus, a Anvisa e a SAS, estão trabalhando na captura de informações para se pensar

em ações a serem implementadas. Reforçou a importante articulação do MS com estados e municípios, os conselhos e sociedades profissionais para aperfeiçoar e concluir os protocolos, no âmbito do comitê, que terá sua primeira reunião no próximo dia 13/05/13. Destacou as outras atividades que estão em andamento, sendo: - um conjunto de material que está sendo produzido, voltado aos profissionais de saúde, com uma tiragem média de 200.000 cubos e 100.000 cartazes, a serem distribuídos; - a realização do 1º Seminário Internacional de Segurança do Paciente, que acontecerá na sede da Anvisa, nos dias 14 e 15 de maio; - Termo de Cooperação com o CFM para cursos de capacitação; - edição da Série: “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, com 5 publicações, sob a responsabilidade conjunta da Opas, Anvisa e MS; - o hot site com um conjunto de informações; - a Conferência Internacional de Qualidade da Saúde, em 2014, a se realizar no Rio de Janeiro; - cursos em parceria com instituições de referência e hospitais de excelência que participam do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS; e a previsão do 2º Seminário Internacional de Segurança do Paciente, nos dias 13 e 14 de agosto de 2013, organizado pela Fiocruz. Tudo com vistas a divulgar o referido programa e angariar propostas para a implantação do trabalho conjunto.

b) Situação de Dengue no País. SVS/MS

c) Situação da Influenza. SVS/MS

MS: Fez breve síntese da situação da Dengue no Brasil em 2013, apresentou quadro da evolução epidemiológica e ressaltou que houve uma baixa transmissão em 2012. Alertou que com intervenções simples é possível reduzir os casos de Dengue no Brasil, assim como a precisão no diagnóstico diferencial. Salientou que é preciso melhorar e qualificar o diagnóstico. Alertou que o maior número de óbitos se concentra nos municípios de pequeno porte. Informou as principais atividades desenvolvidas com o repasse de R\$ 173 milhões para as SES e SMS: assessoria técnica aos estados em epidemia; repasse de medicamentos, inseticidas e equipamentos de nebulização; reforço de mídia nas áreas

críticas; realização de videoconferência com secretarias estaduais e municípios, capitais e apresentação da situação epidemiológica para o Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Dengue.

Salientou ainda, que neste momento está em declínio. Contudo, observa-se a grande circulação de matérias divulgadas que noticiam um percentual de transmissão elevado. Mas, neste conjunto estão todos os casos acumulados ao longo das semanas epidemiológicas, esta avaliação não apresenta a variação de sazonalidade em relação à circulação viral, que determina a redução ou aumento dos casos, em diferentes momentos. Portanto, o que é divulgado, além de não corresponder à realidade, causa alarde desnecessário à população. Advertiu que embora a influenza seja considerada uma doença das mais comuns do mundo, a pandemia de 2009 mudou muito a percepção e concepção sobre a gravidade da gripe, pois não existe ferramenta e ou estratégia capazes de eliminar a transmissão do vírus. Informou que na ausência de uma ferramenta capaz de eliminar a doença, é preciso adotar estratégias de prevenção: vacinação anual; monitoramento da circulação viral e qualificar os serviços de saúde preparando-os para diagnóstico e tratamento precoce. Referiu que foram aplicadas até o momento 14.633.681 doses de vacina, atingindo uma cobertura de 39,78%, excluídas dessa cobertura as doses aplicadas nos grupos com comorbidade e na população privada de liberdade. Informou a cobertura vacinal (CV) e doses aplicadas (da) nos grupos prioritários, a saber: Crianças: 1.828.498 (da), 41,82% (CV); trabalhadores de saúde: 1.077.196 (da), 31,56% (CV); Gestantes: 805.638 (da), 36,86% (CV); puérperas: 179.544 (da) 49,98% (CV); indígenas: 147.138 (da), 24,43 % (CV); idosos: 8.619.458 (da), 41,26% (CV). Para a população privada de liberdade foram disponibilizadas 38.932 doses; e para o grupo de portadores de comorbidades na população de 2 a 59 anos: 2.003.054 doses. Por fim, recomendou o acesso pela internet ao vacinômetro.

Informou ainda sobre a prorrogação da campanha de vacinação até 10 de maio para quem não atingiu

coberturas adequadas, sugerindo a abertura dos postos aos sábados, se necessário, bem como, o manejo racional da “sobra” de vacina. Em relação à preparação dos serviços, destacou: Oseltamivir disponível para uso oportuno; Protocolo de Tratamento divulgado (já disponível no sítio eletrônico da SVS – 250.000 cartazes); curso EaD para treinamento de profissionais para qualificar a atenção ao paciente (15/05); repasse de recurso para aquisição de oxímetros e respiradores; e previsão de recursos em situação de aumento das internações, entre outras.

Conasems: Parabenizou pelo trabalho, e registrou o esforço e o trabalho incondicional dos municípios para o controle da Dengue. Chamou atenção pela adoção de estratégias de mobilização e divulgação da importância da vacinação contra a influenza, para que não haja baixa adesão da população prioritária e sobra excessiva de vacina nos postos de saúde.

Conass: Pontuou que na região amazônica a Dengue iniciou antes do restante do País, portanto hoje a situação é diferente. Considerou ser de extrema importância a relação das eleições municipais e o aumento da incidência da Dengue, considerando que muitos gestores deixaram de cumprir com suas responsabilidades. Alertou sobre a necessidade de preparar a Rede para realizar o atendimento adequado e precoce. Ponderou sobre o que de fato é de responsabilidade da saúde e a necessidade de uma discussão qualificada das responsabilidades de manutenção das estruturas das cidades, garantindo limpeza pública, disposição final de resíduos sólidos, e demais ações de saneamento básico. Corroborou com o Conasems e reforçou que a vacina é o instrumento mais eficaz, podendo-se incorporar diversas estratégias na sensibilização sobre a sua importância para grupos mais refratários, como os profissionais de saúde. Sugeriu debater as peculiaridades da região sul frente à vacinação de influenza, com antecipação da vacinação.

ENCAMINHAMENTO:

	<ul style="list-style-type: none"> • Prorrogar a campanha de vacinação até 10 de maio para quem não atingiu coberturas adequadas, abrindo os postos aos sábados, se necessário. , com utilização do manejo racional da “sobra” de vacina. • Preparar os serviços com repasse de recurso para aquisição de oxímetros e respiradores, previsão de recursos em situação de aumento das internações vinculado a Plano de preparação para aumento rápido de capacidade e uso racional do laboratório. • Disponibilizar Oseltamivir para uso oportuno, reduzindo o agravamento do quadro clínico da Influenza e suas complicações. • Divulgar o Protocolo de Tratamento (já disponível no sítio eletrônico da SVS – 250.000 cartazes). • Promover Curso EaD para treinamento de profissionais para qualificar a atenção ao paciente (15/05).
<p>d) Balanço do Programa de Cirurgias Eletivas. SAS/MS</p>	<p>MS: Informou que com a Portaria GM/MS nº 1340 de 29 de junho de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013, houve a inclusão de 3 procedimentos e a adoção de valores diferenciados da Tabela Unificada do SUS. No processo de implantação desta Portaria já estava previsto a possibilidade de realocação de recursos, sendo acordada a realização de um “balanço” entre os meses de Março e Abril com o objetivo de produzir propostas de remanejamento. Propôs que durante o mês de Maio fosse repassado aos Estados e Cosems o “balanço estadual” para com vistas ao remanejamento interno nas respectivas CIB. E, logo em seguida, Conass, Conasems e MS analisem e discutam sobre a metodologia da realocação deste conjunto de recursos. A ideia é que se faça o remanejamento dos recursos na gestão que executou menos de 50%. Neste sentido, será</p>

realizada uma projeção até o final de Dezembro de 2013 baseada no que estes Municípios ou Estados produziram, principalmente, nos últimos 6 meses. Além da quantidade de recursos que ainda deveria ficar alocada nos tetos municipais e/ou estaduais para continuar executando. Portanto, o valor a ser remanejado seria a diferença entre o potencial de produção até dezembro de 2013 e o valor final. Atualmente existem 115 milhões de reais que deverão ser remanejados entre os Estados e a proposta de realocação do MS é que os gestores que mais executaram recebam um conjunto maior de recursos. Afirmou que existem novos recursos a serem disponibilizados para este Programa, mas reforçou a necessidade de uma discussão Tripartite sobre a definição dos critérios para distribuição destes, tendo em vista à ineficácia dos critérios utilizados em 2011 e 2012.

Conass: Afirmou que não gostaria de descumprir o prazo da Portaria GM/MS nº 1340/2012: “Art. 3º Esta Portaria abrange os procedimentos realizados nas competências de junho de 2012 a junho de 2013”. Propôs pautar no GT uma redefinição de valores, considerando Estados e Municípios. Para pacificar a discussão desta proposta retomou o Parágrafo único do Art. 9º da Portaria nº 1340 que diz: “poderão ser repactuadas regras de alocação dos recursos nas Comissões Intergestores Bipartite-CIB e Tripartite-CIT, mediante avaliação do desempenho, no decorrer do primeiro semestre de 2013”. No intuito de esclarecer a questão dos prazos retomou o Art. 10: “No prazo máximo de julho de 2013, os gestores de saúde estaduais, distrital e municipais deverão encaminhar à Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC/DAE/SAS/MS) a prestação de contas dos recursos efetivamente gastos com a execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de que trata esta Portaria”.

Conasems: Corroborou com o Conass.

ENCAMINHAMENTO: Programar o remanejamento interno nas CIB no mês de Maio e discutir no GT até o mês de Junho, a definição dos critérios de realocação interestadual.

<p>e) Investimento em Saúde: recursos disponíveis para estruturação de Unidades; metas para as Redes de Atenção à Saúde 2013 e valores aprovados totais MS nos instrumentos de transferência. SAS/MS</p>	<p>MS: Referiu que o objetivo desta apresentação é dar conhecimento aos gestores estaduais e municipais sobre os recursos federais transferidos mediante convênios, contratos de repasse, termo de cooperação e fundo a fundo nos anos de 2011 e 2012; discutir a importância do acompanhamento na execução desses recursos, em especial obras e equipamentos, e informação sobre iniciativas do Ministério da Saúde; assim como eventuais medidas adicionais para melhoria do desempenho dos investimentos federais na atenção básica e nas redes de atenção à saúde, além de projetos prioritários. Desta forma, ponderou a eventual necessidade de Resolução CIT para facilitação de procedimentos.</p> <p>Conass: Solicitou uma tratativa urgente acerca dos recursos transferidos via Caixa.</p> <p>Conasems: Corroborou com o Conass, reforçando as dificuldades do agente financeiro na execução e registrou a insuficiência para as construções, no que diz respeito à integralização das aquisições de equipamentos, referente ao valor dos repasses inteiros, o que possivelmente estará ocasionando a morosidade na conclusão das obras.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: MS informou que no intuito de evitar o atraso na transferência dos recursos, os repasses deverão ser feitos fundo a fundo.</p>
<p>f) Resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). SAS/MS</p>	<p>MS: Apresentou os resultados do processo de adesão do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), iniciada em 18 de fevereiro e concluída em 05 de abril de 2013, cuja adesão foi de 5.211 municípios (93,5%). Ressaltou que a adesão ocorreu em quatro modalidades: Equipes de Atenção Básica-EAB, Equipes de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centro de Especialidades odontológicas (CEO) e apresentou quadro de adesão de equipes por modalidade e Unidade Federativa (UF). Ponderou também acerca do questionário sobre a participação no 1º ciclo do PMAQ, que teve por objetivo obter as impressões dos gestores referentes ao processo e a não obrigatoriedade do preenchimento do instrumento. Fez menção</p>

a alguns dos resultados obtidos com a aplicação do referido questionário afetos: acompanhamento na implantação e desenvolvimento do PMAQ no município, etapas de desenvolvimento, avaliação externa, mudanças observadas após a implantação e melhorias do acesso dos usuários aos serviços nas unidades básicas de saúde, participantes do PMAQ em relação à redução do tempo de espera, ampliação de pessoas atendidas, maior facilidade no acesso, humanização do atendimento e oferecimento de serviços não ofertados anteriormente. Disse que o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) do Fundo Nacional de Saúde ficará aberto até 30/04/2013 para cadastramento das propostas, e que até o presente momento este foi acessado por 4.700 municípios, tendo concluídas aproximadamente 3.000 propostas. Informou que serão publicadas três listas de adesão, sendo a primeira em 30 de maio e a última em 30 de agosto de 2013. Em resposta ao questionamento do Conasems informou que está sendo articulada com o Fundo Nacional de Saúde, uma estratégia para que os valores sejam ajustados automaticamente. Relatou sobre o processo de licitação no qual a empresa de engenharia vencedora elaborou quatro projetos arquitetônicos de UBS por porte 1, 2, 3 e 4, que serão disponibilizados gratuitamente no site do MS, aos quais os municípios poderão aderir às atas de registro de preço para contratação do serviço. Destacou que a execução dos projetos arquitetônicos é compatível com o financiamento dado.

CONASEMS: Solicitou ao MS uma Nota Técnica explicativa sobre alteração de valores e como os gestores municipais acompanharão o SISMOB e arguiu sobre a possibilidade de ampliação das equipes que já foram reformadas. Quanto aos projetos arquitetônicos a serem disponibilizados pelo MS, perguntou se os mesmos já possuem autorização sanitária de funcionamento.

Convidou a CIT do mês de maio, para acontecer em São Luís do Maranhão (MA), dia 28 de maio de 2013, durante o I Congresso de Secretarias Municipais de Saúde da região Norte e Nordeste, IX Congresso de Secretarias de Municipais de Saúde do Nordeste e I Congresso das Prefeituras e

	<p>Secretarias Municipais de Saúde do Maranhão.</p> <p>CONASS: Solicitou ao MS que em um próximo investimento seja contemplado também aquisição de equipamento e citou a experiência do Estado do Paraná na compra de Kits composto por 61 itens a um custo reduzido de aproximadamente R\$ 61.000,00 (sessenta e um mil reais).</p> <p>ENCAMINHAMENTOS: Viabilizar GT conjunto (Vigilância em Saúde e Atenção à Saúde) para discutir estratégias com vistas a agilizar o processo de liberação do alvará sanitário para as obras.</p>
<p>a) Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que institui o Sistema de Informação em Saúde (SISAB) e altera a redação do caput e § 2º do artigo 2º da Portaria GM/MS nº 3.462, de 11 de novembro de 2010. SAS/MS</p> <p>b) Minuta de Portaria que institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), aos gestores municipais que implantaram este sistema, referente às competências de abril a dezembro de 2013. SAS/MS</p>	<p>MS: Informou que recebeu pauta (questionamentos) do Conass, em 24/04, sobre estas Minutas de Portarias e seguiu respondendo-os:</p> <p>Conass questionou se os aplicativos já estão prontos para uso. O MS informou que o E-SUS é composto por: Prontuário Eletrônico e Coleta de Dados Simplificada (CDS) e que a versão completa da CDS já está disponível na página da internet do DAB/SAS/MS, enquanto que a versão completa do Prontuário Eletrônico estará disponível até o dia 10 de maio de 2013.</p> <p>Se o Software utilizado para alimentação do SISAB (tanto para coleta de dados simplificada como para o prontuário eletrônico) passou por processo de homologação e testes e as novas fichas foram validadas em campo. Em resposta, lembrou que desde 2011, juntamente com o DATASUS ficou decidido que seriam utilizados sistemas já em uso. Informou ainda, que 5 municípios aplicaram a Coleta de Dados Simplificada como um teste e esta coleta foi finalizada no último mês de fevereiro.</p> <p>Quanto ao funcionamento do Prontuário Eletrônico sem um servidor intermediário, respondeu que DAB e DATASUS têm apresentado várias possibilidades de implantação do E-SUS, além disto, nos debates</p>

regionais devem ser estabelecidos os “desenhos” desta implantação. Os Termos de Cooperação estabelecerão como se dará o tráfego destas informações. Com relação à segurança das informações, quando da sua instalação em servidores regionais ou estaduais, informou que existe um software de acompanhamento e monitoramento da implantação em que cada município inserirá o CPF de um responsável. Referente ao fluxo de envio e retorno das informações para a gestão estadual, pontuou que o Estado terá mais informações do que o MS, já que este recebe apenas um sumário igual ao da CDS. Disse ainda, que no último GT de Gestão, subgrupo de Informação & Informática foi iniciada uma discussão sobre a questão da disponibilização das informações (banco de dados). Em relação aos questionamentos sobre o processo de instalação, tanto a CDS quanto o Prontuário Eletrônico serão disponibilizados com auto-instaladores. Em resposta aos questionamentos sobre a volumetria adequada para utilização dos bancos de dados informou que é possível utilizar vários tipos de banco de dados. Sobre os custos estimados pelo MS para a implantação do E-SUS relatou que junto com o DATASUS, o GT de Gestão, subgrupo de Informação & Informática simulou alguns cenários de instalação aproximados, com variações regionais, chegando-se à conclusão da necessidade de uma avaliação regional. Relacionado à proposta de se ampliar o prazo para manutenção da alimentação das informações, tanto por meio do SISAB, como ainda pelo SIAB para no mínimo um ano após a publicação da Portaria, o MS se comprometeu em alterar a Minuta de Portaria modificando o prazo para 1 ano após a publicação da mesma. Após as respostas, enfatizou que os Termos de Cooperação já se encontram disponíveis para serem assinados com os Estados. E informou que foi publicada a data – primeira semana de maio - do Pregão para fechar a Ata de Registro de Preço dos equipamentos do E-SUS, Cartão Nacional de Saúde e Telessaúde. Além disto, até o dia 15 maio será realizada a abertura dos lotes da licitação da conectividade para 13.000 Unidades Básicas de Saúde que aderiram ao PMAQ no 1º ciclo. Reforçou que a implantação dos Sistemas de Informação é um processo paralelo ao de universalização do Cartão Nacional de Saúde.

	<p>Conasems: Propôs modificar o prazo de Março de 2014 para 12 meses após a disponibilização definitiva do E-SUS. Questionou sobre a segurança das informações do Prontuário Eletrônico e recomendou consultar a Conjur quanto a isto.</p> <p>Conass: Interrogou sobre a publicação da resolução pactuada na CIT em Novembro de 2012 que prevê a necessidade de homologação e testes para todos os novos sistemas e aplicativos a serem implantados no SUS e reforçou que por meio desta resolução se terá um regramento sobre estes novos sistemas. Reafirmou a importância do Prontuário Eletrônico enquanto estratégia que insere o usuário na Rede e não, apenas em um serviço de saúde. Afirmou que se deve estimular o uso do prontuário eletrônico com servidores regionais.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. MS modificará o prazo na Minuta de Portaria para alimentação das informações para 1 ano, após a efetiva publicação desta.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. SAS/MS</p> <p>d) Minuta de Portaria que institui o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). SAS/MS</p>	<p>MS: Informou que o objetivo destas duas portarias é fazer duas grandes modificações apontadas, anteriormente, por Conass e Conasems: a universalização da possibilidade de os municípios aderirem ao Programa Melhor em Casa e o aumento do valor das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). O patamar atual possibilita apenas os municípios de 40.000 habitantes a aderirem ao programa. A universalização estabelece 2 tipos de Equipe: 1 equipe acima de 40.000 habitantes – EMAD tipo 1; cria-se EMAD tipo 2 para municípios entre 20.000 e 40.000 habitantes possibilitando que os municípios menores de 20.000 habitantes possam se consorciar com esta equipe. Afirmou que o MS assume o custeio de 100% do valor de uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD). Os valores foram reajustados para R\$ 50.000,00 por EMAD tipo 1 e R\$ 34.000,00 por EMAD tipo 2, por mês.</p> <p>Conass: Reiterou uma solicitação, já realizada na Plenária da Tripartite, da necessidade de definir as responsabilidades do financiamento do Suporte Ventilatório não Invasivo. Propôs pautar esta discussão</p>

	<p>no GT de Atenção à Saúde.</p> <p>MS: Como resposta positiva à solicitação do Conass reiterou a importância de se cumprir esta agenda e propôs incluir também nesta discussão o financiamento do Suporte Ventilatório Invasivo.</p> <p>Conasems: Pactuada.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. Pautar no GT de Atenção à Saúde a discussão sobre o financiamento do Suporte Ventilatório não Invasivo e Suporte Ventilatório Invasivo.</p>
<p>e) Minuta de Portaria que homologa a adesão dos municípios ao segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). SAS/MS</p> <p>f) Minuta de Portaria que altera as regras de certificação das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). SAS/MS</p>	<p>MS: Sobre os resultados atualizados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) destacou que a Minuta de Portaria que homologa a adesão dos municípios ao segundo ciclo, define o teto de adesões e garante o recurso reservado por município, caso contratualizem todas as equipes. Ressaltou também acerca de uma possível diferença entre os valores estabelecidos nesta minuta e na minuta final de contratualização, que dependerá do processo de implantação das equipes e da contratualização voluntária dos profissionais.</p> <p>Em relação à Minuta de Portaria que altera as regras da certificação das equipes participantes do PMAQ, pontuou apenas uma pequena alteração em relação à Portaria GM/MS Nº 535, de 3 de abril de 2013: média até mais um desvio padrão é a equipe considerada acima da média e que ganharia 60% do incentivo de qualidade; acima de mais um desvio padrão são as equipes consideradas muito acima da média e que receberiam 100% de incentivo de qualidade; abaixo da média ou na média são as equipes que receberiam 20%. Lembrou que nenhuma equipe, pelo desempenho, ficará sem receber o incentivo de qualidade e não será excluída do programa. Apenas serão excluídas do programa as equipes que não cumprirem os mínimos exigidos.</p> <p>Outra diferença é o financiamento, pois a previsão inicial era de 1,3 bilhão de reais, mas com a decisão de homologar todas as equipes, faz-se necessário um montante de 1,7 bilhão. Assim, para fins de planejamento da previsão orçamentária do MS definiu-se internamente fixar esta variação, em vez de</p>

utilizar a regra da curva de Gauss. Esta minuta estabelece uma curva de Gauss padrão que tem na primeira ponta 16%, no nível intermediário acima da média de 34% e o restante 50% referente ao valor do incentivo do PMAQ. Ressaltou não ser uma curva de Gauss perfeita, pois tudo que está abaixo da média mantém 20% e que este padrão poderia ter outras variações. Para o MS é importante, uma vez que encerrada a contratualização nos meses de maio e junho, fazer o planejamento do quanto irá gastar até o final do ano, para fins de reajuste orçamentário de remanejamento de recursos do PAB variável.

Conasems: Parabenizou o MS pela conquista, pois a continuidade do PMAQ e a universalização deste tem sido um pleito do Conasems junto ao MS. Informou que na assembleia do Conares houve muitas manifestações, sendo o principal questionamento a preocupação quanto à forma de reavaliação das equipes e o receio de que estas possam ser penalizadas, principalmente no quesito rotatividade de profissionais ou ausência de um destes. Neste sentido, solicitou que fosse revisto o conceito ou a forma de reavaliação das equipes que tiveram melhorias consideráveis nos indicadores de saúde; na forma; na atuação, ou seja, nas ações do escopo da proposta, bem como as que estão inseridas nas atividades que deveriam ser desenvolvidas para o alcance de metas e que não tenha na avaliação a suspensão dos repasses.

Conass: Pactuado.

MS: Em resposta ao Conasems, informou que independente desta Minuta de Portaria, que altera apenas o critério de repasse baseada na curva de Gauss, a regra atual é a mesma de corte de recurso, pois o SCNES faz o corte automático e bloqueia o repasse das equipes incompletas por mais de 60 dias, o que implica no repasse do PMAQ que também fica suspenso. Garantiu que sendo a equipe regularizada quanto a sua composição, esta volta a receber o repasse do PAB variável e do PMAQ. Reiterou ainda que mesmo abaixo da média, todos mantêm os 20% e nenhuma equipe será excluída do

	<p>programa, desde que cumpra o mínimo. Explicou que a tendência é que as equipes mantenham um crescimento geral, preservando suas posições.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada</p>
<p>g) Minuta de Portaria sobre a Regulamentação da transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Qualifar-SUS, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2013. SCTIE/MS</p>	<p>MS: Apresentou a proposta de regulamentação da transferência de recursos ao Eixo Estrutura do Qualifar-SUS para o ano de 2013, que prevê a entrada de mais 453 municípios pelo processo de seleção, demonstrando que a intenção será de transferir os mesmos valores repassados no ano de 2012. Em relação a 2012, já foram transferidos todos os recursos para manutenção e referente a 2013 informou que os valores já foram lançados no SISPAG. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) deverá proceder o pagamento do 1º trimestre até a próxima semana (29/04 à 03/05/2013). Sobre a questão do medicamento Palivizumabe, disse que o prazo estabelecido será a partir de 30/05/2013 e que representantes da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS estariam se reunindo com representantes do poder judiciário no Estado do RS, para discussão da decisão proferida. Destacou que assim que as Secretarias de Atenção à Saúde (SAS) e de Ciência & Tecnologia (SCTIE) obtiverem uma posição sobre esta dispensação, informarão oficialmente ao Conass e Conasems. Sobre o Transtuzumabe, relatou que este foi adquirido para o tratamento do Câncer de Mama e não para demais indicações, que não tenham evidências. No entanto, ponderou que convocará o laboratório Roche para uma discussão sobre a garantia do preço para aquisição por estados e municípios para demais indicações. Indicou a possibilidade de convocar o GT de Ciência & Tecnologia para avaliar e construir a dimensão da decisão sobre o medicamento Palivizumabe.</p> <p>Conass: Parabenizou a proposta e informou que a minuta de portaria contempla o programa Qualifar-SUS. Aproveitou para registrar a necessidade de resposta sobre a questão do medicamento Palivizumabe, que foi incorporado por meio da Portaria SCTIE/MS nº 53 de 30/11/2012, e que deverá</p>

	<p>ser oferecido no SUS a partir de Maio/2013. Todavia, até o momento não há regramento estabelecido sobre o modelo de aquisição e as representações estão sem condições de prestar informações a estados e municípios demandados via esfera judicial. Solicitou intervenção do MS para a situação da aquisição do medicamento Transtuzumabe, cujo laboratório produtor alega que a negociação com o Ministério da Saúde garante o fornecimento para apenas 01 (um) protocolo, e caso seja utilizado para demais indicações os valores para aquisição serão diferentes.</p> <p>Conasems: Elencou o programa Qualifar-SUS como uma conquista extrema para a Assistência Farmacêutica, destacando que os resultados estão surtindo efeitos. Corroborou e Reiterou a solicitação do Conass quanto aos medicamentos Palivizumabe e Transtuzumabe.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. A SCTIE convocará o laboratório Roche para garantia do preço de fornecimento do medicamento Transtuzumabe para demais indicações, além do tratamento de câncer de mama. SAS e SCTIE encaminharão orientações sobre a oferta do Palivizumabe.</p>
<p>h) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e o Incentivo Financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, do Piso de Atenção Variável de Vigilância e promoção da Saúde (PVVPS). SVS/MS</p>	<p>MS: Informou que o objetivo da Portaria é induzir o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no âmbito municipal e estadual, em um processo contínuo e progressivo de melhoria das ações de vigilância em saúde que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados. Que o valor anual corresponde a 20% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde, e é feito por adesão, em duas fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Fase de Adesão: <ol style="list-style-type: none"> a) Os municípios, o Distrito Federal e os estados receberão o valor correspondente a 50% do valor integral do incentivo. b) Em 2013, poderão aderir até o mês de agosto. c) Adesão da SES - quando pelo menos 60% dos municípios do estado já tiverem aderido. 2) Fase de Avaliação: <ol style="list-style-type: none"> a) Pagamento do incentivo financeiro a partir dos resultados da avaliação realizada no segundo trimestre do ano subsequente ao da adesão, a partir dos resultados observados nos sistemas de informação de base nacional.

i) Minuta de Portaria que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. SVS/MS

- b) Transferência de recursos se dará no terceiro trimestre, do valor correspondente ao resultado alcançado.
- c) Total de indicadores do programa: 14
- d) Estratificação por porte populacional, relacionado ao cumprimento do número de indicadores para recebimento integral do incentivo.

MS: Esclareceu que a Minuta de Portaria procura evitar conceitos e definições teóricas, que podem vir a sofrer modificações durante o processo de revisão da Política Nacional de Vigilância em Saúde, mas tem como objetivo:

- a) Regulamentar as responsabilidades e definir diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde;
- b) Preservar a lógica da composição dos estratos para alocação dos recursos de forma mais equitativa reduzindo as diferenças regionais;
- c) Unificar os Estratos 3 e 4 na nova proposta, ficando 3 estratos com aumentos diferenciados dentro de cada estrato, buscando reduzir as desigualdades acumuladas ao longo do tempo.
- d) Retornar a periodicidade mensal de repasse.

O impacto financeiro anual é de: R\$ 251.921.852,16, considerando o ajuste e de R\$ 11.641.043,59, referente à correção populacional totalizando um incremento anual de R\$ 263.562.895,75.

e) Em relação ao Piso Variável:

- 1) Unifica 08(oito) incentivos específicos em um único: Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde.
- 2) Unifica 03(três) incentivos do Programa de DST/Aids-HV em um único: Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais.
- 3) Cria o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.
- 4) Prazo para revisão de critérios de manutenção/adesão/suspensão dos incentivos

específicos: 90 dias após a publicação.

f) Constitui Grupo Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde: 30 dias após a publicação.

Conasems: Parabenizou pela iniciativa contida nas Minutas de Portarias que cria e qualifica as Vigilâncias e propôs para a próxima reunião da CIT a discussão acerca da revisão completa da Portaria GM/MS n°204, de 29 de janeiro de 2007.

Conass: Pactuada, com algumas recomendações: constituir Grupo Tripartite para discussão e elaboração da Política Nacional de Vigilância em Saúde, 30 dias após a publicação; propor para a próxima reunião da CIT informe sobre a discussão dos critérios de rateio e a revisão da Portaria GM/MS n° 204, de 29 de janeiro de 2007, discutir no subgrupo GT Visa o conjunto de modo de arrecadação da Anvisa, com foco na descentralização desses recursos, de acordo com os princípios do SUS, e o impacto financeiro das ações de Visa em Estados e Municípios, ter um olhar diferenciado para as Hepatites, com a proposta de incentivo no componente estratégico.

ENCAMINHAMENTO: Portarias **pactuadas.**

j) Minuta de Portaria que define critérios de similaridade entre programas em desenvolvimento nos Municípios e do Distrito Federal e o Programa Academia da Saúde e normatiza repasse de recursos financeiros para custeio

MS: Ponderou sobre as alterações contidas na nova Minuta de Portaria em relação à **Portaria GM/MS** n° 719/2011, quanto à normatização do repasse dos recursos financeiros para custeio de suas atividades e definição dos critérios de similaridade entre Programas já em desenvolvimento nos Municípios e Distrito Federal. Esclareceu que para alcançar a similaridade é necessário ter no mínimo 1 profissional de saúde de 40h ou dois de 20h, exclusivo para o Programa. Informou sobre a necessidade

<p>de suas atividades. SVS/SAS/MS</p>	<p>de cadastro das propostas no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), que deve conter a proposta de ação, incluindo fotos dos espaços vazios em utilização. Salientou que o Programa não pode ser desenvolvido em equipamentos esportivos como: ginásios; quadras de esporte, lazer e recreação; centros de treinamento desportivo; centro social urbano e conjunto de equipamentos para exercícios físicos existentes e dispostos em praças públicas, parques e clubes. Atentou para a forma de custeio em municípios com Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF) cujo valor mensal é de R\$ 3.000,00 (três mil reais) mensais por polo de Academia da Saúde existente, e R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil), em parcela única, independente do número de polos existentes para municípios sem NASF. Informou que as exigências após a homologação são: cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES); criar grupo de apoio a gestão do polo e começar a alimentar o Sistema de Informação do SUS (E-SUS) no prazo máximo de 1 ano.</p> <p>Conasems: Enalteceu o Programa Academia da Saúde, alertando para a importância da prática do exercício físico na melhoria da qualidade das condições de saúde.</p> <p>Conass: Corroborou com o Conasems</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada.</p>
<p>4 Informes:</p>	
<p>a) Abertura dos Sistemas de Investimento do MS. SE/MS</p>	<p>MS: Sobre a Abertura dos Sistemas de Investimento no último dia 15/04 para as Emendas Parlamentares, atualmente com mais de mil indicações realizadas representando R\$ 600 milhões. No dia 06/05 será aberto o sistema para cadastramento de propostas, tanto para a modalidade fundo a</p>

	<p>fundo de novas políticas, quanto para convênios, contratos de repasse e termos de cooperação para órgãos federais. Destacou que está disponibilizada no site do Fundo Nacional de Saúde – (FNS), cartilha com demais orientações.</p>
<p>b) Portaria GM/MS nº528, de 1º de abril de 2013, que define regras para habilitação e funcionamento dos serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS</p>	<p>MS: No dia 13/03 foi publicado o Decreto nº 7.958, que Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do SUS, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça. Esclareceu que a Portaria GM/MS nº528, de 1º de abril de 2013 será republicada de acordo com as contribuições do GT de Atenção à Saúde. Ressaltou um grande avanço, conquistado com a publicação da portaria: a coleta de vestígios periciais pelos médicos do SUS, durante o atendimento à pessoa em situação de violência sexual. Estes profissionais deverão ser capacitados pelo Ministério da Justiça para esta coleta.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que autoriza o repasse de recursos, em parcela única, para Municípios, referente ao incentivo de qualificação do Componente Pré-Natal, por gestante inscrita e captada precocemente nos SISPRENATALWEB. SAS/MS</p>	<p>MS: Comunicou sobre o aumento do valor de incentivo de R\$ 10 para R\$ 20 por mulher inscrita precocemente no sistema SISPRENATAL. Solicitou apoio do Conasems para conscientização da importância da notificação precoce das gestantes no SISPRENATAL.</p>
<p>d) Programa Nacional de Qualidade em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (PNQC). SAS/MS</p>	<p>MS: Informou sobre o início da discussão no GT de Atenção, destacando a intenção de atrelar o financiamento do procedimento de leitura da lâmina do Citopatológico a alguns parâmetros mínimos de qualidade, incluindo o tempo de entrega do exame, produção mínima de 15 mil e alguns critérios de qualidade na realização do exame.</p>