



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 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2013

29 DE AGOSTO DE 2013

Em 29 de Agosto de 2013, participaram do Plenário da Tripartite.

MS: Luiz Odorico Monteiro de Andrade; André Luis Bonifácio de Carvalho; Márcia Aparecida do Amaral; Adail de Almeida Rollo; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Sônia Maria Feitosa Brito; Mozart Julio Tabosa Sales; José Miguel do Nascimento Junior.

CONASS: Wilson Duarte Alecrim; Vanda Maria Paiva; René José Moreira dos Santos

CONASEMS: Antonio Carlos Figueiredo Nardi; Charles Cezar Tocantins de Souza; Raul Moreira Molina Barrios; Wilames Freire Bezerra; Maria Saete Fernandes Cunha; Frederico Marcondes Neto; Mauro Guimaraes Junqueira; José Fernando Casquel Monti; Valdemar Ferreira Fonseca

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

2. Apresentações e Discussões

a) Resultado da Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases – SVS/MS

MS: Informou que em julho de 2012 foi lançado o Plano de Ações Integradas contra as Doenças Transmissíveis relacionadas com a pobreza, que previa a introdução de algumas estratégias inovadoras como busca ativa e tratamento coletivo quando indicado. Além disto, em 2011 foi aprovada na Tripartite a Portaria GM/MS nº2556, de 28 de outubro de 2011, que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e dos Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases, e que prevê várias ações integradas, inclusive a realização da Campanha de tratamento coletivo de geohelmintíase e busca ativa de casos de hanseníase.

Nessa Campanha foram priorizados 720 municípios levando-se em consideração a alta carga de hanseníase e participação no Plano Brasil sem Miséria. Foram realizadas as seguintes ações estratégicas: tratar com Albendazol em dose única 400 mg os escolares de escolas públicas de 5 a 14 anos; utilizar método *espelho* para identificação de potenciais casos suspeitos de hanseníase; realizar exame dermatoneurológico dos casos identificados pelo método *espelho*; tratar os casos diagnosticados de hanseníase e examinar os seus

contatos familiares.

Como resultado da estratégia adotada estiveram envolvidos quase 4.000.000 escolares, sendo que destes, 3.263.826 (82,5%) receberam ficha de auto imagem (hanseníase), 2.526.129 (77,4%) foram tratados por geohelmintíases, 2.144.767 (65,7%) responderam ficha auto imagem (hanseníase), 227.551 (10,6%) encaminhados para unidade de saúde (hanseníase) (10,6%) e 230 diagnósticos confirmados (hanseníase) . Essa Campanha foi centrada nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

A campanha demonstrou que estas estratégias inovadoras podem impactar com maior velocidade na prevalência de algumas doenças relacionadas com a pobreza e deu visibilidade para hanseníase. Por fim, informou que foi realizado um estudo de prevalência antes do tratamento e ainda será iniciado também um estudo de prevalência pós-tratamento.

CONASEMS: Parabenizou a SVS e recomendou que estas estratégias inovadoras sejam utilizadas também para outras doenças como por exemplo tuberculose, filariose, esquistossomose, dentre tantas outras, com o objetivo de eliminar a falsa impressão de que estas doenças ligadas à pobreza estão extintas.

CONASS: Parabenizou a SVS e fez menção ao importante papel e apoio das Secretarias Municipais de Educação nessa campanha.

b) Situação Epidemiológica da Influenza no Brasil
– SVS/MS

MS: Explicou que atualmente existem muitos subtipos de vírus da Influenza circulando no mundo o que torna a prevenção e tratamento ainda mais difíceis. No entanto, um fator importante para o sucesso da campanha aqui no Brasil foi a ampliação da Rede de Unidades Sentinelas, de 30, no ano de 2011 para 198 atualmente implantadas.

Informou ainda que a partir da notificação de casos e óbitos por SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) segundo região e agente etiológico pôde-se perceber a prevalência nas regiões Sul e Sudeste e que a maior parte dos óbitos por SRAG está associada com H1N1 e está na população com fator de risco à saúde, ou seja, aquele grupo prioritário na campanha de vacinação. Além disso, a maior taxa de mortalidade se deu em menores de 1 ano de idade.

Trouxe informações sobre algumas ações realizadas como o repasse de recursos adicionais para alguns municípios para compra de leitos adicionais e respiradores, a melhoria na rede de laboratórios com o apoio do DAF/SCTIE, o curso de treinamento dos médicos, a atualização e divulgação ampla do protocolo e a distribuição de um algoritmo simples que dê maior segurança para o médico no momento da prescrição do medicamento.

Afirmou que o Brasil tem uma das maiores coberturas vacinais do mundo, conseguindo atingir 39.000.000 pessoas. Quanto à Campanha de Vacinação da Influenza considerou um

	<p>sucesso. Comunicou que no próximo ano será ampliado o grupo de crianças para a faixa etária até 5 anos de idade. Enfim, ponderou que este ano demonstrou uma consolidação das estratégias e um avanço tanto nas questões de vigilância quanto na resposta a uma melhor integração entre prevenção e serviço de atenção à saúde. Reforçou a noção de que a Influenza não é uma doença imunoprevenível.</p> <p>CONASEMS: Parabenizou a estratégia.</p> <p>CONASS: Registrou dois fatos importantes que contribuíram para o sucesso da Campanha deste ano: vacinação antecipada e o protocolo da utilização do oseltamivir. Estas duas estratégias proporcionaram melhora dos quadros e no número de óbitos. Nesse sentido, sugeriu que se inicie o planejamento do repasse de recurso 2014 para compra de equipamentos ainda este ano no intuito de que já nos meses de março e abril o MS possa estar oferecendo estes equipamentos.</p> <p>MS: Em resposta ao Conass informou que viabilizarão essa agenda junto à SAS.</p>
<p>c) Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – SE/MS.</p>	<p>MS: Apresentou a síntese do processo em curso para revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS e também o cronograma para pactuação final da política. Expôs os elementos textuais do documento consolidado, os princípios e as diretrizes da PNIIS. Fez um resumo do documento base, destacando pontos sobre sustentabilidade,</p>

segurança e usos da informação. Exibiu os 09 princípios da política, bem como as diretrizes referentes ao e-gov, e-saúde e também a gestão. Realizou uma síntese das diretrizes da PNIIS referentes à formação de pessoal para o SUS. Destacou que o principal desafio a partir de agora será a elaboração do Plano operativo da PNIIS e que todos os esforços serão feitos para que esta política se desdobre em ações que melhorem aspectos, como exemplo, a conectividade dos sistemas de saúde. Informou que será apresentado o estado da arte do e-saúde, na reunião da CIT do dia 26/09/2013. Ressaltou que está sendo concluída a licitação para dispor de internet banda larga em 13 mil Unidades Básicas de Saúde – UBS. Avisou que será discutida também na CIT de setembro/2013, a proposta de registro da Autorização de Internação Hospitalar – AIH de forma on-line, o que fará com que o Sistema de Internação Hospitalar – SIH seja integrado à base do Cartão Nacional de Saúde – CNS, devendo a AIH consumir, a partir de novembro/2013, a base do CNS. Agradeceu a dedicação da equipe de técnicos do Conass e Conasems pelo apoio na formatação da PNIIS. Destacou que todo cidadão brasileiro é usuário do SUS, citando que esta lógica será demonstrada no e-saúde e também no Registro Eletrônico de Saúde – RES. Solicitou que estados e municípios internalizem o desafio de conectividade para todas as UBS. Propôs a formação de um grupo tripartite permanente para acompanhamento e monitoramento dos sistemas de saúde junto ao Datasus e a Secretaria Executiva (SE), visando uma política de redução de danos.

Evidenciou que a PNIIS direciona para um caminho mais organizado em relação aos aspectos de informação e informática no SUS. Disse ainda que estão sendo finalizados os Termos de Referência para implantação do E-sus Hospitalar nos hospitais brasileiros, contudo explicou que é impossível concluir o processo de implantação em menos de 01 ano.

CONASEMS: Corroborou com as necessidades de conectividade presentes. No entanto, destacou que a conectividade atual apresenta problemas frequentes com sistemas, servidores, aplicativos e equipamentos. Apontou problemas no acesso ao Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB, solicitando a prorrogação de prazo para que os municípios realizem o cadastramento de novas propostas de reforma e ampliação de UBS e também garantias de que o sistema permanecerá estável para realização deste cadastro. Relatou problemas na etapa de cadastramento dos municípios no sistema do programa ‘Mais Médicos’. Concordou com a posição do MS sobre a necessidade de conectividade, contudo, solicitou que os sistemas federais estejam ‘funcionando’. Relatou problemas com o acesso ao Sistema de Orçamento Público em Saúde – SIOPS e também ao SISPRENATAL, e manifestou preocupação com a vinculação de alimentação de determinados sistemas com o repasse de recursos.

CONASS: Manifestou preocupação com a implantação do sistema E-sus Hospitalar, pois após a apresentação deste na CIT de 28/05/2013 não foi possível realizar agendamento de visita

aos estados junto a equipe do Datasus, gerando certo nível de frustração. Reconheceu a dificuldade de implementação de conectividade banda larga em todas as regiões do país, todavia, corroborou com a necessidade de ‘estressar’ as políticas públicas que tenham a capacidade de ofertar conectividade. Questionou sobre a existência de articulação do MS para utilização dos recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações – FUST.

ENCAMINHAMENTOS.

Pautar a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – PNIIS e do seu Plano operativo para discussão e pactuação na reunião da CIT de 31/10/2013;

Apresentação do estado da arte do sistema e-saúde na reunião da CIT de 26/09/2013;

Apresentação e discussão da proposta de registro on-line da Autorização de Internação Hospitalar – AIH, na reunião da CIT de 26/09/2013;

Proposta a formação de um grupo tripartite para acompanhamento e monitoramento dos sistemas de saúde junto ao Datasus e a SE, a ser definida no GT de Gestão, subgrupo de Informação & Informática.

d) Estado da Arte do E-Sus AB – SAS/MS.

MS: Apresentou respostas ao ofício Conass nº 235, de 22/07/2013, encaminhado ao Secretário de Atenção à Saúde do MS, Helvécio Miranda, no qual foram demonstradas dificuldades que as secretarias estaduais estão enfrentando para implantação da estratégia E-SUS AB e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB, para as versões CDS – Coleta de Dados Simplificada e PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão. Ressaltou que no período de 16 a 20/09/2013 serão realizadas oficinas, em parceria com o Datasus, com todas as equipes das secretarias estaduais de saúde, para capacitação referente ao E-SUS AB. Esclareceu as dúvidas do Conass relacionadas ao envio simultâneo de informações a estados e municípios, conforme pactuado na Portaria GM/MS nº 915 de 16/08/2013. Comentou sobre o processo de revisão de prazos das portarias publicadas, que induzem a adesão aos sistemas da Atenção Básica. Contextualizou o rol de portarias pactuadas envolvendo a criação e o cronograma de implantação do SISAB, visando garantir a interoperabilidade dos sistemas e especificamente a integração do Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde – SIA com o E-SUS AB. Explicou sobre os testes realizados com o sistema E-SUS AB, destacando o envolvimento do Serviço Federal de Processamento de Dados – SERPRO nos testes de volumetria e stress com padrões internacionais no H2, que tem por objetivo avaliar quais municípios (tamanho, capacidade e etc.) poderão utilizar esta plataforma. Expôs a agenda do

projeto E-SUS AB com as ações a serem desenvolvidas e também o cronograma de execução das provas de conceito com as equipes da Atenção Básica. Destacou o processo de testes no município de Tauá/CE, no período de 20 a 22/08/2013, em que foi testada a capacidade de transmissão das informações do banco de dados do município para o servidor federal (Datusus). Informou sobre o processo de desenvolvimento da versão E-SUS AB para dispositivos móveis, que utilizará o sistema operacional Android, com objetivo de substituir o sistema do Registro das Ações Ambulatoriais da Saúde da Atenção Domiciliar – RAAS AD. Demonstrou os resultados da avaliação final das versões de CDS e PEC, realizada durante oficina no período de 21 a 26/02/2013, pelos participantes do município de São Bernardo do Campo/ SP.

Reforçou a necessidade de reuniões tripartite diárias às 17hs, com participação de representantes do DAB/SAS, Secretaria Executiva e Datusus, para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde. Informou que, a pedido de Conass e Conasems, as novas versões CDS e PEC do E-SUS AB estão interoperadas com a base de informações do Cartão Nacional de Saúde – CNS.

CONASEMS: Parabenizou a apresentação, conquanto destacou preocupação com a estabilidade do sistema E-SUS AB. Observou a necessidade de prorrogação do prazo para

cadastro de ordens de serviço no Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB, destacando ainda problemas para encerramento das propostas parlamentares no sistema do Fundo Nacional de Saúde – FNS. Questionou sobre a possibilidade de pactuação de uma proposta que contemple o adiamento de prazo para continuidade do repasse de recursos para construção, ampliação e reforma das UBS, mediante justificativa dos municípios aprovada pelo conselho municipal de saúde, assim como atualmente realizado no repasse dos recursos da vigilância em saúde.

CONASS. Agradeceu a atenção dada ao ofício Conass nº 235, de 22/07/2013 e parabenizou as iniciativas estabelecidas pelo MS. Ressaltou a necessidade de maior discussão sobre o envio das bases de informações dos sistemas para estados e municípios, aproveitando para reiterar esclarecimentos sobre a publicação da resolução que dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS, pactuada na reunião da CIT de 22/11/2012. Sugeriu que seja informada a situação atual das minutas de portaria e resolução pactuadas na CIT que ainda estão sob apreciação jurídica da Conjur.

MS. Sobre os prazos de prorrogação do SISMOB, avisou que estes estão sendo negociados junto ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG, entretanto já se sabe que

não será possível prorrogar o prazo para divulgação das listas que relacionam os projetos selecionados. Esclareceu que como os recursos para construção e ampliação de UBS estão atrelados ao Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, não será possível adiar o prazo para inserção da ordem de serviço no SISMOB. Já para reforma de UBS será possível adiar o prazo, uma vez que o recurso é proveniente do MS. Com relação à necessidade da devolução de recursos para ordens de serviço não executadas até o dia 04/09/2013, está sendo avaliada a possibilidade de prorrogação junto ao MPOG. Informou também que será publicada na próxima semana (02 a 06/09/2013) uma nota técnica explicando a questão da prorrogação do prazo para não devolução de recursos por parte dos municípios que não cadastraram a ordem de serviço no SISMOB. Ainda sobre esta questão destacou que será realizada reunião interna do MS para avaliar soluções jurídicas cabíveis para se evitar a devolução de recursos por parte dos municípios que não cadastraram a ordem de serviço no sistema. Comunicou que os problemas que envolviam a estabilidade do sistema do Fundo Nacional de Saúde foram resolvidos, e que somente no dia 28/08 (quarta-feira) foram cadastradas 198 propostas parlamentares. Sobre a publicação da resolução que dispõe acerca das regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de saúde – SUS, esclareceu que esta se encontra sob apreciação da Consultoria jurídica do MS – Conjur.

	<p>Corroborou com a sugestão do Conass em realizar o levantamento das minutas de portaria e resolução pactuadas na CIT que ainda estão sob apreciação jurídica da Conjur e definir um cronograma para publicação das mesmas junto ao grupo de trabalho responsável da consultoria jurídica. Finalmente, informou sobre a prorrogação de prazo para envio das ordens de serviço para reforma de UBS no SISMOB, por mais 30 dias.</p> <p>ENCAMINHAMENTO.</p> <p>Prorrogado por mais 30 (trinta) dias o prazo para envio das ordens de serviço para reforma de UBS no SISMOB;</p> <p>Definir cronograma para publicação das minutas de portaria e resolução pactuadas na CIT que ainda estão sob apreciação jurídica na Conjur;</p>
<p>e) Programa Mais Médicos para o Brasil – SGTES/MS.</p>	<p>MS: O Secretário de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES solicitou aprovação da tripartite de uma monção de solidariedade aos médicos estrangeiros. Informou a obtenção de 09 decisões favoráveis ao programa em primeira instância na justiça federal e 2 no Supremo Tribunal Federal, o que reforça sua segurança jurídica. Dentre os dados apresentados destacou que no primeiro mês do programa, houve a adesão de 3511 municípios e foram solicitadas 15460 vagas. Ponderou ainda sobre o cronograma de execução.</p>

Salientou que o programa resguarda os direitos trabalhistas como trinta dias de férias remuneradas, recolhimento previdenciário, contagem do tempo para efeito de aposentadoria e 180 dias de licença maternidade.

CONASEMS: Solicitou ao MS agilidade na elaboração de instrumento normativo para que a CIT possa emitir uma deliberação no intuito de contribuir para a aprovação das leis referentes ao programa nas câmaras municipais, bem como na definição dos valores da ajuda de custo de moradia e auxílio alimentação.

Além disso, solicitou que seja oficializado a responsabilidade dos Estados em garantir o traslado dos médicos das capitais aos municípios onde desenvolverão suas atividades.

Concordou com o desagravo tripartite proposto pelo MS, e em relação aos direitos trabalhistas, entende a necessidade de se definir qual ente se responsabilizará pelos encargos gerados. Reiterou o apoio irrestrito e incondicional do Conasems, da Frente Nacional dos Prefeitos e da Associação dos Municípios ao programa. Explicitou dificuldades apresentadas por alguns municípios maranhenses em finalizar a inscrição, acusando problemas no sistema. Informou sobre a preocupação com a supervisão do programa ser realizada pelas universidades e outra dúvida é o eventual problema de aviamento das receitas de medicamentos controlados elaborados pelos médicos estrangeiros, existirá alguma normativa sobre este ponto.

CONASS: Parabenizou o MS pela postura atual, lembrou que a partir de setembro as ocorrências em relação ao programa acontecerão nos municípios. Deste modo, propôs até dia 10 de setembro o prazo de finalização das normatizações para atuação das coordenações estaduais. Indicou que o auxílio moradia e alimentação sejam acrescidos ao valor da bolsa e depois descontado do município. Previu também que o programa não consista apenas em importar médicos, mas também entre na questão das vagas nos cursos nas escolas médicas e conseqüentemente nas vagas em residências médicas. Em relação a esse tema indicou a associação ao MEC para discutir estes aumentos do número de vagas. Apontou a necessidade de ponto focal do Ministério para resolução direta de dúvidas e problemas do programa. Sugeriu a apresentação da referida Portaria na próxima Tripartite, com vista a reforçar o papel do gestor local neste processo.

ANVISA: Esta apta a resolver qualquer eventualidade de atraso de registro em conselhos devidos a resistência institucional ou até jurídica no sentido de possibilitar o aviamento das receitas de medicamentos controlados.

MS: Farmácia popular segue esta estratégia de resolução de qualquer eventual problema no intuito de não privar o cidadão de acesso à medicação.

A União possui um consolidado dos dados onde enviará aos CRM para registro dos médicos

do programa, existe uma restrição de atuação do médico ao município em que este está alocado, esta verificação será realizada pela União, será disponibilizado pela secretaria os pontos focais nas diversas áreas do programa e divulgado ao Conas e Conasems. Em relação ao aviamento de receitas o médico terá registro no conselho de medicina estando apto a prescrever. A supervisão será realizada por professores comprometidos com a ética profissional, inclusive com a coragem pessoal de enfrentamento com suas entidades de classe, contarão com apoio jurídico do MS, propõe criar um modelo com participação dos três entes para atender as necessidades dos municípios em relação aos auxílios moradia e alimentação Outra informação importante é que a UNASUS não é mais privativa das universidades o que permite às escolas de saúde pública aderirem ao projeto. Solicitou solidariedade dos municípios no sentido de colaborar disponibilizando os profissionais de saúde da família das grandes cidades para supervisionarem os municípios onde estarão alocados os médicos do programa, pois neste momento o ministério não possui quadro suficiente para esta supervisão.

ENCAMINHAMENTO: Será elaborada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do MS uma carta de desagravo tripartite ao ocorrido na recepção dos médicos estrangeiros no Estado do Ceará.

3. Discussões e Pactuações

a) Minuta de Portaria que estabelece diretrizes para o processo de Planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SGEP/MS.

MS: Disse que esta proposta é fruto de uma discussão, construída com Conass, Conasems e no âmbito do MS há um bom tempo, subsidiada inclusive pela pactuação de 2011 acerca das Diretrizes sobre o processo de Planejamento no SUS. A ideia é elaborar uma normativa, adequada à luz da LC 141/12 e do Decreto 7.508/11, a fim de atualizar e revogar algumas Portarias vigentes e conseqüentemente orientar os entes federados. Ponderou ser relevante a pactuação desta Minuta de Portaria, tendo em vista o ciclo de cooperação fortalecido com Estados e Municípios para construção dos Planos Municipais que vigorarão de 2014 a 2017, articulando esse processo com as ações da Programação (PAS), além da apresentação no segundo semestre, de um novo instrumento de apoio aos Municípios com relação ao Relatório Quadrimestral, que precisa ser feito segundo a LC 141/12.

Nesse sentido, considerando que foi um debate amplo para elaboração dessa Minuta e acreditando que as contribuições dos Conselhos não serão referentes às grandes modificações de conteúdo, colocou-se à disposição para ajustar o que se fizer necessário.

CONASEMS: Indica pela pactuação, desde que sejam acatadas as contribuições do Conass e também contemplada a decisão do CONARES, de acrescentar um parágrafo quinto, ao artigo

oitavo: *todos os planos de ação, planos operativos, planos de aplicação de recursos, de todas as políticas: da gestão estratégica e participativa, da atenção à saúde, incluindo redes temáticas de atenção à saúde, da promoção e vigilância a saúde, incluindo DST/AIDS, Assistência farmacêutica, Gestão do trabalho e da educação, dos três entes federados, passam a compor o plano regional de saúde ou adotar o termo compor o planejamento regional.*

CONASS: A assembléia do Conass posicionou-se pela pactuação, todavia, com algumas proposta de alterações de redação:

- no § 4º do art. 3º colocar a redação como está no § 1º do art.19 da LC 141/12: *“Os Planos Estaduais de Saúde deverão ainda explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde”;*

- no art. 5º explicitar como os gestores podem cumprir esse item que está no § 2º do art. 36 da LC 141/12; se não for possível na Portaria, que seja editado um caderno com orientações sobre o processo de planejamento no SUS onde conste essa orientação;

- no § 2º do art. 6º colocar o entendimento que está no § 1º do art. 36 da LC 141/12: *“O Relatório de Gestão deve ser enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo,*

	<p><i>por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SARGSUS (www.saude.gov.br/sargsus)”.</i></p> <p>ENCAMINHAMENTO: Diretrizes para o processo de planejamento no SUS – pactuada com alterações na redação de alguns artigos. Remeter ao GT de Gestão da CIT para validação das seguintes alterações e posterior publicação.</p>
<p>b) II Plano Operativo (2013-2015) da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Explicou que a Política foi instituída recentemente no âmbito do SUS, desde 2009 e apresenta como marco o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnicas raciais e do racismo institucional, enquanto determinante social fundamental das condições de saúde da população. O II Plano Operativo tem um caráter transversal, interseccional, dialogando com as demais Políticas do Sistema, cujas estratégias de aplicação investem na redução de iniquidades no SUS e apresenta 5 eixos:</p> <p>1º eixo – Acesso da População Negra nas Redes de Atenção à Saúde (com 5 estratégias);</p> <p>2º eixo – A Promoção e Vigilância (4 estratégias);</p> <p>3º eixo – Educação Permanente em Saúde e Produção do Conhecimento em Saúde da População Negra (com 6 estratégias);</p> <p>4º eixo – Fortalecimento da Participação e do Controle Social (com 3 estratégias);</p>

5º eixo – Monitoramento e Avaliação das ações de Saúde da População Negra (com 2 estratégicas).

Ressaltou ainda que o MS também fez essa discussão internamente, acordando com as Secretarias as 50 ações contidas no Plano e também no E-CAR (Sistema de Controle, Avaliação e Monitoramento do Planejamento Estratégico do MS). Pontuou como relevante, umas das estratégias direcionadas a fomentar a construção de Comitês Técnicos nos Estados e Municípios, a fim de operacionalizar o Plano e efetivamente implementar a Política.

Por fim, agradeceu a construção coletiva e as contribuições dadas pelo Conass, na pessoa de Lourdes Almeida, pelo Conasems, na pessoa de Denise Rinehart e a Secretária Técnica da CIT.

CONASEMS: Indicou pela pactuação.

CONASS: Embora na assembleia tenha sido questionado o assunto do financiamento, foi entendido que este II Plano apenas amplia o acesso, ou seja, são as mesmas ações que já vem sendo executadas. Solicitou a realização de uma avaliação, com vistas a mensurar os resultados alcançados no I Plano Operativo.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada

c) Minuta de Portaria que institui repasses financeiros de investimento do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais para fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio, em âmbito Estadual, Regional, Municipal e no Distrito Federal – SVS/MS.

MS: Informou acerca da comemoração dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização – PNI neste ano e a inclusão de novas vacinas no calendário de imunização, o que reitera a preocupação em relação ao fortalecimento e ampliação da rede de frios. Disse ainda que no intuito de evitarmos a perda de recurso orçamentário por dificuldade de operacionalização por parte de alguns estados e municípios, a exemplo da experiência com o mecanismo anterior, foi feito um esforço para que a transferência do recurso fosse fundo – a – fundo, na busca de se simplificar a parte das exigências, cumprindo os determinantes legais. Considerando a proposta de um investimento imediato, embora se pense em uma proposta de longo prazo, 3 anos de investimento, iniciou-se um com valor de 35 milhões de reais, possíveis de serem aplicados desde em estrutura simplificada, a exemplo de centrais municipais, até regionais e estaduais e a aquisição de veículos, conforme descrito no documento. Por fim disse também que a ideia é que se possa efetuar a transferência do recurso e com isso está fortalecendo a capacidade de estados e municípios em responder a ampliação do calendário básico de vacinação.

CONASEMS: manifestou-se favorável a pactuação.

CONASS: solicitou que sempre que houver a introdução de novas vacinas ou outra mudança qualquer, a exemplo da alteração de faixa etária, seja pactuada na CIT com o intuito de

	<p>garantir a infraestrutura necessária aos estados para o recebimento e armazenamento dos imunobiológicos adequadamente. Pediu ainda que seja inserido no Art. 8º um parágrafo que explicita o que fazer com o saldo remanescente, propondo que este seja aplicado na mesma função programática. Requisitou também a inclusão de um parágrafo no Art. 11 explicitando que os recursos financeiros para compra de equipamentos, material permanente e veículos, referidos nos itens 3 e 4 do Art. 8º, serão transferidos em parcela única.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada. Área técnica do MS fará os ajustes necessários no documento de modo a atender as solicitações feitas.</p>
<p>d) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – SAS/MS.</p>	<p>MS: cumprimentou a todos e destacou a presença do Senhor Augusto Rossini, diretor geral do Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN do Ministério da Justiça – MJ. Ponderou acerca das dificuldades enfrentadas na construção do processo de pactuação em que pese um trabalho árduo de mais de um ano. Agradeceu às equipes técnicas de CONASS e CONASENS e informou que a referida discussão ocorreu não apenas nos espaços formais da CIT, mas também em seminários junto a Estados e Municípios e reuniões entre as diretorias dos respectivos conselhos e o Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – DAPES do</p>

MS. Contextualizou a relevância do documento e informou que a população carcerária no país é da ordem de 500 mil presos, com crescimento de aproximadamente 4 a 7% ao ano. Fez menção ao Plano Nacional, elaborado há 10 anos, que orienta a organização assistencial no âmbito do Sistema Prisional e precisa ser realinhado no cenário de reorganização do SUS, na lógica de redes territoriais.

Esclareceu não haver divergência no entendimento de que o sujeito privado de liberdade, sentenciado pelo tribunal de justiça do Estado, está sob tutela do Estado, e que esse, portanto contrai por tudo que diz respeito à garantia e dignidade daqueles. Porém vale ressaltar que o arranjo federativo do SUS é colaborativo e grande parte da atenção prestada aos presos diz respeito à atenção básica, o que justifica reforçar e/ou constituir equipes específicas e organizar nossa referência em redes. Faz-se necessário as vertentes da responsabilidade e do compartilhamento.

Propôs a instituição de um grupo de trabalho específico em nível de diretoria do Conass e Conasems, para discutir e constituir consenso, por entender que se trata de uma questão política e não mais técnica. Pediu agilidade, visto a possibilidade de perder recursos orçamentários por falta de capacidade de execução em prol do tempo.

Considerando que a minuta de portaria é interministerial, passou a palavra ao representante do Ministério da Justiça, que informou a missão dada pela Presidenta da República para que

a questão prisional seja olhada com humanização. Salientou que dos 550 mil presos, 35 mil são mulheres e que 2/3 da população carcerária tem menos de 29 anos e por isso precisamos garantir sua ressocialização. Concluiu dizendo que como a questão da saúde é sempre renovada no país e nas cortes internacionais, faz-se necessário que seja elevada à Política de Estado.

CONASEMS: indicou pela não pactuação por ausência de consenso no plenário do Conares quanto ao conteúdo do documento. Ponderou que todas as colocações proferidas pelos MS e MJ são de absoluta ciência e compreensão, porém entende que diferente do que está posto na minuta de portaria, a responsabilidade pelo sistema prisional é dos Estados e não dos municípios. Sugeriu a formação de um grupo tripartite de peso político, com suporte das assessorias dos escritórios, composto por gestores estaduais e municipais indicados pelos presidentes do Conass e Conasems, e representantes do MS e MJ, no intuito dirimir os dissensos.

CONASS: agradeceu a presença de representantes do MS em sua assembleia e apresentou posicionamento contrário ao do Conasems, por entender que se trata de responsabilidades de Estado e não do Estado. Propôs manter a redação integral do inciso I do Art. 6º e a pactuação do documento em seu mérito. Relembrou que o processo de discussão do Sistema Prisional se arrasta deste 2007 e reforçou a importância de se definir de quem é a responsabilidade do

	<p>referido sistema.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: As diretorias de Conass e Conasems indicarão gestores estaduais e municipais para que, junto ao MS, possam construir uma agenda de discussão do dissenso que impediu a pactuação da proposta, definição de competências e responsabilidades dos três entes federados, e consensar uma redação a ser pautada na CIT de 26 de setembro de 2013 para discussão e pactuação.</p>
<p>e) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – SAS/MS.</p>	<p>ENCAMINHAMENTO: em decorrência da não pactuação da minuta que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, este ponto foi retirado da pauta .</p>
<p>f) Minuta de Portaria que dispõe, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sobre a estratégia para apoio e acompanhamento da atenção ao paciente judiciário – SAS/MS.</p>	<p>ENCAMINHAMENTO: Conass solicitou que este item também fosse retirado de pauta por entender que o mesmo tem interface com os dois itens anteriores. Houve consenso tripartite para que a discussão deste ponto seja feito juntamente com a Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das</p>

	<p>Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e a que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as normas para a operacionalização.</p>
<p>g) Minuta de Portaria que estabelece as diretrizes para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e semiliberdade, e redefine critérios e fluxos para adesão e operacionalização da Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidade de internação e internação provisória – SAS/MS.</p>	<p>MS: informou que esta minuta de portaria advém de uma readequação da Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008, que estabelece as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, já pactuada anteriormente na CIT, a qual operacionaliza a atenção a saúde aos adolescentes em conflito com a lei, e as principais mudanças estão atreladas à Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012, sancionada pela Presidenta Dilma, a qual regulamentou a execução das medidas socioeducativas, denominada Lei do Sinase. O intuito dessa minuta de portaria é estabelecer as ações de atenção à saúde daquela população, tendo como uma das principais modificações para a sua adequação a valorização da articulação interfederativa, melhorando a relação do gestor estadual/socioeducativo com o gestor municipal, para que, conjuntamente, possam identificar a realidade local. Uma vez que esta tem sido voltada para o agravamento da Atenção Básica, as pactuações estão voltadas para a sua melhoria. Trata-se de</p>

	<p>uma população de aproximadamente 60 mil adolescentes em todo Brasil, sendo que desses, 18 mil estão em situação de privação de liberdade. Atualmente as unidades são descentralizadas, e cada uma possui cerca de 60 adolescentes, com atendimento anual, e a pactuação tem sido feita com base em planos operativos voltados para a atenção básica, aumentando a capacidade de atendimento da atenção básica e a gestão dos recursos dessas unidades. A legislação do Sinase estabelece ainda que os adolescentes com indícios de problemas de saúde mental deverão passar por um diagnóstico. E, em razão disso, inclusive da falta de profissionais, a portaria visa integrar com a rede de atenção, adequando os recursos financeiros ao módulo da atenção básica para que, se for o caso, os gestores possam contratar e incrementar a equipe.</p> <p>CONASEMS: Pactuada.</p> <p>CONASS: Pactuada.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada sem ressalvas.</p>
<p>h) Minuta de Portaria que define o valor do incentivo de custeio referente às ações para atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação</p>	<p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada sem ressalvas</p>

<p>de liberdade, em regime de internação provisória, internação e semiliberdade – SAS/MS.</p>	
<p>i) Minuta de Portaria que define incentivo financeiro de custeio para criação da equipe de desinstitucionalização como integrante do componente “Estratégias de Desinstitucionalização” da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde – SAS/MS.</p>	<p>MS: Relatou que um balanço realizado desde 2002 do progresso do processo de reinserção social e recuperação de pacientes que estavam residentes nas instituições psiquiátricas, a partir do Programa De Volta para Casa apresentou um mérito da reinserção de centenas destes pacientes. Apesar disto, existem graves problemas ainda envolvendo estes pacientes crônicos: 1. o número de óbitos dentro dos hospitais psiquiátricos é maior do que o número de alta hospitalar e 2. Atualmente existe uma nova camada de pacientes crônicos, ainda mais jovens. Portanto, a proposta aqui apresentada é de que seja criado um dispositivo que auxilie neste processo de desospitalização destes pacientes.</p> <p>Informou que as equipes de Desinstitucionalização terão caráter temporário, no entanto, após o final do processo de desospitalização dos pacientes, estes profissionais serão integrados à rede de saúde mental do município. Além disto, o número de equipes em cada município será estabelecido a partir da quantidade da população internada.</p> <p>Com relação à redistribuição dos recursos referentes à AIH informou não haver nenhum</p>

óbice quanto ao repasse.

CONASEMS: Pôs-se pela pactuação da proposta com a seguinte ressalva: após a desospitalização destes pacientes crônicos seja delegado à CIR o papel de definir, dentro das necessidades, o imediato desligamento/desabilitação dos leitos destes pacientes desospitalizados ou a permanência dada à deficiência destes leitos nestes municípios com um prazo estabelecido.

CONASS: Pactuado. Afirmou que sua única dúvida que se referia à realocação dos recursos da AIH já foi esclarecida pelo MS.

MS: Em resposta ao Conasems esclareceu que estes leitos crônicos não estão disponíveis na Rede de Atenção, portanto, não conseguem resolver a deficiência de leitos psiquiátricos. Como estratégias para atendimento/tratamento para pacientes agudos o MS vem investindo no aumento do recurso dos CAPS AD III, aumento no número de leitos psiquiátricos em Hospital Geral, criação de um mecanismo de financiamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos e na garantia de que o leito da AIH fique no município.

CONASEMS: Interrogou sobre um possível corte no financiamento de construção de novos CAPS.

MS: Informou que houve quase 2.000 demandas de construção de novos CAPS o que

	<p>ultrapassou todas as expectativas. Inicialmente o recurso destinado seria de R\$ 50.000.000,00, mas devido à enorme demanda está se trabalhando para aumentar a margem no intuito de que se possa incluir mais município nesta proposta.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado com ressalvas. Será rediscutido no GT de Atenção à Saúde.</p>
--	--

4. Informes

<p>a) Publicação do Decreto nº 8.077, de 14 de Agosto de 2013, que Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário, e o registro, controle e monitoramento, no âmbito da vigilância sanitária, dos produtos de que trata a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências – ANVISA/MS.</p>	<p>ANVISA/MS: informou acerca das razões gerais que justificam as alterações apresentadas no referido decreto e os pontos específicos destas, a saber:</p> <p>Generais:</p> <p>1 – Decreto anterior à criação da ANVISA, quando não havia normas editadas pela Agência;</p> <p>2 – Com a regulação editada pela ANVISA, detalhamento de questões técnicas no Decreto tornou-se excessivo e desatualizado e, em alguns casos (ver pontos específicos), passou a impedir a Agência de aprimorar e otimizar procedimentos;</p> <p>3 – A previsão de normas mais gerais no Decreto, deixando para a regulação o detalhamentos técnico, viabiliza atualizações e adequações mais ágeis, bem como propicia maior flexibilidade na atuação da Agência (ponto crítico em razão de mudanças tecnológicas e aperfeiçoamento de procedimentos);</p>
---	---

4 – O Decreto é reduzido de 171 para 25 artigos em razão de:

- (i) não são repetidos artigos já previstos na lei (exceto quando a não inclusão poderia gerar dúvidas ou polêmica, como na previsão de 90 dias para registro);
- (ii) retirada de todos os dispositivos que não mais precisam constar em Decreto, tendo em vista as competências da ANVISA;
- (iii) manteve-se na proposta apenas dispositivos gerais (detalhamento de exigências técnicas para registro de produtos específicos – cosméticos, saneantes, medicamentos), ficam por conta da regulação editada pela ANVISA, que já existe.

Pontos específicos:

1 - Revoga-se a obrigatoriedade geral de apresentação de Certificado de Boas Práticas de Fabricação (CBPF) para registro de produtos para saúde (equipamentos médicos, próteses, kits de diagnóstico). Com a revogação da obrigação geral, a ANVISA poderá ser mais seletiva quanto aos produtos em que irá exigir a CBPF, reduzindo filas e trabalhando de acordo com o risco específico do produto.

2 - Revoga-se o dispositivo que limitava as hipóteses de terceirização do controle de qualidade de produtos. Com isso, a especificação de casos e definição de critérios técnicos de terceirização desse controle ficarão a cargo da ANVISA;

3 - É incluído dispositivo obrigando a notificação de eventos adversos e queixas técnicas

relacionadas a produtos sujeitos à vigilância sanitária. Com isso, reforça-se a possibilidade e a qualidade do monitoramento de produtos no mercado e, com isso, além da melhor gestão da saúde pública, abre-se caminho para regulações que melhor equilibrem exigências pré e pós-mercado (hoje a regulação é muito focada no pré-mercado. Logicamente, outras medidas terão que ser adotadas, inclusive alterações legais sobre as quais a ANVISA já vem trabalhando);

4 – Revogam-se os dispositivos que limitavam as hipóteses de transferência de titularidade de registros. Com isso, a transferência de registros de produtos entre empresas poderá ser facilitada, representando menos entraves a negócios nos setores sujeitos ao controle sanitário. Essas transferências, como são de produtos já registrados, não exigem análises sanitárias e podem ser desburocratizadas;

5 – São estabelecidas hipóteses de priorização de registros de produtos na Agência, todas elas alinhadas com as políticas definidas para o Complexo Industrial da Saúde;

6 – É prevista a possibilidade de reconhecimento da efetividade/eficácia de medicamentos fitoterápicos por meio do uso tradicional, facilitando o registro desses produtos;

7 – É incluído dispositivo determinando que a ANVISA crie procedimentos simplificados para importações de produtos destinados à pesquisa científica;

8 – Aprimoramento da regra de comunicação prévia à ANVISA em caso de descontinuação

	<p>na fabricação de medicamentos. O Decreto passar a prever a possibilidade de se exigir a comunicação com antecedência de 12 meses em casos críticos. Com isso, pode o risco de desabastecimento do mercado pode ser melhor gerenciado;</p> <p>9 – São mantidos na proposta os dispositivos originários do Decreto nº 79.094/77 que não possuem correspondência em outras normas sanitárias. Isso porque algumas ações de vigilância sanitária (fiscalização, especialmente) nos três níveis da federação são estruturadas com base nesses dispositivos e sua revogação poderia comprometê-las.</p> <p>10 – É incluído dispositivo prevendo que a ANVISA pode autorizar, mediante solicitação da CONITEC, o uso de medicamentos para finalidade (indicação) não prevista no registro. Essa autorização somente é concedida após avaliação da segurança e da eficácia da nova indicação. Com essa medida, o SUS poderá fornecer o medicamento para tratamento da doença relativa à nova indicação autorizada.</p>
<p>b) VI Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária – Simbravisa a ser realizado no período de 26 a 30/10/2013 em Porto Alegre/RS – ANVISA/MS</p>	<p>ANVISA/MS: Informou que o Simbravisa é um evento bienal, que ocorre a cada dois anos e se encontra na sua sexta edição nacional e segunda Pan Americana.</p> <p>Promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO o VI Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, acontecerá de 27 a 30 de outubro em Porto Alegre. Promove, como evento paralelo, o II Simpósio Pan-americano de Vigilância Sanitária, que pretende abordar</p>

as tensões e os dilemas entre as atividades regulatórias relativas ao campo da vigilância sanitária e o modelo de desenvolvimento hegemônico na atualidade, não só no Brasil, mas em outros países das Américas.

"Vigilância Sanitária, Desenvolvimento e Inclusão: dilemas da regulação e da proteção à saúde" é o tema desta edição do evento, abordado a partir de três conjuntos de ideias aglutinadoras:

1. Desenvolvimento, democracia, acesso, inclusão, proteção social, cidadania, direito à saúde
2. Regulação sanitária, Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), inclusão e proteção da saúde
3. Organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária para a proteção da saúde, relações intersetoriais e internacionais, estrutura e processo de trabalho, inclusão, controle social.

Esta edição teve mais de(hum) mil trabalhos inscritos, organizados em duas categorias: trabalhos científicos e relatos de experiências.

No período que antecede o evento, serão realizados cursos, oficinas e sessões especiais com intuito de promover oportunidades de atualização e aproximação de temas relevantes para a atuação e reflexão acerca da vigilância sanitária.

Reunindo serviços de saúde e a academia, países da região e representações da sociedade civil, o evento abordará, entre outras plenárias, os seguintes painéis:

Inovação Tecnológica em Saúde: perspectivas e desafios para a vigilância sanitária – tem como instituições painelistas a ANVISA, o Programa de Economia, Tecnologia e Inovação da Saúde do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA e a empresa Recepta Biopharma.

Estratégias para redução do sódio em alimentos – participam: Ministério da Saúde, ANVISA e Associação Brasileira das Industrias de Alimentos – ABIA

Evento de massa: a experiência da vigilância sanitária – participam: Visa municipal de BH para falar sobre a Copa das Confederações; a Visa do Rio de Janeiro para relatar sobre a atuação na Jornada Mundial da Juventude, e o Ministério da Saúde abordando a estratégia do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde Nacional (CIOCS) para eventos de massa.

A ANVISA promoverá painéis com os seguintes temas: pesquisa em vigilância sanitária; recall e gerenciamento de risco; consumo seguro e saúde; gestão de educação para profissionais da visa;

Monitoramento de alimentos; descarte de medicamentos; participação popular na visa; a indústria do embelezamento (cosméticos); a visa e o Programa Nacional de Segurança do Paciente; entre outros.

Por fim, disse ainda que maiores informações e a programação preliminar do simpósio podem ser acessadas pelo link: <http://www.simbravisa.com.br/>

<p>c) Publicação da Portaria nº 15, de 22 de agosto de 2013, afeta as Ações Contingenciais em Vigilância em Saúde (ACVS) – SVS/MS.</p>	<p>MS: Essa portaria revoga a Portaria SVS nº 219, de 07 de junho de 2011, e defini que os recursos financeiros da Reserva Estratégica Federal do Componente de Vigilância em Saúde, previstos no artigo 22 da Portaria GM/MS nº 1.378/2013, destinam-se a implementação de Ações Contingenciais em Vigilância em Saúde a serem realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, com o objetivo de organizar a resposta às situações de emergência em saúde pública. Os recursos correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.305.2015.20AL – Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para a Vigilância em Saúde. Por fim, os demonstrativos das ações, dos resultados alcançados e da aplicação dos recursos comporão o Relatório de Gestão em cada esfera de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.</p>
<p>d) Processo de mobilização para alimentação do Relatório de Gestão ano 2012 no SargSUS – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Em 09 de agosto de 2013 foram encaminhados ofícios às Secretarias e Conselhos Estaduais de Saúde, e aos COSEMS (no total de 80 assim distribuídos: 27 para SES, 27 para CES, 26 para COSEMS), acerca das pendências de envio aos Conselhos de Saúde do Relatório de Gestão, exercício 2012, por meio do Sistema de Apoio à Construção do Relatório Anual de Gestão – SargSUS, recomendando aos gestores que enviem os RAG até o dia 30\08\2013 para evitar as sanções previstas na Lei 8.142/90. Consta ainda que, por meio da Ouvidoria do</p>

	<p>SUS, até o dia 27 de agosto foram realizados contatos com 829 municípios que ainda não alimentaram o SargSUS, referente ao exercício 2012. A ouvidoria continua trabalhando no sentido de manter contato com outros 133 municípios que continuam pendentes quanto ao envio do RAG aos Conselhos de Saúde, exercício 2012, por meio do SargSUS. Foram, ainda, acionados os Apoiadores do Departamento de Articulação Interfederativa para Cooperação Técnica a Estados e Municípios pendentes do envio aos Conselhos de Saúde. O lançamento do Módulo do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior no SARGSUS para uso dos gestores está previsto para o dia 02/09/13, e nos dias 02 e 03/09/13, serão realizadas videoconferências com o objetivo de apresentar e esclarecer dúvidas quanto ao uso do Módulo do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior que terá como público-alvo as referências estaduais para o SargSUS, interlocutores estaduais para o Planejamento do SUS, representantes dos COSEMS e Secretarias Executivas das CIBs.</p>
<p>e) Resolução CIB/PA nº 90, de 12 de junho de 2013, que repactua o desenho de Regionalização do Estado do Pará – SGEP/MS.</p>	<p>MS. o objetivo é informar acerca do redesenho das regiões de saúde do Estado do Pará, que passa a ser conformado por 13 Regiões de Saúde/Comissões Intergestores Regionais, bem como a revogação das Resoluções CIB Nº 83, de 16 de abril de 2012 e Resolução CIB Nº 237, de 09 de agosto de 2012, respectivamente.</p>

<p>f) Alteração nos métodos de cálculo dos indicadores 1 e 4 da pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (Nota Técnica DAB/SAS/MS) – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Trata-se das alterações das fichas de qualificação dos dois indicadores citados, referentes à Atenção Básica, uma vez que houve questionamentos dos Estados de Minas Gerais e São Paulo quanto às fichas de qualificação que tratam da cobertura populacional estimada para as equipes de Atenção Básica e a cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal, disponibilizados no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015.</p>
<p>g) Portaria que dispõe sobre a apresentação e a guarda dos documentos comprobatórios no Sistema Único de Saúde (SUS) – SE/MS.</p>	<p>MS: dispõe sobre a apresentação e a guarda dos documentos comprobatórios, pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como da execução das despesas relacionadas a ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com recursos financeiros percebidos do Fundo Nacional de Saúde. Esta acrescenta ainda que os Estados, Distrito Federal e Municípios manterão sob sua guarda toda documentação comprobatória da execução das despesas de que trata o art. 1º pelo prazo mínimo definido no Anexo da Resolução nº 14, de 24 de outubro de 2001, do Conselho Nacional de Arquivos (CONARQ/MJ).</p>

<p>h) Panorama do Subgrupo de Judicialização instituído pela Resolução CIT nº 1, de 27 de fevereiro de 2013 – CONASEMS.</p>	<p>Retirado de Pauta.</p>
<p>i) Divulgação da IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica /Saúde da Família – SAS/MS.</p>	<p>MS: A IV Mostra Nacional de experiências em Atenção Básica acontecerá em março de 2014, com o objetivo de dar conhecimento das experiências não apenas exitosas, mas, sobretudo, todas aquelas que contribuam com a discussão, a troca e a proposição de ideias, visando reinventar a Atenção Básica. O evento contará com mesas redondas, atividades culturais e diversas formas de interação. A previsão do quantitativo é de 10 mil participantes e as inscrições para relatos de experiências ocorrerão no período de 1º de agosto a 15 de setembro de 2013.</p>
<p>j) Lançamento do projeto arquitetônico de referência para as Unidades Básicas de Saúde – SAS/MS.</p>	<p>MS: apresentou os dados e o <i>lay out</i> do projeto arquitetônico de referência para as Unidades Básicas de Saúde, informando que a apresentação estará disponível no site do DAB a partir de segunda-feira, dia 02/09. Acrescentou que a construção das unidades básicas são de porte 1, com salas de reuniões, podendo, inclusive, ser utilizada pela comunidade para realização de reuniões em finais de semana. Reforçou que toda a obra está detalhada na planta, conforme</p>

projeto executivo, de propriedade do Ministério da Saúde, estando o gestor municipal autorizado a utilizá-lo, desde que não seja comercialmente; e os gestores municipais precisarão apenas ter um engenheiro responsável pela adequação do terreno e a execução da obra. Em caso de haver necessidade de alguma mudança na planta, isso poderá ser feito, contudo, o gestor terá que ter um outro arquiteto que assine pela responsabilidade técnica. Embora a construção das UBs sejam de Porte 1, a referida planta é de porte 1, 2, 3 e 4, com o valor estimado na Portaria Nº 2.226, de 18 de setembro de 2009, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de unidades básicas de saúde para equipes de saúde da família, sendo que alguns variam apenas em torno de 5%. Foi utilizado cálculo de Brasília conforme tabela da Caixa Econômica Federal. E, com base nisso, será feita uma licitação de Regime Diferenciado de Contratação – RDC, para, além da opção de poder utilizar este projeto arquitetônico, os gestores possam fazer a adesão e executar a planta completa. Destacou que este foi um esforço de todo o MS, envolvendo todas as áreas, e dirigido pela Secretaria Executiva, sendo um projeto muito esperado pelos gestores municipais, inclusive, trouxe um dado do levantamento feito com metade dos gestores municipais com obras atrasadas e, destes, 32% localizaram problemas no projeto arquitetônico, relacionado ao terreno e a licitação. Por isso, este projeto responde por praticamente um terço das dificuldades em relação à execução das obras.

Destaques

Relatório Quadrimestral – Conass

CONASS. Diante das inúmeras demandas dos Secretários Estaduais sobre o Relatório Quadrimestral e em função de contendas entre os gestores e os conselhos estaduais, acerca do que está posto no Art. 41 da LC 1441/12: “Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias”, solicitou que a SGEP propusesse junto a mesa do Conselho Nacional de Saúde uma Resolução que oriente o que significa a avaliação pelos Conselhos do Relatório Quadrimestral.

ENCAMINHAMENTO. SGEP articulará com a mesa do CNS, entendimento acerca do Artigo 41 da LC 141/2012, a fim de elaborar Resolução para orientação as SES e aos CES.

<p>Matéria jornalística sobre o Sistema de Controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do SUS, elaborada pelo Programa “Fantástico” da Rede Globo – SAS/MS.</p>	<p>MS: Informou que o Programa “Fantástico” da Rede Globo está confeccionando uma Matéria Jornalística sobre a fragilidade do Sistema de Controle da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do SUS. A equipe do Programa teve acesso a aproximadamente 20.000 AIH, dos anos de 2008 a 2012/13, que apresentam algum tipo de irregularidade, distorção, anomalia, ou mesmo, um sugestivo de fraude. Apenas 23 destas 20.000 foram encaminhadas ao MS que identificou inconsistências que indicam principalmente erros de digitação, como por exemplo: partos realizados em homens, retirada de próstata em mulheres e pacientes que morreram 3 vezes consecutivas. Nesse sentido, informou que o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação (SISRCA) vem sendo trabalhado há 2 anos e que seu Módulo de Captação, tanto do SIA quanto do SIAH já está sendo finalizado. Este Módulo traz consigo a eliminação do processo de redigitação da AIH, o que elimina um conjunto de possibilidades de erro e o trabalho unificado com o CADWEB (Cadastro Cartão Nacional de Saúde online) o que exige, principalmente dos hospitais, o preenchimento da AIH. Por fim, comunicou que o prazo para que o SISRCA esteja completamente implantado, em seu Módulo Captação, é até Novembro deste ano.</p>

Prorrogação do prazo definido na Portaria Nº 1378, de 09 de julho de 2013 que Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SVS/MS.

MS: Solicitou autorização para publicar nova Portaria prorrogando em 30 dias o prazo estabelecido no Art. 43 da Portaria Nº 1378, de 09 de julho de 2013, para que as CIBs encaminhem as pactuações do Piso Fixo. Informou que embora estejam todos em processo de negociação, 6 Estados ainda não enviaram.

ENCAMINHAMENTO: Consenso tripartite quanto à prorrogação do prazo.