



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
31 DE JULHO DE 2014

Em 31 de Julho de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: André Luis Bonifácio de Carvalho, Gilliate Cardoso Coelho Neto, Fausto Pereira dos Santos, Aparecida Linhares Pimenta, Jarbas Barbosa da Silva Junior, Sônia Maria Feitosa Brito, Carlos Augusto Grabois Gadelha, José Miguel do Nascimento Junior, Heider Aurélio Pinto, Felipe Proença de Oliveira e Danielle Soares Cavalcante.

CONASS: Jorge de Souza Villas Boas, René José Moreira dos Santos, Washington Couto, Antônio Lastoria e Wilson Pollara.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Charles Cezar Tocantins de Souza, Wilames Freire Bezerra, Frederico Marcondes Neto, Mauro Guimarães Junqueira, Andrea Passamani e Luiz Carlos Reblim.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

- Assinatura do Termo de Cessão dos equipamentos de videoconferência para as CIB.
- Lançamento da Revista Consensus ano IV, número 11, Edição de abril, maio e junho de 2014.
- Lançamento da Revista Conasems Julho/Agosto 2014 ano 10 nº 56.
- Divulgação da Carta de Serra/ES 2014 - XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, XI Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência.

MS: Secretário, Dr. André Bonifácio iniciou a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, cumprimentando a plenária e comunicando sobre os equipamentos de videoconferência entregues às CIBs, um ato importante para o avanço no processo de comunicação entre as instâncias intergestores, pois será possível um conjunto de

atividades com comunicação das CIBs e as áreas do Ministério. Os Estados da Bahia e Mato Grosso do Sul assinaram, de forma simbólica, com a anuência do Conass e Conasems, seus Termos de Cessão e, segundo André Bonifácio, os termos dos demais Estados serão enviados para assinatura dos Secretários de Saúde e atesto da área técnica.

O Ministro relatou a homenagem à Gilson Carvalho na galeria dos sanitaristas ilustres do Ministério da Saúde e lembrou sua importância na construção do SUS. Saudou as CIBs conectadas no momento (Mato Grosso do Sul, Ceará, Maranhão, Tocantins, Rio Grande do Norte, Bahia, Piauí, Santa Catarina, Pará, Rondônia, Sergipe, Pernambuco, Alagoas, Paraná, Rio de Janeiro, São Paulo e Mato Grosso), e ressaltou que agora os parceiros estarão atualizados, de uma forma mais dinâmica, acerca das discussões e encaminhamentos ocorridos nas Reuniões Ordinárias da CIT. Destacou a reunião entre MS, direção do Conass e direção do Conasems ocorrida no dia 30/07, que foi apresentada uma agenda estratégica para esse ano eleitoral com o intuito de dinamizar as debates nos grupos de trabalho da Câmara Técnica da CIT, e foram definidos consensualmente temas a serem apreciados.

Agosto e Setembro:

- | |
|--|
| 1. Mais Médicos: Transversalizar as agendas: Provimento, residência, COAPES, e-SUS AB, conectividade e abertura de faculdades de medicina. |
| 2. PMAQ: consolidação de mais uma etapa do PMAQ, significa transferência de recurso, aperfeiçoamento, avaliação do processo. |
| 3. Sistema Nacional de demandas judiciais em saúde/Ressarcimento |
| 4. Emendas impositivas |
| 5. Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Controle de Endemias (ACE) |
| 6. 30h de Enfermagem (a discussão deve ser ampliada para a regulamentação do exercício da profissão) |
| 7. Estruturação da Saúde Indígena |

8. Calendário das Transferências de Recursos

9. Assistência Farmacêutica

Outubro a Dezembro:

1. Avaliação das Redes de Atenção à Saúde (realizar uma profunda avaliação, revisão das redes e seus resultados para adequações e ajustes necessários)

2. COAP/Critérios de Rateio

3. Hospitais de Pequeno Porte - HPP

4. Atenção Especializada - Cirurgias eletivas (importante devido à sua baixa formulação e normatização no âmbito do SUS)

5. Transporte Sanitário

6. Internação Domiciliar

7. Política de Educação Permanente (qualificação dos gestores e conjunto de trabalhadores).

CONASEMS: A disponibilização de equipamentos de videoconferências era uma reivindicação antiga do Conasems, parabenizou o Ministério da Saúde pela iniciativa. Embora os equipamentos possam ser usados pelos Cosems solicitou que no próximo ano, os 26 Cosems sejam contemplados na proposta orçamentária para assim garantir maior capilarização.

Disse não acrescentar nenhuma nova proposta e ratificou a agenda prioritária proposta. Informou sobre o desabastecimento dos medicamentos da atenção básica e acrescentou que a falta deve-se a produção insuficiente e atraso na entrega, não por falta de recurso ou transferência, e coloca a necessidade de uma intervenção do governo federal.

Solicitou ao Ministério da Saúde e Conass que as CIT de agosto e setembro sejam canceladas devido ao período eleitoral, e caso haja a necessidade de alguma pactuação urgente, uma CIT administrativa seja acionada, podendo até utilizar o recurso da videoconferência.

CONASS: Reiterou as falas do Conasems e agradeceu a disponibilização dos equipamentos de videoconferência para as CIBs, um momento histórico para a relação intergestores. Reforçou a importância da discussão do Calendário das transferências de recursos, do COAP/Critérios de rateio e Atenção especializada (cirurgias eletivas). Sugeriu que os temas sobre COAP/Critérios de rateio sejam discutidos nas prioridades de agosto e setembro, pois não terá impacto na previsão orçamentária. Colocou que o Conass concorda com os temas priorizados na agenda estratégica e concordou com Conasems sobre o cancelamento das Reuniões da CIT de agosto e setembro.

MS: Reforçou que o processo de conectividade deve ser expandido, até mesmo por uma questão de economia para a União. Em relação à antecipação dos temas do COAP/Critérios de rateio, e considerando o conjunto de demandas prioritárias, colocou que a antecipação do tema não será possível, por tratar-se de um assunto que merece um maior grau de profundidade, e propôs que cada bancada antecipe o tema, para que no início de outubro possa ser apreciado de forma tripartite. Colocou que a pauta sobre assistência farmacêutica proposta pelo Conasems será tratada como prioridade e incluída como o nono tema nos meses de agosto e setembro.

A SGEF registrou que a agenda estratégica será reorganizada conforme ajustes sugeridos pelas bancadas. Informou que as Reuniões Ordinárias da CIT de agosto e setembro serão canceladas, e propõe uma agenda integrada entre Ministério da Saúde e diretorias de Conass e Conasems para a discussão de temas prioritários, utilizando inclusive a tecnologia da videoconferência.

ENCAMINHAMENTO:

- Canceladas as reuniões da CIT dos meses de Agosto e Setembro de 2014.
- MS, Conass e Conasems irão aprofundar, internamente, as discussões acerca do COAP e Critérios de Rateio para que no início de outubro possa ser debatido de forma tripartite.

- A discussão da assistência farmacêutica sobre o desabastecimento da Farmácia Básica será incluída como o nono tema da agenda prioritária para os meses de Agosto e Setembro/2014.

CONASEMS: Lançamento da Revista Conasems Julho/Agosto 2014 ano 10 nº 56; Divulgação da Carta de Serra/ES 2014 – XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, XI Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não Violência. Agradeceu o Ministério da Saúde e Conass pela participação no Congresso do Conasems. Registrou o agradecimento ao Cosems /ES e Secretaria Estadual de Saúde/ES. Informou que o 31º Congresso do Conasems de 2015, ocorrerá em Brasília, no período de 6 a 9 de agosto. Foi feita uma homenagem com a entrega das medalhas Dom Helder Câmara a Luiz Carlos Reblin, Presidente do COSEMS/ES e Secretário Municipal de Serra- ES, a Andréa Passamani Barbosa Corteletti, 1ª Vice-Presidente Regional - Região Sudeste do Conasems e a Tadeu Marino, Secretario Estadual/ES, que não estava presente.

CONASS: Colocou que o Dr. Gilson Carvalho teve um importante papel de fazer a tripartite funcionar e trazê-la para dentro do Ministério da Saúde.

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

MS: Iniciou a apresentação citando os principais objetivos do Programa Mais Médicos para o Brasil e as metas previstas até o ano de 2026.

Citou o balanço dos médicos brasileiros, intercambistas individuais e cooperados em atuação distribuídos em 3.785 Municípios e 34 DSEIS do país, além da cobertura da população dos Municípios contemplada pelas Equipes de Saúde da Família que possuem médicos vinculados ao Mais Médicos. Enfatizou que a maior concentração de médicos cooperados está na Região Norte do país, especialmente em área de fronteiras.

Reforçou que 100% da demanda dos Municípios já foi atendida e a cobertura populacional atingiu 50 milhões de usuários do SUS. Também relatou que a grande maioria dos profissionais do Programa está alocada em Municípios mais carentes e em regiões de alta vulnerabilidade.

Informou que a Secretaria de Gestão Trabalho e Educação na Saúde - SGTES tem discutido junto às demais áreas do MS, OPAS e Universidades, a avaliação do Programa e que em breve serão informadas novas perspectivas, tais como: sistemas de informação e relatos dos gestores e dos usuários.

Quanto à formação dos profissionais, fez referência à ampliação de vagas para a graduação em Medicina em Universidades Públicas e Privadas, além da oferta de novas

bolsas de formação de especialistas e fez referência ao número de vagas que vão garantir o acesso universal à especialização até 2018.

Comunicou que há previsão de que, até a segunda semana do mês de Agosto, serão concluídas as visitas a todos os Municípios que aderiram ao Programa no primeiro edital e que até final do mês citado serão enviados os pareceres das visitas.

Disse que está em construção uma minuta de Portaria Interministerial, Ministérios da Saúde e Educação, instituindo uma comissão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e da Secretaria de Gestão Trabalho e Educação na Saúde – SGTES com finalidade de avaliar as necessidades de cada Município para discutir de forma tripartite as condições das regiões de saúde, os esforços necessários para a organização da Rede de Atenção à Saúde, os investimentos e adequações a serem realizadas para receber as Universidades.

Em acordo com o Ministério da Educação, afirmou que, em breve, serão publicados os editais das Universidades que serão abertas nos Municípios aprovados e, na sequência será lançado outro edital dirigido às regiões Norte e Nordeste, no intuito de identificar as áreas com baixa quantidade de médicos por 1.000 habitantes e baixa quantidade de vagas por 10.000 habitantes.

Afirmou que o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde - COAPES, previsto na legislação do Programa Mais Médicos, tem por finalidade organizar a Rede de Atenção à Saúde para implantar novas escolas de formação, novos programas de Residência Médica, além de disciplinar difíceis situações que acontecem nos Municípios e impor critérios para que os estudantes e residentes sejam recebidos com boas condições e melhor qualidade para a formação médica.

Informou que o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, o Ministro da Educação, Henrique Paim e representantes de Conass e Conasems, estiveram presentes na reunião da Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM para discutir um conjunto de ações e planejamento em relação ao Programa, em especial à questão da formação médica. Nesta reunião foi assinada uma Portaria Interministerial, ainda não publicada, instituindo um Comitê Nacional dos Contratos Organizativos de Ação Pública de Ensino-Saúde e suas competências. Este Comitê Executivo será composto por representantes de várias instituições envolvidas com o Ministério da Saúde e da Educação, além do Conselho Nacional de Saúde-CNS, Conass e Conasems.

Ao final, destacou que os profissionais do Programa Mais Médicos para o Brasil, conforme previsto na lei, devem compor a Equipe de Saúde da Família e obrigatoriamente devem ser cadastrado junto ao SCNES, no intuito de fortalecer a Política Nacional de Atenção Básica. Quanto a essa questão, informou que ainda há um número significativo de médicos que não realizaram esse cadastro. Solicitou colaboração dos Estados e Municípios para que seja possível sanar essa dificuldade junto ao Programa

e evitar o remanejamento desses profissionais para outras regiões.

Conass: Relatou que a estrutura e funcionamento dos Hospitais Universitários Federais, foi um assunto amplamente discutido na assembleia do Conass e que está diretamente associado à ampliação de vagas para os cursos de Medicina das Universidades Federais. Falou que esse impasse tem refletido sobre a assistência aos usuários e sobre a formação médica.

Reiterou a possibilidade de discutir junto aos atores envolvidos a possibilidade de financiamento de custeio para ampliação de vagas nas Universidades Estaduais.

Conasems: Reforçou que existem muitos profissionais que têm apresentado dificuldades em se cadastrar ao SCNES para compor Equipes de Saúde da Família, porém estão lotados em Unidades Básicas de Saúde e realizando trabalho dentro da linha de cuidado da Atenção Básica e cumprindo a carga horária de 40 horas. Solicitou que estes profissionais não fiquem inadimplentes e nem sejam remanejados. Requereu a possibilidade que esses médicos sejam alocados nas Equipes das Unidades Básicas de Saúde.

Ainda reforçou o pedido de que o Programa Mais Médicos seja registrado extensivo aos “Consultórios na Rua” e que o SCNES não tem permitido esse atendimento.

MS: Em relação às novas vagas para as Universidades Públicas e Privadas, o MS afirmou que está monitorando as metas apresentadas desde o início do Programa. Falou da dificuldade quanto ao alcance das metas de ampliação das vagas, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país. Informou que a Secretaria de Educação Superior – SESU/MEC autorizou todas as expansões que as Universidades Públicas e Federais seriam capaz de realizar e que esta expansão ainda está aquém das necessidades do país. Relatou que nos últimos seminários realizados nos Estados sobre o Programa Mais Médicos já foi percebida maior flexibilização das Universidades quanto à ampliação das vagas para a graduação.

Quanto à abertura de vagas nas Universidades Estaduais, disse que poderá discutir esse assunto no grupo tripartite que já existe, porém os recursos do Ministério da Saúde estarão centralizados para as vagas de Residência Médica. Avaliou que é uma proposta que deverá ser discutida junto ao MEC.

Quanto à solicitação do Conasems, sobre a atuação dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde e “Consultórios na Rua” ponderou que é um assunto que deverá ser discutido em GT específico, no sentido de começar a aprofundar possibilidades de expansão nos atendimentos.

DESTAQUE: A Secretaria Estadual de Saúde de Goiás parabenizou o Programa Mais Médicos e fez referência aos resultados positivos e à descentralização da formação

médica em todo o território nacional.

Fez convite ao Ministro Chioro, extensivo a todos os Secretários do MS, Conass e Conasems, para a inauguração do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG, no Campus Universitário do Município de Jataí, a ser realizada dia 11 de Agosto de 2014.

ENCAMINHAMENTOS:

- Discutir em grupo tripartite, e junto ao MEC, a possibilidade de ampliação de vagas de graduação para Medicina nas Universidades Estaduais;
- Pautar em GT Conjunto de Atenção e GTES a discussão sobre a possibilidade de alocação dos médicos do Programa nas Unidades de Básicas de Saúde e no Programa “Consultório na Rua”.

2. Apresentações e Discussões

a) Balanço do 1º Ciclo do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS – SVS/MS

MS: Contextualizou que a Portaria nº 1708/2013 que regulamentou o Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde, trouxe as 14 metas obrigatórias, com seus respectivos indicadores, para as quais houve o comprometimento dos Entes da Federação ao aderir o programa.

Disse que as metas definidas de forma tripartite estão relacionadas a ações e serviços estruturantes da vigilância em saúde - VS, bem como aos indicadores que historicamente são utilizadas nas programações da VS, tais como COAP, de modo a não gerar a necessidade de preenchimento de novo sistema de informação.

Acrescentou que o ente poderá receber até 20% do valor do seu Piso Fixo de VS, a ser repassado no 3º trimestre de 2014. Que o valor de repasse do recurso se dará de forma proporcional ao número de metas alcançadas, levando em consideração o porte populacional para os Municípios, na definição do número de metas a serem alcançadas para o recebimento de 100% do recurso. No caso dos Estados, o valor a ser repassado é proporcional ao atingimento de metas do percentual do número de

| | |
|--|---|
| | <p>municípios do respectivo Estado.</p> <p>Destacou que o primeiro ciclo da avaliação se refere aos resultados de 2013, sendo que na portaria está prevista a possibilidade de revisão anual das metas e indicadores. Cabe destacar que será discutida a revisão destes indicadores no GTVS.</p> <p>Lembrou que o resultado foi disponibilizado para o CONASS, o CONASEMS e os dirigentes de Vigilância em Saúde das SES, por meio de banco de dados em Access 2010. Embora não tenha sido prevista tal etapa na portaria, foi aberto um prazo para o envio de questionamentos, de 21/07/2014 a 11/08/2014. Ressaltou que todos os indicadores utilizados para a aferição do alcance das metas têm suas informações retiradas de sistemas de base nacional.</p> <p>Em seguida apresentou através de tabelas, o Cumprimento de Metas e Percentual (%) de recursos dos municípios; a vinculação de alcance de metas por porte dos municípios e transferência de recursos para as Secretarias Estaduais de Saúde; o Consolidado Financeiro (SMS e SES); os números de municípios, por Estado, por metas atingidas e os indicadores do PQA-VS por ordem de cumprimento de metas dos 5418 municípios aderidos.</p> <p>Concluiu informando que os próximos passos serão a revisão dos indicadores no GTVS e a pactuação do ciclo 2014 – 2015.</p> |
| <p>b) Cartão Nacional de Saúde: liberação <i>web service</i> – SGE/MS.</p> | <p>MS: Apresentou o projeto para interoperabilidade dos sistemas do SUS abordando: Conceitos de interoperabilidade e de Serviços web, barramento da saúde e acesso aos web services do Datasus. A respeito do serviço web ressaltou que trata-se de uma solução utilizada para integração de sistemas, a exemplo o serviço web de CEP ofertado pelos correios e de dados financeiros disponibilizado pelo Banco Central. Destacou os serviços web disponibilizados pelo Datasus, como informações do SIOPS, Farmácia Popular e Identificação dos usuários do SUS por meio do Cartão Nacional de Saúde</p> |

(CNS). Sobre o serviço web (web service) que está sendo disponibilizado, explicou que este possibilita aos sistemas de estados e municípios consumirem as informações no cadastro de usuários do SUS da base nacional (CadSUS) através do barramento de integração do DATASUS. Informou que foi adquirido pelo Datasus uma das melhores ferramentas no mercado para a implementação desse barramento. Enfatizou que 14 sistemas de saúde do SUS já foram integrados ao barramento para consumo de serviços de identificação do usuário e que a meta é integrar 28 sistemas até o final de 2015, garantindo a identificação dos usuários das ações de saúde no SUS que alimentarão os registros eletrônicos de saúde (RES). Confirmou que o sistema que mais trafega dados pela rede do Datasus é o CADWEB — sistema que permite o cadastramento e consulta de dados no CadSUS —, superando SISREG, HÓRUS e PORTAL SAÚDE que vêm logo após. Como maiores usuários citou a Rede de Dados Municipal de SP (PRODAM), Governo do Distrito Federal, rede Municipal da Prefeitura de Guarulhos, Município Curitiba e COREIT – Data Center, Serv Ger e Infra TI LTDA. Explicou sobre como se dará o processo de acesso ao Serviço Web do Cartão Nacional de Saúde, detalhando o fluxo de requisição, documentos que deverão ser preenchidos, assinados e enviados, além dos produtos que serão recebidos após o credenciamento. Como benefícios da integração dos sistemas, mencionou:

- Consistência e uniformidade da Informação;
- Facilidade de acesso às informações dos usuários do SUS pelos sistemas de informação da rede SUS integrados ao CADSUSWEB;
- Acesso à informação em tempo real, redução do uso de números de CNS inexistentes na Base Nacional (Faixas numéricas);
- Agilidade no faturamento dos procedimentos realizados;
- Redução de glosa de procedimentos;

| | |
|--|--|
| | <p>O Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do MS, André Bonifácio, referiu a demanda proferida pelo Ministro de relacionar todos os sistemas utilizados pelo Ministério da Saúde, categorizar estes sistemas e avaliar aqueles que realmente contribuem com o processo de gestão da informação. Assim será possível desencadear um processo que otimizará o uso dos sistemas de informação do SUS. Ressaltou o objetivo de unir as equipes de Conass e Conasems ao processo de integração das bases locais com a base nacional dos registros de usuários do SUS e, a partir do mês de agosto/14, iniciar o processo de divulgação do uso do serviço web sendo disponibilizado.</p> <p>CONASS: Suscitou dúvidas a respeito da geração de relatórios a partir do barramento das informações com sistemas próprios de estados e municípios.</p> <p>MS: Informou que será implantado o padrão XDS para transferência de documentos que comporão o registro eletrônico de saúde. Esclarecido pelo representante do CONASS que a dúvida se referia a se os sistemas próprios poderiam usar o barramento de integração para geração de relatórios gerenciais de saúde, foi dito que a informação disponibilizada até o momento no barramento é a de Identificação dos usuários do SUS através do Cartão Nacional de Saúde (CNS). Informações estatísticas estão disponíveis em outras fontes, tais como por meio dos aplicativos TabNet, Mapa da Saúde e SAGE.</p> <p>CONASS: Informou sobre problemas ocorridos com a identificação da origem dos pacientes pelo SISCAN, por meio do web service dos correios, que não aceita a referência de CEP 'genérico'.</p> <p>MS: Informou que este caso deverá ser verificado junto à área técnica responsável, devido a possibilidade de tratar-se de uma inconsistência nas regras de negócio do sistema.</p> |
| <p>c) Estado da Arte do e-SUS AB – SAS/MS.</p> | <p>MS: Pontuou que apresentará o estado da arte do e-SUS AB e em seguida elucidará a proposta do Ministério da Saúde (MS) a respeito da prorrogação do prazo para transição entre o SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo "software" e-SUS AB CDS e e-SUS AB PEC.</p> |

Iniciou a apresentação citando algumas informações gerais sobre a estratégia e-SUS AB, como: a escolha pela utilização do CDS (coleta de dados simplificada) na maioria dos municípios, pois pode ser utilizado em UBS sem computador ou pelo PEC (prontuário eletrônico do cidadão) sistema que requer um nível de informatização básico (computadores nas salas de atendimento) disponibilizados para a implantação do e-SUS AB, assim como o *THRIFT*, uma ferramenta que auxilia na transmissão de dados de sistemas próprios para o SISAB. Continuou explicitando esse processo por meio de uma linha do tempo, que vai desde o início do projeto de reestruturação do SIAB até as fases de implantação da estratégia e-SUS AB. Demonstrou também o modelo de integração do SISAB com outros sistemas do MS, por meio do barramento da saúde.

Referente à situação da implantação do e-SUS AB nas UBS (unidades básicas de saúde), sejam: Posto de saúde, Centro de saúde, Unidade mista, Unidade móvel fluvial ou Centro de apoio à saúde da família, afirmou que 35%, o que significa um total de 1.943 municípios transmitiram por meio de CDS seus dados ao SISAB. Explicou ainda sobre a metodologia para classificação da situação de implantação nos municípios, classificando as UBS nos estágios: I (somente para envio de informações de atividade coletiva), II (para envio de informações de outras ações) e III (para envio de informações de cadastro individual, atendimento individual, e visita domiciliar). A partir do percentual de classificação das UBS é feita a classificação da situação de implantação do SISAB nos municípios e por região: 6% implantado (mais de 60% das UBS em Estágio II ou III), 4,8% intermediário (mais de 30% e menos de 60% das UBS em Estágio II ou III), 24,1% incipiente (ao menos uma UBS iniciou a implantação) e 65% não iniciada (nenhuma UBS iniciou a implantação).

Elencou alguns passos, como um planejamento mínimo e acompanhamento para os municípios de como fazer a implantação e mencionou as diversas oficinas realizadas nos Estados, com vistas a capacitação e elaboração de um plano estadual de implantação. E assinalou os desafios e

| | |
|--|--|
| | <p>dificuldades da transição.</p> <p>Na oportunidade, mostrou o que já foi feito sobre a implantação do e-SUS AB/SISAB, tais como: a participação de aproximadamente 13 mil médicos do Programa Mais Médicos nas oficinas sobre CDS/e-SUS AB; a realização de 7 oficinas QualiSUS envolvendo 341 municípios e mais de 250 oficinas feitas para os Municípios, com o apoio do DAB, DATASUS, DAI, SES e COSEMS, qualificando mais de 7.500 trabalhadores da Atenção Básica, além dos médicos do Programa Mais Médicos.</p> <p>Ofertou uma agenda de trabalho para o 2º semestre, com vistas à continuidade da implantação para: Apoio dos Núcleos de Telessaúde, Programa Mais Médicos e QualiSUS/PROESF. Aos Municípios acima de 100.000 habitantes, o planejamento e a execução serão promovidos pelo DATASUS. A cerca do módulo conectividade, dos 12.368 pontos de internet para as UBS do 1º ciclo do PMAQ, 10.269 confirmaram a necessidade. Para redistribuição dos pontos em saldo, haverá a reabertura de 28/07 a 17/08 para equipes com Mais Médicos com maior carência de recursos. Ressaltou o processo em tramitação no MS da Ata de registro de preços, para aquisição de equipamentos a fim de informatização das UBS, com consequente apoio institucional para realizações de oficinas Estaduais no intuito de qualificar multiplicadores (profissionais de saúde e técnicos de informática). Concluiu, apresentando a prorrogação da transição entre os sistemas SIAB e SISAB, a partir da competência de junho de 2015, os municípios deverão enviar dados obrigatoriamente para o SISAB/e-SUS AB, a proposta foi aceita sem destaques pelo CONASS e CONASEMS.</p> |
| <p>3. Discussões e Pactuações</p> | |
| <p>a) Minuta de Portaria que Altera e acrescenta</p> | <p>MS: Apresentou a Minuta de Portaria que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1412/GM/MS, de 10 de julho 2013 e altera o conteúdo do anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014,</p> |

| | |
|---|--|
| <p>dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013 e altera o conteúdo do anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014 – SAS/MS.</p> | <p>referente à prorrogação da transição do SIAB e o SISAB, operacionalizado pelo software e-SUS AB CDS, e e-SUS AB PEC, de março de 2015 para junho de 2015, entendendo tratar-se do transmissor SIAB aberto para receber a competência de maio de 2015 até o dia 22 de junho de 2015, já a partir da competência de junho de 2015 fica obrigatório o envio de dados pelo e-SUS AB.</p> <p>Conass: Concordou com a pactuação.</p> <p>Conasems: Relatou possuir uma comissão que está fazendo o acompanhamento da pauta e-SUS AB no GT de Gestão, subgrupo Informação & Informática. Concordou com a pactuação, e ressaltou a importância do monitoramento permanente da implantação do e-SUS AB.</p> <p>Encaminhamento: Pactuada.</p> |
| <p>b) Minuta de Portaria que aprova o financiamento e execução da Assistência Farmacêutica às populações privadas de liberdade no Sistema Prisional – SAS/SCTIE/MS.</p> | <p>MS: Destacou a articulação realizada entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, que se estende desde a aprovação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade. Apresentou o senhor Renato Devito, diretor geral do Departamento Penitenciário Nacional/Ministério da Justiça, agradeceu a participação da senhora Mara Barreto/ Ministério da Justiça, além de destacar o trabalho integrado da SAS e da SCTIE/MS. Enfatizou o avanço em sair de uma situação baseada em kits padronizados para uma flexibilidade de inserção de produtos e medicamentos constantes na RENAME, respeitando a diversidade regional. Sobre a oficina de trabalho com as secretarias estaduais de saúde e os correspondentes da área da justiça, lembrou o processo coletivo para construção da proposta. Agradeceu os membros da SAS e SCTIE/MS envolvidos com o trabalho realizado.</p> <p>CONASS: Manifestou pela pactuação da proposta, sem ressalvas.</p> <p>CONASEMS: Manifestou pela pactuação da proposta, sem ressalvas.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado.</p> |

4. Informes

| | |
|---|---|
| a) Reativação da Comissão Corregedora Tripartite – SGEP/MS. | MS informou a publicação da portaria que recompõe a Comissão Corregedora Tripartite, formada por representantes de Conass, Conasems e Ministério da Saúde (Secretária Executiva, SAS, SGEP). Ainda em agosto será marcada uma reunião para discussão da retomada da agenda dessa Comissão. |
| b) Adesões Estaduais à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional (PNAISP) – SAS/MS. | MS informou que existem hoje 18 Estados que encaminharam adesão PNAISP, destes, 10 (AC, DF, PA, RN, RS, MA, TO, AM, MS e GO) já estão com a adesão aprovada, de acordo com os Artigos 13 e 14 da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que estabelecem os critérios de adesão estadual e municipal para a política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional (PNAISP), os critérios são: as assinaturas dos termos de adesão, a elaboração dos planos de ação estaduais/municipais e o encaminhamento destas documentações ao MS. As minutas de portaria já foram encaminhadas para assinatura do Ministro de Estado da Saúde. Salientou, ainda, que os Estados do AC, AM, RS, MA, MS, TO contam com 37 municípios com adesão aprovada, conforme consta no Art. 14 da referida Portaria Interministerial, que trata da adesão municipal. Acrescentou que o MS irá compartilhar com a ST CIT, para conhecimento de todos, a relação nominal dos estados e municípios que serão confirmadas as adesões. |
| c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012-2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS. | MS: Informou que segundo nota técnica atualmente 66% dos municípios encaminhou o relatório de gestão 2013. Relatou um esforço concentrado de Conass e Conasems para zerar as pendências dos estados até final de agosto. Comunicou que 26 municípios não informaram o relatório de gestão 2012, uma situação muito delicada diante dos órgãos de controle. ENCAMINHAMENTO: A nota técnica sobre a situação da alimentação do relatório de gestão ano 2012-2013 e informações sobre plano e programação de saúde será encaminhada individualmente a |

| | |
|--|---|
| | <p>cada Cosems e Conselho Municipal de Saúde com os recortes estaduais.</p> |
| <p>d) Mapa da Saúde – liberação de senha de acesso ao uso da ferramenta pelos gestores Estaduais e Municipais de Saúde – SGEP/MS.</p> | <p>MS: Informou que existe uma agenda de qualificação das equipes indicadas, para o uso da ferramenta para apoiar estados e municípios, essa agenda se iniciará em agosto.</p> |
| <p>e) Ofício/GAB-DEOSAD/SESAU/RO nº 60/14, da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia: que informa a aprovação da nova conformação das regiões de saúde do referido Estado, por meio da Resolução CIB/RO nº 87/14 – SGEP/MS.</p> | <p>MS: informou acerca da nova conformação das regiões de saúde do Estado de Rondônia, constituída por sete regiões, a saber: Madeira- Mamoré, Vale do Jamari, Central, Zona da Mata, Café, Cone do Sul e Vale do Guaporé.</p> |
| <p>f) Nota Técnica sobre a instalação e uso dos equipamentos de Videoconferência para as CIB – SGEP/MS.</p> | <p>MS: Informou que aproximadamente 12 CIB assistiram a 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite através do equipamento de videoconferência disponibilizado. Registrou a importância do trabalho do DATASUS/MS, e do DAI/SGEP/MS, especialmente da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite quanto à mobilização de todas as CIB que tiveram o equipamento instalado em tempo hábil. Ressaltou que os Secretários Estaduais de Saúde receberão o Termo de Cessão dos equipamentos para assinatura, e convidou os Secretários Estaduais de Saúde da Bahia e Mato Grosso do Sul, para simbolicamente, assinarem o Termo e dessa forma, consolidar o processo de conectividade.</p> <p>Por fim, agradeceu a OPAS pela disponibilidade e pelo apoio que tornou possível, por meio de engenharia de conexão, a transmissão em tempo real e a realização da Videoconferência da 5ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite.</p> |