



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

RESUMO EXECUTIVO DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2016

28 DE ABRIL DE 2016.

Em 28 de abril de 2016 participaram do Plenário da Tripartite:

MS: José Agenor Alvares da Silva, Lenir Santos, Alberto Beltrame, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Heider Aurélio Pinto, José Miguel do Nascimento Júnior, Verbena Lucia Melo Gonçalves, Neilton Araujo de Oliveira, Andre Luis Bonifácio de Carvalho.

Conass: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Leonardo Vilela, Fausto Pereira dos Santos, Wilson Pollara, Humberto Fonseca e Maria da Conceição M. Costa.

Conasems: Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Servilha Duarte, Iolete Soares Arruda, Wilames Freire Bezerra, Amilton Fernandes Prado, Andreia Passamani e Marcelo Bósio, Charles Cesar Tocantis de Souza.

1. Abertura dos Trabalhos:

MS: A Secretária de Gestão Estratégica e Participativa - SGEP /MS convidou, para compor a mesa da plenária da reunião ordinária, o senhor Ministro de Estado da Saúde substituto e, em seguida, listou os representantes do MS, Conass e Conasems presentes na reunião.

Ministério da Saúde: José Agenor Álvares da Silva - Ministro substituto; Lenir Santos – Secretária de Gestão Estratégica e Participativa; Alberto Beltrame - Secretária de Atenção à Saúde; Antônio Carlos Figueiredo Nardi - Secretária de Vigilância em Saúde, Hêider Pinto - Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; José Miguel Nascimento - Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Verbena Gonçalves - Secretária Especial da Saúde Indígena.

Conass: João Gabbardo dos Reis – Presidente; Jurandi Frutuoso - Secretário Executivo; Fausto Pereira dos Santos e Wilson Pollara – Região Sudeste; Leonardo Vilela – Região Centro Oeste e Maria da Conceição Costa – Região Nordeste.

Conasems: Mauro Junqueira - Presidente, Jose Ênio Servilha – Secretário Executivo, Willames Freire e Iolete Arruda – Região Nordeste; Andreia Passamani – Região Sudeste e Amilton Prado – Região Centro Oeste.

CONASEMS: O Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde cumprimentou a todos os presentes e reforçou a importância das decisões tripartite, a nível nacional e estadual, nas ações do Sistema Único de Saúde.

Disse que está à disposição do Conass para mover uma ação conjunta junto ao Estado de São Paulo referente a alguns desentendimentos entre a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – SES/SP e o COSEMS/SP. Faz-se necessária uma discussão para que haja um alinhamento e relatou a importância de que a Comissão Intergestores Bipartite - CIB seja fortalecida no âmbito estadual.

CONASS: O Presidente do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde disse que está de acordo quanto à proposta e solicitou o posicionamento do secretário substituto de Estado da Saúde de São Paulo o qual comentou que na última reunião da Comissão Intergestores Bipartite – CIB, já houve mais cooperação e que existe um processo de alinhamento entre SES/SP e o COSEMS/SP.

Esclareceu que a maior dificuldade era quanto ao processo de regionalização e que os secretários de saúde e prefeitos se negavam a emitir as Autorizações de Internação Hospitalar – AIH para pacientes provenientes de municípios menores, além disso, comentou que o Cosems/SP fez uma série de questionamentos sobre o Plano Estadual de Saúde de 2016.

Disse que ainda há uma dificuldade de uma área física que o Cosems/SP ocupa nas dependências da SES/SP e que foi oferecida uma sala maior em outro prédio. Disse que a situação já está sendo mediada e agradeceu o empenho do Conasems nessa situação.

2. Apresentações e Discussões:

a) Ações da ANVISA na emergência de Zika, Dengue e Chikungunya – ANVISA.

ANVISA: A ANVISA atua num amplo campo do ambiente regulatório brasileiro, cita como exemplo, medicamentos, cosméticos, alimentos, saneantes, até a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Nos últimos meses em relação às emergências, tem trabalhado com cosméticos, e cita a RDC 19/13 que regulamenta os produtos cosméticos repelentes de insetos. Informou que em dezembro/15 foi definida priorização da análise das petições de registro e alterações de registro de produtos cosméticos repelentes de insetos. A ANVISA tem uma série de regras para registro ou mesmo para autorização de um ensaio clínico, e produtos que atendam essas regras são considerados prioridades. Entre 2013 e 2016, 169 repelentes tiveram seus registros válidos, e a partir da priorização mais 65 repelentes foram registrados e 25 encontram-se em processo de análise. O tempo dessa análise depende das informações contidas no dossiê encaminhado pela empresa.

Em relação aos saneantes, mencionou a RDC 34/10 que regulamenta os produtos saneantes

desinfestantes. Informou o acúmulo de 181 Inseticidas para Campanha de Saúde Pública registrados até 2015 e após a priorização mais 5 produtos; 95 Inseticidas de Venda Livre e 6 após a priorização; 37 Larvicidas e 93 Repelentes Ambientais. Constam ainda 8 pedidos de registros em análise, aguardando cumprimento de exigências por parte das empresas.

Em julho/15, foi aprovado o uso de larvicida à base de Bti em água para consumo humano. A ANVISA avaliou o enquadramento de produtos repelentes para aplicação em roupas e o enquadramento de tintas inseticidas e repelentes e também a elaboração de norma específica para registro de agentes biológicos para controle de vetores em ambiente urbano.

Mencionou a RDC 36/2015 que regulamenta os produtos de saúde sujeitos a registro (classe de risco III) – testes diagnósticos e informou que em janeiro/2016 foi definida a priorização da análise das petições de registro dos kits de diagnóstico de Dengue, Zika e Chikungunya, totalizando 93 produtos com registros válidos e 26 em exigência. Existem 4 registros de Kits para Zika vírus e 3 em exigência, 10 registros concedidos para Chikungunya e 6 em exigência e para Dengue 79 registros e 13 em exigência, desses 4 produtos tem associação de mais de um parâmetro.

Sobre vacinas, falou sobre a RDC 09/2010 que regulamenta os procedimentos e requisitos para realização de ensaios clínicos com medicamentos e a RDC 55/2010 que regulamenta o registro de produtos biológicos e biológicos novos. Informou que 3 empresas: Sanofi-Pasteur (2010 e 2011), Instituto Butantan (2013 e 2015) e Takeda (2016) tiveram ensaios clínicos autorizados e que essas vacinas são quadrivalentes com tecnologias distintas. No processo de registro as empresas têm que garantir a segurança e a eficácia.

Existe um único registro de vacina para dengue, a Dengvaxia da Sanofi-Pasteur. O Brasil foi o segundo país no mundo a registrar a vacina em dezembro de 2015 e atualmente a vacina encontra-se em processo de precificação (teto máximo). O processo de registro agora está sendo finalizado com a última etapa que é o estabelecimento pela Secretaria Executiva da CMED do preço máximo que poderá ser praticado. A empresa solicitou que fosse utilizado como parâmetro para essa precificação

o preço teto da vacina de HPV (R\$ 400,00 a dose), tendo em vista ser uma vacina nova. A empresa argumenta que a vacina de dengue será utilizada apenas em países em desenvolvimento, então não contará com a venda em países desenvolvidos, a um preço superior, como amortização dos investimentos realizados para seu desenvolvimento. Esse preço teto não significa que o SUS, caso decida incorporar a vacina, o utilizará. Essa é uma decisão do SUS, com a CONITEC fazendo a avaliação e o Ministério da Saúde, Estados e municípios decidindo pela incorporação, avaliando o impacto orçamentário e outros parâmetros que não são avaliados pela ANVISA, por sua competência legal.

Informou que não há solicitação para ensaio clínico de vacina contra Zika ou contra Chikungunya. Há relatos de 21 empresas desenvolvendo vacinas para Zika, porém ainda não há pedido de registro em nenhuma Agência Regulatória no mundo, segundo informações do grupo de discussão internacional, o qual o Brasil e outras 20 maiores Agências Reguladoras participam. O Brasil tem um acordo de Cooperação com o FDA para compartilhamento rápido de informações sobre pedido de registro, essa troca é feita por teleconferência.

Considerando a transmissão de Zika por via sanguínea, a ANVISA orientou os serviços de sangue e às vigilâncias sanitárias locais, por meio da NT 001/2015/Anvisa/MS, de 22/12 sobre o gerenciamento do risco sanitário no uso de hemocomponentes em procedimentos transfusionais e a NT 001/2016/Anvisa/MS, de 15/03 orientou sobre o gerenciamento do risco sanitário de células, tecidos e órgãos humanos para uso terapêutico e pesquisa clínica. Alertou que é raro, porém pode ocorrer transmissão por tecidos e órgãos doados para transplante.

Em abril de 2016 foi aprovada RDC com obrigatoriedade na realização de testes laboratoriais para detecção de marcadores do vírus Zika em procedimentos de reprodução humana assistida, pois há evidência científica da transmissão do vírus por esperma.

Houve um alerta para Portos, Aeroportos e Fronteiras através da RDC 72/09 e RDC 02/03 orientando a manutenção das áreas isentas de criadouros, larvas de insetos e insetos adultos, roedores e quaisquer outros vetores. A orientação ao viajante é feita por material de comunicação (banner e

aviso sonoro) em aeroportos e portos em várias línguas, considerando o período de maior fluxo pré-olimpíada.

Em fevereiro/2016 foi definida a priorização das análises de licenças de importação: insumos, material de pesquisa, produtos relacionados à situação de emergência em saúde pública.

Citou novas tecnologias: Produto repelente de insetos para aplicação em roupas/tecidos e superfícies porosas (princípio ativo Permetrina), produto para aplicação em roupas e tecidos com ação repelente de mosquitos *Aedes aegypti* (a empresa não encaminhou o dossiê com o princípio ativo), produtos têxteis usados como vestuário impregnados com substância repelente e produto repelente de insetos para aplicação em roupas (princípio ativo Permetrina 0,5%) e produtos têxteis usados como vestuário impregnados com substância repelente e produto repelente de insetos para aplicação em roupas (princípio ativo EBAAP 20-30%), esses produtos estão em fase de enquadramento e avaliação para futura comercialização ou não no país.

Mencionou outras duas tecnologias: a infecção do mosquito com a Bactéria *Wolbachia Pipientis* com Registro Especial Temporário (RET) concebido em 2014 para fins de pesquisa e experimentação pela Fiocruz (válido até 2017) e o mosquito geneticamente modificado (OX513A). A CTNBio aprovou em abril/2014 o Parecer 3964/2014 dizendo que esse mosquito não apresenta riscos adicionais quando comparado à espécie não geneticamente modificada e em julho de 2014, a Oxitec protocolou consulta sobre enquadramento e regularização do OX513A. Em abril de 2016, a ANVISA decide pelo enquadramento como “saneante” e elaborou um instrumento análogo ao RET para que as pesquisas possam ser efetivadas.

Esclareceu que a maior parte dos produtos usados no combate aos vetores também é de uso agrícola. Todos os produtos utilizados para combate ao vetor são registrados pelo Ministério da Agricultura e a ANVISA dá o parecer sobre a segurança e toxicidade. Os saneantes referem-se a produtos utilizados no domicílio, por isso há necessidade de um novo debate para incluir essa nova categoria nas legislações.

CONASEMS: Colocou a preocupação sobre a precificação e eficácia da vacina da dengue da Sanofi-Pasteur, bem como a metodologia de 3 doses. Afirmou que em termos de saúde pública não é uma vacina para aplicação em larga escala e que com essa precificação as vacinas serão fornecidas com ordem judicial de norte a sul do país.

Questionou sobre a possibilidade de pactuação na CIT de uma Nota Técnica orientando sobre a vacina da dengue da Sanofi, tendo em vista o posicionamento tripartite contrário a essa incorporação.

ANVISA: Concordou com o Conasems, sobre a necessidade do debate no SUS sobre a incorporação ou não, levando em conta os dados técnicos e a capacidade orçamentária. Esclareceu que a Agência faz a análise econômica para estabelecer o preço máximo, avaliando se existe sustentação técnica e econômica para o valor apresentado pela empresa. Outras considerações não são debatidas nesse processo de finalização de registro no ANVISA, em decorrência do mandato legal que a Agência tem. Informou que alguns gestores cobraram rapidez nessa precificação e que estes foram informados de que a Agência está concluindo as análises econômicas para estabelecer esse preço máximo nas próximas semanas. Lembrou que na discussão da vacina de HPV, quando o SUS decidiu incorporar a vacina, o fez por um preço muito abaixo do preço teto que havia sido autorizado no registro. O Ministério da Saúde na época realizou estudos de custo-efetividade e de impacto orçamentário para subsidiar o debate com o laboratório produtor e com as associações científicas, resultando que o SUS não incorporaria se o custo fosse acima de U\$ 15,00, valor bem abaixo do preço teto.

Esclareceu que no processo de registro constarão todas as informações técnicas necessárias para o debate sobre a incorporação da vacina, e que na bula constará, por exemplo, que crianças e idosos não poderão utilizar a vacina.

MS: Citou a Medida Provisória 712 que está na Câmara para votação que fala sobre as urgências para as ações dos Agentes Comunitários, principalmente nos ambientes fechados. Mencionou a Emenda de um deputado que exigia a incorporação da vacina pelo Programa Nacional de Imunizações e essa foi rejeitada, e que esse é um argumento importante. Existe também um relatório detalhado da

Comissão de Assessoria Técnica (CTA) do Ministério da Saúde da área de imunização, onde constam todos os argumentos técnicos (precificação e custo-efetividade) que mostram que a vacina não tem a eficácia necessária para que seja incorporada ao Calendário do SUS. Sugeriu que o relatório seja publicado no site do MS para que possa orientar os estados e municípios nos debates.

Corroborou com a preocupação do Conasems e ressaltou que o Ministério está investindo na vacina do Butantan, que está na fase III. Segundo os indicadores, esta vacina terá uma eficácia acima de 80% em uma dose única. Ressaltou que a vacina da Sanofi impactaria em 10,5 bilhões o biênio, o que é inviável.

CONASS: Disse que no estado de São Paulo já existe decisão judicial para que toda a população seja vacinada contra H1N1, independente dos grupos de vulnerabilidade. Colocou a preocupação quanto ao pedido dos gestores para inclusão da vacina Sanofi, e afirmou que a posição do Conass é contrária a inclusão dessa vacina, o que não inviabiliza que os Secretários individualmente se posicionem diferente. Lembrou ainda que esse posicionamento foi manifestado em uma audiência pública ocorrida no Senado Federal e consta no relatório final.

SVS/MS: Informou que foi solicitada a Comunicação que o relatório da CTA esteja disponível no site para embasamento dos estados e municípios, uma vez que a decisão não pode ser apenas política, mas também ser baseada em critérios clínico-epidemiológicos e custo-efetividade. Ressaltou que foi calculado 10,5 bilhões na precificação da vacina e 1,5 bilhões no controle de vetores para os 5.570 municípios.

SGEP/MS: Sugeriu a elaboração de uma Resolução CIT aprovando uma Nota Técnica, respaldando judicialmente os Estados e municípios. Citou a lei 12.401 que dispõe sobre a CONITEC e fala da incorporação e seu custo-efetividade.

ENCAMINHAMENTOS:

- A elaboração de uma Resolução CIT aprovando uma Nota Técnica que esclarece a situação da vacina da dengue da Sanofi – Pasteur, após registro da Anvisa.

b) Resultados dos editais do Programa Mais Médicos e três anos do registro dos médicos estrangeiros que atuam no Brasil – SGTES/MS.

SGTES/MS: Afirmou que hoje o Programa “Mais Médicos” possui um conjunto de 18.240 médicos em 4.058 municípios e 34 Distritos Indígenas. São, portanto, 72,8% dos municípios brasileiros atendidos e 63 milhões de brasileiros beneficiados.

Em 2015 houve a maior participação dos médicos brasileiros. Os profissionais com CRM/Brasil eram em 2014, apenas 1.846 e em 2015 passou para 5.274, o que equivale a 28,9% dos médicos atuando no Programa. Quanto aos intercambistas individuais, em 2014 eram 1187 e em 2015 atingiu 1.537, ou seja, 8,4% dos profissionais. Os médicos cooperados dos anos de 2014/2015 somam um total de 11.429 médicos, portanto, 62,6%.

No Edital de janeiro de 2016 houve quase 13 mil médicos com registro no Brasil (CRM) inscritos: foram 1.173 vagas para seleção, com mais de 11 candidatos por vaga, o que resultou em 100% das vagas ocupadas por médicos brasileiros. No entanto, somente 72% permaneceram no Programa após primeira semana.

Apenas 8% dos médicos cooperados saíram do Programa antes do prazo de 3 anos, 15% dos profissionais brasileiros formados no exterior e estrangeiros abandonaram o Programa antes do prazo, enquanto, 40% dos profissionais com CRM/Brasil não cumpriram o prazo.

No Edital de Abril de 2016 (vigente) já houve a inscrição de quase 3 mil médicos com registro no Brasil (CRM) para 1.374 vagas confirmadas pelos gestores. E em resposta às solicitações do Conasems houve a possibilidade de 46 novos municípios aderirem.

A Lei 12.871 em seu Art. 16. diz que “O médico intercambista exercerá a Medicina exclusivamente no âmbito das atividades de ensino, pesquisa e extensão do Projeto Mais Médicos para o Brasil, dispensada, para tal fim, nos 3 (três) primeiros anos de participação, a revalidação de seu diploma nos termos do § 2º do art. 48 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996”.

Há solicitações de prorrogação deste prazo por meio de imediata edição de Medida Provisória de diversas entidades, tais como: Frente Nacional de Prefeitos, Associação Brasileira de Municípios, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Secretários Municipais de Saúde, COSEMS, Prefeitos,

Parlamentares, além de diversos Movimentos Sociais. Informou que já levou esta proposta de Medida Provisória à Presidência da República e que no dia 29 de abril haverá uma manifestação do MS e de todas as entidades envolvidas neste sentido.

Informou ainda que o MS alcançou o patamar de maior financiador de bolsas de residências, tanto médicas quanto multiprofissionais no país, chegando em 2016 ao número de 8.432 bolsas financiadas.

Por fim, informou que 98 municípios aderiram ao Edital nº 14 com 561 preceptores. E 43 municípios aderiram à Portaria nº 60, de 12 de janeiro de 2016 que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos componentes do Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, o incentivo financeiro para valorização da preceptoria nos Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC).

CONASEMS: Ponderou que há 400 médicos cubanos retornando a seu país de origem ainda esta semana, sem conseguir finalizar sua formação por conta das dificuldades, como por exemplo, falta de acesso a internet nas localidades onde estão lotados. Neste sentido, propôs que sejam dados 30 dias de férias a estes profissionais e após este período, seja possível que eles retornem para finalizar sua formação.

CONASS: Em função do aumento do número de atendimentos que ocorre na região Sul por conta da epidemia de Gripe e Influenza, nos próximos 3 meses, solicitou que os profissionais do Programa trabalhem tempo integral na assistência.

Conasems: Corroborou a solicitação do Conass.

MS: Compreende que a situação dos profissionais desligados do Programa por dificuldades de logística necessita de uma avaliação mais detalhada, mas informou que o MS é obrigado a desligar o profissional, assim que a Universidade o faz. No entanto, tentará discutir esta proposta com o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU). E reforçou que estas

	<p>situações não provocarão desassistência à população. Em resposta à solicitação do Conass afirmou que irá articular com a SVS esta estratégia. E por fim, apresentou o livro do fotógrafo Araquém Alcântara sobre os Mais Médicos, presenteando os Presidentes de CONASS e CONASEMS.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SGTES discutirá a situação dos profissionais desligados do Programa com o Tribunal de Contas da União (TCU) e a Controladoria Geral da União (CGU); • SGTES articulará com a SVS a estratégia para que os profissionais do Programa trabalhem em tempo integral na Assistência, durante a estação de Inverno na Região Sul.
<p>c) Consolidação dos resultados dos seminários regionais – ANVISA.</p>	<p>ANVISA: Cumprimentou a todos justificando a ausência do Dr. Ivo Bucarestre, diretor da Coordenação Nacional de Vigilância Sanitária, que por motivo de viagem não pode estar presente. Contextualizou o processo do Ciclo de debates afirmando tratar-se de um momento de avaliação crítica dos processos de trabalho e propósitos da vigilância sanitária no país, visto que 110 municípios não possuem órgão específico de VISA, em continuidade ao movimento iniciado com a Conferência Nacional de Vigilância Sanitária e seguido pelo Plano Diretor em Vigilância Sanitária (PDVISA) e Fóruns de Visa 2007 a 2010.</p> <p>O referido ciclo foi desenvolvido como estratégia capaz de estreitar a relação entre as três esferas de governo e destas com a sociedade visando à consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), com o objetivo de mobilizar os profissionais de vigilância sanitária e a sociedade para o fortalecimento do SNVS, em busca da melhoria da efetividade e de sua contribuição no desenvolvimento sanitário e socioeconômico do país.</p> <p>Salientou ter sido uma construção tripartite, com o envolvimento de vários profissionais da saúde – vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, atenção básica, secretários de saúde, conselheiros dos Conselhos de Saúde, ouvidores e participação de outros setores, tais como: Ministério Público, Defesa do consumidor, setor produtivo, sociedade civil organizada, academia.</p>

O ciclo de debates foi estruturado em 4 (quatro) eixos temáticos (Vigilância sanitária e regulação no mundo contemporâneo; A vigilância sanitária e suas relações; Coordenação Federativa das Ações de Vigilância Sanitária e o Trabalho e o trabalhador de Visa) e realizado em 7 eventos: 1 Seminário Internacional, 5 Fóruns regionais (regiões Sul, Sudeste, Centro-oeste, Nordeste e Norte) e um Fórum Nacional, realizados nos respectivos períodos e locais: 30/06/15 a 01/07/15 em Brasília-DF, 07 a 09/07/15 em Curitiba-PR, 21 a 23/07/15 em Belo Horizonte-MG, 17 a 19/08/15 em Goiânia-GO, 01 a 03/09/15 em Natal-RN, 28 a 30/09/15 em Belém-PA e 21 a 23/10/15 em Brasília-DF. Em todo o ciclo houve a participação de 1.564 pessoas, sendo a média de 250 participantes por ciclo de debate.

No tocante ao tratamento das informações produzidas no ciclo, salientou como produto dos seminários regionais, 128 desafios e 271 estratégias de superação; no seminário nacional 12 desafios (três de cada eixo) e 193 estratégias de superação e, do nacional, 123 estratégias de superação organizadas em 11 categorias.

Em seguida fez menção aos resultados do ciclo de debates, que serão publicados por fascículos, apresentando as ocorrências das estratégias por eixo temático : Eixo 1: 50 (18%), Eixo 2: 97 (35%), Eixo 3: 69(25%) e Eixo 4: 56 (21%); os doze desafios por eixo: eixo 1 (Entendimento e harmonização sobre risco sanitário; Ausência de solução tecnológica para compartilhamento das ações de Visa e integração destas com os demais bancos de informação; Acelerado desenvolvimento tecnológico e crescente oferta de produtos e serviços), eixo 2 (Fragmentação e descoordenação entre os componentes do SNVS; Incipiente integração e articulação entre o SNVS e as demais áreas do SUS e Distanciamento entre a vigilância sanitária, a sociedade, órgãos e poderes públicos), eixo 3: (Inadequado processo de planejamento e monitoramento das ações descentralizadas; Modelo atual de financiamento da Visa não atende as demandas e Distanciamento e falta de articulação entre os entes do SNVS) e eixo 4 (Infraestrutura inadequada para a atuação da Visa; Ausência de uma política nacional de RH para VISA e Ausência de planejamento integrado na saúde); ocorrência das estratégias

de superação por categoria, sendo estas: articulação, comunicação, gestão, gestão de pessoas, financiamento, educação/capacitação, regulação, controle de produtos e serviços, gestão do sistema de informação e gestão/política.

Por fim, fez menção à Agenda Estratégica para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária 2016-2019:

- Ampla divulgação dos relatórios regionais e nacional (disponibilizado no Site da Anvisa: <http://s.anvisa.gov.br/wps/s/r/dohD>)
- Definição da metodologia para construção da Agenda: Comissão Organizadora Tripartite (maio de 2016);
- Oficina com Coordenadores das VISA estaduais, representantes COSEMS, Lacen, Instituto Nacional de Controle de Qualidade de Saúde (INCQS) e áreas da Anvisa (julho, 2016);
- Divulgação da Agenda como norteador para planejamento das ações de VISA.
- Inclusão do planejamento da VISA nos instrumentos de gestão do SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde/ Programação Geral de Saúde.

Explicitou ainda, algumas necessidades específicas:

- A integração da vigilância sanitária as demais ações do SUS é necessária e urgente: olhar na linha do cuidado integral;
- Integração na rotina e não apenas diante de situações pontuais – usar os instrumentos de planejamento e gestão para construir a integração.
- Revisão e adequação das práticas de trabalho a partir da avaliação do risco das atividades e

	<p>das realidades locais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compartilhamento de objetivos e metas comuns com as demais ações de saúde; • Potencializar o espaço da VISA – espaço intersetorial propício ao fortalecimento da cidadania. <p>CONASS: Solicitou que os resultados dos seminários regionais sejam discutidos no Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde da CIT para posterior pactuação da agenda de forma tripartite. Acrescentou que a discussão dos resultados deve está associada à rede de atenção à saúde.</p> <p>CONASEMS: Corroborou com a fala do Conass.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Anvisa enviará relatório a ser pautado para discussão no Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde da Câmara Técnica da CIT.</p>
<p>d) Financiamento da Saúde – CONASEMS</p>	<p>CONASEMS: iniciou a apresentação fazendo uma abordagem do subfinanciamento do SUS, com o intuito de compartilhar com MS e Conass as preocupações relacionadas ao financiamento. Em estudo às Leis orçamentárias do SUS, observou que desde o ano 2000, aprovadas, e com orçamento total da União em bilhões de reais, já demonstrando, em 2016, uma diminuição de 8,4% na arrecadação federal, o que impacta no Sistema Único de Saúde. Fez breve referência ao financiamento destinado à seguridade social, com um decréscimo de 3,1%, também em 2016. No orçamento da saúde os valores em bilhões de reais em 2015 são: 135 bilhões e em 2016: 118,47, com uma perda de 12% ao ano; o que significa uma redução de 17,6 bilhões de reais no orçamento da saúde para esse ano de 2016, e considerou que no ano de 2015, o orçamento também foi insuficiente. Demonstrou a curva dos decréscimos nominais de janeiro de 2000 até 2016 dos repasses do Governo Federal aos Estados e Municípios, chamando a atenção, novamente, para o déficit de 17,6% bilhões para o ano de 2016. A LOA, em 2016, contem os valores totais em Ações e Serviços Públicos em Saúde – ASPS e não ASPS</p>

sendo: 9,49 - 8% para não ASPS, e para ASPS 108,98 - 92%. O quadro demonstrou ainda as modalidades de aplicações diretas e as transferências feitas para Estados, Municípios e DF, sendo: Aplicações: 37,8%, Transferências: 60,9%, e outros 1,3%, totalizando os R\$118,5 bilhões.

As transferências aos municípios estão detalhadas para a Média e Alta Complexidade num montante de 26 bilhões, sendo 54% dos recursos; seguidos do PAB variável e PAB fixo, e demais rubricas. Para os Estados, também com maior aplicação, sendo de 13 bilhões, ou seja, 72% dos recursos, sendo, também, para a Média e Alta Complexidade, seguidas do SAMU e Vigilância em Saúde, e demais.

No tocante à execução chamou a atenção para a mudança de regra 2015-2016, uma vez que até 2015 o embasamento se dava pela Emenda Constitucional - EC 29 com valor destinado pela LOA de 123 bilhões, com um mínimo constitucional de 110 bilhões, aplicado 112 bilhões e, agora, com a mudança, com base na EC 86, valor de 108 bilhões, com um déficit de 14 bilhões, mínimo constitucional de 100 bilhões, com déficit de 10 bilhões, e aplicado/programado dos 100 bilhões, déficit de 12,34 bilhões. Demonstrou os problemas quanto à execução para MAC e PAB, que em 2015 foi de 48 bilhões de reais, sendo que foi necessário uma Medida Provisória, em dezembro de 2015, no valor de 3 bilhões para garantir o pagamento integral do MAC, e programado 39 bilhões para 2016, ou seja, já com um déficit de 8,35 bilhões no MAC, o que acarretará em não cobertura orçamentária do MAC em outubro, novembro e dezembro de 2016. E o PAB variável também com um déficit de meio bilhão. Demonstrou ainda que em uma análise às portarias publicadas pelo MS de janeiro a abril de 2016, os valores destinados irão impactar num aumento do déficit demonstrado, totalizando, até o momento, um valor em torno de 396 milhões, podendo chegar até um milhão, considerando os demais serviços habilitados e pactuados na CIT. Apresentou os demais percentuais de gastos, exaltando a transferência de responsabilidades para Estados e Municípios sem condições de cumprimento. O impacto financeiro é de 24 bilhões, contudo não foram considerados valores de restos a pagar que totalizam R\$ 11,2 bilhões segundo cálculos COFIN/CNS.

Apresentou as estratégias que considera relevantes para a solução dos problemas, quais sejam:

- Nas negociações com a União registra-se o esgotamento dos argumentos por mais recursos orçamentários;
- Revisão normativa no SUS;
- Necessidade de argumentos novos e fortemente fundamentados;
- Necessidade de conhecer o custo do SUS e perdas financeiras;
- Levantamento de custos de forma amostral por regiões de saúde e prospecção do custo total e;
- Renegociação do financiamento com base em números (produção e custos) demonstrando qualidade e eficiência por meio dos critérios de rateio.

Por fim leu e entregou cópia do documento de proposição para adoção das novas estratégias de enfrentamento do subfinanciamento do SUS em registro e convite à pesquisa e discussão para elaboração de proposta para uma pesquisa nacional e proposição de uma nova proposta para o financiamento da saúde.

CONASS: Cumprimentou e parabenizou o Conasems pela excelência do trabalho apresentado, todavia, observou que a Nota deve constar as alterações feitas de acordo com os últimos acontecimentos junto ao Congresso Nacional, em que há um substitutivo à PEC 145 que irá para votação em segundo turno no Senado, e possibilitará tanto ao Governo Federal como Estados e Municípios a utilização de até 25% dos recursos destinados à saúde em outras áreas, o que resultará numa redução significativa de mais de 80 bilhões considerando as três esferas da saúde. Acredita que essa proposta será apoiada por todos, inclusive os novos governadores e prefeitos, tendo em vista o ano eleitoral para estes. Por fim solicitou que seja realmente feita uma discussão no que diz respeito à desvinculação absoluta de pagamento dos prestadores de serviço por tabela do SUS, criando outra

sistemática de pagamentos, por terem algumas objeções para essa proposta, e necessitam de um prazo maior para essa discussão com vistas às decisões futuras.

Reforçou que deve haver o Manifesto tripartite, urgente, no sentido de demonstrar a preocupação contra a PEC 143, e encaminhar ao Senado o mais rápido possível.

MS: Informou que há um movimento grande do Ministério Público Federal e Tribunal de Contas e outros movimentos, e que o Senador que apresentou a referida PEC 143 solicitou o documento para reconsideração, e acredita que isso já tenha sido em resposta a algumas manifestações/pressões que têm recebido.

CONASEMS: Reforçou que há necessidade de uma discussão aprofundada no assunto, criando um grupo tripartite, para debater, elaborar e apresentar uma proposta detalhada e concreta acerca do financiamento. Corroborou com Conass e MS e informou que tiveram reunião com o Senador Dalírio Beber, autor da PEC, que foi muito proveitosa, e esclareceu à Conass que quanto a ir para o Senado, a PEC já foi votada em primeira sessão, então só irá para a Câmara Federal se houver alguma vacância e, indo, poderá sim, ter alguma intervenção.

MS: Informou que também teve reunião com autoridades para tratar desse assunto, e que o problema de subfinanciamento deve ser debatido numa perspectiva de re-politicar o SUS, trazendo aqueles que podem decidir sobre o assunto. Assim, precisará analisar profundamente todos os atos normativos que são pactuados na CIT. Alertou que os repasses para Estados e Municípios não poderão ser paralisados, sob nenhuma hipótese.

Acrescentou que quanto às revisões dos atos normativos do SUS, o MS tem um grupo externo contratado para esse fim, via Fiocruz, objetivando organizar toda essa nova estrutura, bem como outro grupo do próprio MS cuidando especificamente dos critérios de rateio, e assim que concluído o trabalho será apresentado para Conass e Conasems.

CONASS: Na oportunidade informou que tem realizado reuniões tendo como pauta uma agenda de eficiência para o SUS, não só com relação ao financiamento como também ao controle dos gastos, no

sentido de melhorar a qualidade do gasto, não apenas a gestão das áreas fins mas também das áreas meio, que muitas vezes representam um custo adicional. Houve discussão no sentido de rever a Portaria nº 204 a partir da Lei Complementar nº 141. Foi feito um levantamento de alguns subsídios que serão oportunamente apresentados na Câmara Técnica da CIT e demonstrará a possibilidade de se rever a Portaria 204 à luz da Lei Complementar 141, uma vez que há incoerência quando da exigência em se cumprir uma portaria em detrimento do cumprimento de uma lei. Acrescentou que as portarias pactuadas na CIT é que ensejam tal ineficiência.

DESTAQUE: MS lembrou a todos da exposição que ocorrerá no túnel do MS em 28/04 às 16 horas sobre a redução do Zica vírus, reforçando que isso se deu em razão das ações conjuntas que foram realizadas com toda a sociedade brasileira e não pela mudança das condições climáticas, e isso precisa ser valorizado.

Solicitou a participação do Conselho Nacional de Saúde na manifestação contra a desvinculação das receitas (PEC 143) junto ao Senado.

CONASEMS: Ressaltou a saúde suplementar no que diz respeito à migração desta para o SUS, tendo em vista que o impacto da questão da urgência e emergência é muito grande, pois aquelas desestruturam e limitam a atuação, colocando para o SUS, e a internação após o atendimento privado, sendo isso de grande impacto. Reforçou a necessidade do debate do ressarcimento ambulatorial e não apenas da IH, como é feito hoje, e isso pode se agravar muito.

MS: Lembrou que a reunião do Conselho Nacional será na próxima semana, assim, para a inclusão em pauta do manifesto, isso precisa ser encaminhado com a maior brevidade possível.

CONASS: Acrescentou que o CNS já fez manifestação nesse sentido e o manifesto contra a PEC 143 precisa ser feito nesse momento, não podendo aguardar para a semana que vem.

MS: Sugeriu pautar na CIT, com a participação da Agência Nacional de Saúde – ANS, a questão do ressarcimento, uma vez que isso vai demandar uma legislação específica, pois atualmente quem demanda a cobrança do ressarcimento é a ANS, o que requer a elaboração de um projeto de lei.

	<p>CONASS: Corroborou com a sugestão do MS e o ressarcimento deve ser feito para a unidade federada que tenha sido objeto em função da composição do atendimento do SUS, independente do que já está previsto para a ANS, mas é preciso discutir o momento seguinte, com soluções diferentes do que já existe. No mais, discutir sobre o atendimento aos usuários de saúde que não necessariamente são feitos com recursos federais, buscando observar os atendimentos das urgências e emergências.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SGEP agendará reunião tripartite para debate e elaboração de Nota Técnica para constar de Resolução Tripartite do manifesto relacionado à PEC 143/2015. • Reunião tripartite com a participação da ANS para tratar do fluxo do ressarcimento dos recursos financeiros para o SUS. • Retomar o funcionamento do subgrupo de planejamento e financiamento do GT de Gestão da Câmara Técnica da CIT para avaliar e propor soluções para o financiamento da saúde.
<p>e) Plano Nacional ao Aedes aegypti e suas consequências e desdobramentos no contexto atual – SE/MS.</p>	<p>SE/MS: “O objetivo da apresentação é trazer uma reflexão mais articulada entre a Vigilância, Assistência e mobilização social e também nos prepararmos para o período pós-sazonal”. Neilton Oliveira enfatizou sobre a importância do combate regular ao mosquito. O vetor foi erradicado no início do século XX, e houve sua re-introdução no Brasil, e no mundo todo, com tanta intensidade. O Aedes aegypti está presente em 115 países. Igualmente, o vírus Zika que esteve contido por várias décadas em comunidades fechadas na África, agora se espalha pelo mundo rapidamente. Não por acaso e sim consequência de um conjunto de fatores, dentre outros, três principais: as alterações climáticas, intensa globalização e o acelerado e desorganizado processo de urbanização com ocupações caóticas das periferias das grandes cidades.</p> <p>Afirmou que estamos vivendo a maior epidemia de dengue no Brasil, com 997.969 casos prováveis em 2016, um aumento de 8,4% em relação ao ano de 2015, por outro lado, há uma redução de 66% no número de óbitos: em 2016 foram registrados 180 óbitos (Semana Epidemiológica 01 à 15), um</p>

indicador positivo e resultado das ações promovidas pelo SUS.

Relatou o incômodo com a pouca importância que os meios de comunicação social dão e informam o sucesso das estratégias e ações de proteção à saúde no SUS.

Apresentou o mapa da situação epidemiológica do Chikungunya em 2016, com 56.461 casos prováveis (SE 01 à 15), 9.385 casos confirmados (370 municípios), destes 1.344 confirmados por laboratório (246 municípios) e 17 óbitos. Os únicos estados que não apresentaram autoctonia foram Rio Grande do Sul e Goiás.

Em 2016, 91.387 casos prováveis de Zika foram registrados até 02/04/2016, com uma incidência de 44,7 casos por 100 mil habitantes. Até a terceira semana de abril, 114.118 casos prováveis foram notificados em 1.538 municípios, destes 37.823 foram confirmados em 478 municípios. No ano de 2015 foram confirmados 3 óbitos nos estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Pará e em 2016 foram confirmados 3 óbitos (dois casos no estado de Minas Gerais e um no Rio de Janeiro), sendo que 45 ainda estão em investigação. As 26 Unidades Federadas registraram casos de autoctonia de Zika, com exceção do estado de Santa Catarina.

Informou 9.391 casos prováveis de gestantes infectadas pelo vírus Zika, sendo 3.515 casos confirmados e destes 902 confirmados por laboratório. No Brasil, 1.348 municípios notificaram casos de microcefalia/alteração do sistema nervoso central e 428 municípios confirmaram casos de microcefalia.

Diante do quadro epidemiológico apresentado e priorizando as ações de combate ao vetor foi elaborado o Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e às suas consequências, centrado em três grandes eixos: Mobilização Social/combate ao vetor, Cuidado e Desenvolvimento tecnológico, educação e pesquisa.

No eixo da mobilização, citou a Sala Nacional de Coordenação e Controle composta por sete Ministérios e as salas estaduais com representações intersetoriais. Pontos importantes são trabalhados, tais como a integralidade da atenção e a intersetorialidade da ação. Mencionou que a

meta é visitar 100% dos imóveis até o final de junho, inicialmente a meta era apenas os domicílios, expandindo depois para todos os imóveis, incluindo prédios públicos e estabelecimentos comerciais, aumentando a meta de 47 milhões de domicílios para 67 milhões de imóveis a serem visitados. No primeiro ciclo 85% dos imóveis foram visitados e houve uma ação continuada com a regularidade das visitas. Informou que foi estabelecido um plano nacional de monitoramento nos prédios públicos federais, onde semanalmente esses prédios são inspecionados, essas informações são monitoradas e centralizadas pelo Ministério do Planejamento, Ministério da Saúde e Casa Civil.

Apresentou um quadro onde 57 % dos imóveis foram vistoriados no 2º ciclo e 34 % no 3º ciclo, pois não há necessidade da mesma rotina realizada no 1º ciclo, nesses ciclos foram priorizados locais com maiores chances de existirem os criadouros, como canteiros de obras, ferros velhos, vagões de ferrovias e veículos recolhidos pela polícia rodoviária federal. Alguns estados estão com uma regularidade efetiva nessas visitas. No mês de maio será feito um levantamento identificando os estados e municípios com maiores dificuldades, a fim de que o MS possa dar um apoio maior. Apresentou a meta de criar uma sala local de controle nos 223 municípios identificados como prioritários. Levou-se em consideração uma série de critérios, tais como incidência de dengue, população e todas as capitais. As salas já estão estabelecidas em 150 municípios com uma composição intersetorial, com uma grande visibilidade para a população. Em alguns locais, há um trabalho muito importante de apoio da Caixa Econômica, Banco do Brasil, Correios e agora também estabelecendo uma parceria com o Ministério das Cidades e com a Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Por outro lado, mesmo nos municípios não prioritários há um crescimento das implantação das salas locais, totalizando 1.107 municípios com salas ou comitês locais.

Informou que foi distribuído a todos os delegados da Conferência Nacional de Direitos Humanos, um pen drive contendo todas as peças publicitárias e módulos de capacitação para que possa ser multiplicado nos estados e municípios.

Citou alguns desafios: Maior inserção das ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no controle

vetorial; Alimentação dados no SIM-PR por Estados/Salas Estaduais: reduzir o intervalo entre as visitas aos imóveis e a recepção dos registros; Recuperação de imóveis fechados ou recusados (Medida Provisória 712); Existência de municípios “silenciosos” no SIM-PR; Implantação de Salas/Comitês Municipais e Fortalecimento da intersectorialidade nas Salas Estaduais/Municipais.

Orientou os municípios sobre a importância das salas locais e suas principais atribuições: análise de dados; comunicação e mobilização, operação de diretrizes, elaboração de indicadores, relatórios e boletins e estratégia e governança. Falou que grande parte dos professores e alunos dos cursos de saúde desconhece os esforços do SUS.

No eixo do cuidado, algumas medidas foram adotadas pela SAS, Secretarias Estaduais e pelos níveis locais, com os hospitais universitários, os centros de referência e as equipes de saúde da família cumprindo um importante papel. A busca ativa dos casos (crianças) foi uma parceria desenvolvida entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Desenvolvimento Social.

Quatro estados ainda não tem laboratórios centrais capacitados na técnica de PCR em tempo real, uma área que vem demandando um grande esforço na inovação tecnológica e desenvolvimento de pesquisas.

A estratégia de ação rápida tem o objetivo de esclarecer no curto prazo o diagnóstico de todos os casos suspeitos e dar encaminhamento a assistência (à saúde e social) adequada.

Apresentou as principais linhas de pesquisa divulgadas em um lançamento nacional envolvendo todos os setores de pesquisa e inovação tecnológica: Diagnóstico, Controle Vetorial, Desenvolvimento de Pesquisas sobre vírus Zika e relação com doenças e agravos, Desenvolvimento de Vacinas, Desenvolvimento de Tratamentos, Ações relativas à Agenda Regulatória e Consolidação de financiamento. O recurso disponível é de 649 milhões envolvendo MS, MEC/Capes, MCTI/CNPq e BNDES.

Mencionou as ações de educação e os cursos de capacitação com a participação da SGTES/MS, com cursos online e presenciais.

Nas ações de preparação para as olimpíadas, mencionou que o Brasil possui uma grande experiência na organização de eventos de massa. Há uma articulação inter-governamental e intersetorial bastante importante.

Apresentou a importância da Comunidade de Práticas que está estimulando a inscrição das diferentes e exitosas experiências que estão ocorrendo em todo Brasil. Até o momento, foram contabilizados 7.218 relatos de experiências em diversos temas. No mês de julho, em parceria com a Fundação Banco do Brasil, será feita uma exposição para premiar as melhores experiências municipais e estaduais, em torno de alguns temas, tais como: arranjos de ações intersetoriais, mobilização social, diminuição da infestação do *Aedes aegypti* e as experiências vitoriosas comporão uma exposição itinerante.

Finalizou citando os desdobramentos e próximos passos: Definir e manter estratégias intersetoriais de visibilidade da importância do enfrentamento ao *Aedes* e suas consequências;

Consolidar ações de atenção integral à saúde, com prioridade para gestantes e crianças; Aperfeiçoar sistemas interligados de informação e fortalecer comando de respostas rápidas; Articular ações estruturantes de médio e longo prazo com vistas à prevenção de riscos advindos do *Aedes*; Manutenção das ações articuladas com CORREIOS, INFRAERO, BANCO DO BRASIL, ELETROBRÁS, EBSEH, CEF, ANAC, SNDH, Ministério das Cidades, dentre outras; Manutenção das atividades do Plano Nacional de Enfrentamento ao *Aedes* nos órgãos públicos federais; Avaliações sistemáticas interinstitucionais, no âmbito do governo federal: Reunião mensal de Secretários Executivos dos Ministérios estratégicos (coordenado pela Casa Civil) e continuidade e fortalecimento de atividades da SNCC e das Salas Estaduais e Municipais de Coordenação e Controle.

Hoje haverá uma reunião com a Johnson & Johnson para discussão de uma cooperação na área de capacitação da política de humanização em seis cidades-pilotos no Brasil, para futuramente lançar um plano nacional de capacitação sobre o atendimento à microcefalia e demais consequências do *Aedes aegypti*.

A cooperação com a Fundação Banco do Brasil, assegurará/16 nos meses de julho a outubro uma visita mensal a todas as salas estaduais, com atividades como mesas redondas, passeatas e audiência nas Assembleias Legislativas para mostrar os resultados das ações no território. No mês de maio, além das salas dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Acre, Alagoas e Rondônia, com visitas programadas, todas as salas estaduais serão visitadas por integrantes dos órgãos que compõem a SNCC.

Acentuou a importância de dar mais visibilidade as ações que estão sendo realizadas.

Na próxima semana será feita estudada uma parceria com o Facebook para criar um espaço virtual restrito, com a participação de todos os integrantes das salas nacional, estaduais e locais para troca de experiências.

CONASEMS: Parabenizou a apresentação e pelo apoio dado aos municípios. Comentou sobre a dificuldade de mobilização dos Agentes Comunitários de Saúde, e que em muitos municípios eles não querem assinar o Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ, pois não passa o recurso integral para o agente. O problema iniciou quando o Congresso Nacional aprovou um piso salarial para esta categoria. Citou que existem incentivos que dão direito a 14º salário, mas Conasems deixou claro que não é direito. Nem a portaria da Presidência da República onde consta que é dever do ACS fazer ações de promoção à saúde tem resolvido. Afirmou que não há uma única categoria, e as demais também devem ser exaltadas por todos, por isso, a necessidade de discussão tripartite para definir um meio termo. Lembrou da portaria pactuada na última reunião da CIT sobre a nova modalidade da equipe de saúde da família e que esta ainda não foi publicada. Preocupa-se com o risco de descontinuidade do Programa e mencionou que em outubro haverá a possibilidade de fechamento de unidades básicas de saúde e demissão de ESF.

CONASS: Corroborou com a preocupação do Conasems quanto ao ACS, e colocou que essa preocupação ocorre a cada quatro anos. Disse que a 4 anos atrás foram renovados 82 % dos prefeitos no Brasil. Já em 2016 com a crise enfrentada e a falta de recursos para manter as políticas públicas

	<p>será bem maior. O Conass está no 15º mês e já houve mudança de 15 Secretários e na próxima semana mais 2, totalizando 17 Secretários, situação muito grave, pois leva a descontinuidade da política. Um desses Secretários teve um corte de mais de 30% no seu financiamento.</p> <p>Mencionou que é um erro cessar as campanhas de dengue após a epidemia, pois a hora de combater o vetor é quando não há chuvas. O trabalho tem que ser continuado. Finalizou com a concordância de findar a discussão da portaria e que esta seja publicada.</p>
<p>f) Abertura do mês de vacinação dos povos indígenas – SESAI/MS.</p>	<p>SESAI/MS: O Mês de Vacinação dos Povos Indígenas (MVPI) é uma estratégia utilizada para intensificar e melhorar a cobertura vacinal, especialmente em áreas de difícil acesso. Acrescentou que o MVPI é realizado em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e integra a 14ª Semana de Vacinação nas Américas. O objetivo para o ano de 2016 é atingir cerca de 120 mil indígenas, a ação contará com quase 3 mil profissionais das equipes de saúde, com parceria do Ministério da Defesa, Estados e Municípios. A estrutura e logística será utilizada também para outras ações, como a atualização da carteira vacinal, organização do pré-natal, atendimento na atenção básica, entre outras. O MVPI ocorrerá no período de 30/04 a 29/05, e a abertura acontecerá na Aldeia Ypegue, município de Aquidauana/MS. Destacou a importância do trabalho da diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Danielle Cavalcante nas ações de atenção à população indígena, organizando a estrutura do trabalho de uma forma aguerrida. O MVPI desse ano teve capacitação, com duração de seis meses e sua organização, também realizada pelo DASI, e pelas Divisões de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) nos Estados.</p> <p>Os objetivos do MVPI 2016 são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a cobertura e acesso à vacinação, reduzindo iniquidades; • Fortalecer a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis; • Promover atividades de rotina para completar o esquema de vacinação; • Melhorar a qualidade da informação e fortalecer o sistema de informação de imunizações e vigilância epidemiológica nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI);

- Promover o planejamento integrado das atividades de imunização e vigilância entre os DSEI e Coordenações Estaduais e Municipais.

Salientou a importância da parceria dos Estados e Municípios para realizar o atendimento dentro das aldeias. Citou dificuldades enfrentadas em alguns momentos, como a necessidade de deslocar os indígenas das aldeias de difícil acesso para uma calha de rio, para então realizar a vacinação. Acrescentou a importância da parceria do Ministério da Defesa na acomodação e deslocamento das vacinas, exemplificando como aconteceu a vacinação no município de Lábrea/AM onde o acesso acontecia apenas de barco, em dois dias de viagem. Atualmente não se utiliza mais o barco, o transporte é feito através de helicóptero.

Os critérios para seleção das áreas prioritárias nos DSEI são:

- Difícil acesso geográfico;
- Baixa cobertura vacinal;
- Problemas na qualidade, fluxo ou sistema de informação de vacinação;
- Ocorrência de casos/óbitos por doenças imunopreveníveis;
- Menos de quatro etapas de vacinação no ano de 2015;
- Taxa de homogeneidade para as vacinas Tríplice Viral, Pentavalente, Poliomielite, Hepatite B < 79%;
- Esquema vacinal completo em crianças < 7 anos de idade < 79%.

Grupos prioritários:

- Crianças menores de 1 ano;
- Crianças de 1 a 4 anos;
- Mulheres na idade fértil (10-49 anos);
- Idosos (> 60 anos).

Em alguns municípios a vacinação não consegue atingir a cobertura pretendida, então é organizado ao longo do ano, fora desse mês de vacinação, o atendimento dessa área que não foi contemplada. A partir dos resultados obtidos no ano 2015, foi traçada a estratégia para 2016. Propôs uma pactuação

	<p>com Estados e Municípios para atingir as metas definidas para a saúde indígena. Desculpou-se pela ausência do Secretário Especial de Saúde Indígena, Rodrigo Rodrigues, justificou que estão se dividindo nas diversas pautas e agendas da Secretaria. A partir de junho terão início seminários de pactuação do atendimento de média e alta complexidade, o primeiro acontecerá dia 03.06 em Sinop/MT.</p> <p>CONASS: Reforçou que a discussão nos seminários será preliminar e que a pactuação deverá ocorrer no Plenário da CIT. Apontou que a discussão deverá ser técnica para subsidiar a futura pactuação, e acrescentou que deve ser pauta no GT de Gestão da CIT. Solicitou que a cobertura vacinal da população indígena, e a situação da malária falciparum sejam pautas no GT de Vigilância em Saúde.</p> <p>SESAI/MS: Os seminários serão realizados para atender uma demanda dos gestores municipais, que solicitam uma aproximação com a SESAI e discussão ampla sobre a referência e contra referência nos municípios. Após a realização desses seminários, a discussão será trazida para CIT. Citou articulação de frente parlamentar em defesa da saúde indígena no Congresso Nacional.</p> <p>SGEP/MS: Propôs levar a questão da média e alta complexidade no âmbito da saúde indígena para discussão nos GT de Gestão, Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde.</p> <p>CONASEMS: Concordou com o posicionamento do Conass.</p> <p>ENCAMINHAMENTO:</p> <p>Reunião conjunta do GT de Gestão, Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde para organização do debate referente a média e alta complexidade, sobre a cobertura vacinal e atual situação da malária falciparum na população indígena.</p>
<p>g) Situação da alimentação/apreciação do Relatório de Gestão anos 2011–2015 e Plano e Programação Anual de Saúde – SGEP/MS.</p>	<p>DAI/SGEP: Lembrou que conforme solicitado na última reunião da CIT, em 31/05, este tópico de discussão foi inserido como apresentação para que se pudesse ter a oportunidade de expor a situação da alimentação de planos, programações e relatórios de gestão no Sargsus, considerando a importância do monitoramento desta agenda. Ressaltou que a apresentação trata de instrumentos explicitados em nossas regulamentações, obrigatórios e que efetivamente precisam do olhar deste</p>

colegiado para as devidas mobilizações de ações que ainda encontram-se pendentes. Destacou a importância dos instrumentos de planejamento e a articulação que estes possuem entre si, além do fato de estarem previstos em lei. Alertou que os órgãos de controle (CGU, TCU e etc.) têm se debruçado bastante sobre estes instrumentos. Apresentou o marco normativo e desenvolvimento do sistema Sargsus, observando que o processo de monitoramento dos instrumentos de gestão vem ganhando importância por meio do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – Sargsus. Expôs a situação de informação acerca dos planos municipais de saúde, com vigência no período de 2014-2017, ressaltando a existência de quantidade significativa de municípios que ainda não apresentaram o referido relatório. Exibiu ainda situação referente a demonstração da Programação Anual de Saúde – PAS e do Relatório de Gestão Estadual – RGE no período de 2014-2015. Acerca do histórico de registro dos relatórios de gestão municipais, no período de 2011-2015, frisou que existem relativas quantidades de relatórios em situações diversas, como: não aprovados, aprovados com ressalvas, solicitados ajustes, sem informações e etc. Ressaltou que têm-se a noção exata da falta de governabilidade sobre estas situações, no entanto é importante monitorar e acompanhar estes casos uma vez que órgãos de controle exigem do Ministério da Saúde providências quanto a regularização destas situações.

Sobre a utilização do Sargsus para elaboração do Relatório de Gestão Municipal – RGM 2013, avisou que 367 municípios (7%) não informaram o referido relatório por meio do sistema. Acerca das informações sobre PAS e RGM 2014 apresentou que a situação ‘piora’, sendo necessário debruçar-se sobre as particularidades demonstradas de forma a apoiar os estados nestas questões, e uma vez que o prazo legal para apresentação é 30 de março. Reforçou a necessidade de apoio das comissões bipartites e regionais na regularização destas ocorrências. Fez alerta para as seguintes situações dos instrumentos no ano de 2015: 30% sem PAS e RGM, 19% sem PAS e 22% sem RGM. Por fim lembrou que foi lançada a 1ª edição revisada do Manual de Planejamento no SUS, acessível no formato e-book e pdf em <http://www.saude.gov.br/dai>.

	<p>O Secretário Executivo da CIT lembrou que conforme acordado de forma tripartite, este tema será apresentado regularmente à CIT de forma quadrimestral, solicitando que seja objeto de discussão do Grupo de Trabalho de Gestão da CIT. Avisou ainda que estas informações serão apresentadas ao Conselho Nacional de Saúde, para tratar da parte de responsabilidade dos conselhos de saúde neste assunto.</p>
<p>h) Boletim epidemiológico de casos de dengue, Chikungunya, zika e microcefalia – SVS/MS</p> <p>i) Atualização no abastecimento de imunobiológicos, larvicidas e inseticidas – SVS/MS</p>	<p>h) Boletim epidemiológico de casos de dengue, Chikungunya, zika e microcefalia – SVS/MS:</p> <p>SVS: Cumprimentou a todos e apresentou a situação epidemiológica da Dengue com registro de 997.969 mil casos prováveis até essa semana, e a taxa de incidência de 488,1 casos/100.000 habitantes, com 180 óbitos confirmados e 448 em investigação, considerando o sorotipo predominante o DENV 1 em 94,3% das confirmações. Em relação ao ano de 2016, até o momento, informou que há uma tendência à redução do número de óbitos em relação a 2015, porém, caso sejam confirmados os óbitos suspeitos (448) poderá ultrapassar os números do ano anterior.</p> <p>Comentou sobre a inauguração da exposição sobre o “Combate ao Aedes Aegypti: todos juntos em defesa da saúde e da vida” no túnel do MS, considerando os resultados apresentados no evento um esforço conjunto entre União, Estados e Municípios no combate à Dengue. Também pontuou sobre o trabalho das salas de comando e controle nos Entes federados e envolvimento de todas as demais áreas interssetoriais, colocou sobre a importância de manter a mobilização dessas ações.</p> <p>Reforçou a preocupação com o aumento de 529% no número de casos prováveis de Chikungunya em 2016 comparado a 2015, contudo, é preciso considerar que a notificação compulsória para a doença se deu apenas em 2016, o que gerou o primeiro boletim a partir de casos notificados compulsoriamente. Lembrou ainda que muitos casos notificados como Chikungunya podem ser de dengue, o que demonstra a necessidade de um trabalho conjunto para melhorar esse registro e</p>

diagnóstico.

Relatou sobre a situação epidemiológica do Zika vírus, que apresenta o número de 114.118 mil casos prováveis da doença em 1.538 municípios, com 37.823 desses confirmados em 478 municípios. Os casos prováveis entre gestantes são de 9.391, com 3.515 confirmados, sendo 902 casos em laboratório e maior incidência em TO, BA, RJ e MT. Observou também uma tendência de diminuição nos números de casos, considerando a mesma condição de notificação compulsória recente da Chikungunya, e que não é possível apresentar um quadro comparativo 2015-2016 com previsão do comportamento da curva de tendência para esses casos.

Enfatizou que os resultados são frutos de um trabalho conjunto do Sistema Único de Saúde desde outubro de 2015, na prevenção e orientação às gestantes e ao uso de repelentes, como também na melhoria da rede assistencial e pré-natal. Em suma, informou sobre a confirmação de 54 óbitos de fetos e recém-nascidos com microcefalia e/ou alterações do SNC, e 194 casos confirmados laboratorialmente para o Zika vírus, no total de 7.228 casos notificados nas 5 regiões do país.

Registrou ainda sobre o dia mundial de combate à malária, e lembrou sobre a pactuação tripartite da eliminação da doença, destacando os avanços alcançados provenientes do investimento de 12 milhões nessa estratégia. Além disso, comentou sobre a Portaria nº 535 de 30/03/2016, que revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias, que duplicou o orçamento para essa contratação. Esclareceu que o recurso investido pelos estados e municípios aconteceu de acordo com a necessidade advinda das discussões realizadas nas CIB dos 9 estados amazônicos, e foi aplicado na aquisição de computadores (128.930), controle vetorial (755.970), material permanente (78.400), aquisição de microscópio (1.863.000), e transporte (9.171.000).

i) Atualização no abastecimento de imunobiológicos, larvicidas e inseticidas – SVS/MS.

SVS: Apresentou posição global sobre a regularização do abastecimento de imunológicos, informando sobre a nota técnica enviada em abril deste ano para os 26 COSEMS e Secretarias Estaduais, como também a CONASS e CONASEMS, informando as datas de saída do medicamento da SENADE, com quantitativo de imunológicos por Estado. Também, informou que as vacinas Tetraviral e Varicela monovalente continuam sendo utilizadas em esquema de substituição, e que o MS está intervindo para regularizar o abastecimento das vacinas com indisponibilidade no mercado nacional e internacional, não distribuídas desde abril de 2015. Em relação ao abastecimento do soro para antitetânico e antitotulínico, informou que foi solucionado no mês de abril deste ano, e para o antirrábico e antiveneno, permanecem em uso racional. Informou que foi encaminhada planilha de distribuição com quantitativos por estado para a regularização do abastecimento deste imunobiológico em municípios de Goiás. Também, lembrou sobre a coletiva de imprensa realizada para a vacinação contra gripe, explicou que a vacina foi entregue aos estados e municípios, e disponibilizadas a partir do dia 01/04/2016, data essa pactuada com o Instituto Butantan. Enfatizou que vários estados e municípios atingiram altas coberturas vacinais com o quantitativo das três remessas já encaminhadas, e pontuou que tal realidade foi relatada nos órgãos de imprensa no dia 27/04. Relatou sobre a não obrigatoriedade da abertura das unidades básicas de saúde no sábado dia 30/04 para vacinação, data essa considerada como ampliação de cobertura, já que alguns Estados e Municípios iniciaram suas campanhas com antecipação de até 22 dias e estão com cobertura vacinal alta e volume de baixo de vacinas. Informou ainda sobre o recebimento de grande quantitativo de vacina, que será disponibilizada para a logística nacional, completando 50% do total do público alvo de cobertura.

Em seguida, esclareceu que não há justificativa epidemiológica para ampliação do público alvo da vacina contra Influenza neste momento, informou que a antecipação das ocorrências promoveu questionamentos injustificáveis sobre esse aspecto. Informou que o público alvo hoje é de 49.800.000

pessoas, e foi adquirido 54 milhões de doses, concluindo que há volume de vacinas suficientes no SUS para vacinação de 100% desse público. Informou que no Programa de combate à Influenza foi distribuído 7.232.300 para o tratamento de Oseltamivir aos Estados até o dia 22/04/2016, com total de 723.230 cápsulas em 2016.

Conass: Agradeceu o empenho do MS quanto à forma de distribuição das vacinas e nesta ação de controle das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*

Comentou a dificuldade, especialmente na Região Sul, de atender aos critérios definidos para a vacinação. Afirmou que, cientificamente, não há evidências de que somente os grupos de risco são beneficiados com a vacinação. Há muitos questionamentos entre a população quanto à disponibilidade de vacinas apenas para alguns usuários. Tem que ser esclarecido que a vacina é disponibilizada aos grupos de risco que podem ter maiores complicações caso a gripe H1N1 seja contraída e afirmou que a distribuição das vacinas deve ser feita mantida respeitando os critérios de forma igualitária para todos os municípios do território nacional. Reiterou ainda a dificuldade quanto à distribuição dos kits de soro para o diagnóstico da H1N1.

Disse que a região sul apresenta critérios diferenciados para realizar as visitas domiciliares conforme as orientações do Ministério da Saúde, portanto o quantitativo de visitas no sul é bem reduzido em relação às demais regiões do país. A forma de armadilha feita no sul tem sido muito eficaz. Desta forma, solicitou que o MS levasse em consideração a forma diferenciada que os gestores da região sul têm realizado.

Conasems: Se alguns municípios não têm utilizado as técnicas de visita orientadas pelo MS, mas que tem trazido resultados positivos quanto à questão do controle da dengue devem ser respeitados e que não deve ser utilizado somente o critério de visita para o controle da dengue.

	<p>MS: Disse que já está estudando a possibilidade de modificação dos critérios exigidos para o controle da Dengue. Informou que está sendo feita a avaliação do <i>Lira</i> que serão encaminhados pelos Estados para ajudar no planejamento do controle de Dengue.</p> <p>Quanto aos Kits de soro para diagnóstico da vacina H1N1, disse que o MS está realizando esforço junto à Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública-CGLAB para que seja regularizada esta distribuição. Reforçou que não será possível atender à solicitação de Conass quanto à modificação dos critérios para aumentar o quantitativo de vacinas contra o H1N1. Não é possível realizar qualquer tipo de flexibilização independente de pressão ou de questionamentos da população.</p>
<p>3. Discussões e Pactuações:</p>	
<p>a) Minuta de Portaria que define os parâmetros para monitoramento da regularidade na alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), para fins de manutenção do repasse de recursos do Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS) e do Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) do Bloco de Vigilância em Saúde – SVS/MS.</p>	<p>ENCAMINHAMENTO: Pactuado.</p>
<p>b) Minuta de Resolução que dispõe sobre o Regimento Interno da CIT – SGEP/MS.</p>	<p>MS: Explicou que atualmente o Regimento Interno da CIT consta de uma Portaria (nº 2.686 de 16 de Novembro de 2011) editada pelo Ministério da Saúde. Todavia, com intuito de disciplinar o assunto, a SGEP propôs a revisão e reedição por meio de uma Resolução Tripartite. Desse modo, a referida Minuta de Resolução foi encaminhada a Conass e Conasems para prévia análise. Afirmou que as</p>

alterações são em sua maioria de forma, como melhorar a redação e sintetizar as repetições; de novidades propostas, há a criação do Comitê de Conciliação (CC-CIT) e da Secretaria Executiva (SE-CIT), respectivamente. O Comitê realizará as análises das questões que não são superadas nas próprias: CIB ou CIR, ou ainda da CIB com a CIR e vice versa. Caso não haja conciliação é que a pauta será discutida no Plenário da CIT, a exemplo das últimas experiências divergentes vividas entre CIB e COSEMS. A SE-CIT, apresentada na 1ª Reunião Ordinária desse ano, continuará com as atribuições de subsidiar técnica e administrativamente o Plenário da CIT, a Câmara Técnica (CT-CIT), seus Grupos de Trabalho (GT), e o CC-CIT, bem como, organizar e estruturar seu próprio funcionamento.

Ressaltou que a estrutura da CIT, mesmo enquanto disposição transitória nessa Resolução deverá constar na estrutura organizacional (fluxograma) do MS, como ocorre no Conselho Nacional de Saúde (CNS), apenas para efeito administrativo e não de dependência ou hierarquia.

Concluiu, informando que após pactuação e publicação dessa Resolução, o Ministro da Saúde, revogará a supracitada Portaria, que redefine o Regimento Interno da CIT, evitando assim normativas com matérias concorrentes.

CONASS: Manifestou a aprovação do Regimento Interno e indicou algumas sugestões a serem feitas. Informou que antes dessa reunião foram feitos pequenos ajustes junto a Secretaria Executiva da CIT e que a principal modificação, versa sobre o Artigo 3º, item XII:

“XII - decidir sobre casos específicos, controvérsias e omissões relativas às suas competências e em grau de recurso sobre matérias controversas oriundas da CIB por CIR ou apresentando conflitos oriundos das CIR”

CONASEMS: Confirma pactuação, endossando o de acordo nas alterações e na proposta dessa Minuta.

MS: Destacou total concordância com a proposição, reiterando que de fato, o texto supre a lacuna no tocante a CIR, sanando as dúvidas.

ENCAMINHAMENTO: Pactuada Minuta de Resolução que dispõe sobre o Regimento Interno da CIT.

	<p>Providenciar revogação da Portaria com a mesma matéria, depois de publicada a Resolução.</p> <p>DESTAQUES:</p> <p>CONASEMS: Registrou o sucesso do Congresso Norte e Nordeste das Secretarias Municipais de Saúde, com presença expressiva das regiões NO e NE e de outras regiões também que compareceram ao Conares. Na oportunidade, felicitou a organização do evento.</p> <p>Sobre a Campanha de Vacinação do H1N1, pontuou que na véspera, é de costume o Ministro da Saúde, fazer o Lançamento ou uma coletiva de imprensa. Se isso ocorrer, destacou ser importante publicizar que em algumas Unidades da Federação não haverá Vacinação no sábado, em função da cobertura já alcançada por antecipação da vacina. O intuito é evitar constrangimentos as regiões que não vacinarão nessa data.</p> <p>MS: Levará esse registro ao Ministro interino José Agenor.</p> <p>CONASS: Compartilhou a reformulação do site do Conass e divulgou a ferramenta: Guia de Apoio à Gestão Estadual no SUS e seus 5 módulos: Gestão Pública, Administração Pública, Planejamento e o Ciclo Orçamentário, Gestão Financeira e Informação para a Gestão do SUS, oferecida por este Conselho para apresentar as experiências e incentivar as boas práticas na Saúde Pública.</p> <p>MS: Parabenizou o Conass por sempre inovar e disponibilizar esse tipo de material ao público.</p>
<p>4. Informes:</p>	
<p>a) Situação de homologação de dados ao SIOPS - Exercício 2015 e Bimestrais 2016 – SE/MS</p>	<p>Este ponto não foi informado no plenário.</p>
<p>b) Celebração de Acordo de Cooperação Técnica entre o MS e o MEC objetivando a oferta de cursos no âmbito da bolsa-formação do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC– SGTES/MS.</p>	<p>MS: Apresentou o cenário da educação profissional no mundo, cujo percentual do Brasil é de 8,4 % de estudantes do Ensino Secundário que optam pela Educação Profissional, o que representa ainda um índice muito baixo de Educação profissional. Nesse sentido, conceituou o PRONATEC e assinalou que o objetivo é ampliar a oferta de educação profissional em nível médio, para qualificação de jovens e</p>

trabalhadores.

As instituições ofertantes, de acordo com o MEC, são os Institutos Federais, redes estaduais, distritais e municipais de Educação Profissional Técnica, Sistema S: SENAI, SENAC, SENAT e SENAR e instituições privadas habilitadas pelo MEC para oferta de cursos técnicos. Atualmente o MS oferta os cursos técnicos por meio da Rede de Escolas Técnicas do SUS. A ideia no PRONATEC é ampliar essa rede de escolas ofertantes, para além das Redes de escolas técnicas do SUS e também por meio da Rede Federal de Educação Profissional.

A finalidade do PRONATEC Saúde é: desenvolver a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica, qualificar a força de trabalho do SUS, fortalecer as Redes de Atenção, ampliar a Rede de ofertantes de cursos técnicos para o SUS, expandir as oportunidades educacionais dos trabalhadores do SUS e interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio. Mencionou ainda as demandas de cursos técnicos apresentadas ao MEC, mas que não significam que estarão todos esses cursos ofertados via PRONATEC, visto que não foi pactuado ainda o número de vagas com nenhum parceiro ofertante, assim como os cursos de curta duração que também podem ser oferecidos pelo PRONATEC.

Finalizou indicando a proposição de uma Agenda, especificamente para o cumprimento dos seguintes itens:

- Acordo de Cooperação Técnica com o MEC assinado;
- Pactuação do número de vagas com o MEC, cuja expectativa da SGTES/MS, considerando o PPA e as Políticas são de 165 mil vagas: sendo 75 mil vagas de Formação Técnica e 90 mil de Formação Inicial e Continuada. Ressaltou que dependerá do acordo com o MEC e os demais parceiros.
- Promover a atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) do PRONATEC, bem como o Guia PRONATEC de Cursos FIC, no que se refere ao eixo saúde, considerando as necessidades sociais em saúde e a legislação vigente. A pretensão da SGTES/MS é vincular os

	<p> cursos da SGTES aos cursos ofertados do catálogo do MEC.</p> <p>CONASS: Parabenizou a exposição e observando o rol de cursos, advertiu a situação do Rio Grande do Sul, em que a Lei estadual denomina o profissional Técnico em farmácia, cuja função não é reconhecida. Aproveitando essa pauta, sugeriu futura discussão na CIT sobre a exigência do profissional farmacêutico em todas as Unidades Básicas, dificultando assim para os municípios.</p> <p>MS: Respondeu que o rol de cursos apontados é do Catálogo do MEC, nessa fase do Acordo, o MS não pode propor e nem alterar o que já existe. Todavia, a intenção é unificar inclusive as nomenclaturas. Lembrou que está pautado para o próximo GT GTES o debate detalhado do PRONATEC.</p>
<p>c) Situação referente aos planos de ação afetos à reprogramação e remanejamento, no âmbito dos blocos de financiamento, dos saldos financeiros disponíveis até 31 de dezembro de 2014, estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.073/15, de 23 de julho de 2015 – SGEP/MS.</p>	<p>Este ponto não foi informado no plenário.</p>

DESTAQUE 1: Conass referenciou a publicação da Portaria GM/MS nº 833 de 26/04/2016, aonde fica alterada a forma de financiamento do medicamento somatropina e incluídas todas as apresentações do medicamento com registro válido junto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Destacou que esta portaria não foi objeto de discussão do Grupo de Trabalho de Ciência & Tecnologia da CIT, ressaltando a dificuldade de manifestação nesta condição. Sobre o conteúdo, enfatizou que a interpretação é a de que a médio prazo poderá se ter uma maior concorrência deste medicamento, sugerindo que as secretarias de saúde possam obter melhores preços para compra. No entanto alertou que a maioria das secretarias estaduais já adquiriram este medicamento, e estas questionam a possibilidade de obterem prejuízos com a publicação da portaria. Solicitou a inclusão de prazo de vigência no artigo 4º, visando que os aspectos operacionais sejam plenamente discutidos e também se possa avaliar a convicção do Ministério da Saúde sobre o termo de negociação acerca do preço que virá a ser praticado, além de verificar se o processo será compatível com a tabela de procedimentos, e principalmente para que não cause prejuízos para as secretarias que já realizaram a aquisição. Reforçou que o ideal seria a não publicação da referida portaria desta forma, e solicitou a revisão da norma com a possível inserção do prazo, observando que este seja razoável quanto a execução dos atuais estoques, além do impacto de mercado.

SCTIE/MS: Esclareceu que existia um planejamento para realizar a revisão desta forma de financiamento do medicamento, o que foi preterido pela publicação da portaria GM/MS nº 833/2016. Reforçou que determinadas etapas essenciais ainda seriam executadas pelo DAF/SCTIE, inclusive a discussão tripartite. Concordou com Conass quanto a necessidade de discutir a revisão proposta, considerando extensão do prazo ou até mesmo a revogação da norma, uma vez que suspenderia o efeito financeiro previsto para a próxima competência, ou seja, a partir do dia 02/05/2016.

Conasems: Corroborou com o Conass quanto a solicitação de revisão do prazo, uma vez que já foi solicitado que toda portaria de incorporação definida pela Conitec seja encaminhada para apreciação do plenário da CIT, para se discutir os impactos nas gestões estaduais e municipais.

SGEP/MS: Informou sobre a proposta encaminhada pelo Ministro interino da Saúde, que solicitou reunião tripartite, com a presença do mesmo, para que se possa obter consenso acerca do tema, não sendo necessária posterior pactuação pela CIT.

Encaminhamento: Realização de reunião tripartite, com a presença do Ministro interino da Saúde, na data provável de 29/04/2016, para consenso e tomada de decisão acerca do disposto pela portaria GM/MS nº 833/2016.

DESTAQUE 2: Durante a discussão do item de pauta 2.e o Conasems ponderou sobre a urgência em finalizar a discussão e publicar a Minuta de Portaria sobre a criação de uma nova modalidade para a equipe de saúde da atenção básica.