



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
RESUMO EXECUTIVO DA 6ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2016
20 DE OUTUBRO DE 2016.

Em 25 de Agosto de 2016 participaram do Plenário da Tripartite:

MS: Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Francisco de Assis Figueiredo, Adeilson Loureiro Cavalcante, Marco Antônio de Araújo Fireman, Gerlane Baccarin; Lucas Betti de Vaconcelos e Clarice Alegre Petramale

CONASS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Ricardo de Oliveira, Silvany Lemes Cruvinel Portas, Fernando Cupertino de Barros, René José Moreira dos Santos e João Lima Junior.

CONASEMS: Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Servilha Duarte, Afonso Emerick Dutra, Iolete Soares Arruda, Amilton Fernandes Prado e Cristiane Martins Pantaleão.

1. Abertura dos Trabalhos:

Saudou a todos: Joaquim Molina da OPAS, ao Secretário Executivo do MS, aos presidentes de Conasems e Conass, aos Secretários do MS, ao Departamento de DST, Aids e HV, as entidades envolvidas e aos técnicos do MS. Informou que a Campanha é uma ação articulada e coordenada, a fim de conter a epidemia de sífilis congênita e adquirida, visto que os números apresentados têm sido bastante elevados e os estados mais populosos apresentam o percentual acima da média. Portanto, convocou toda a população a realizar o teste, identificando, principalmente as gestantes no primeiro trimestre, para que se tenha o melhor resultado com o tratamento. Assinalou que estudará uma solução para o desabastecimento da penicilina. Por fim, espera publicar resultados melhores, alcançados por meio de ações estratégicas e favoráveis a saúde dos brasileiros.

Solicitou ao Secretário da SVS, Adeilson Cavalcante, a consolidação de uma agenda prioritária e positiva, com o apoio de Conass e Conasems, para o enfrentamento do mosquito *Aedes Aegypti*, principalmente nesse período de chuvas. Referiu que foi feito um grande trabalho de mobilização, com testes de diferentes larvicidas, várias tecnologias de combate ao mosquito e a continuidade das pesquisas sobre o zika vírus.

Sobre o e-SUS AB disse que está disponível a versão mais atualizada, pediu aos Senhores prefeitos que até o dia 10 de Dezembro integrem seus sistemas de prontuário eletrônico ao sistema nacional, de modo que se tenha um painel de controle de como é feita a atenção básica no Brasil. São 106 milhões de brasileiros que vivem onde existe prontuário eletrônico nas UBS.

Quanto a apresentação da PEC 241/2016, afirmou que a discussão para saúde é baseada no piso e não no teto. Há um teto limite para gastos como um todo e não gastos de cada pasta do governo. O Congresso Nacional mais a Frente Parlamentar da Saúde sempre estiveram presentes para que os recursos da saúde sejam ampliados na votação do orçamento. Na oportunidade, agradeceu a maior parte das bancadas federais de parlamentares que colocaram emendas impositivas para a saúde. Indicou para a pauta da próxima reunião da CIT, em 24/11/2016, uma decisão/orientação do MS, que nenhum serviço de saúde terá financiamento do SUS, a não ser que autorizado previamente pelo Ministério desde o início de sua implementação, para controle do que é gerado de serviços para a população, evitando que a demanda seja dos prestadores de serviços. O intuito é ordenar a capacidade do estado de suprir todas as demandas que se apresentam sem planejamento do MS, garantindo previsibilidade do que acontecerá em cada região de saúde, a fim de evitar a distorção no sistema público, com superposição de serviços e vazios assistenciais.

Ressaltou que as CIB têm a prerrogativa de avaliar cada serviço que é solicitado a sua aprovação, observando a cobertura regional. Todavia, nem sempre esse é o fluxo, os processos nas Comissões Intergestores se mostram meramente burocráticos, quando na verdade devem representar planejamento e visão estratégica. Pontou ser fundamental a reflexão sobre Regionalização da Saúde, essencialmente, porque não há outra maneira de ser justo no financiamento de saúde dos brasileiros, se não, dotando cada região de saúde de todos os serviços necessários e na proporção da população.

CONASEMS:Parabenizou o Ministro e sua equipe pela economia da sua gestão e pela liberação dos recursos para 92 UPAS, mais os serviços hospitalares, que estão funcionando há algum tempo, em sua grande maioria, com recursos municipais e alguns custeados pelos Estados.

Destacou que o prontuário eletrônico é o que almejam todos os municípios, ter acesso e controle para acompanhar a “saúde” do cidadão em cada ponto de atendimento. Por isso, Conasems apoia esse projeto do Ministério, mas é preciso fazer uma Força tarefa e conjunta para acompanhar. Pediu o apoio dos Estados e ponderou ser importante estipular um prazo, mas revela ser imprescindível o acompanhamento diário, verificar as regiões que apresentarem problemas, para que esses dados cheguem ao MS. Felicitou o Diretor do DAB pela realização do Fórum de Atenção Básica.

Sobre a Campanha da Sífilis felicitou e afirmou ser preciso intensificar o apoio aos municípios, principalmente no que diz respeito à aquisição de Penicilina, ainda há problemas no abastecimento e na compra a um preço dentro do valor da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). No intuito de minimizar esses problemas, registrou a necessidade de parecer técnico científico do MS, na prescrição da Penicilina para sífilis congênita, visto que alguns profissionais ainda preceituam para outras enfermidades.

Referente ao Programa Mais Médico solicitou ajuda do MS no cumprimento do prazo, de reposição em até 45 dias dos 2.100 médicos que deixarão o Brasil em breve, do contrário, as UBS ficarão desassistidas durante esse período.

Disse contar com o empenho e a sensibilidade do Ministro para o pagamento do PAB Variável, PAB fixo e MAC dentro do mês de Dezembro, pois serão mais de 70% de prefeitos e Secretários de Saúde deixando os municípios. Reiterou que o pedido ao Fundo Nacional de Saúde é que até 26/12/2016 faça o pagamento, a antiga gestão precisa honrar seus compromissos e cumprir com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

CONASS: Cumprimentou o Ministro pelo empenho, em mesmo não havendo recurso novo, possibilitar uma racionalidade maior nos gastos públicos. Enfatizou que a gestão não resolve todo o problema da saúde, mas é fundamental no atual cenário.

Referente à Sífilis, lamentou que uma doença que exige tão pouco, ainda se manifeste em alto índice, felicitou-o pela ação estratégica para redução da doença no Brasil e reconheceu a necessidade de maior envolvimento e responsabilidade dos Estados e Municípios nesse processo.

No que diz respeito ao prazo estabelecido à implantação do e-SUS AB, pontuou a dificuldade dos Estados das regiões norte e nordeste, por apresentarem um número menor de municípios utilizando o prontuário eletrônico. Embora a solicitação dos Secretários de Saúde seja de prorrogação de prazo, a ideia é de se ter um diagnóstico mais preciso sobre a situação de implantação e quais serão as providências, não há dúvidas que essa ferramenta trará maior racionalidade e certamente diminuirá gastos desnecessários.

MINISTRO: Respondeu ao Conasems, informando que seu compromisso é de economizar os 3 bilhões e assim colocar as contas em dia, sem a expectativa de conseguir recurso novo. Por isso, a preocupação do atual governo é de estancar as demandas não planejadas, a fim de evitar a superposição de serviços que inviabiliza os dois, o serviço que já existia e o novo. Ratificou que precisa do apoio de Conass e Conasems nesse processo e que o prontuário eletrônico é uma das ferramentas para o alcance da economia, de forma racional e transparente dos gastos públicos.

Quanto ao pagamento de MAC, em Dezembro, informou que o projeto de crédito está no Congresso Nacional e que é preciso reforçar o trabalho no Congresso, para que esse projeto seja aprovado sem as emendas. Caso contrário, o MS terá que destinar parte desse recurso para os fins carimbados no projeto de Lei e não mais assumir o compromisso de pagar o teto MAC em dezembro.

Ainda no que diz respeito ao teto MAC, comunicou que o Secretário da SAS recebeu a determinação de rever os parâmetros para ampliação e que sejam isonômicos. Advertiu que há estudos apontando que aproximadamente 40% dos valores do teto MAC não são aplicados em média e alta complexidade, são destinados a outras áreas da atenção e custeio, disse que oportunamente será apresentado esse estudo. Sobre os recursos que estão em blocos de financiamento, supôs que a solução deve ocorrer no âmbito do legislativo e não administrativo. O objetivo é regularizar essa situação e evitar essa falta de recursos numa área que tem demandas ou que o gestor não priorizou para aplicação dos recursos.

CONASEMS: Respondeu a colocação do MS, afirmando que 40% do teto MAC são incentivos (CAPs, atenção domiciliar) e que de fato, o debate urgente a ser feito é sobre critério de rateio, descrito na LC nº 141/12, afastando assim a lógica de tabela que não remunera mais serviços.

CONASS: Solicitou a retomada dos trabalhos do GT responsável pelos estudos da Portaria GM/MS nº 204/07.

Sinalizou que a superposição de serviços e estruturas tem preocupado este Conselho, portanto, considera louvável a atenção do MS nesse tema. Solicitou a interferência do Senhor Ministro, que tem influência no Congresso e também é parlamentar, para orientar e monitorar esses 15 milhões de reais/parlamentar/ano (50% destinados a saúde), haja vista que o risco maior advém das emendas parlamentares, as quais deveriam estar direcionadas ao custeio.

SE/MS: Informou sobre o Seminário de Regionalização a realizar-se nos dias 25/10 e 04/11, já na lógica do georreferenciamento e das referências, observando o atendimento mais próximo do cidadão e a questão do financiamento também.

a) Impacto no financiamento da saúde com a aprovação da Proposta de Emenda à Constituição 241 –Marcos Mendes/Ministério da Fazenda.

MINISTÉRIO DA FAZENDA: Apresentou as melhorias que a PEC 241/2016 proporcionará à saúde e justificou que o setor saúde não é beneficiário do modelo de gastos públicos vigente no país. Destacou que a vinculação do piso da saúde à Receita Corrente Líquida, fundamentada no atual modelo de gestão, foi determinada em momento inoportuno e que esta decisão foi muito prejudicial ao setor, nos últimos anos. O ajuste fiscal depende da PEC 241/2016 e da Reforma da Previdência, pontos essenciais para a recuperação da economia e para viabilizar o financiamento da saúde. Com o envelhecimento da população brasileira, o país tem apresentado despesas muito altas com a previdência social, portanto é necessário discutir uma proposta para reforma previdenciária. O forte desequilíbrio das contas e a disparada da dívida pública foi fator fundamental pra deixar a economia brasileira em franca decadência. Lembrou que houve uma queda do PIB de 7%, em dois anos, e enquanto não houver um esforço fiscal haverá desemprego, taxas de juros elevadas e taxas de investimento baixas. Esta proposta de emenda constitucional vai trazer de volta o realismo orçamentário, haverá mais transparência, as receitas e as despesas serão igualitárias e isso vai fortalecer o setor saúde. Relatou ainda que, de acordo com informações da ANS, a assistência à saúde privada também se encontra em condições precárias, pois milhares de beneficiários dos planos privados de saúde, devido ao desemprego, estão migrando em busca de assistência na saúde pública. Esclareceu as regras definidas para a PEC 241/2016 e para o novo regime fiscal e reforçou que nos próximos dez anos as despesas não poderão ultrapassar a

inflação. Haverá limites individualizados de despesas para o Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público e para a Defensoria Pública. Portanto, não haverá limite máximo específico para a saúde, mas para o Poder Executivo. A PEC limita gastos da União e não estão incluídas as despesas relativas aos Estados e Municípios. Será determinado um piso mínimo para as áreas da educação e saúde, o qual será 15% da Receita Corrente Líquida de 2017. Esse valor será maior que o piso mínimo utilizado, conforme a regra constitucional atual, que é de 13,7%. A partir de 2018, a saúde e a educação contarão com um piso no mínimo corrigido pela inflação. Fez uma análise comparativa entre o Brasil, Argentina e Venezuela, países que vivem uma forte deterioração da economia, com agravamento dos determinantes sociais da saúde. Disse que, se não houver uma reforma fiscal, certamente o Brasil passará por situações semelhantes à desses países.

CONASEMS: Destacou de início que a posição do Conasems é partidária. Dito isso, apresentou quatro pontos para discussão: 1) A inflação da saúde é maior do que a dos demais setores, segundo a Confederação Nacional da Saúde. Além disso, muitas compras são sujeitas a variação cambial. 2) Há a necessidade de ser realizada uma reforma tributária que favoreça a justiça fiscal levando-se em consideração a equidade, a capacidade contributiva e a progressividade, novas fontes de recursos específicas para a saúde, como a taxa sobre grandes fortunas. 3) Apontou também a reforma da previdência como relevante, pois essa registra um déficit crescente, e o futuro tende a um panorama de aumento da população idosa. 4) A renúncia fiscal é também relevante na discussão, pois a dedução dos gastos com planos de saúde, clínicas particulares e profissionais de saúde, mais a concessão de incentivos fiscais às indústrias química e farmacêutica enfraquecem a capacidade de arrecadação do Estado, devendo ser avaliado o peso dos incentivos concedidos pelo governo à saúde privada. Nesse tema, afirmou que a União tem gasto com saúde, menos do que estados e municípios, especialmente nesses últimos anos. E que a partir de 2018, a economia do país volta a crescer e o congelamento das despesas da União com a saúde prevista na PEC levará os municípios e estados a aportarem mais recursos na saúde. Colocadas essas questões, indagou que não há garantia jurídica de que não faltarão recursos para a saúde, mas para o mercado há. Além disso, questionou sobre a projeção de aumento real de recursos (e não nominal) para a saúde, frente às demandas da previdência que competem deslealmente com as demais pastas. Destacou

	<p>também que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e a Lei 4.320/1964 dizem claramente que governo nenhum pode gastar mais do que arrecada e, portanto, as reformas da previdência e tributária são mais relevantes. Por fim, mencionando estudo do Conass, afirmou que a saúde tem gerado para a União nos últimos 20 anos um impacto de 1,7% no PIB, sendo que a expectativa com a PEC é de chegar somente a 1%. Assim, a saúde não é o problema nas contas do governo e que só a renúncia fiscal gera um impacto três vezes maior no PIB do que o gasto da União com a saúde.</p> <p>CONASS: Concorde com as ponderações do Conasems, apontando que o ponto chave da divergência entre equipe econômica do governo, Conass e Conasems trata-se dos futuros gastos da União com a saúde - diminuirão ou não?</p> <p>CONASEMS: Ao final do debate, pontuou que, por tudo o que foi dito, os incentivos acabarão. Assim, MS, Conass e Conasems têm que discutir e repensar o SUS, envolvendo a população, a exemplo da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a fim de avaliar que tamanho de sistema se quer e está disposta a pagar.</p> <p>SE/MS: Agradeceu a presença do representante do MF e o debate feito. Sugeriu a representante do Conselho Nacional de Saúde, convidar o assessor especial do Ministério da Fazenda, para apresentar o tema na próxima reunião do Conselho Nacional de Saúde, em 10/11/2016, o impacto da PEC nº241/2016 no financiamento da saúde.</p>
<p>b) Programa Mais Médicos: informação sobre reajuste da bolsa formação – SGTES/MS.</p>	<p>SE/MS: Informou que, em Setembro, a OPAS/OMS, Ministério da Saúde e o governo de Cuba estiveram em Washington, EUA para formalizar a renovação do Programa Mais Médicos por mais três anos.</p> <p>SGTES/MS: Citou a Portaria Interministerial nº 1.708, de 23/09/2016, que acresce e altera dispositivo da Portaria Interministerial nº 1.369, de 08/07/2013, a qual dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. A portaria publicada resultou em algumas mudanças ao programa: o reajuste da bolsa-formação, a partir de Janeiro/2017, que será de R\$ 11.520,00 (onze mil e quinhentos e vinte reais) e para a saúde indígena acrescido em 10% ao valor atual; o processo seletivo não mais será aplicado aos médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras e com habilitação para exercício da medicina no exterior; o médico que se desligar voluntariamente ficará impedido de aderir ao programa por</p>

180 dias; e a possibilidade de renovação do contrato dos médicos que constituíram família no Brasil. Apresentou ainda o balanço do 12º ciclo do PMM, o número de vagas disponibilizadas e homologadas na primeira etapa e o cronograma para a segunda etapa deste ciclo, prevista para Novembro e Dezembro do ano corrente.

CONASS: Solicitou retomar as discussões, no GT GTES, sobre a oferta de bolsas de residência multiprofissional; oferta de cursos de graduação em medicina, com financiamento federal, em universidades públicas e, o provimento de médicos, durante a substituição de profissionais, para que não haja descontinuidade no atendimento à população. É importante também discutir a formação de preceptores, o COAPES e o papel do Estado neste processo.

CONASEMS: Corroborou as solicitações de Conass e reiterou a necessidade de cumprimento do cronograma de substituição dos profissionais para não gerar desassistência aos municípios. O cronograma já havia sido acordado anteriormente. Atentou quanto ao prazo e que segundo normativas vigentes, a partir de 60 dias sem médico haverá suspensão de recursos para os municípios. Questionou como está a situação do processo de abertura de novas escolas e solicitou orientações de como deve ser alimentado o e-SUS AB com o desligamento dos profissionais. O Secretário Municipal de Saúde de Jataí/GO relatou uma dificuldade no Município, quanto aos novos cursos de residência que não estão contemplados com a preceptoria do Hospital Sírio Libanês. O MEC enviou um ofício comunicando que não serão abertas vagas de preceptoria para novos cursos. Portanto, solicitou que esta situação seja melhor discutida no GT.

SE/MS: Reforçou que os temas relativos à oferta de bolsas de residências, à preceptoria e à abertura de novas escolas já estão em discussão junto à Casa Civil e que, em breve, serão dados os encaminhamentos sobre estes assuntos. Quanto à oferta de cursos de graduação nas universidades públicas, com financiamento federal é necessário aprofundar essa discussão junto ao MEC, negociado junto ao Congresso Nacional. Reiterou ainda que há escassez de recursos para realizar inúmeras ações relativas à saúde e que o MS está empenhado em busca de solução para estas dificuldades. Esclareceu que as orientações quanto à regularidade dos registros dos médicos do PMM no sistema e-SUS AB deverá ser discutido junto ao DAB, no GT de Atenção à Saúde. Todo

	<p>este processo tem que estar muito bem alinhado para que não haja prejuízo aos Municípios neste período de substituição de profissionais do programa.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <p>Pautar no próximo GT GTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferta de bolsas de residência multiprofissional; • Oferta de cursos de graduação em universidades públicas, com financiamento federal; • Cumprimento do cronograma de substituição dos profissionais para não gerar desassistência à população; • COAPES (Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde) e o curso de formação de preceptores.
--	--

2. Apresentações e Discussões:	
<p>a) Projeto ProadiSUS “Estudo BRIDGE - “Estudo BRIDGE - Brazilian Intervention to increase evidence Usage in practice - Programa de melhoria de Prática clínica em Síndromes Coronarianas Agudas/Hospital HCor” – SE/MS.</p>	<p>SAS/MS: Explicou que o projeto está dentro do ProadiSUS e envolve parceria entre Hospital Hcor e MS, tendo sido realizado pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU) entre os anos de 2009 e 2011. O objetivo era de aumentar o uso de evidências na prática clínica da Síndrome Coronariana Aguda (SCA). A exigência do MS foi a melhoria de qualidade assistencial em infartos com incorporação de intervenções baseadas em evidências. A finalização foi há três anos e ainda gera frutos. Atualmente, a estratégia vem sendo aplicada no projeto boas práticas em urgências cardiológicas do triênio 2015-2017 com o hospital HCor. Destacou a metodologia do projeto Estudo BRIDGE apontando as suas fases: 1) documentação da prática clínica com levantamento de dados no centros participantes para que pacientes com SCA fossem submetidos a intervenções baseadas em evidências, identificando barreiras para incorporação dessas intervenções e 2) randomização em clusters, que são hospitais (centros) vinculados ao SUS com atendimento médico 24H, em que, dos 34 centros participantes, metade utilizou-se das técnicas estudadas e a outra metade não, para efeito de controle/comparação. Os resultados finais indicam que o uso das intervenções testadas reduziram a mortalidade em 19% e em 20%, a reincidência de eventos cardiovasculares em 30 dias.</p>

	<p>CONASS: elogiou o foco do projeto de buscar evidências em intervenções. E propôs que seja aberta uma discussão sobre o portfólio de projetos que o Ministério indica para o Projeto PROADI/SUS. Deu como exemplo que o Conass gostaria de discutir um projeto de gerência das unidades hospitalares, visando a implantação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, assim como projetos ligados à melhoria de gestão e à atenção primária. Defendeu que a discussão desses projetos seja rotina na tripartite.</p> <p>SAS/MS: Colocou-se de acordo com um envolvimento maior do Conass e Conasems na questão das necessidades de projetos, destacando que devem observar o que a saúde pública precisa.</p> <p>CONASEMS: Também manifestou-se de acordo com a proposta do Conass. Além disso, parabenizou o projeto e indagou como divulgar e ampliar esse trabalho para os serviços de referência no país.</p> <p>SE/MS: Destacou que a discussão dos projetos Proadi trazem a tona atividades que estavam desconhecidas. Relembrou que o seminário ProadiSUS ocorrido há 60 dias foi pra iniciar esse processo de divulgação dos projetos junto ao Conass e Conasems com apresentações de projetos dos hospitais de excelência. Os projetos estão à disposição e o mapa da saúde já está disponível para Conass e Conasems. A atenção a questão das necessidades já está em andamento, sendo que o Ministro da Saúde já colocou, no que envolve a gestão, os hospitais do ProadiSUS à disposição das Santas Casas para a realização de seus planos de recuperação. Por fim, colocou-se favorável a participação do Conass e Conasems nas indicações dos projetos, observando a necessidade de se avaliar como colocar em prática.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As indicações dos projetos ProadiSUS serão feitas de maneira tripartite, observando a necessidade de se avaliar como colocar em prática.
<p>b) Informe Epidemiológico sobre o monitoramento da situação de enfrentamento a Dengue, Zika e Chikungunya no Brasil – SVS/MS.</p>	<p>SE/MS: Mencionou uma reportagem do telejornal Bom Dia Brasil, ocorrida no dia 19/10/2016, sobre a não utilização de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde para as contas estaduais. O MS foi questionado pela Controladoria Geral da União e explicou que a reportagem trata de recursos que foram utilizados em ações que estão empenhadas, porém ainda não foram liquidadas. Informou que o DENASUS acompanhará a</p>

utilização desses recursos paralisados.

Lembrou a importância do trabalho conjunto com todos os Ministérios, entidades ligadas ao Conselho Nacional de Saúde, CONASS e CONASEMS envolvidos nas salas de coordenação e controle da dengue com o intuito de manter o controle vetorial e uma baixa incidência de Dengue, Chikungunya e Zika.

SVS/MS: Apresentou o gráfico por temporada da situação epidemiológica de Dengue no Brasil, que representa o período da Semana Epidemiológica 37 (setembro/15) até SE 36 (agosto/2016). Na temporada 2015/2016 ocorreram 1.622.980 casos prováveis, um aumento de 3% comparado à temporada 2014/2015, que registrou 1.581.104 casos prováveis de Dengue. Enquanto a temporada 2013/2014 registrou apenas 556.374 casos prováveis. Alertou que o quadro clínico de Dengue, Zika e Chikungunya são semelhantes, então pode haver contaminação nos casos apresentados na curva da temporada 2015/2016. Em relação aos óbitos por Dengue, a temporada 2013/2014 teve 469 confirmados, temporada 2014/2015 teve 961, e a temporada 2015/2016 teve até o momento 662 óbitos confirmados e 579 estão em investigação.

Mostrou o gráfico da situação epidemiológica de Chikungunya (SE 01 à 39 de 2016), com 245.700 casos prováveis (120,2/100.000 habitantes) e 138 óbitos. A letalidade está próxima a da Dengue, mas preocupa por ser uma doença nova no país. O gráfico de Zika apresentou 206.813 casos prováveis (98,1/100.000 habitantes) e 3 óbitos (2 no Rio de Janeiro e 1 no Espírito Santo).

A situação epidemiológica de Zika em gestantes (SE 01 à 39) registrou 16.635 casos prováveis, sendo 10.040 confirmados tanto por critério clínico epidemiológico ou por laboratório. A confirmação laboratorial é maior quando trata-se de gestantes. No gráfico com a distribuição dos casos prováveis de Zika em gestantes, os estados da Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso, São Paulo e Rio de Janeiro têm o maior número. Em relação aos casos de microcefalia, malformações ou alterações do Sistema Nervoso Central, até a SE 40/2016 foram notificados 9.814 no Brasil, sendo confirmados 2.033 casos. A região Nordeste, representou 67,3% dos casos (6.607 notificados e 1.642 confirmados). Alertou que nas últimas semanas, a região Sudeste vem ultrapassando os registros da região Nordeste.

Baseada no número de gestantes com Zika registradas no sistema fez uma estimativa de nascimento de

crianças com microcefalia ou alterações do SNC, no período de 2016/2017. O gráfico mostrou os dados das gestantes contaminadas no 1º, 2º e 3º trimestres de gestação. Atualmente são registrados 75 casos por semana.

Citou a implantação das salas de coordenação e controle (nacional, estaduais e municipais) como uma estratégia que permite uma atuação e articulação intersetorial com outros Ministérios e outras Secretarias dentro dos estados e municípios. Hoje são 1.796 salas implantadas em todo país, 1 sala Binacional implantada na fronteira Amazonas-Colômbia e 1 sala interfederativa entre Distrito Federal e Goiás. Mostrou o gráfico com a distribuição das salas por região, destacou que o estado de Goiás têm uma sala implantada em todos os municípios, embora ainda existam estados com a sala somente na capital. No 1º ciclo de visita aos imóveis, 86% dos imóveis foram visitados, 2º ciclo- 59%, 3ºciclo- 49%, 4º ciclo-82,5%, 5º ciclo-73,7% e o 6º ciclo está sendo finalizado. No 5º ciclo, período de baixa temporada, houve pouco envolvimento dos municípios, devido ao período eleitoral e férias dos agentes comunitários de saúde.

Mencionou que o estoque de inseticidas centralizado no MS está regularizado e a distribuição aos estados está normalizada. Apresentou um quadro com a distribuição dos inseticidas Malathion EW 44% (L), Pyriproxifen GR 0,5% (KG) e Bendiocarb PM80% (KG) no período de 2015 e 2016. Por fim, discorreu sobre a situação de distribuição e aquisição dos kits de diagnóstico Dengue NS1, Dengue IgM, Dengue (Biologia Molecular), Zika (Biologia Molecular), Chikungunya (Biologia Molecular) Chikungunya IgM e Chikungunya IgG.

CONASS: Questionou sobre a acurácia do kit sorológico de Chikungunya, pois os casos confirmados anteriormente no Rio Grande do Sul foram negativados por falha na metodologia de laboratório.

SVS/MS: Disse não haver registros em outros estados de casos falsos-negativos no kit sorológico de Chikungunya e que seria importante esclarecer os casos do RS.

CONASEMS: Colocou a preocupação sobre o processo de compras e o tempo de disponibilidade desses kits nos municípios.

Falou também sobre as demissões de servidores, principalmente os que tem contratos precarizados (ACE e

	<p>ACS) neste período de transição de gestão e solicitou uma reunião tripartite para verificar outra estratégia para os estados e municípios que estão com o processo mais acentuado e com maior índice de infestação, até que os novos prefeitos assumam.</p> <p>SE/MS: Corroborou com a fala de CONASEMS sobre o desmonte de equipes e comentou a importância de envolver a Confederação Nacional dos Municípios (CNM) nessa discussão.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SVS/MS investigará os casos falso-negativos de Chikungunya do estado do Rio Grande do Sul. ▪ SE-CIT agendará reunião tripartite para discutir o desmonte das equipes de combate ao vetor Aedes Aegypti, no período de transição de gestão, nos estados e municípios.
<p>c) e-SUS AB: discussão sobre prazo para implantação do prontuário eletrônico – SAS/MS.</p>	<p>SAS/MS: Apresentou o cenário de implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC, de 41,6 mil Unidades Básicas de Saúde do país, 10,134 o utilizam, a intenção é de implantar em todas as UBS no prazo de sessenta (60) dias, até o dia 10.12.2016, ou justificar a impossibilidade de implantação. Citou algumas melhorias no e-SUS versão 2.1, como possibilidade de verificar a disponibilidade de medicamentos nas farmácias integradas ao Hórus, módulo de acompanhamento da criança, geração de número do Cartão Nacional de Saúde, compartilhamento de prontuário entre UBS, e disponibilização do aplicativo e-SUS AB Território. Sobre o plano de apoio à implantação do PEC relatou que fazem parte o diagnóstico rápido para avaliação das necessidades do município, apoios: à aquisição de medicamentos, a conectividade e ao uso qualificado. Apresentou os dados preliminares do questionário disponibilizado aos municípios: 3.198 respondentes, destes 1.086 contam com PEC, e 831 municípios estão equipados com computadores e possuem conexão com internet. Ressaltou que a informação proporciona objetividade na utilização do recurso, e atualmente há uma sub informação. Importante ter as informações dos municípios que não atingirão a meta de implantação até o dia 10.12.2016 para traçar estratégias e solucionar as dificuldades.</p> <p>SE/MS: Necessário estabelecer uma data limite para implantação do PEC, por tratar-se de exigência dos órgãos de controle.</p> <p>CONASS: Ampliar a discussão para o Registro Eletrônico em Saúde – RES; importante traçar estratégia para</p>

	<p>que não haja interrupção no repasse do PAB Variável devido a não implantação do PEC.</p> <p>CONASEMS: Parabenizou o DAB/SAS/MS pela realização do VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, ressaltando sua importância na revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. Apoiou a implantação do prontuário, mas sugeriu a criação do questionário, e agradeceu por ter sido aceita, pois há necessidade de realizar levantamento das dificuldades de conectividade nos municípios. Embora não seja exequível atingir a meta de 100% dos municípios com o PEC devido a inúmeros fatores, como falta de equipamentos, problemas com pessoal, e fechamento do orçamento, o exercício de buscar a sua implantação é de suma importância, porém o mais factível é construir um planejamento em médio prazo, com as informações do questionário servindo de subsídio. Pontuou que não é apenas conhecendo número de consultas e procedimentos em saúde que irá gerar economia, o essencial é discutir critérios de rateio e financiamento.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ SE-CIT articulará GT de Gestão para definir critérios de aceitabilidade das justificativas dos municípios que não conseguirem implantar o PEC até o dia 10/12/2016.
--	---

3. Informes	
<p>a) GT de Gestão destinado à revisão das normativas do SUS, a partir da identificação do consolidado de normas de habilitação de serviços – SE/MS.</p>	<p>SE/MS: Falou sobre a ocorrência de vários Grupos de Trabalho, e citou que existem três grupos distintos de discussão das normativas do SUS: um Grupo de Trabalho da CIT, um grupo de discussão interna do Ministério da Saúde e outro grupo de consultoria coordenado pela Dra. Lenir Santos. Citou a revisão de um manual de normas dentro do Ministério da Saúde, um avanço, pois o manual não contemplava a legislação atual do Sistema Único de Saúde. Após finalizada a revisão do manual, a discussão ocorrerá no grupo de trabalho tripartite.</p>
<p>b) Reunião do Comitê Gestor da Estratégia de e-Saúde – SE/MS.</p>	<p>SE/MS: Mencionou que ocorreram duas reuniões do Comitê Gestor onde foram discutidos pontos como: A compreensão da proposta do e-Saúde, responsabilidades de cada instituição e adequações do processo de</p>

	<p>implantação da estratégia. Colocou que o processo de construção e discussão do e-Saúde teve celeridade durante a gestão do Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros. Citou outros grupos que estão em construção: Grupo de Trabalho para discussão das metas e indicadores 2017-2019 e a proposta final será formalizada na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite. Todas as áreas do Ministério da Saúde foram envolvidas na revisão do ciclo de planejamento do SUS. Informou que a discussão sobre a Política Nacional de Atenção Básica foi adiada por solicitação do CONASEMS, devido ao período eleitoral e que esta discussão retornará em novembro. Outros grupos importantes discutem temas, tais como: Revisão do Decreto 7.508/11 e Regionalização. Relatou que o MS recebeu produtos encomendados de algumas Universidades sobre estudo de impacto do critério de rateio.</p> <p>CONASS: Lembrou a importância de retomar a discussão da Portaria GM/MS nº 204/2007.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: SE-CIT agendará reunião do subgrupo de Financiamento do GT de Gestão sobre a Portaria GM/MS nº 204/2007.</p>
<p>c) Consulta Pública sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Incorporação de Tecnologias – CONITEC.</p>	<p>SCTIE/MS: Apresentou os temas pautados na 49ª Reunião da CONITEC, dos dias 05 e 06 de outubro. Sobre a incorporação de medicamentos oncológicos para otite externa na RENAME explicou que a recomendação preliminar não favorável para consulta pública é importante, pois além de não existirem evidências fortes dos benefícios do medicamento, também suscita maior colaboração da população e de especialistas, fornecendo maiores informações científicas. Todas as informações sobre as recomendações da 49ª Reunião estão disponíveis no sítio eletrônico da CONITEC.</p> <p>Sobre a rivastigmina adesivo transdérmico enfatizou que não há grande diferença no valor de aquisição, e sobre a tobramicina inalatória salientou que a portaria de sua incorporação ainda não foi publicada, pois conforme acordo todas as incorporações devem passar antes no GT de Ciência & Tecnologia da CIT.</p> <p>CONASS: Registrou que essa apresentação foi uma demanda de Conass e Conasems no GT de Ciência & Tecnologia. Sobre a incorporação do medicamento tobramicina inalatória, no grupo 1B, com financiamento estadual e ressarcimento federal, afirmou que a portaria ainda não foi publicada, por outro lado foi publicada a incorporação do medicamento rivastigmina adesivo transdérmico (Portaria nº 31, de 20 de setembro de</p>

2016), há agora a necessidade de discutir com o DAF/SCTIE se é compatível no grupo 1A ou 1B. Sobre o medicamento para Hepatite C, o acordo é aguardar discussão do DAF/SCTIE com as coordenações estaduais de assistência farmacêutica. Pontuou que aguarda manifestação do MS em relação à incorporação dos medicamentos paracalcitol (1B) e cinalcacete (1A), até a próxima semana. Ressaltou a importância de discutir as incorporações no GT e Plenário da CIT para definir o financiamento e logística de aquisição e distribuição dos medicamentos.

SVS/MS: Informou que a distribuição do novo medicamento para Hepatite C aos Estados já iniciou.

DESTAQUE: Conass anunciou o lançamento da Revista Consensus, edição 20, que traz proposta de gestão e organização da planificação da Atenção Primária à Saúde, além dos impactos da PEC n. 241/2016 no SUS.