



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT  
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014  
27 DE MARÇO DE 2014

**Em 27 de março de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Arthur Chioro, André Luis Bonifácio de Carvalho; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Júnior; Sônia Maria Feitosa Brito; Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Miguel do Nascimento Júnior.

**CONASS:** Hélio Franco de Macedo; Wilson Pollara; Antônio Lastoria; Marlene Anchieta e René José Moreira dos Santos.

**CONASEMS:** Antonio Carlos Figueiredo Nardi; Wilames Freire Bezerra; Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda; Mauro Guimarães Junqueira; Andrea Passamani; José Fernando Casquel Monti.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

**1. Abertura dos Trabalhos**

O Ministro de Estado da Saúde saudou o representante da Organização Pan Americana da Saúde - Opas, Dr. Joaquim Molina, o Secretário de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, Dr. Andre Bonifácio, bem como os demais Secretários, Diretores e Coordenadores do Ministério da Saúde, o Presidente do Conasems, Dr. Carlos Nardi, o do Conass, Dr. Wilson Alecrim e demais representantes do Conselho Nacional de Saúde. Parabenizou a nova diretoria reeleita do Conass, ressaltando a sua convicção na capacidade de gestão deste, mesmo num momento difícil de transição. Na sequência, ao desejar uma excelente reunião para todos, destacou duas questões fundamentais, quais sejam: em reunião com a mesa diretora do Conselho Nacional de Saúde foi abordada a necessidade de compreensão da proximidade da realização da Conferência da Saúde do Trabalhador, a qual vai requerer um esforço enorme das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no que diz respeito à dinâmica da proposta, já que esta tende a envolver todas as macrorregionais do

Brasil, além de um contingente muito grande envolvendo as entidades sindicais e muitos outros movimentos, com um grau de mobilização diferenciado. Acrescentou que recebeu um balanço dos andamentos da organização do evento, e por isso solicitou ao Conass uma análise visando dar maior apoio na realização desse distinto evento. Alertou para o fato de que essa Conferência será um preparo para a realização da XV Conferência Nacional de Saúde, com previsão para novembro ou dezembro de 2015.

Outra questão foi informar da decisão de liberação de recursos financeiros correspondentes as portarias que não foram publicadas em razão da não habilitação dos recursos, todas relacionadas a saúde mental, inclusive aquelas relacionadas aos CAPES, Serviços Residenciais Terapêuticos, acolhimento transitório, as UPAS, SAMU, Olhar Brasil, Pendências de Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), as Eletivas de 2014, para quem tem 80% de realização, as habilitações de UTI, as UBS, bem como oncologia e avaliação relacionadas as Redes. A intenção é normalizar a habilitação e todos os recursos financeiros. Lembrou que isso, inclusive, foi em atendimento a solicitação de Conass e Conasems. Por fim, agradeceu mais uma vez e desejou uma excelente reunião para todos.

▪ **Lançamentos:**

▪ **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Volume II - SAS e SCTIE/MS.**

Após a entrega dos exemplares aos componentes da mesa, seguiram-se as seguintes considerações:

**SCTIE:** Saudou a todos, exaltando a iniciativa conjunta do trabalho com a SAS, desde 2011. Destacou a forte integração de todas as equipes, em uma articulação estratégica, a qual aponta que a ciência e a tecnologia tem que ser a base do conhecimento para se pautar o desenvolvimento e a introdução de produtos pelas necessidades do SUS. Enalteceu o importante trabalho do Departamento de Gestão e Incorporação Tecnológica em Saúde, o que considera uma grande revolução no SUS, da mesma forma que a criação da Conitec, os quais mudam a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) e inscreve, na lei maior da saúde, a dimensão da incorporação tecnológica e da racionalidade para introdução de produtos, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, sendo uma verdadeira mudança de conceito, o que, para se ter uma ideia, um dado relevante é o colhido quando da articulação

com toda a Rede Brasileira de avaliação tecnológica em saúde, com quase 50 instituições, as quais contam com hospitais de excelência, a exemplo do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Por fim afirmou que essa iniciativa conjunta reflete uma agenda estratégica de política em saúde, possibilitando que as demandas tecnológicas sejam diretamente do Sistema Único de Saúde e não de forma externa, como era feito anteriormente.

**SAS:** Cumprimentou a todos e agradeceu a presença e a parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz nesse processo, bem como da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Enalteceu, da mesma forma, a parceria com a SCTIE, reforçando que esse II volume fecha um ciclo, resultado de muitos diálogos com Estados e municípios, com as academias e o Conselho Nacional de Saúde. Observou que a consolidação e a definição dos protocolos se deram a partir dos resultados de consultas públicas. Lembrou ainda que esse é um instrumento no enfrentamento da Judicialização, seja nos Estados, Municípios ou União. Considerou que é um avanço na conclusão de um ciclo positivo e virtuoso na incorporação de tecnologia do SUS.

- **Revista Conasems Janeiro/Fevereiro de 2014, Ano 10 nº53 - CONASEMS.**

O representante do Conasems saudou a todos e parabenizou o Secretário Wilson Alecrim e os representantes da Diretoria do Conass pela recondução à gestão 2014/2015. Desejou êxito e boas vindas ao Dr. André Bonifácio, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa. Parabenizou o MS pelo lançamento do segundo volume do livro “Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas”. Fez o lançamento oficial da Revista Conasems, janeiro/fevereiro – 2014 e ofereceu um exemplar ao Ministro da Saúde, Arthur Chioro. Relatou que essa edição tem como principal homenageado o Ministro Arthur Chioro, além de conter temas muito relevantes no âmbito do Sistema Único de Saúde, como Ouvidoria, Prêmio Cecília Donângelo, Programa Mais Médicos, dentre outros.

- **Divulgação do 2º Caderno de Educação Popular em Saúde – lançado na IV Mostra Nacional de Atenção Básica – SAS/MS.**

Informou que o Caderno de Educação Popular em Saúde foi desenvolvido pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa e produzido por vários pesquisadores e professores universitários da área da Educação Popular em Saúde.

Relatou que a publicação possui rico conteúdo e que, recentemente, foi trabalhada e divulgada na Tenda Paulo Freire em parceria com o Departamento de Atenção Básica. Reforçou que a edição possui rico conteúdo e veio se somar a todas as outras já lançadas neste espaço tripartite.

Ofereceu um exemplar ao Ministro Arthur Chioro simbolizando o apoio no processo de construção do Sistema Único de Saúde.

▪ **Estado da Arte do Programa Mais Médicos - SGTES/MS:**

**MS:** Iniciou a apresentação com um balanço dos três primeiros ciclos do Programa e as previsões para o 4º ciclo, iniciado no mês de março. Relatou que até o final do 4º ciclo a expectativa é que seja atendida 100% da demanda dos Municípios. Informou o quantitativo de profissionais que já estão em atividade e o número de brasileiros beneficiados com esta estratégia do Governo Federal.

Citou as prioridades para o atendimento às regiões prioritárias e apresentou o perfil de vulnerabilidade das regiões a serem atendidas com o objetivo de promover a equidade para esses territórios.

Apresentou o mapa com a porcentagem da cobertura da população dos Municípios pelas Equipes de Saúde da Família com participação dos médicos brasileiros, intercambistas individuais e intercambistas cooperados que atuam pelo Programa Mais Médicos. Através do mapa pode-se perceber a importância do envolvimento dos médicos intercambistas cooperados, que preenche mais de 70% da demanda dos Municípios.

Fez menção à Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre as regras e penalidades para oferta de moradia e alimentação por parte dos Municípios e à Portaria Interministerial nº 16 e Resolução nº 1, que discorrem sobre as normas para a ausência injustificada dos médicos do Programa. Afirmou que os gestores estão orientados sobre as regras de descredenciamento e sobre o fluxo de fiscalização.

Apresentou os resultados da Operação Pente Fino realizada no mês de fevereiro. Citou o quantitativo de Municípios notificados e de visitas *in loco* após denúncias de irregularidades na oferta de moradia e alimentação aos médicos do Programa. Informou que a grande maioria destes Municípios já regularizaram suas situações e que apenas 1,5% do total de médicos em atividade foram desligados do Programa.

Sobre os impactos iniciais do Programa Mais Médicos no nível da Atenção Básica, citou o crescimento de aproximadamente 7% do número total de consultas e uma importante expansão na assistência aos pacientes portadores de Hipertensão Arterial, Diabetes e na área da Saúde Mental.

Reforçou a importância da informação das atividades desenvolvidas pelos médicos na plataforma do E-SUS para realizar o monitoramento e acompanhamento das ações que têm sido realizadas durante o Programa, citando a necessidade de que até abril de 2014 todos os médicos do programa estejam preenchendo as informações. Além disso, citou o empenho do Ministério da Saúde, apoiado por Conass e Conasems, para fortalecer as Comissões Estaduais através de encontros periódicos. Informou que foi construída uma Nota Técnica orientando e detalhando como tem sido a função de cada membro das Comissões e relatando quais os avanços e dificuldades relacionadas ao Programa.

Ainda no intuito de fortalecer as Comissões Estaduais, solicitou que o tema afeto ao Programa Mais Médicos seja ponto de pauta nas reuniões mensais das Comissões Intergestores Bipartite.

Ao final da apresentação, citou o cronograma das oficinas estaduais, do módulo de acolhimento dos médicos intercambistas e a previsão para o início das atividades referentes ao 4º ciclo do Programa.

**Conasems:** Reforçou o apoio ao Programa Mais Médicos e solicitou agregar mais informações acerca das outras fases do Programa, como os dados sobre a formação médica: criação de cursos de medicina, novas vagas para residência médica e cursos de especialização.

**Conass:** Parabenizou a atenção que os representantes do MS têm quanto à periodicidade das reuniões para discutir o Programa Mais Médicos. Reiterou a solicitação do Conasems quanto à necessidade de mais informações sobre a formação médica e quanto à formação dos demais profissionais de saúde no país.

Informou que existe uma grande dificuldade de interação entre os médicos brasileiros e os intercambistas e solicitou que os profissionais brasileiros participem da semana de acolhimento nas capitais com objetivo maior de interação entre esses profissionais.

Sugeriu ainda um reforço na comunicação entre o MS e os Estados no sentido de melhoria na informação e no acompanhamento da evolução do Programa Mais Médico, além de promover o fortalecimento das Comissões de Coordenação Estaduais do Programa.

Solicitou que sejam apresentados outros indicadores de saúde que têm sofrido alterações na Atenção Básica, além do número de consultas, com a ação do Programa Mais Médicos nos Municípios.

**DESTAQUE:** O Secretário André Bonifácio-SGEP/MS fez menção ao importante debate que o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, teve na Câmara dos

Deputados sobre o Programa Mais Médicos como estratégia exitosa do Governo Federal e como um grande avanço para o Sistema Único de Saúde.

**ENCAMINHAMENTOS:**

- Nos próximos informes ao plenário, agregar mais informações acerca das outras fases do Programa, como os dados sobre os processos relacionados á formação dos profissionais médicos: criação de cursos de medicina, novas vagas para residência médica e cursos de especialização;
- Agregar também análise dos indicadores de saúde na Atenção Básica, como exemplo: dados sobre o número de exames solicitados durante as consultas, o número de pessoas nas filas de espera para atendimento, o número de pessoas nas filas de cirurgias ambulatoriais, dados sobre tratamento sintomático sem diagnóstico;
- Recomendar que o tema “Programa Mais Médicos para o Brasil” seja como pauta de rotina instituído nas reuniões das Comissões Intergestores Bipartite;
- O CONASS irá orientar às SES para que as comissões de coordenação estaduais do “mais médicos” procedam a este informe em cada CIB.

**2. Apresentações e Discussões**

a) Pesquisa de opinião junto aos gestores estaduais e municipais sobre os HPP, realizada pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Pesquisa censitária de

**MS:** Apresentou os pesquisadores das instituições de ensino - NESCON/UFMG, FACE/UFMG e UFPEL - que estão realizando as pesquisas ao Plenário. E logo em seguida, agradeceu a Conass e Conasems pela participação e mobilização no sentido do bom andamento das pesquisas.  
  
Informou que atualmente estão cadastrados mais de 7.000 hospitais (SUS e não-SUS) no país,

Diagnóstico dos HPP realizada sob coordenação da Faculdade de Ciências Economicas da UFMG (FACE) e da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) – SAS/MS.

sendo aproximadamente 5.400 hospitais SUS e destes 3.275 são hospitais com menos de 50 leitos (Hospitais de Pequeno Porte) segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes 3.275, 62% são públicos, 23% são unidades sem fins lucrativos e apenas 15% são unidades privadas com fins lucrativos. Dentre os hospitais públicos, 90% estão sob gestão municipal, 9% sob gestão estadual e apenas 1% sob gestão federal.

Duas pesquisas estão sendo realizadas de forma concomitante. Uma delas é a Pesquisa de Opinião em parceria com a Nescon/UFMG que tem como objetivo principal conhecer as opiniões e expectativas dos gestores, por meio do método de ETAC (entrevista telefônica assistida por computador). O público alvo foi os 27 estados, sendo que apenas 1 estado não respondeu e 104 municípios.

Os resultados desta pesquisa foram apresentados a partir da percepção dos gestores estaduais e municipais sobre as variáveis propostas. No que diz respeito ao papel destes hospitais nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) tanto estados quanto municípios pontuaram a necessidade de se definir a relação destes hospitais com a Atenção Básica. Além disto, os municípios priorizaram a precisão de se definir o que os hospitais irão atender junto às Redes prioritárias, enquanto os estados deram ênfase à indigência de definição de protocolos de referenciamento.

Em relação à regulação, os municípios consideraram de maior importância a mudança nos protocolos de encaminhamento, enquanto os estados afirmaram ser a flexibilidade de encaminhamento para qualquer hospital, a principal variável.

Sobre os Recursos Humanos, os municípios valorizaram a necessidade de provimento de

médicos generalistas, sendo que os Estados valorizaram o provimento de médicos especialistas.

Tanto municípios quanto estados afirmaram que o principal problema em relação aos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) é o financiamento. Os gestores consideram que os recursos são insuficientes e estão mal distribuídos entre as Regiões. Além disto, a falta de definição de papel destes serviços e impedimentos orçamentários e contratuais para os gestores também se configuram como problemas importantes.

Estados e Municípios consideraram como principal demanda para os HPP o estabelecimento de mais recursos financeiros e solução para contratação de RH (médicos).

Além destas informações, a pesquisa trouxe algumas perguntas abertas para que os gestores relatassem problemas e propostas sobre os seguintes temas: o papel destes hospitais na RAS, RH (capacitação e contratação) e financiamento.

Quanto ao Papel destes hospitais pôde-se perceber que as Regiões Norte, Nordeste apontam para um perfil de hospital geral enquanto as regiões Sul e Sudeste para uma “especialização” destes hospitais. Sobre os Recursos Humanos dois dos principais problemas mencionados foram: a escassez de profissionais e a dificuldade de obtenção de recursos financeiros para contratação.

Na questão sobre financiamento ficou claro que tanto para os municípios quanto para os estados o maior “peso” no financiamento está nos gastos com Recursos Humanos



(especificamente médicos). E nesta questão propuseram financiamento tripartite e orçamentação global.

A Pesquisa censitária em parceria com a FACE/UFMG e UFPEL realizou um diagnóstico situacional por meio de visitas *in loco*, com 160 pesquisadores. Nesta 1ª fase a pesquisa foi realizada em 4 estados (AM, BA, MA e GO) englobando 2.600 cidades, em que foram visitados 853 hospitais.

A pesquisa concluiu que a maioria destes hospitais é público, está sob gestão municipal e tem perfil assistencial de Pronto-atendimento 24 horas com leitos clínico, obstétrico e pediátrico. Estes hospitais estão localizados em municípios entre 10.000 e 50.000 habitantes e encontram-se fora das regiões metropolitanas.

Um dado importante chamou a atenção nesta pesquisa: 42% dos hospitais visitados têm mais de 50 leitos. Isto indicou a necessidade de se aprofundar nesta análise e discussão.

A pesquisa também abordou os hospitais que atendem exclusivamente SUS. Estes são em sua grande maioria hospitais públicos e estão sob gestão municipal.

Outro dado importante é que o gasto da folha de pagamento apenas com profissionais médicos, destes hospitais chega a 64%. Quando cruzados os gastos da folha de pagamento versus as despesas totais destes hospitais os gastos chegam a 76%. Em relação às despesas totais houve uma grande variação nos valores, portanto, as Universidades farão novos

cruzamentos para qualificar estes dados.

Por fim, pontuou que a pesquisa demonstrou incompatibilidade entre os números de leitos cadastrados no CNES e o informado, dificuldade de obtenção dos dados relativos a recursos humanos e financiamento. Afirmou ainda que esta pesquisa será realizada em todo o país até o final de junho e indicou pela continuidade desta discussão no GT de Atenção à Saúde com o intuito de pactuar uma proposta de Política na CIT de abril.

**Conass:** Parabenizou o MS e as instituições de ensino/pesquisa pelas pesquisas. Em seguida, reiterou a necessidade de se construir uma proposta que vá além de uma proposta apenas de financiamento, ou seja, que englobe o papel deste hospital na RAS. E por fim, reafirmou ser ideal termos em abril uma proposta conclusiva desta Política por conta dos prazos legais de repasse de recursos que existem neste ano eleitoral. Finalizou afirmando ser importante ter um repasse financeiro, ainda este ano, para os municípios no intuito de se manter a continuidade destes serviços.

**Conasems:** Parabenizou o MS e afirmou que este é um tema muito caro para o Conasems. Afirmou que o entendimento dos gestores municipais é de que se deva preservar estes hospitais por isto devemos nos aproximar da realidade destes serviços e extrair disto uma possibilidade de manutenção financeira destes serviços. E solicitou maiores informações sobre o co-financiamento destes serviços pelos Estados.

**MS:** Informou que as solicitações e propostas de Conass e Conasems serão discutidas em

	<p>Colegiado do Ministro, neste mesmo dia. E em resposta ao Conasems informou que já existem informações sobre as fontes de financiamento (estado, municípios ou união) tanto de investimento quanto de custeio e que, portanto disponibilizará tais informações.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• continuidade desta discussão no GT de Atenção à Saúde com o intuito de pactuar uma proposta de Política na CIT de abril;</li> <li>• solicitado maiores informações sobre o co-financiamento destes serviços pelos Estados.</li> </ul>
<p>b) Avanço na implantação do Sistema Nominal de Imunização SI-PNI – SVS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> contextualizou sobre a situação do sistema nacional de imunização, informando que desde 1973, quando o Programa Nacional de Imunização foi criado, tem se tentado aperfeiçoar o sistema de registro. Destacou que a incorporação de muitas vacinas no calendário, a exemplo da influenza e rota vírus, na década de 2000, implicou em constantes mudanças de versões do Sistema de Avaliação do Programa Nacional de Imunizações - SI-API, dada a necessidade de outras informações não disponíveis no SI-API tais como: informações sobre vacinação de melhor qualidade e mais reais, compatibilidade dos bancos de dados, conhecer o vacinado (ou não vacinado), irregularidade no envio, baixa sensibilidade e dificuldades próprias das bases, o que induziu a criação de um novo sistema de informação “Sistema de Informação Nominal”. A grande inovação do novo sistema é que por ser nominal, resolve o problema de segmento que antes só era possível mediante a confecção</p>

do cartão espelho, arquivo físico. Além disso, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI resolve problemas antigos como a perda de seguimento, coberturas irreais e o monitoramento da movimentação de imunobiológicos.

Fez menção a Portaria nº 2.363, de 18 de outubro de 2012, que institui repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para fomento na implantação do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no âmbito das unidades de saúde, ressaltando a adesão de 96% das 34 mil salas de vacina no país, o que implicou no repasse de 50 milhões e 350 mil reais para aquisição dos kits de computadores. Salientou que as aquisições foram realizadas de três formas: compra centralizada (aquisição feita pelo Estado), descentralizada (aquisição feita pelo Município) e mista (parte pelo Estado e parte pelos Municípios), pactuadas na CIB. Apresentou quadros das modalidades de aquisição por Estado, demonstrando a situação atual, as facilidades e dificuldades de cada tipo de modalidade.

Discorreu sobre as ações desenvolvidas na implantação do SI-PNI a saber: Implantação da HPV – esquema vacinal estendido , curso de Educação a Distância - EAD para vacinação HPV com módulo específico sobre registro nominal, capacitação de todas as unidades federativas - UF, vídeo aulas SI-PNI: 10 módulos – Canal no Ministério da Saúde no Youtube, manual do SIPNI atualizado, capacitação de suportes técnicos de informática locais, Interoperabilidade com o e-SUS e supervisão, resolução de problemas e identificação de entraves para

implantação do SI-PNI em todas as UF 1º. Semestre 2014. Solicitou o compromisso e empenho dos gestores Estaduais e Municipais com os processos de licitação para que seja concluído com a maior brevidade possível o processo de implantação.

Expôs as perspectivas do SISNI: Versão online do módulo de Eventos Adversos Pós Vacinação – EAPV, interoperabilidade com e-SUS (ficha de coleta de dados compatibilizada para a entrada de dados), disponibilização do manual de uso e instalação, e acessibilidade à internet. Concluiu com a projeção de gráficos afetos a Cobertura vacinal com tríplice viral em crianças de 1 a 6 anos de idade, na campanha de seguimento, por UF, no ano de 2011 e a Cobertura vacinal por estrato (<95% e ≥95%) com vacina dupla viral \*ou tríplice viral segundo estratégia de vacinação, 2011, 2012 nos municípios com casos confirmados de sarampo no estado de Pernambuco, BR, 2013.

Na oportunidade, em resposta ao questionamento do Conass e Conasems, esclareceu que o desabastecimento com a vacina BCG no final do ano de 2013 não ocorreu por problemas de produção, mas sim, administrativos. Disse que o convênio firmado de 2 anos com o prestador estabelecia um ajuste ao final do 1º ano. O prestador demorou 6 meses para apresentar a proposta e o MS mais 4 meses para discussão interna quanto aos aspectos legais e de economicidade da proposta. Outro fato foi que o prestador optou por não entregar os insumos enquanto o contrato não fosse assinado, o que culminou na falta de vacinas. Na oportunidade, salientou que o fornecimento da BCG já foi regularizado desde o início de março/2014.

Acrescentou informando a contratação do Instituto de Pesquisa e Economia da Universidade de São Paulo – USP para realização de uma avaliação e planejamento de oferta de vacina à população, no intuito de garantir o acesso das pessoas e proporcionar maior racionalidade. Ressaltou o nascimento de aproximadamente 2.850.000 (dois milhões e oitocentos e cinquenta mil) crianças por ano no Brasil e o gasto de 10.000.000 (dez milhões) de doses de BCG/ano no país, sendo que o esquema vacinal do referido imunobiológico é dose única.

Disse também que no tocante ao desabastecimento de soro, informou que houve um bloqueio na produção em virtude da ANVISA exigir dos fabricantes nacionais a Certificação de Boas Práticas. Após articulação da Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS junto à ANVISA, esta aprovou a produção compartilhada dos soros enquanto os laboratórios se adequam para a certificação de boas práticas.

**ENCAMINHAMENTOS:**

- MS solicitou o compromisso e empenho dos gestores Estaduais e Municipais com os processos de licitação para que seja concluído com a maior brevidade possível o processo de implantação.
- Explicitar que o referido sistema deverá ser pautado no GT de Gestão, subgrupo de Informação & Informática para discussão da operacionalização do Sistema;

<p>c) Incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica – SAS/MS.</p> <p>d) Arranjo organizacional da(s) Equipe(s) de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-grossense e dá outras providências – SAS/MS.</p> <p>e) Valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) e dá outras providências – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Reforçou que a intenção é marcar uma agenda no GT de Atenção, com a maior brevidade possível, para ajustes necessários e viabilizar um conjunto de questões, visando, inclusive, a possibilidade de assinatura da Portaria pelo Ministro na abertura do Congresso Norte/Nordeste que acontecerá em Manaus no período de 14 à 17 de abril.</p> <p>Relatou acerca da situação atual do Telessaúde, o que, embora já tenha avançado em relação a política construída desde 2007 em conjunto com a SGTES e que, desde 2011 ganhou a parceria da SAS, há um desencontro entre o potencial do telessaúde e o número muito baixo de teleconsultorias; de maneira que este tem um papel muito importante na formação dos profissionais, na educação permanente, na organização do processo de trabalho do conjunto dos profissionais das equipes, porém, ainda é um papel muito tímido frente ao potencial que o sistema tem do ponto de vista de evitar os encaminhamentos de casos desnecessários, bem como otimizar as ofertas na atenção ambulatorial especializada.</p> <p>Nesse sentido, o resultado médio contrasta com o resultado de alguns lugares, que atestam esse potencial, a exemplo do Rio Grande do Sul, no qual foi realizado um estudo articulando a regulação naquele Estado e o telessaúde. Identificou-se que dos casos avaliados, como o de endocrinologistas, com relação ao diabetes, que 30% dos casos efetivamente deveriam ter sido encaminhados, mas, 37% não, ou seja, este percentual a teleconsultoria resolveu sem a necessidade de encaminhamento. E os outros 33% estavam suspensos aguardando reavaliação, porque haveria uma negociação quanto ao cuidado compartilhado do teleconsultor com o profissional da equipe, ou porque poderia estar sendo encaminhado sem informações, o que geraria novo retorno à Atenção Básica e nova marcação de consulta na</p>
--	---

atenção especializada.

Na medida em que o Telesaúde pode dar uma resposta em até 72 horas, conforme definido na portaria, e os encaminhamentos, como endócrino, em que o PMAQ aponta números que passam de 2 meses, pode sim ser uma etapa no processo de trabalho acrescida, porém, que encurta o tempo e baseia-se em evidências e protocolos. Em síntese, ao contrário de já se encaminhar o usuário, para os casos previstos, encaminha-se primeiro à teleconsultoria.

Então, essa nova portaria trabalha a ideia de instituir o incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de telessaúde, uma vez que nenhuma outra portaria tem esse critério, ou seja, o que prevê o custeio dos núcleos que já foram implantados. Observou que há um componente fixo e um variável. Cada um com 50%. O primeiro considera as equipes participantes, que são aquelas cadastradas na plataforma, seja a do MS seja própria, que o núcleo de telessaúde utiliza na unidade básica cadastrada, que tem um ponto de telessaúde conforme previsto na portaria mãe. E, por fim, a equipe tem que ter equipamentos e um histórico de solicitações de teleconsultorias. Já o componente variável tem 3 outros critérios, quais sejam: um relacionado ao uso que é a atividade das equipes participantes e dos médicos participantes, trabalhando com percentuais de uso do telessaúde a cada mês por parte das equipes que são participantes. É preciso estimular não só o uso do telessaúde pelas equipes como também, em especial, pelo médico, sendo este inclusive o maior responsável pelo conjunto dos encaminhamentos. Outro critério é a definição de linhas de cuidados prioritários e implantação de protocolos de encaminhamento e teleconsultoria, pactuação regional de fluxos e critérios comuns, tanto o telessaúde quanto a regulação, inclusive em



esforço conjunto entre o DRAC, DAB e DAET, e a solicitação de consultorias relacionadas, o que a partir da organização do fluxo de cada um, será acompanhada da execução de cada teleconsultoria para que em cada região, seja na CIR e CIB, se pactuem algumas linhas de cuidados prioritários de acordo com a realidade epidemiológica e o planejamento local, qualificando as teleconsultorias. O último critério está relacionado a produção total de teleconsultorias, com mínimos revistos a cada 3 meses. Então, essa portaria trabalha com percentuais de usos do telessaúde a cada mês por parte das equipes que são participantes, sendo que, atualmente, é um número insuficiente, com quase 66 encaminhamentos por teleconsultoria. O GT de Atenção a Saúde e o GT GATES poderão acompanhar esse trabalho para verificar o impacto disso, revendo o mínimo de consultoria, podendo aumentar, num prazo de um ano ou um ano e meio, em até 10 vezes o que vem sendo feito.

**Conass:** Concordou com o mérito das minutas de portaria e com o agendamento no GT de Atenção para que sejam ajustadas e possivelmente a assinatura no Congresso Norte/Nordeste. Ponderou a quantidade de temas relevantes a serem pactuados na CIT de abril, tais como: HPP, o ressarcimento, o PMAQ/Cegonha, não podendo mais ser adiados. Propôs pactuar as minutas por ad referendum, caso sejam consensuadas na reunião do GT supracitado.

**Conasems:** Corroborou com o Conass, contudo, solicitou a participação do Cosems de TO e AM, quando da discussão no GT de Atenção, alertando para o fato de que a reunião teria que acontecer com a maior brevidade possível, uma vez que há previsão de muitas pactuações para a CIT de abril.

**MS:** Encaminhou que a reunião do GT de Atenção acontecesse nos dias 31 de março e/ou 1º de abril. Reforçou que na CIT de abril haverá prioridade nas pactuações e os informes serão menores.

**SAS:** Sobre o arranjo organizacional das ESFR, explicou que a intenção é apresentar a nova modelagem para as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) nesta CIT e a partir dessa proposta, levar a discussão ao Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde para adequações e viabilizar o lançamento e a assinatura no II Congresso de Secretarias Municipais de Saúde das Regiões Norte e Nordeste (14 a 17 de abril, em Manaus – AM).

A primeira proposta trata da redefinição organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR), criadas em 2010 e com ajustes feitos em 2011, como incluí-la na Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria GM/MS nº 2488/11. Todavia, baseado nas diversas demandas da realidade local, nas dificuldades que os municípios têm de implantar essas equipes, ainda é preciso algumas adaptações, no que diz respeito à necessidade de:

- Ampliar o número de profissionais (ACS, Microscopista e auxiliar/técnico de enfermagem), vinculados a essas equipes e fixados no território disperso;
- Aumentar para 2 o número de profissionais que compõem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo ser o enfermeiro ou qualquer outro profissional, haja vista a impossibilidade do NASF em assistir além da Equipe de Saúde da Família a ESFR;

- Criar incentivo para gastos com estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) chamadas de Apoio/Satélites e de apoio ao transporte das equipes, uma vez que há gastos elevados com logística e transporte, e o custeio existente assegura apenas o financiamento das equipes.

Finalizou a apresentação ressaltando que para todos os casos supracitados, dependerá sempre da avaliação do gestor.

**MS:** Quanto aos valores de financiamento das ERFs, explicou que os novos valores foram calculados com base nos resultados apresentados pela Relação Anual de Informações Sociais – RAIS e pelo Cadastro Geral de Empregados e Desempregados – CAGED. Destacou que esta nova proposta altera o estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB e explanou que foi realizada pesquisa com municípios que praticam o serviço de UBSF, aonde identificou-se que a tabela atual estava abaixo do necessário para realização do serviço. Ressaltou que atualmente são financiadas menos de 10 equipes de UBSF e que a meta é financiar 15 ou 16 equipes até o final do ano de 2014.

**ENCAMINHAMENTOS:**

- Pautar as referidas minutas de portarias no GT de Atenção à Saúde, nos dias 31 de março ou 1º de abril, para que sejam ajustadas e, havendo consenso, serem pactuadas por ad referendum e assinadas no II Congresso de Secretarias Municipais

	de Saúde das Regiões Norte e Nordeste.
f) Estado da Arte da Rede Cegonha – SAS/MS.	<p><b>MS:</b> Afirmou que a Política de Atenção Integral à Saúde das Mulheres tem como principal ação a implementação da Rede Cegonha mediante a qualificação do modelo de atenção à gravidez, parto e nascimento, aborto e puerpério. O objetivo principal desta ação é obter a adesão de 100% dos municípios ao componente pré-natal com recursos repassados e qualificação do cuidado. Neste sentido, informou que atualmente 5.488 municípios já aderiram ao componente pré-natal, o que indica adesão 98,5%.</p> <p>Em relação à implantação do SISPRENATAL WEB, atualmente, 4.722 municípios utilizam o sistema, que nos informa que existem 435.584 gestantes ativas, sendo 1.222.024 gestantes totais cadastradas. Isto mostra que as dificuldades informadas pelos municípios, de inconsistências neste sistema já foram resolvidas e o Sistema hoje é considerado confiável e trabalha de forma integrada com o E-SUS.</p> <p>Informou ainda que está sendo desenvolvido um novo módulo do SISPRENATAL, que se chamará SISPERINATAL, vinculado a AIH que tem como objetivo prover as maternidades de informações mínimas sobre o processo e a qualidade da assistência às mulheres. Este sistema já foi discutido no GT de Gestão subgrupo de Informação e Informática.</p> <p>Quanto a insumos estratégicos para apoio à qualificação do pré-natal a meta de distribuição é 40.000 e já foram disponibilizados 20.000: Cadernos de Atenção Básica pré-natal, balanças e detectores fetais para todas as UBS. Bem como, a distribuição e monitoramento de Teste rápido de gravidez, Sífilis e HIV aos municípios. Neste momento, fez um destaque quanto à</p>

transmissão de sífilis vertical no Brasil que se encontra em proporções vergonhosas e tem aumentado o que indica a necessidade premente de intensificar e qualificar estas ações.

Informou ainda que 203 Regiões de Saúde já possuem Planos de Ação Regional e Grupos Condutores Estaduais constituídos, além disto, outros 43 Planos de Ação Regionais estão em análise.

Em relação à qualificação de leitos, a meta é qualificar 3.822 leitos de gestação de alto risco (GAR) e já alcançamos 2.031 leitos (53%). Em relação a UTI Neonatal a meta era implantar 683 novos leitos e qualificar 2.590. Já qualificamos 2.204 (85%), além dos 766 leitos novos já habilitados. Quanto aos leitos de UCI Neonatal implantamos apenas 247 (21%) leitos novos porque este tipo de leito tem sido considerado como pouco vantajoso do ponto de vista financeiro para os estabelecimentos de saúde. Apesar disto, 77% da meta já estão qualificados.

Sobre o processo de Monitoramento e Avaliação da Implantação da Rede Cegonha nos territórios foi deflagrado um processo importante com foco nos Planos de Ação Regional, especificamente no componente da Atenção Hospitalar. Em conjunto com as SES e os Cosems foi construída uma metodologia de avaliação de todas as maternidades que possuíam Planos de Ação Regional avaliando 4 grandes indicadores. Este processo foi realizado em 77% destas maternidades.

Sobre a implantação de Centros de Parto Normal (CPN) e Casas de Gestante, Puérpera e Bebê (CGBP) com adequação da Ambiência dos centros obstétricos informou que nos anos de 2011/2012 foram aprovadas e empenhadas 88 propostas (dados do Sistema de Gestão de

Convênios e Contratos de Repasse do Governo Federal – SICONV), sendo que apenas 4 estão com obra em andamento, 12 em licitação e 02 aprovados o que demonstra uma baixa execução da proposta. Com o recurso de 2013 (dados do Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB) obtivemos 99 propostas aprovadas.

Para construção de novas maternidades: nos anos de 2011/2012 obtivemos 12 propostas aprovadas e empenhadas, sendo 2 ampliações e 10 construções. E em 2013 obtivemos 7 propostas, sendo 6 construções e 1 ampliação.

Um dos principais objetivos da Rede Cegonha é intensificar o processo de qualificação da atenção e da gestão em 32 maternidades prioritárias e redes locais, para acelerar a redução da morte materna e promover a maternidade segura por meio de monitoramento dos planos e apoio matricial para implementação dos dispositivos: acolhimento com classificação de risco (ACCR), acompanhante no parto, co-gestão, equipe horizontal de cuidado, ambiência, monitoramento e avaliação, implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Um dos grandes desafios da Rede Cegonha é a formação de profissionais e neste sentido informou que já conseguiu capacitar 407 parteiras tradicionais, com entrega do “KIT parteira”; além da abertura de 300 vagas de especialização e residência em enfermagem obstétrica com início previsto para abril de 2014.

Em pesquisa de satisfação da usuária da Rede Cegonha: 83% destas mulheres disseram ter recebido uma atenção respeitosa durante o parto, enquanto apenas 28% das mulheres tem

	<p>tido direito a acompanhante no parto.</p> <p>Por fim, em relação ao fortalecimento, ampliação do acesso ao planejamento reprodutivo e qualificação da atenção com foco na reprodução humana assistida informou que atualmente existem apenas 10 hospitais no país que ofertam atendimento para mulheres com problemas de infertilidade, pelo SUS, o que significa um problema de iniquidade.</p> <p>Finalizou afirmando que esta discussão deve ser mais bem trabalhada no GT de Atenção à Saúde.</p> <p><b>Conasems:</b> Corroborando a fala do MS afirmou que a intenção de Conass e Conasems ao solicitar esta apresentação é de que esta discussão sobre a Rede Cegonha, assim como todas as outras Redes Temáticas deve reverberar e produzir discussões no GT de Atenção.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprofundar a discussão no GT de Atenção à Saúde;</li> <li>• Reiterou a necessidade de se realizar uma avaliação da Rede de Atenção como um todo e não apenas de componentes específicos;</li> </ul>
<p>g) Estado da Arte da Assistência ao Glaucoma – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Esclareceu que, conforme pactuado na CIT de fevereiro de 2013, os colírios para tratamento do glaucoma serão Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, regulamentado pela Portaria 1554/2013. Por solicitação do CONASS e CONASEMS, esta apresentação está sendo realizada, em virtude dos estados estarem com dificuldades para finalização dos processos de aquisição desses colírios e a necessidade dos Estados e Municípios debaterem nas CIB o processo de descentralização dos colírios, além das questões</p>

relativas a assistência ao paciente com doença ocular. Informou que foi realizada discussão conjunta entre o GT de Atenção e o GT de Ciência & Tecnologia da CIT para avaliar as condições e prazos necessários para alteração do modelo da política de oferta dos colírios e a conformação do modelo assistência na área da oftalmologia. Como resultado desta discussão, foi solicitada a apresentação do panorama da assistência ao glaucoma à CIT. Reiterou que a migração dos medicamentos será do Teto da Média e Alta Complexidade – MAC para o CEAF, o que inicialmente gerou uma preocupação sobre desassistência ao portador de doença ocular (glaucoma). No entanto, foi justificado que não será a mudança na forma de dispensação dos medicamentos que provocará desassistência, alertando que existem informações que garantem tal posição. Esclareceu que o glaucoma é a primeira causa de cegueira irreversível no mundo e, segundo a OMS, existem cerca de 67 milhões de pessoas no mundo com algum tipo de glaucoma e que no Brasil há escassez de informação quanto à prevalência do glaucoma. Elucidou todo o processo realizado para o tratamento no período de 2008-2012 e também o cenário apresentado, considerando estimativas e levantamentos realizados nos anos de 2011 a 2013, sendo assim também se evidenciou a necessidade de ampliação do acesso ao cuidado diagnóstico e tratamento do glaucoma. Apresentou a proposta inicial pactuada pelos GTs de Atenção e de Ciência & Tecnologia da CIT, que altera o prazo de migração do procedimento para 31/07/2014, observando que segundo levantamento realizado pelo DAF/SCTIE/MS, 16 Estados já possuem condições de realizar a migração para o CEAF. Por fim, destacou que, após conversas realizadas e solicitação do CONASS e CONASEMS, existe uma nova proposta de dilatação do prazo da



portaria nº 3.293/2013, para que os estados realizem a dispensação dos colírios do glaucoma pelo CEAF, até o final do ano de 2014. No entanto, os Estados que já possuem condições de dispensar os colírios pelo CEAF, antes do fim de 2014, podem fazê-lo, devendo, obrigatoriamente, pactuar a forma de acesso na CIB, comunicando ao DAF/SCTIE/MS por meio de ofício específico, sendo que é vedada a duplicidade de registro no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) dos procedimentos de colírio do glaucoma concomitantemente aos procedimentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, estando os gestores sujeitos à auditoria. Também, será priorizada a discussão do colírio para tratamento do glaucoma, que é parte do processo do cuidado, nas discussões para elaboração da proposta de atendimento especializado em saúde ocular, do componente ambulatorial da atenção especializada. Aos estados que estarão se adaptando às novas regras até o fim de 2014, sugeriu apoio tripartite, acompanhando todo o processo de migração, bem como monitoramento da produção informada dos procedimentos referentes ao tratamento do glaucoma. Fica também registrado que a prorrogação da execução da Portaria nº 1.554/GM/MS, de 30 de julho de 2013, na qual altera o prazo para disponibilização de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, foi proposta e solicitada por Conass e Conasems, em virtude dos respectivos questionamentos de risco de desassistência e que nem todos os estados da Federação estão aptos, no momento ou no prazo estipulado inicialmente pela referida portaria, para migrarem para o CEAF.

**ENCAMINHAMENTOS:**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DAF/SCTIE encaminhará para apreciação de Conass e Conasems, a proposta de minuta de portaria que altera os prazos de migração dos medicamentos referentes ao tratamento do glaucoma para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF;</li> <li>• será encaminhado para discussão do Colegiado do MS no dia 27/03/2014;</li> <li>• Após essas etapas, será encaminhado um ofício circular conjunto (SAS e SCTIE) contendo todas as orientações acerca da Assistência ao Glaucoma aos gestores e pautado no GT de Atenção à Saúde da Câmara Técnica da CIT, a discussão da referida assistência.</li> </ul>
--	--

### 3. Discussões e Pactuações

<p>a) Minuta de Portaria que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ – Maternidades) e o respectivo incentivo financeiro – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Fez um breve histórico sobre o tema informando que a proposta PMAQ Maternidades foi construída em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha. Afirmou que a proposta é instrumento essencial para complementar e qualificar a atenção obstétrica e neonatal e possui como foco maior a redução da mortalidade materna e infantil.</p> <p>A intenção do PMAQ Maternidades é oferecer incentivo financeiro para qualificar a gestão e a atenção ao parto e nascimento por meio pactuação de metas e resultados, estimulando os partos normais e reduzindo os partos cesáreos, que atualmente ocupam 56% do total do número de partos no país.</p> <p>Para implementação do PMAQ Maternidades, sugeriu instituir por meio de Portaria, o</p>
--	--

incentivo de R\$ 120 reais por procedimento de parto normal e R\$ 80 reais por procedimento de cesariana. Relatou que a diferença entre os valores de parto normal e cesariana é utilizado como indutor da redução da taxa de cirurgia cesariana.

Informou que o repasse do incentivo financeiro será realizado em quatro parcelas. As duas primeiras ofertarão 30% na autoavaliação e 70% após a primeira avaliação externa e de acordo com os resultados. Para as duas primeiras parcelas o valor do incentivo será calculado de acordo com a produção de partos normal e cesariana realizada nos 12 meses anteriores à adesão, e as outras duas parcelas ofertarão até 50% após a segunda e terceira avaliações externas e de acordo com os resultados. Para o cálculo das duas últimas parcelas será considerada a produção dos 12 meses anteriores à 2ª avaliação externa. A fonte de informação para o cálculo dos incentivos será o SIH/DATASUS.

Apresentou o cenário da atenção ao parto no Brasil e informou que os serviços que realizam partos no âmbito do Sistema Único de Saúde são muito diversificados tais como maternidades, unidades mistas e hospitais gerais. Todos os serviços possuem características específicas de cada Estado ou Município.

Citou os objetivos, geral e específicos, do PMAQ Maternidades, dentre eles o incentivo de medidas de melhoria do acesso e da qualidade da gestão e do cuidado no intuito de ampliar a atenção obstétrica e neonatal nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que realizam 50 ou mais partos por ano. Afirmou que, para efeitos do Programa, todos os EAS participantes serão nomeados como “Maternidades”.

Propôs o recorte do Programa que abrangerá os serviços que realizam 200 ou mais por ano (93% do total de partos/SUS) e os serviços que realizam de 50 a 199 partos por ano desde que tenham 50 ou mais leitos (1,82% do total de partos/SUS). Salientou que o recorte sugerido pelo Programa de maternidades que realizam 50 a 199 partos, desde que tenham 50 ou mais leitos é em razão de que os hospitais que tem menos de 50 leitos são HPP e que estão dentro da pesquisa que está sendo realizada pela CGHOSP com vistas ao desenho de uma nova política para estes hospitais, que terá como base a vocação dos mesmos.

Fez referência ao ciclo avaliativo do PMAQ Maternidades o qual está organizado em 4 etapas: Adesão, Auto-Avaliação, Avaliação Externa e o Plano de Ação e Implementação das Ações; além disso enfatizou o conjunto de diretrizes e boas práticas norteadas pela Política Nacional de Humanização e pela Rede Cegonha que norteiam a proposta e que, se cumpridas à risca, reduzem consideravelmente a mortalidade materna e neonatal.

Informou que o processo de aferição do Programa será de forma progressiva e gradual para possibilitar aos gestores e sua equipe melhores condições para implementação das diretrizes e boas práticas propostas.

Ao final da apresentação pontuou que a meta do PMAQ Maternidades é que, até o ano 2016, a maternidade que aderir ao Programa e obtiver escore igual ou superior a 80% da pontuação, receberá o Selo PMAQ-Rede Cegonha e passará a contar com incentivos agregados ao valor do procedimento.

**Conass:** Propôs que o PMAQ Maternidades venha acompanhado de um cronograma com

previsão para implantação dos elementos e componentes da Rede Cegonha em todas as regiões de saúde dos Estados.

Sugeriu alterações para a redação da minuta de Portaria quanto à metodologia para implantação da qualificação do Programa. Salientou que deverá haver consonância com Redes de Atenção à Saúde e reforçou que deverá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite.

Questionou o número de leitos e as possíveis alternativas assistenciais que essas maternidades podem oferecer. Solicitou que seja esclarecido, nos termos da Lei. Perguntou como está programada a contratualização dos hospitais e que o texto deverá estar em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

Quanto ao financiamento, propôs que seja esclarecido no documento que o recurso da proposta não venha competir com o processo de implantação da Rede Cegonha para as regiões de saúde.

Sugeriu a celeridade no processo da habilitação dos Planos de Ação Regional que associado ao PMAQ Maternidades possibilitará ampliação de recursos financeiros.

Solicitou aprofundar as discussões no GT de Atenção à Saúde e, após o alinhamento destes detalhes, retornar com a proposta ao Plenário Tripartite para pactuação.

**Conasems:** Disse que é favorável ao mérito da proposta, corroborou com as considerações feitas pelo Conass e complementou solicitando maior atenção à questão do controle e do

financiamento da proposta.

Afirmou que a proposta do Programa deverá ser vinculada à Rede Cegonha e que deve haver conformidade com os Hospitais de Pequeno Porte.

Sugeriu oferecer maior incentivo aos procedimentos de partos normais e reduzir o valor dos partos cesarianos e que, a partir desta iniciativa, reverter o cenário de atenção aos partos no âmbito do SUS.

**MS:** Propôs que a pactuação seja adiada e concordou que a proposta é complexa e requer aprofundamento nas discussões nos Grupos de Trabalho.

Fez observação quanto às considerações que deve ser esclarecido na redação da Portaria que a proposta tem que se dá onde tem os Planos de Ação Regionais (PAR) e deverá seguir para deliberação na Comissão Intergestores Bipartite.

Concordou que deverá ser feito esforço para que haja conformidade da proposta do PMAQ Maternidades com as Redes de Atenção, com a política de contratualização, com a PNHOSP e coerência com as propostas dos HPP.

O Ministro da Saúde, Arthur Chioro, considera pertinentes as considerações de Conass e Conasems. Sugeriu que a discussão da proposta retome nas reuniões dos Grupos de Trabalho para que seja alinhada e aperfeiçoar o processo de construção do PMAQ Maternidades.

Também apoiou as considerações feitas pelo Conass que deverá estar previsto no documento

como será o monitoramento da política. Reiterou que a modalidade de incentivo deverá ter guarida na modalidade de contratação e de pagamento do serviço e que todos esses detalhes deverão estar nos termos jurídicos e devem estar em conformidade com as Redes de Atenção à Saúde.

**ENCAMINHAMENTOS:**

- Conass propôs que o PMAQ Maternidades venha acompanhado de um cronograma com previsão para implantação dos elementos e componentes da Rede Cegonha em todas as regiões de saúde dos Estados.
- Sugeriu alterações para a redação da minuta de Portaria quanto à metodologia para implantação da qualificação do Programa. Salientou que deverá haver consonância com Redes de Atenção à Saúde e reforçou que deverá ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite.
- Solicitou aprofundar as discussões no GT de Atenção à Saúde e, após o alinhamento destes detalhes, retornar com a proposta ao Plenário Tripartite para pactuação.
- A minuta de Portaria retornará para discussão no GT de Atenção à Saúde e deverá guardar consonância com a política de HPP
- Proposta para pactuação do PMAQ Maternidades na CIT de Abri/2014.

<b>4. Informes</b>	
<p>a) Iniciativas da SCTIE em Assistência Farmacêutica e Incorporação Tecnológica – SCTIE/MS.</p>	<p>Esclareceu acerca da reimpressão da Rename, afirmando que esta conterà todas as pactuações feitas na CIT, visando contribuir amplamente. Informou que fez convite aos Presidentes de Conasems e Conass para apresentação conjunta dessa versão reimpressa, sem prejuízo dos trabalhos de avaliação da nova rename, esta sim, para 2014. Quanto à demanda de solicitação de melhor acompanhamento do processo de incorporação tecnológica por parte de Conass e Conasems, fez referência ao que apresentou no CONARES para reforçar o fortalecimento das instâncias já existentes. Alertou para o fato de que dentro da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica - Conitec existem duas subcomissões, sendo que uma trata da Rename, especificamente, e a outra que trata dos protocolos clínicos de Diretrizes Terapêuticas; além da Subcomissão da Renases. Assim, a intenção é estimular fortemente a participação de Conass e Conasems em utilizarem esses espaços para a discussão de todo o processo de incorporação, além de incluir os temas no Grupo de Trabalho de Ciência &amp; Tecnologia, avançando no processo de incorporação, não sendo necessário qualquer mudança no fluxo já estabelecido.</p> <p>Quanto ao financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, informou que em conversa com o Secretário Executivo do Ministério da Saúde, o tema será introduzido em Grupo de Trabalho, de modo sistemático, envolvendo a Secretaria Executiva, a Secretaria de Ciência e Tecnologia – SCTIE, pelo Departamento de Assistência Farmacêutica – DAF, e a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, pelo Departamento de Atenção Básica – DAB no que diz respeito ao</p>



financiamento da Assistência Básica, bem como Conass e Conasems, reafirmando que será dado início ao processo para aprofundamento do que já fora pactuado.

Quanto às ações concretas da assistência farmacêutica, informou que vem fazendo um levantamento para viabilizar a participação do Ministério da Saúde em acordos de preços que impactam nos estados e municípios nas compras, o que tem uma interface com a Judicialização, e por isso serão chamadas empresas no sentido de se firmar acordos de preços que permitam baratear os custos, bem como a possibilidade de apoio aos consórcios públicos, a exemplo do Sul do Estado de Alagoas, que tem uma experiência bem sucedida nesse sentido.

Informou que houve uma intensificação do papel da CMED, pois, para se ter uma ideia, em 2011, houve multa no valor de 23.000 (vinte e três mil reais), em 2012, foi no valor de 115mil, e no ano passado, 2013, foi de 4.470.000,00 (quatro milhões, quatrocentos e setenta mil). Fez menção ao ofício enviado a Conass e Conasems solicitando, inclusive, que em caso de problemas que não sigam as regras de preço máximo de venda ao governo, fosse informado pessoalmente, como Secretário, para que possa mobilizar a Câmara de Regulação de Medicamentos e Preços, reforçando a necessidade de se ter conhecimento do quadro atual para que possa acionar os três entes a atuarem.

No campo da Judicialização, alertou para o fato de que houve uma intensificação nas ações junto aos Estados e Municípios, a exemplo das ações perante o Ministério Público Federal, no qual as demandas preventivas, ou seja, aquelas antes de surgir uma ação civil pública, aumentaram de 90 para 149, correspondendo a um percentual de mais de 50% do

	<p>chamamento da Conitec como instância consultiva para subsidiar o judiciário, envolvendo decisão favorável relacionada à saúde suplementar, em que a Conitec emitiu parecer negativo, ocasionando vitória no judiciário e, conseqüentemente, a redução das ações judiciais (Judicialização). Assim, reforçou que há um trabalho intenso nessa direção.</p>
<p>b) Nota Técnica sobre a situação do prazo para registro das informações e dados dos profissionais médicos provenientes do Programa Mais Médicos para o Brasil ou do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), junto ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SIS AB), citado na Portaria GM/MS nº 256, de 19 de fevereiro de 2014 – SAS/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Iniciou destacando a importância de os profissionais dos programas de provimento (Provab e Mais Médicos) informarem suas produções em sistema de informações, indicado pelas normativas (Portaria e Edital) como sendo o E-SUS AB. Avisou que o sistema a ser alimentado pelos municípios que aderiram ao programa ‘Mais Médicos’ é apenas uma versão on line do E-SUS, com resultados mensais consolidados, e que não requer processo de implantação no município. Ressaltou que o prazo da portaria para início da alimentação do E-SUS ‘Mais Médicos’, após conversa com Conasems, foi prorrogado até o dia 22/04/2014, para informar a competência de Março/2013, e a partir desta data o fluxo para alimentação será o mesmo dos demais sistemas, ou seja, até o dia 20 do mês subsequente. O profissional deverá acessar o sistema e proceder a alimentação de, aproximadamente, 18 campos comuns ao E-SUS e ao SIAB. Por fim, ponderou que foi realizada discussão com a UnaSUS, MEC e SGTES para que os profissionais sejam orientados, durante o curso de especialização, a realizarem a alimentação do sistema.</p>
<p>c) Minuta de Portaria que revoga a Portaria GM/MS nº 3.279, de 26 de dezembro de 2013, que Dispõe</p>	<p>MS comunicou a revogação da Portaria nº 3.279, de 26 de dezembro de 2013. Informou que, em 26 de setembro de 2013, foi aprovada no Plenário da CIT a Portaria nº 2.773 que dispõe</p>

<p>sobre o repasse de recursos financeiros de custeio a Municípios, Estados e Distrito Federal para a execução de ações de implantação, implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SAS/MS.</p>	<p>sobre repasse de recursos financeiros de custeio a Estados, Distrito Federal e Municípios para o fortalecimento de iniciativas voltadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), proposta extremamente integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), porém só foi publicada em Diário Oficial da União (DOU) em 19 de novembro de 2013. Os projetos enviados foram analisados e não houve tempo hábil para o empenho dos recursos. Sugeriu que a Portaria seja republicada e reforçou que a proposta do MS está voltada para a Universalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).</p>
<p>d) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012 e do funcionamento do Sistema Sargsus – SGEP/MS.</p>	<p>SGEP/MS: Comunicou que a Nota Técnica recebida representa os números retirados, após o fechamento do banco de dados do SargSUS, cujo diagnóstico indica apenas 38 municípios sem informação em 2012. Para 2013 o processo de apoio para alimentação, já foi reiniciado. Referiu ter ciência das dificuldades vivenciadas pelos Municípios brasileiros, mencionadas no Ofício conjunto dos Conselhos (Conass e Conasems), por isso já solicitou providências do DataSUS para resolução dessas questões. Na oportunidade, apontou algumas situações que já se encontram em status de estabilidade e/ou normalização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O tamanho dos arquivos que excedia o limite estabelecido, para inclusão de documentos e anexos na primeira parte de cadastro no Sistema; o DataSUS conseguiu ampliar a capacidade de recepção dos arquivos, todavia com a orientação de receber apenas os arquivos do ciclo de gestão atual;</li> <li>▪ A gravação no módulo programação, cujas informações desapareciam; o DataSUS já</li> </ul>

detectou o problema com a funcionalidade específica;

- A incompatibilidade de informações geradas pela mudança na tabela do 6º bimestre do SIOPS, que foi realizada sem comunicação interna prévia entre as equipes do MS. Sendo o SargSUS um sistema que integra as informações referentes a outros sistemas, qualquer alteração na regra de negócio implicará em inconsistências no SargSUS. Por isso, foi feita uma varredura em todas as telas dos quadrimestrais.

Pontuou que até o final da primeira semana de Abril pretende-se normalizar todas as situações de funcionalidades do Sistema.

Tendo em vista o prazo regulamentar do Sistema foi acatada a proposição do Conasems e do Conass de colocar na tela do SargSUS o informe que todos os Municípios e Secretarias de Estados devem apresentar o Relatório de Gestão aos Conselhos, independente da alimentação no Sistema. Ressaltou que embora o Sistema seja citado no Acordão e auxilie um processo, não pode ser o impeditivo para feitura do Relatório, haja vista ser um Sistema perene, que não fecha, por isso a relevância também de não fragilizar o processo de alimentação no SargSUS. A estratégia do apoio a esse trabalho continuará e a ajuda dos Cosems e Estados nesse processo também é fundamental.

Por fim, informou que a partir desse ano, em construção conjunta com o DataSUS será desenvolvida a estratégia do Sistema também ficar aportado no Service Desk, com vistas a capacidade de ampliar as informações e auxiliar aos Estados e Municípios.

<p>e) Sistema de Informação e Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS): Balanço e perspectivas para 2014 – SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> Referiu que enquanto integrante da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde (CNS) apresenta nesta CIT, a pedido do Conselho, um informe sobre o cenário atual de alimentação no SIACS. Lembrou ainda que o acompanhamento desse Sistema é feito também pelo Departamento de Apoio a Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS). Citou que 4 Estados (SE, RJ, DF E AP) atingiram 100% de preenchimento dos cadastros e que no Brasil foi alcançado a média de 70% de realização de cadastros.</p> <p>Diante desse panorama e da relevância dessa ferramenta como auxílio a efetividade do Controle Social, indicou o envio dessas informações ao Conass para que a partir de Abril, apoie o CNS e o MS, no processo de mobilização para conseguir fechar uma única rede de dados dos Conselhos de Saúde em todo o país.</p>
<p><b>DESTAQUES:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Regramentos na aplicação dos recursos fundo a fundo da União transferidos para Estados, Municípios e Distrito Federal, discutidos com a Consultoria do Ministério da Saúde, Conass e Conasems.</b></li> </ul> <p>Conass solicitou registrar oficialmente em ata desta Reunião Ordinária a redação dos três artigos referentes aos regramentos na aplicação dos recursos</p>	

fundo a fundo da União transferidos para Estados, Municípios e Distrito Federal, discutidos com a Consultoria do Ministério da Saúde, Conass e Conasems, a seguir:

**Art. XX.** Na hipótese de execução integral do objeto originalmente pactuado e verificada sobra de recursos financeiros, o ente federativo poderá efetuar o remanejamento dos recursos e a sua aplicação nos termos da Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 e nº 3134/GM/MS, de 17 de dezembro de 2013.

**Art. YY.** Nos casos em que for verificada a não execução integral do objeto originalmente pactuado e a existência de recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, distrital e municipais não executados, seja parcial ou totalmente, o ente federativo estará sujeito à devolução dos recursos financeiros transferidos e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, observado o regular processo administrativo.

**Art. ZZ.** Nos casos em que for verificado que os recursos financeiros transferidos pelo FNS foram executados, total ou parcialmente em objeto distinto ao originalmente pactuado, aplicar-se-á o regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

Assim, consensuou-se – se que estes três artigos estarão, doravante, como regra geral, em todas as portarias que tratarem de transferência de recursos da União.

▪ **Solicitações do Conass:**

- ✓ Referente à Saúde do Homem pontou que não deverá ser republicada a Portaria como foi feita em 2013, a indicação é de cumprir o que foi decidido na CIT de dezembro: uma nova discussão para incluir a Saúde do Homem na RAS. Essa solicitação foi retirada na Câmara Técnica CIT e no GT de Atenção para que ainda no 1º semestre deste ano, o MS apresente uma proposta, com vistas à apreciação tripartite desse tema.
- ✓ Relacionado à Comissão Corregedora Tripartite, expressou o pedido da Assembleia do Conass em registrar nesse Plenário a vontade de reativar a

Comissão Corregedora, em função inclusive das inúmeras demandas afetas a essa Comissão, a exemplo das discussões pendentes acerca do Decreto do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e do próprio SNA, assim como o retorno desse tema na CIT.

▪ **Convite à discussão do “Saúde+10”:**

Convidou a todos para participarem no dia 08/04, das 14h às 18h, no auditório Ulysses Guimarães, da Câmara dos Deputados, presidido pelo Presidente da Câmara, Henrique Alves, do debate sobre o financiamento da Saúde no Brasil. Ressaltou que a discussão dessa pauta colocará em evidência a Campanha “Saúde Mais Dez”, sendo assim imprescindível o apoio de todos.

▪ **Ofício conjunto Conass e Conasems em manifestação acerca da Resolução nº 1 relacionada às demandas judiciais em saúde:**

Conass e Conasems entregaram ofício conjunto ao Senhor Ministro da Saúde que trata da questão da judicialização e, conseqüentemente, no que diz respeito ao ressarcimento de recursos a Estados e Municípios. Na ocasião foi feita a leitura do ofício no intuito de reforçar publicamente a solicitação oficial de envio do mesmo, juntamente com a exposição de motivos e fez referencia a Resolução nº 1/2013 que trata das demandas judiciais em saúde, para que a Secretaria Técnica da CIT providencie a continuidade dos debates e, mais ainda, a apreciação, impreterivelmente, na CIT de abril de 2014.

MS: Ressaltou que vem se apropriando do trabalho realizado no Subgrupo da Judicialização, e que o tema requer maior aprofundamento e melhor análise das estratégias a serem tomadas, de forma tripartite, para o enfrentamento da Judicialização. Acrescentou que fará uma discussão com sua assessoria jurídica e se comprometeu a incluir esta agenda na pauta da CIT de Abril/2014.