



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2014
02 DE JUNHO DE 2014

Em 02 de Junho de 2014, participaram do Plenário da Tripartite:

MS: André Luis Bonifácio de Carvalho; Ana Paula Menezes; Maria do Carmo; Jarbas Barbosa da Silva Junior; Carlos Augusto Grabois Gadelha; José Miguel do Nascimento Júnior; Heider Aurélio Pinto; Antônio Alves de Souza e Danielle Soares Cavalcante.

CONASS: Marcos Esner Musafir; Hélio Franco de Macedo Junior; Sandra Maria Sales Fagundes; Tânia Maria Eberhardt; José Tadeu Marino; Antônio Lastoria e José Geraldo de Oliveira Prado.

CONASEMS: Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Charles Cezar Tocantins de Souza; Raul Moreira Molina Barrios; Wilames Freire Bezerra; Maria Salete Fernandes Cunha; Frederico Marcondes Neto; Rodrigo César Faleiro de Lacerda; José Fernando Casquel Monti e Mauro Guimarães Junqueira.

Conforme lista de presença anexa a este resumo.

1. Abertura dos Trabalhos

SGEP/MS: Lançamento do Cartaz sobre a Atenção à Saúde da População Cigana produzido pelo DAGEP/SGEP que será distribuído para todos os gestores. Este cartaz torna público o avanço na melhoria do acesso e humanização da Atenção à Saúde desta população desde a publicação da Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011, que Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão) que estabeleceu a não obrigatoriedade de endereço para população nômade.

Em seguida, informou a entrega dos equipamentos de videoconferência para todas as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) do país, a partir deste mês. Isto garantirá um melhor acesso às informações e um avanço na comunicação entre estas Comissões.

CONASEMS: Em referência aos equipamentos de videoconferência que serão entregues a todas as CIB a partir deste mês solicitou que estes equipamentos

também sejam disponibilizados aos Cosems de todo país.

Ministro da Saúde: Destacou a necessidade de se estabelecer e aprofundar o diálogo sobre uma agenda estratégica de pactuação tripartite para este ano. Ressaltou a necessidade de que as discussões e encaminhamentos tripartite estejam ligados àquilo que a 15ª Conferência Nacional de Saúde considera como desafio e, além disto, com o novo Plano Nacional de Saúde a ser confeccionado.

Ponderou que neste momento de grande visibilidade para o país com a COPA do Mundo FIFA o SUS também estará em evidência. Informou que os Centros Integrados de Operações Conjuntas em Saúde (CIOCS) já estão em funcionamento, tanto no que diz respeito às ações de Assistência quanto das ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Reforçou ainda a importância de manter o diálogo e trabalho conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) porque a maioria dos visitantes utilizará a rede privada de saúde. Concluindo, afirmou que estamos em uma situação de tranquilidade quanto à organização do SUS para este evento.

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

MS: Apresentou o Projeto Mais Médicos, principal estratégia do Programa que visa levar médicos para as áreas de vulnerabilidade do país e investe na mudança da formação destes profissionais. Citou o balanço do número de médicos em atuação pelo Programa e as metas até 2026, que passará de 374 mil para 600 mil médicos, com uma proporção de 2,7 médicos para cada mil habitantes.

Citou o total de vagas, desde a instituição do Programa, na graduação em Medicina e na Residência Médica, o total de novas bolsas ofertadas para o Pró-Residência e a garantia do acesso universal à especialização, até 2018.

Esclareceu que um dos critérios para a participação do médico no Programa é que ele esteja inserido numa Equipe de Saúde da Família cadastrada no SCNES (Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). Mostrou a tabela com a porcentagem de médicos em atividade que já possuem cadastro no SCNES: 63,4% do total de profissionais do 1º, 2º e 3º ciclos; e 46,8% dos médicos do 4º e 5º ciclos.

Fez menção à Portaria nº 1.131, de 23 de maio de 2014, que trata de disciplinar o repasse do Piso de Atenção Básica Variável aos Municípios/Distrito Federal que não cadastrarem os profissionais do Projeto Mais Médicos junto ao SCNES. Apresentou o quadro de uso do Sistema de Informação (e-SUS Mais Médicos), a distribuição dos dados dos meses de janeiro, fevereiro e março deste ano e reforçou que a alimentação neste Sistema é mais um critério

obrigatório para o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Os impactos do Mais Médicos foram apresentados por meio de gráficos de barras baseados nas informações do e-SUS Mais Médicos e do SIAB no período de janeiro/2013 a janeiro/2014. Como resultado da pesquisa observou-se uma redução dos encaminhamentos de pacientes aos hospitais e um aumento do número de consultas na Atenção Básica, Pré-Natal e na assistência aos pacientes com hipertensão arterial, usuários de drogas e aos acompanhados na Saúde Mental.

Destacou que o Programa Mais Médicos está focado na ampliação e qualidade da Atenção Básica. Relacionou alguns itens para a conquista desses objetivos: territorialização, ampliação do cuidado à gestante, adequação dos protocolos de atendimento, implantação do e-SUS, qualificação dos processos de trabalho, avaliação das ações e resultados, dentre outros.

Reforçou que a graduação em Medicina estará totalmente integrada ao Sistema Único de Saúde e ficará próxima à realidade da população. Citou novas diretrizes previstas na lei para a Residência Médica e que estas mudanças terão valor a partir da sua universalização, em dezembro de 2018.

CONASEMS: Parabenizou os resultados e os impactos positivos alcançados por meio das ações do Programa Mais Médicos para o Brasil e elucidou que, com esta nova fase do Programa, os Estados e Municípios serão contemplados e estarão mais integrados ao Programa. Destacou, ainda, a importância que o Mais Médicos tem para induzir a mudança do modelo da atenção à saúde no país.

Reiterou a necessidade de um possível direcionamento do profissional vinculado ao Programa Mais Médicos para o atendimento nas Redes de Urgência e Emergência, já solicitado na CIT de Abril, e questionou se houve algum avanço quanto à este encaminhamento.

Relembrou que a região Norte apresenta dificuldades para cumprir algumas normas dos editais, especialmente o número de leitos nas unidades hospitalares, nesse sentido, solicitou uma revisão nos editais para que sejam definidos por região.

CONASS: Corroborou com as considerações de Conasems.

MS: Esclareceu que atualmente há impedimento legal para o atendimento na Urgência e Emergência. Disse que a legislação é clara quando cita que o médico envolvido no Programa deverá prestar atendimento exclusivamente na Atenção Básica.

Acredita que a proposta do Conasems é louvável, porém deverá ser remetida à Câmara dos Deputados e ao Senado para que a lei que institui o Programa Mais Médicos seja alterada.

Quanto à flexibilização de vagas por regiões, informou que tem reunido com representantes do Sistema de Seleção Unificada (SISU), da Comissão Nacional

de Residência Médica e do MEC, e que os editais regionalizados, em breve, serão discutidos nesse grupo de trabalho.

DESTAQUE: O Secretário André Bonifácio informou que, durante a XVII Marcha Nacional de Prefeitos realizada, recentemente, em Brasília, o Ministro Arthur Chioro fez evidências ao Programa Mais Médicos e, em seguida, os Prefeitos e Prefeitas solicitaram ao Ministério da Saúde que refletisse sobre alternativas para ampliar a atuação dos profissionais vinculados ao Programa aos atendimentos de Urgência e Emergência. Relatou, ainda, que em todos os Municípios, visitados nestes últimos meses, esta ideia tende a crescer devido à necessidade unânime dos Municípios.

Informou que o Ministro da Saúde solicitou apoio, a todos os Secretários Estaduais e aos presidentes de COSEMS, aos Seminários Estaduais do Programa Mais Médicos, iniciados dia 26 de maio com previsão de término para o dia 04 de julho. Serão 43 eventos distribuídos em todo o território nacional com o objetivo de mobilizar os gestores e divulgar o Programa Mais Médicos, especialmente os impactos e resultados até o presente momento. Será apresentado a CONASS e CONASEMS o cronograma dos seminários.

ENCAMINHAMENTOS:

Articular GT conjunto Atenção à Saúde e GTES, para discutir os temas sobre:

- A regulamentação da Lei 12.871/2013 e a implementação do Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde – COAPES;
- Revisão e qualificação da definição dos valores para custeio dos Núcleos de Telessaúde;
- Impacto financeiro do piso salarial do Agente Comunitário de Saúde - ACS

2. Apresentações e Discussões

a) Curso à distância de Capacitação no Sistema Manchester de Classificação de Risco – SAS/MS.

MS: Iniciou a apresentação explicando que a informação dada é alvissareira, haja vista que a classificação de risco faz parte dos requisitos de qualificação das portas de entrada da RUE (Rede de Atenção a Urgência e Emergência). Por isso, é de conhecimento de todos os gestores e técnicos que elaboram seus planos de ação, com vistas à qualificação dessas portas de entrada, lembrando ainda que já estava prevista na Portaria GM/MS nº 1600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às

Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Afirmou que o objetivo da classificação em qualquer ponto da atenção: seja na atenção básica, na urgência, na maternidade é estabelecer a priorização do atendimento, não pela ordem de chegada, com a qual foi trabalhado durante muitos anos, mas pela questão do risco clínico. Citou os protocolos de classificação de risco, pontuando que o mais difundido no Brasil é o protocolo de Manchester, sendo esta a oferta do Ministério da Saúde (MS) junto a Rede para disseminar cada vez mais a tecnologia.

O curso de Classificação de Risco é uma parceria entre a SAS e a SGTES, com a participação do Hospital Sírio Libanês por meio do PROADI - SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde), será ministrado à distância, oferecerá inicialmente 5 mil vagas para todo o país, o público alvo é de médicos e enfermeiros que trabalham nas portas de entrada e no primeiro momento serão contempladas todas 300 UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) que já recebem custeio pelo MS e também todas as portas de entrada que constam nos planos de ação. Ressaltou que hospitais filantrópicos também são candidatos a participação no curso. Com a notícia dada pelo Ministro de que já podem ser publicados os planos de ação da RUE, acordados de forma tripartite, cuja previsão é atingir pelo menos 250 portas de entrada no Brasil. Logo, para essa Capacitação serão apreciados, aproximadamente, 550 a 600 estabelecimentos de saúde.

O número de vagas por estabelecimentos dependerá do porte e da conformação das equipes, tendo em vista a complexidade e o número de atendimentos/dia das portas de entrada.

A inscrição será feita diretamente no site pelo gerenciador de cursos da SGTES e encerrará em Dezembro, sendo indicação dos gestores, estaduais e municipais, seja por meio da gerência de urgência, seja pelas estruturas de gestão de recursos humanos. Comunicou que todas essas informações serão disponibilizadas via Ofício aos gestores e as dúvidas poderão

	<p>ser sanadas pelo e-mail: classificacaoderisco@saude.gov.br.</p> <p>CONASS: Cumprimentou e parabenizou pela iniciativa, reforçando que esse é um grande esforço de qualificação para nossa Rede de Atenção à Saúde e solicitou que fosse colocado em prática o quanto antes.</p>
<p>b) O Perfil dos Serviços de Vigilância Sanitária Municipais – ANVISA/MS.</p>	<p>ANVISA: Apresentou dois produtos: O primeiro, recebido via OPAS em parceria com a UnB, foi utilizado para tratar dados captados junto às vigilâncias sanitárias municipais. Essas atuam nas áreas de bens de saúde, serviços de saúde e serviços de interesse à saúde, fazem parte da Vigilância em Saúde e são pouco conhecidas pela ANVISA, o que justifica a realização do levantamento de informações para a revisão dos modelos de descentralização e financiamento das ações de vigilância.</p> <p>Informou que a metodologia utilizada foi um estudo descritivo observacional e seccional das vigilâncias sanitárias, no período de dezembro/2012 à julho/2013 por um questionário eletrônico no FORMSUS de aproximadamente 113 perguntas com temas que envolvem desde o perfil do coordenador até a execução de ações.</p> <p>Agradeceu aos COSEMS e Coordenações Estaduais pela articulação que resultou na resposta voluntária de 4.010 municípios. Esclareceu que os dados são declaratórios e foram calculadas as frequências absoluta e relativa para cada dos temas apresentados.</p> <p>Salientou que a exploração dos dados do primeiro produto ainda está em andamento e discorreu sobre as seguintes abordagens: participação na pesquisa; perfil dos coordenadores; Recursos Humanos; estrutura física da VISA; financiamento; planejamento; relação da VISA municipal e estadual; ações da VISA; sistema de informação; ações de vigilância sanitária; ações e participação, mobilização e controle.</p> <p>Disse que os resultados obtidos já mostram algumas preocupações: estruturação dos serviços</p>

(precariedade de equipamentos); rotatividade de recursos humanos, precariedade nos vínculos de trabalho entre os Estados e Municípios, sendo necessário um processo de educação permanente para as vigilâncias, mas que também permite algumas oportunidades:

- Trabalhar uma cooperação técnica integrada para o fortalecimento da gestão das vigilâncias sanitárias municipais com objetivo de fomentar a implementação de políticas; fortalecer a integração das vigilâncias e induzir a institucionalização do monitoramento e avaliação, em parceria com o Departamento de Articulação Interfederativa do MS, por já tem um processo organizado de cooperação técnica.
- Importância de que no modelo de descentralização e financiamento apresentado seja considerado no mínimo a questão de porte populacional, parque instalado, capacidade de execução, condições geográficas e que o desenvolvimento do sistema de informação que está sendo discutido faça interface com os sistemas já existentes.

ANVISA/MS: Quando questionada se os dados dos municípios que não utilizam o LACEN para encaminhar alimentos e medicamentos foram avaliados na pesquisa, informou que esta abordagem foi feita a parte da investigação. Não foi realizada uma análise junto aos LACEN, porém pode ser feita via FORMSUS.

CONASEMS: Colocou a importância da pesquisa, mas chamou a atenção para os municípios de pequeno porte, a exemplo do estado de Minas Gerais, onde 496 municípios têm menos de 10.000 habitantes, sendo importante avançar num modelo microrregional, envolvendo um grupo de municípios vizinhos, para dar corpo a essa vigilância. Fortalecer a vigilância de forma microrregional para sensibilizar os prefeitos da necessidade de ser ter esses serviços.

	<p>ANVISA/MS: Ressaltou a importância de rever nesse modelo de descentralização a capacidade operacional desses municípios, pois os de pequeno porte e os com mais de 100.000 habitantes estão muito equidistantes, havendo necessidade de um trabalho diferenciado.</p> <p>Disse ainda que quando receberam os primeiros resultados da pesquisa, os dados foram encaminhados para apreciação do CONASS e CONASEMS, para que esses fizessem suas análises. Por fim, comunicou que fez uma parceria com o IBGE, que trabalha com pesquisas periódicas com todos os municípios, e inseriu um bloco de vigilância sanitária com algumas questões (54 questões) para subsidiar e confirmar alguns dados apresentados.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que altera a Portaria nº 904/GM/MS, de 29 de maio de 2013, publicada no Diário Oficial da União nº 103, de 31 de maio de 2013, Seção 1, página 68, que estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal –</p>	<p>CONASEMS: Ponderou que a necessidade de revisão da Portaria GM/MS nº904/2013 comprovou as críticas feitas à época da pactuação desta Portaria de que os critérios eram tão numerosos que dificultaria a adesão. Na época da pactuação a previsão era de 284 serviços aderirem sendo que apenas 4 foram implantados. Em seguida, interrogou se haverá a revogação destes critérios que obstaculizam a implantação destes serviços. Além disto, os prazos para publicação dos Planos Regionais da Rede Cegonha já se expiraram, portanto, faz-se necessário a alteração destes e a abertura dos Sistemas de Informação para a adesão dos serviços.</p> <p>Concluindo, apontou a importância de se manter um diálogo com a Sociedade Brasileira de Obstetrícia.</p> <p>CONASS: Corroborou com todas as propostas de Conasems.</p> <p>MS: Concordeu com as proposições feitas pelo Conasems, pois ao flexibilizar os prazos e</p>

<p>SAS/MS.</p>	<p>critérios, aumenta-se o numero de adesões.</p> <p>Ministro da Saúde: Destacou que se faz cada vez mais preemente a necessidade de se discutir a relação entre o parto normal e o parto cesariano. Considerou esta uma agenda prioritária do SUS.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <p>Minuta de Portaria pactuada com as seguintes ressalvas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisão de todas as normativas que tratem de prazos para envio dos Planos Regionais, que expirou e que tratem dos critérios e das exigências; - Reabertura dos Sistemas de Informação específicos para novas adesões.
<p>b) Minuta de Portaria que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes – SAS/MS.</p> <p>c) Minuta de Portaria que define os valores para custeio dos 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>CONASS: Informou não haver nenhum óbice quanto à pactuação da Portaria que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes.</p> <p>No entanto, quanto à Portaria que define os valores de custeio dos núcleos de Telessaúde do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica propôs uma revisão com o objetivo de se estimular a participação do profissional. Neste sentido, propôs a pactuação apenas do mérito da proposta.</p> <p>CONASEMS: Afirmou que considera o Telessaúde um instrumental tecnológico de grande importância para o SUS, mas que tem sido pouco utilizado. Apoiando o posicionamento do Conass propôs a criação de um Grupo de Trabalho para a confecção de um Manual de instruções ou diretrizes, além da discussão sobre as relações e o papel dos Municípios e dos Estados com os parceiros – Universidades.</p> <p>Por fim, solicitou a não fragmentação dos recursos.</p>

MS: Secretário da SGTES Dr. Heider Pinto esclareceu que no ano de 2011 houve uma mudança na proposta que direcionou o financiamento do MS não apenas para as Universidades, mas também aos Municípios que se organizavam em regiões e aos Estados para que estes pudessem criar núcleos ou contratar núcleos existentes para executarem as ações de tele-consultoria.

Além disto, foram identificados os 3 principais problemas para o avanço e efetiva implantação da proposta: problemas com conectividade, falta de equipamentos e dificuldade de integração entre os Sistemas de informação, além da baixa adesão pelos profissionais.

Como resposta a estas questões, o MS vem trabalhando no sentido de que os recursos advindos de Emendas Parlamentares possam ser utilizados na compra de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde; na implantação do Plano Nacional de Banda Larga; além da integração do E-SUS com o Telessaúde.

Concluiu informando que haverá um GT conjunto Atenção e GATES que discutirá a situação dos Agentes Comunitários de Saúde, do Contrato Organizativo da Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) e propôs que o Telessaúde seja inserido na pauta, sem prejuízo da construção de um novo GT como Conasems propôs.

MS: Concordou com as solicitações de Conass e Conasems. E finalizou a discussão afirmando que esta estratégia deve ser pensada em/na Rede. A questão mais importante é a qualificação das informações prestadas e, por conseguinte, uma maior resolutividade na Atenção à Saúde com otimização dos recursos.

ENCAMINHAMENTOS:

- A Minuta de Portaria que institui incentivo financeiro de custeio destinado aos núcleos de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil foi pactuada sem ressalvas.

	<p>- A Minuta de Portaria que define os valores para custeio dos núcleos de Telessaúde do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica foi pactuada em seu mérito e seguirá para revisão e qualificação no GT conjunto Atenção e GTES.</p>
<p>4. Informes</p>	
<p>a) Enunciados aprovados na I Jornada de Direito Sanitário do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) – MS/CONASS e CONASEMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais. • O cumprimento de pleitos judiciais que visem à prestação de ações ou serviços exclusivos da assistência social não devem ser impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS). • Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), recomenda-se que seja 	<p>MS: Informou da aprovação de cinco enunciados, dentre oito que foram elaborados durante a realização da I Jornada de Direito Sanitário do CNJ. Lembrou que todos os enunciados foram trabalhados no GT Tripartite. Na oportunidade reforçou que a aprovação dos enunciados é muito importante, contudo, essa conquista é uma dentre tantas outras previstas para dar seguimento à agenda do GT de Judicialização, resultado da articulação e retomada do grupo de trabalho, agora sob a coordenação da Secretaria Executiva, bem como a sequência da construção do sistema tripartite de demandas judiciais em saúde, e isso será uma agenda prioritária para 2014. Em complemento, informou que haverá no dia 06 de junho, em parceria com a Comissão Permanente de Defesa da Saúde – COPEDS, sob a Coordenação do Ministério Público, juntamente com o Dr. Marco Antônio, Promotor Público do Estado do Paraná e a Ensp, o início de uma capacitação para formação de 200 promotores de justiça, vinculados ao Ministério Público, com relação ao tema do SUS, e tantas outras agendas.</p> <p>CONASS: Acrescentou que eles participaram ativamente desse processo, inclusive alguns enunciados surgiram a partir de várias reuniões feitas entre os Estados. Sugeriu que, por envolver diretamente o Ministério da Saúde junto a Agência Nacional da Saúde Suplementar, tendo em vista que a partir do mês de maio se definiu claramente a questão do acesso em relação aos medicamentos oncológicos orais e medicamentos para efeitos adversos para</p>

determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de acompanhamento e controle clínico.

- A inefetividade do tratamento oferecido pelo SUS, no caso concreto, deve ser demonstrada por relatório médico que a indique e descreva as normas éticas, sanitárias, farmacológicas (princípio ativo segundo a Denominação Comum Brasileira) e que estabeleça o diagnóstico da doença (Classificação Internacional de Doenças), tratamento e periodicidade, medicamentos, doses e fazendo referência ainda sobre a situação do registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
- Nas ações de saúde, que pleiteiam do poder público o fornecimento de medicamentos, produtos ou tratamentos, recomenda-se, sempre que possível, a prévia oitiva do gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a, inclusive, identificar solicitação prévia do requerente à Administração, competência do ente federado e alternativas terapêuticas.

usuários de planos de saúde, que fosse estabelecido um mecanismo de verificação disso, para se evitar que o Sistema Único de Saúde - SUS continue atendendo usuários dos planos de saúde e depois não seja ressarcido. Acredita que o ideal seria levar essa questão para a ANS, no sentido de se conseguir a identificação desses usuários, uma vez que já existe uma legislação que determina aos planos de saúde o fornecimento, tanto dos medicamentos oncológicos orais quanto dos medicamentos de efeitos adversos, sendo este um dos grandes focos, tanto para o setor privado quanto para o setor público, quando do enfrentamento das demandas judiciais. Por isso, seria interessante uma análise de como fazer esse acompanhamento e, a depender, principalmente quando os Estados precisarem se manifestar nos processos judiciais, que possam se basear naquilo que já deveria ter sido feito diretamente pelos planos de saúde. Por fim, alertou para o fato de que, sem o acesso direto a esses bancos de dados, que poderia ser feito por meio de uma avaliação do Cartão Nacional de Saúde, não será possível checar se o usuário de planos de saúde teve ou não o direito a aquisição dos medicamentos oncológicos orais.

CONASEMS: Reforçou que os enunciados foram produto da jornada de direito à saúde realizada no Estado de São Paulo, sendo um fato bastante importante, e que representa o início de uma mudança de posicionamento do poder judiciário. Tem grande esperança de que o seja. Parabenizou o MS e demais protagonistas desse processo e, complementando o que foi dito pelo Conass, acredita que se deve dar grande divulgação desses enunciados, inclusive perante as Procuradorias jurídicas dos Estados e Municípios, para que possam ser utilizados em suas argumentações, observando que o judiciário respeita o que emerge do Conselho Nacional de Justiça, o que poderá ter uma eficácia maior quando do enfrentamento da judicialização.

	<p>MS: Alertou para o fato de que outros enunciados, que não eram tripartite, como os apresentados pela representação de pacientes, sociedade civil, ongs etc, e que também foram aprovados, não são favoráveis ao SUS, representando, também, um motivo de preocupação.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Estabelecer um mecanismo de verificação e acompanhamento, junto a ANS, da identificação dos usuários de planos de saúde, que tiveram ou não o direito a aquisição dos medicamentos oncológicos orais, podendo a coleta de dados ser feita por meio do Cartão Nacional de Saúde. O intuito é evitar que o SUS forneça os medicamentos, que deveriam ser assegurados pelo plano de saúde, sem que haja o devido ressarcimento.</p>
<p>a) Implementação do 3º Ciclo para estruturação da Rede de Frios (Minuta de Portaria que estabelece procedimentos e critérios para o repasse de recursos financeiros de investimento pelo Ministério da Saúde destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios) – SVS/MS.</p>	<p>MS: Informou que as duas etapas anteriores foram concluídas e até o momento repassados aproximadamente 58 milhões de reais. Ressaltou que as 27 centrais de estaduais de rede de frios foram apoiadas, superando a meta que era de apoio a 20 centrais.</p> <p>Quanto à terceira etapa que está sendo lançada, disse que a portaria está pronta aguardando apenas a análise da Consultoria Jurídica do MS – CONJUR para ser publicada. Contou que a proposta foi consensuada na reunião do GTVS do dia 07/05/2014, que o orçamento disponível é de R\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de reais) e sua transferência será feita via fundo-a-fundo. Acrescentou que a análise dos projetos será através do módulo de obras do SISMOB e que o módulo de aquisição já está aberto para inserção de propostas no sistema de gerenciamento.</p> <p>Concluiu comunicando que o prazo previsto para publicação da referida portaria é de 15 dias e que o MS já iniciou a divulgação junto aos Estados e Municípios para que estes possam iniciar a elaboração de seus projetos.</p>

b) Campanhas Nacionais de Vacinação – SVS/MS.

MS: informou a necessidade de mudanças nas campanhas de vacinação em 2014 e que todas as coordenações do Programa de Imunização e Secretarias Estaduais serão informadas. Em seguida apresentou uma síntese das referidas campanhas:

- **HPV:** destacou o êxito da campanha e justificou a baixa cobertura em dois Estados (AM e AC) e no Distrito Federal. No DF e no Amazonas a vacina já tinha sido introduzida há um ano e que está sendo vacinada apenas uma faixa etária específica (um ano de idade). No Acre houve problemas no sistema e como consequência, atraso na migração dos dados para o nível central. Salientou que não houve nenhum evento grave relacionado à vacina.
- **INFLUENZA:** comunicou a cobertura nacional de 78% com ótimos desempenhos nas regiões Sul e Sudeste, estando assim próximo ao alcance da meta nacional de 80%. Esclareceu que a vacina não é contraindicada para pacientes imunodeprimidos, visto que não é constituída por vírus vivo atenuado, a exemplo da febre amarela.
- **SARAMPO/POLIOMIELITE:** disse que em 2014 a campanha de seguimento do Sarampo será realizada junto com a da poliomielite no período de 13 à 30 de setembro. Destacou que a cobertura vacinal contra o Sarampo é muito heterogênea no país e que há municípios em que a cobertura é muito baixa há cinco anos consecutivos. Ponderou também a frequência de casos de Sarampo no Estado do Ceará a as ações desenvolvidas pelo MS junto ao Estado.

Enfatizou a necessidade de rever os horários de funcionamento das unidades de vacinação no intuito de garantir o acesso, pois em estudo feito, considerando o calendário básico de vacinação, uma mãe teria de faltar 10 dias de trabalho para garantir o cumprimento do esquema vacinal de seu filho.

	<p>Concluiu falando do Sistema de Informação Nominal do PNI e que muitos Estados estão em processo de conclusão das licitações. Solicitou um grande esforço no recebimento e distribuição dos computadores, principal queixa dos municípios para não implantação do Sistema. A inovação do Sistema Nominal é que ao invés de computar doses administradas dos imunobiológicos serão computadas pessoas vacinadas.</p>
<p>c) Situação da alimentação do Relatório de Gestão ano 2012/2013 e informações sobre Plano e Programação de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Ressaltou que 49,88% dos municípios ainda não informaram o RAG 2013 no Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão – Sargsus. Solicitou empenho dos Cosems neste processo e lembrou que a LC 141/2012 determina que o prazo para informação do RAG é até o mês de março do ano subsequente.</p>
<p>d) “Resultados” das agendas realizadas sobre o e-SUS AB nos Estados – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Destacou a parceria profícua com os Cosems que está gerando uma agenda fechada de oficinas a serem realizadas em todos os Estados. Lembrou que este processo está ligado a disponibilização do webservice do Cartão Nacional de Saúde, que deverá ser apresentado na reunião ordinária da CIT do mês de julho/14.</p>
<p>e) Ofício/SESAU/GABSEC Nº 3809/13, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Tocantins: mudança do município de Oliveira de Fátima, da Região de Saúde Cantão para a Região de Saúde Amor Perfeito, conforme Resolução CIB nº 042/2014, de 20 de março de 2014 – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Informou sobre a alteração de região de saúde realizada pelo município de Oliveira de Fátima. Ponderou que a inconsistência apresentada pelo sistema tabwin durante o cadastro de regiões de saúde, que limita o número de regiões por estado, está sendo corrigido pela equipe do Datasus/RJ.</p>
<p>DESTAQUE:</p>	
<p>Foi referenciado o recebimento do medicamento palivizumabe pelos estados brasileiros em meados do mês de maio/2014, para prevenção da infecção pelo vírus sincicial respiratório, principal causa de bronquiolite na criança, representando uma grande vitória para queda do índice</p>	

de mortalidade neonatal. Ressaltou também a redução dos gastos com internação hospitalar, face a comprovação de que a partir da disponibilização deste medicamento os resultados obtidos são satisfatórios.

ENCAMINHAMENTO: avaliar o quantitativo do medicamento palivizumabe fornecido pelo Ministério da Saúde, em relação à demanda observada, ressaltando que as primeiras análises geraram certo nível de preocupação.

Discutir sobre a divergência do protocolo clínico utilizado pelas secretarias de saúde e o estabelecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria.