



COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT
RESUMO EXECUTIVO DA 5ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2016
25 DE AGOSTO DE 2016.

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

MS: Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Catarina Batista da Silva Moreira, Francisco de Assis Figueiredo, Adeilson Loureiro Cavalcante, Antonio Ferreira Filho, Fernando Rocha e Rodrigo Gomes Marques Silvestre.

CONASS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Fábio Vilas Boas Pinto, Wilson Pollara, Michele Caputo Neto, Maria do Socorro Lopes Fernandes e João Lima Junior.

CONASEMS: Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Servilha Duarte, Charles Cesar Tocantins, Iolete Soares Arruda, Silvia Regina Cremonez Serena, Marcelo Bosio e Stênio Miranda.

1. Abertura dos Trabalhos:

MINISTRO DA SAÚDE: Informou sobre mudança na data da Reunião da CIT de setembro, devido ao período eleitoral. Apresentou a prestação de contas do Ministério da Saúde, um relatório de eficiência de 870 milhões de reais em 100 dias de administração. Essa economia resultou na compra de 7,4 milhões de doses de medicamentos, especialmente para o tratamento de Hepatite C, possibilitando o aumento de 24 para 35 mil pacientes recebendo o medicamento. Informou sobre a autorização de custeio para 99 Unidades de Pronto Atendimento – UPA que já estão em funcionamento, mas sem receber recursos do Ministério da Saúde. Apontou que a única compra, durante a gestão, que teve aumento no custo unitário foi a vacina humana meningocócica.

Em relação à reforma administrativa promovida pelo MS, informou a extinção de 335 cargos DAS de livre nomeação, 144 a mais que o determinado pelo Decreto 8.785/2016, a extinção de 82 funções gratificadas, e 908 DAS transformados em Função Comissionada, cargos esses que poderão ser ocupados apenas por servidores. Essas reduções foram dos quadros do Ministério da Saúde, Funasa e Fiocruz. Houve também uma renegociação dos contratos, gerando uma economia média de 33% em despesas de aluguel e serviços gerais.

Houve a revisão de 38 contratos de informática, e a publicação das Portarias nº 664 e 665 que obrigam à utilização de softwares disponíveis no Portal do Software Público que forem aderentes as necessidades do MS, como por exemplo, o software de rastreamento de veículos do Ministério do Planejamento, que o disponibilizou gratuitamente. Propôs ao Conasems a utilização dessa ferramenta para rastrear ambulâncias e, posterior disponibilização das informações aos municípios.

A Carta SUS passará a ser apenas eletrônica, propiciando uma economia de 17 milhões por ano. Dos 33 contratos para compra de medicamentos, vacinas, e insumos estratégicos nenhum teve reajuste de inflação superior ao IPCA, nas negociações em R\$ (real), o Ministério da Saúde obteve desconto médio de 7% no valor unitário e nas negociações em US\$ (em dólares) os descontos foram ainda maiores, de 17% na unidade, a negociação para compra de medicamentos com os laboratórios está sendo feita de forma completa e não de forma individualizada por medicamento. Isso resultou em economia de 222 milhões de reais já reaplicados, permitindo aumento no acesso da população aos medicamentos. O Ministério revisou 39 convênios que previam a compra de aceleradores de radioterapia no valor médio de US\$ 1,5 milhão, resultando na economia superior a 50%.

Essas ações resultaram em economia de R\$ 384,3 milhões de reais divididos da seguinte forma: Medicamentos e Insumos R\$ 222 milhões, Contratos de Informática R\$ 80,8 milhões, Despesas e Serviços R\$ 52,2 milhões, Carta SUS R\$ 17 milhões, e Reforma Administrativa R\$ 12,5 milhões. Apenas a economia na compra dos aceleradores foi pontual, as demais são de cunho permanente.

Acrescentou que em 100 dias de gestão, houve uma eficiência nos gastos de R\$ 857,1 milhões, e que se reunirá com o Ministro de Planejamento, Orçamento e Gestão, Dyogo Henrique de Oliveira onde irá tentar colocar esse recurso no orçamento do próximo ano. Finalizou com a informação de que levou ao conhecimento da Presidência da República da existência de 2.968 serviços do SUS executados sem a contra partida do Governo Federal desde 2012, existem UPAs equipadas e que precisam de recursos de custeio para funcionarem, Hospitais e Unidades Básicas de Saúde prontas e sem custeio, informou que há o compromisso de honrar esses repasses com Estados e Municípios. Solicitou o auxílio político de Conass e Conasems para aprovação do orçamento para o próximo ano. Os recursos da saúde não serão reduzidos, a PEC 241 estabelece teto de gastos para todo o governo, e dentro dele haverá nova acomodação de despesas, como exemplo as despesas com a Previdência e Saúde, ambas obrigatórias.

Por fim, citou o Seminário de Conectividade que acontecerá no dia 13.09.2016 e será realizado pelo Ministério da Saúde, onde serão convidados municípios e serviços privados que desenvolveram sistemas de informação.

SE/MS: Apresentou o Secretário de Vigilância em Saúde, Dr. Adeílson Cavalcante. Mencionou a nova Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Dr^a Gerlane Baccarin que comporá a equipe do Senhor Ministro de Estado da Saúde no dia 29.08.2016. Propôs a assinatura da Minuta de Resolução que institui o Comitê Gestor da Estratégia de e-Saúde e define a sua composição, competência, funcionamento e unidades operacionais na estrutura do Ministério da Saúde, e Minuta de Resolução que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências pelo Ministro, Presidente do Conass e Presidente do Conasems.

CONASS: Saudou e desejou sucesso ao novo Secretário de Vigilância em Saúde. Elogiou as medidas apresentadas pelo Ministro, relatou que são significativas e há muito tempo esperadas, a racionalidade nos gastos e garantia das habilitações. Ressaltou também o otimismo do Ministério da Saúde sobre o orçamento, e a perspectiva de não redução dos recursos para a saúde. Afirmou que o Conass oferece apoio irrestrito às ações apresentadas.

CONASEMS: Cumprimentou o Ministro pela racionalidade nos gastos, e por apresentar um Ministério da Saúde mais coeso e enxuto e que responda as necessidades de Estados e Municípios. Sugeriu que o Ministro faça essa apresentação no Congresso Nacional, em reunião sobre a PEC 241/2016 no dia 29.08.2016, pois congelar o piso orçamentário atual da saúde tornará muito difícil a gestão, e há necessidade de ampliar a cobertura de serviços da Atenção Básica e outros.

Destacou o software de rastreamento como muito importante para todo o sistema de transporte sanitário dos municípios, pois pode auxiliar no mapeamento dos vazios assistenciais. Mencionou a importância de envolver a sociedade, além de gestores, para sensibilizar o Governo para ampliação dos recursos para saúde e não seu congelamento.

Registrou que a situação do não repasse de recursos fundo a fundo do Governo de Minas Gerais para os municípios permanece, além do não cumprimento do cronograma de pagamentos apresentado por representante da Secretaria Estadual de Saúde em reunião do GT de Gestão da CIT. Acrescentou que municípios mineiros estão fechando serviços por conta do não repasse. Na última reunião da CIB/MG, o Secretário de Saúde disse estar realizando 9% do repasse, e com isso estar cumprindo a Constituição. Finalizou lembrando que essa situação está deixando a população sem assistência.

2. Apresentações e Discussões:

a) Projeto “Mapa da saúde” – ProadiSUS - Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) – DAI/SE/MS.

SE/MS: Informou que o projeto Mapa da Saúde foi desenvolvido por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do MS, com parceria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), e que já foi apresentado no seminário de apresentação dos projetos do PROADI com presença de CONASS e CONASEMS na semana anterior.

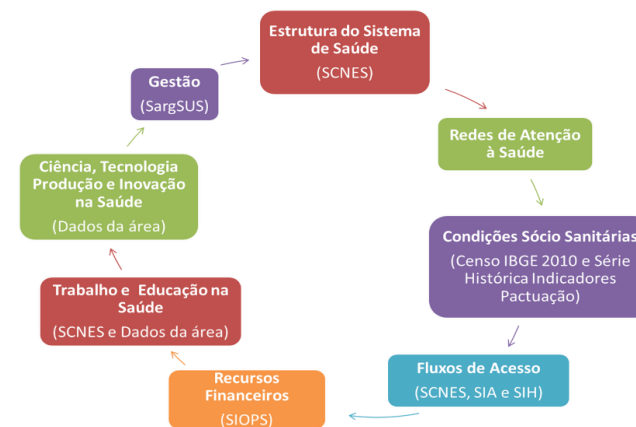
DAI/SE/MS: Cumprimentou a todos e apresentou o marco conceitual que embasou a proposta de construção do Mapa da Saúde, que tem como objetivo subsidiar as análises de situação da saúde da população nos municípios, regiões e estados. As necessidades de saúde da população são observadas nos princípios e diretrizes da Lei orgânica 8080/90, Art. 7 e 36, que definem o planejamento e orçamento como ascendente do nível local até o federal, compatibilizando-se as políticas públicas de

saúde. Essas, são reforçadas pelo arcabouço legal e infra legal: Lei complementar nº141/12(Art. 30º § 1º); PT GM/MS nº 2.135/13 (Art. 3º §3º); e Decreto nº 7.508/11 (Art. 16 e 17).

Reafirmou que a ferramenta foi desenvolvida no âmbito do PROADI-SUS em parceria com o HAOC no período entre 2009 a 2014, e teve um investimento de aproximadamente R\$ 18 milhões. No primeiro triênio, a ferramenta tinha um escopo diferente e intitulava-se Busca Saúde, à época, desenvolvida pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Em 2011, o Departamento de Apoio a Gestão Interfederativa (DAI) assume a ferramenta, essa tornando-se Mapa da Saúde. Informou ainda que foi concluída em agosto de 2015, a internalização da ferramenta ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que assume a sua manutenção e desenvolvimento.

Disse que o Mapa da Saúde foi estruturado a partir dos temas definidos na PT GM/MS nº 2.135/13, que também orientam os sistemas que devem ser integrados à ferramenta, é prevista a disponibilização de dados referentes às 12 últimas competências disponíveis nos bancos nacionais, porém hoje, são disponibilizados de 06/2014 a 05/2015.

Conteúdos:



Exemplificou sobre a oferta análises a partir de dois produtos, Geo Saúde - Georreferenciamento de dados, considerado a inteligência geográfica, e Análise em Saúde – Combinação de variáveis, por meio

de cruzamento e análise de informações, com o objetivo de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão da gestão. Essas informações produzidas utilizam um conjunto de dados disponíveis nos bancos de dados nacionais referidos acima.

Comunicou sobre a disseminação da ferramenta em dois encontros: Oficina nacional realizada em Brasília-DF em 2014, com a participação de todos os estados, com referências da SES, Cosems e SMS das capitais, foram distribuídas até 6 senhas de acesso por ente estadual. Em 2015 e 2016, foram feitas oficinas nos

Estados do Maranhão, Alagoas, Santa Catarina e Acre, com total de 136 participantes, e disponibilizadas 134 senhas.

Explicou que os indicadores disponíveis no mapa foram construídos junto as áreas do MS com definição de critérios, graduação de cor, faixas e séries históricas, os dados podem ser observados por agregação municipal, estadual e regional.

Apresentou que os desafios para a implementação da ferramenta consideram a Integração dos sistemas de gestão existentes; a Utilização de tecnologias de informação eficazes; e a Permissão de acesso a informação em diferentes níveis, de acordo com necessidades da gestão local.

CONASS: Questionou como se dará a forma de cadastro de senhas e os tipos de acesso da ferramenta ao gestor, a periodicidade de alimentação e o número de acessos simultâneos ao sistema. Ponderou sobre a possibilidade de análise de dados de forma temporal e monitoramento dos indicadores pactuados para 2016. Sugere que seja refeita a capacitação dos Estados na utilização da ferramenta, visando suprir a necessidade de atualização técnica e rotatividade dos gestores.

DAI/SGEP/MS: Respondeu que é possível monitorar a partir de série histórica os indicadores pactuados para 2016 que são alimentados pelos bancos de dados nacionais do MS. Lembrou que foram distribuídas senhas para alguns estados, e esses precisam reativa-las junto ao DAI/SE, e que será discutido dentro do MS com o CONASS e CONASEMS, qual a melhor estratégia de ampliação de senhas.

Coloca sobre a dificuldade da ferramenta em examinar por determinados tipos de dados, que não é possível identificar a origem do paciente, pois a base de dados BPA-C não possui detalhamento em sua ficha oficial de registro. É necessário elaborar um programa de capacitação da ferramenta para disponibilização de senha de forma gradual. Será feita pesquisa nos locais onde foram distribuídas senhas para averiguar o acesso, lembrou que os Estados de Alagoas e Acre, possuem um tipo de acesso de administrador local.

CONASEMS: Indagou se a ferramenta consegue verificar a unidade de origem do paciente de UPAS e Unidades de Emergência. Considera que a ferramenta dará condições de identificar os vazios assistenciais no planejamento de saúde e provocar a discussão sobre os investimentos estaduais e federais, contudo, a partir dessa identificação será possível orientar a distribuição de equipamentos financiados por emendas parlamentares nas regiões de saúde. Propõe discutir no GT de Gestão sobre a capacidade de acesso e utilização da ferramenta para regiões, estados, municípios e órgãos de controle. Questiona se é possível abordar custos com a saúde e trabalhar com análise a partir de parâmetros.

Informou que solicitou reunião tripartite para discutir sobre a implementação do projeto de apoio aos municípios construído junto ao HAOC, esse define apoio para todos os municípios na utilização de ferramentas, por exemplo, o Mapa da Saúde. Que é previsto assumirem 3 mil novos secretários de saúde em janeiro/2017, é necessário auxiliá-los nas microrregiões e regiões de saúde. Enfatiza a necessidade de discutir sobre os projetos financiados com recurso de renúncia fiscal, a adequá-los aos interesses do SUS, precisa voltar-se a assistência e atender a gestão pública saúde do país.

SE/MS: Considerou a ferramenta fantástica, pois responde uma grande parte das discussões ali levantadas, inclusive a Resolução nº 2 que define os indicadores 2016, pactuada nesta CIT, é uma ferramenta de monitoramento permanente que facilitará a vida de todos os gestores. Colocou que a ferramenta norteia os caminhos conforme a motivação das equipes de alimentarem as informações, que será feita pela equipe desenvolvedora da ferramenta do HAOC com apoio do MS, capacitação junto aos estados, e CONASS e COSEMS tem papel fundamental nesse processo. Informou que será feito

levantamento de critérios e custo financeiro para o treinamento.

Registrou na reunião que as Resoluções tripartite 05 e 06 foram as primeiras assinadas dentro dos moldes interfederativos. Propôs que seja marcado um seminário após as eleições com CONASS, CONASEMS e HAOC para desdobramento sobre a utilização da ferramenta, com programação escalonada de treinamentos, capacitação e implantação em todo o Brasil. As equipes técnicas desses conselhos, se houver necessidades, serão convocadas até a data do evento para alinhamento as diretrizes da ferramenta. Esclarece que foram desenvolvidos mais de 280 projetos por meio do PROADI com recurso investido de quase 2 bilhões de reais oriundos de renúncia fiscal, sugere que esses sejam apresentados em pautas da CIT.

CONASS: Questionou quanto a qualidade da alimentação do banco de dados que migram informações a ferramenta. Sugere que o seminário para definição de utilização da ferramenta seja feito em São Paulo.

DAI/SGEP/MS: Informa que a ferramenta trabalha com um qualificador de endereços que identifica e corrige distorções dessa ordem.

HAOC: Informou que a ferramenta possibilita georreferenciar qualquer tipo de dado, que é aberta para qualquer possibilidade de inclusão. Que o HAOC se disponibilizou e ofertou proposta para capacitar 3 mil pessoas nos estados e municípios no uso da ferramenta, financiada via PROADI, que as senhas podem ser distribuídas de acordo com a necessidade do gestor, e que a ferramenta permite 800 acessos simultâneos.

ENCAMINHAMENTOS:

Realização do GT de Gestão com as seguintes pautas:

- Discutir sobre a capacidade de acesso e utilização da ferramenta para regiões, estados, municípios e órgãos de controle;
- Discutir proposta de organização de um seminário com CONASS, CONASEMS e HAOC para

| | |
|--|--|
| | <p>debater sobre os desdobramentos da utilização da ferramenta, com programação escalonada de treinamentos, capacitação e implantação em todo o Brasil.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentar os projetos PROADISUS em pautas da CIT; |
| <p>b) Projeto “Gestão da Educação Permanente para Gerenciamento das Redes de Atenção às Urgências – Aplicativo SAMU” – ProadiSUS - Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) – CGUE/DAHU/SAS/MS.</p> | <p>MS: Iniciou ressaltando a amplitude do projeto PROADI-SUS, referindo ao projeto do aplicativo de protocolos, a princípio para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Fez breve resgate histórico acerca das fases do projeto, destacando que no início tratava-se de um projeto para capacitação dos profissionais do SAMU, e por solicitação do MS o projeto foi readequado visando abranger a Rede de Atenção às Urgências – RAU, sendo o projeto atual (2015-2017) denominado de ‘Gestão para Educação Permanente dos Profissionais da Rede de Atenção às Urgências (GEPPRAU)’. Informou que o projeto está orçado em torno de R\$ 24 milhões para o triênio 2015-2017, contemplando o desenvolvimento do aplicativo para o SAMU. Destacou que o projeto tem por objetivo fortalecer a RAU contemplando todos os componentes, incluindo a consolidação dos Núcleos de Educação em Urgências – NEU e Núcleos de Ensino e Pesquisa – NEP, de forma regional e efetiva. Lembrou sobre os acordos firmados de forma tripartite (MS, Conass e Conasems) para que o projeto fosse iniciado, referenciando a reunião ocorrida em meados de outubro/2015 que foi necessária para atingir o formato atual do projeto. Acerca das entregas previstas para o projeto GEPPRAU citou o principal sendo o ‘processo de formação’ que trata justamente da capacitação dos profissionais, referiu ainda aos cursos de educação à distância, a plataforma ‘open access’ que ficará disponível na internet para acesso a conteúdos, notícias e vídeos para subsidiar os cursos à distância; também ocorrerá a distribuição de 30 kits aos NEU e NEP, contendo manequins de alta fidelidade.</p> <p>Sobre o aplicativo app mobile do SAMU notou que o objetivo inicial era o de disponibilizar os Protocolos do SAMU 192, no entanto a versão final será desenvolvida com o intuito de aceitar a inserção de protocolos provenientes de todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências. O profissional que realizar o download do APP Mobile poderá ter acesso aos protocolos no modo offline, no entanto o aplicativo sempre será atualizado quando identificado acesso a rede web. O Impacto</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>esperado nos serviços de saúde: fácil acessibilidade por parte dos profissionais inseridos no cenário das urgências; disponível para todos os sistemas operacionais; e gratuito. Apresentou as funcionalidades do aplicativo, lembrando que o ícone que trata de ‘notícias’ trará conteúdo voltado ao interesse dos profissionais da RAU. Sobre o ícone ‘SAMU’ alertou que serão 02 abas que tratam dos protocolos de atendimento do SAMU, sendo: Suporte Avançado de Vida – SAV e Suporte Básico de Vida – SBV. Informou que será criado dentro do MS um comitê gestor para gerenciamento, atualização e validação dos conteúdos, disponibilizando de forma ágil e rápida atualizações aos profissionais da ‘ponta’. Por fim alertou que o produto está em fase final de desenvolvimento e com versão beta em fase de homologação pelo MS. Após homologação pela área gestora, entrará em processo de internalização pelo DATASUS e será disponibilizado para os usuários nas lojas virtuais.</p> <p>CONASEMS: Informou que durante participação no comitê gestor, contribuirá para o aperfeiçoamento do projeto. Afirmou ser necessário considerar nesta fase de desenvolvimento, que existem protocolos que não são compatíveis para todos os municípios e regiões, lembrando que estratégias deverão ser aplicadas e definidas pelo referido comitê gestor para que os profissionais tenham acesso aos protocolos referentes à sua região.</p> <p>CONASS: Questionou a possibilidade de inclusão de georeferenciamento, visando facilitar a regulação do sistema durante o processo de atendimento. Sugeriu a realização de seminário com CONASS, CONASEMS e HAOC para apresentação dos projetos PROADI-SUS.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ MS, Conass e Conasems darão continuidade as discussões dentro do referido comitê gestor do projeto, apresentando o andamento das inovações nas próximas reuniões da CIT. ▪ SE/MS discutirá proposta de organização de um seminário com CONASS, CONASEMS e HAOC para apresentação dos projetos PROADI-SUS. |
| c) Estágio atual do Programa Mais Médicos – SGTES/MS. | SGTES/MS: Apresentou o cronograma para reposição dos profissionais da cooperação OPAS e |

lembrou que, na última CIT, foi acordada a reposição de 1.200 profissionais. Destes, 550 já foram apresentados aos municípios e há previsão que 650 se apresentem até a primeira quinzena de Setembro. Informou que a OPAS apresentou ao governo cubano uma proposta de reajuste para a bolsa formação, que este assunto será discutido na próxima reunião de trabalho nos dias 05 e 06 de Setembro e aproveitou a oportunidade para convidar Conass e Conasems para participar da referida reunião. Foi pactuado um reajuste de 10% do auxílio moradia e alimentação para os médicos que estão em atividade nos DSEI e esta ajuda de custo passará a ser de 2.750 reais, por profissional.

Quanto à discussão para revisão da Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, disse que, conforme acordado, o tema também será pautado na próxima reunião.

Sobre o 12º Ciclo do Projeto Mais Médicos disse que foram disponibilizadas 533 vagas, sendo 74 ofertadas para os profissionais que estão em processo de migração do PROVAB para o Programa Mais Médicos e 459 para escolha dos profissionais. Durante a primeira chamada deste ciclo 457 médicos foram alocados e destes, 285 já deram início às suas atividades; 51 desistiram e 121 profissionais estão aguardando homologação. Reforçou que hoje, dia 25/08, é a data limite para a homologação destes médicos. As vagas remanescentes serão orientadas para a segunda chamada de brasileiros, em 31/08.

SE/MS: Informou que houve questionamento do Conasems por não ter sido convocado para participar das discussões sobre a solicitação das bolsas de formação para o programa. Esclareceu que esta negociação financeira e orçamentária é feita somente pela OPAS e Ministério da Saúde, já que o MS é o órgão responsável pelo financiamento destas bolsas e a OPAS pela operacionalização contratual.

Falou que existe solicitação de muitos municípios para que possam fazer o contrato dos médicos diretamente com o governo cubano e esclareceu que não há impedimento para esta solicitação uma vez que alguns municípios têm condições de arcar com o pagamento destes profissionais, a exemplo do município de São Paulo. Esse assunto será colocado em discussão na próxima reunião com o governo

cubano.

Sobre as vagas remanescentes, alertou que hoje, dia 25/08, é o último dia para os municípios alimentarem o sistema para solicitar a reposição destas vagas.

Conass: Parabenizou a todos os envolvidos pelo empenho e disse que está na expectativa dos aperfeiçoamentos do programa quanto à progressiva substituição dos profissionais médicos intercambistas por médicos brasileiros e quanto ao uso da tecnologia de Telemedicina para o suporte dos profissionais nos municípios.

Foi realizado um estudo piloto na Baixada Santista – SP e foi possível reduzir pela metade o transporte sanitário na região com o uso da Telemedicina.

CONASEMS: Elogiou o esforço do MS junto ao Senado Federal pela prorrogação da atuação dos médicos intercambistas no programa e afirmou que a aprovação da Medida Provisória nº 723/16 foi um ganho para a assistência à saúde da população.

Agradeceu o convite para a participação na reunião com o governo de Cuba, realizada em Julho e solicitou a revisão da proposta de reposição dos médicos intercambistas. Lembrou que, inicialmente, havia 11.700 vagas pela cooperação cubana e, após três de anos do programa, estas vagas foram reduzidas a 9.500. Daí a importância de que a cooperação cubana permaneça no Brasil até que haja número suficiente de médicos brasileiros para suprir a necessidade dos municípios.

Disse que é importante que os conselhos acompanhem os desdobramentos das reuniões entre MS, OPAS e governo de Cuba, ainda que não sejam responsáveis pela parte orçamentária do programa.

Ratificou o pedido para que não haja penalização para os municípios que não cumpriram o prazo para a reposição dos médicos e comprometeu-se que a recomposição das equipes será feita o mais rápido possível. Disse que a desabilitação das equipes de saúde causará muitos problemas para a assistência municipal. Justificou o atraso devido a inúmeras dificuldades que os municípios têm vivenciado neste momento de aproximação das eleições municipais.

SE/MS: Embora já tenha sido acordado que não haveria penalidade, o MS não teve autorização pelos

| | |
|--|--|
| | <p>órgãos de controle para que a pena não fosse aplicada.</p> <p>Disse que as equipes de saúde deverão estar completas para que haja o repasse de recursos federais e que o MS está sendo auditado pelos órgãos de controle quanto ao repasse de recursos para as equipes de saúde.</p> <p>Comprometeu-se que insistirá junto aos órgãos de controle que essa penalidade seja abonada no intuito de não prejudicar os municípios.</p> <p>NÃO HOUVE ENCAMINHAMENTOS.</p> |
| <p>d) Informe Epidemiológico sobre o monitoramento da situação de enfrentamento a Dengue, Zika e Chikungunya no Brasil – SVS/MS.</p> | <p>SE/MS: Agradeceu a participação do Conass e Conasems na Oficina "Intensificação de combate ao mosquito: lições aprendidas e desafios", realizada no Hotel Nacional (Brasília). Reiterou a necessidade do envolvimento e permanência das Salas de Coordenação e Controle desenvolvendo um trabalho intersetorial e mantendo a mobilização no combate ao <i>Aedes aegypti</i>. O trabalho das salas envolveu os Ministérios da Integração, Defesa, Educação, Desenvolvimento Social, Casa Civil, Cidades, Secretaria de Governo, Secretaria de Assuntos Administrativos da Casa Civil. Mencionou a importância da qualificação das visitas e manutenção das equipes de combate, pois esse é um período transitório de baixa infestação, onde a mobilização diminuiu podendo complicar o trabalho já desenvolvido.</p> <p>Citou a audiência que o Ministério da Saúde teve com o Ministro da Educação, José Mendonça Bezerra Filho e o Conares onde foram discutidas prevenção e promoção, bem como o combate ao <i>Aedes aegypti</i>. O Ministro Ricardo Barros solicitou ao Ministro Mendonça que em todas as sextas-feiras nos últimos quinze minutos das atividades letivas dos alunos de todas as faixas etárias trabalhem o tema dengue, mobilização e cobrança em casa, eliminando possíveis focos do vetor semanalmente. Enfatizou que o eixo de mobilização é o mais importante.</p> <p>SVS/MS: Informou que os casos de dengue quando comparado ao mesmo período (semana epidemiológica 01 à 32) em anos anteriores sofreu um decréscimo, foram registrados 1.426.005 casos prováveis de dengue, uma queda de 5% quando comparada ao ano de 2015. Houve uma antecipação do</p> |

pico epidêmico, o que provavelmente está relacionado às ações intensivas realizadas a partir de janeiro que evitaram uma epidemia de maior proporção.

Na distribuição por estados, quase todos apresentaram alta incidência para dengue, com destaque para o Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste. Em relação ao número de óbitos, verifica-se um número menor quando comparado ao ano passado mesmo com o número de casos prováveis semelhante, porém não se pode afirmar que houve uma diminuição na letalidade, tendo em vista que a confirmação e resultado dos óbitos ocorrem tardiamente.

Mencionou que houve um aumento no número de casos de Chikungunya, considerando a transmissão pelo mesmo vetor, o que reflete a infestação nos municípios e estados. A maior concentração de casos ocorreu no Nordeste, local de introdução do vírus em 2014. Além do aumento no número de casos no país, alguns estados do Nordeste ainda enfrentam epidemia da febre Chikungunya." A incidência de 2016 (105,7) foi dez vezes maior quando comparada ao ano anterior (10,1), esse é o ano de maior ocorrência do vírus quando comparado a Dengue e Zika.

Os casos de Zika sofreram uma redução no mesmo período, a região Nordeste e o estado do Mato Grosso foram os mais afetados pela epidemia do vírus. A notificação universal iniciou-se esse ano, então não há registro do histórico do ano passado quando o vírus foi introduzido em nosso país. O número de óbito é pequeno na população adulta se comparado ao número de casos identificados, apenas 3 óbitos registrados (2 no Rio de Janeiro e 1 no Espírito Santo).

A Zika em gestantes, população prioritária para monitoramento, dada a ocorrência de infecção congênita teve um redução no número de casos, porém ainda existe um quantitativo grande de gestantes infectadas com a possibilidade de transmissão congênita. Até o momento foram registrados 16.264 casos prováveis, destes 8.904 confirmados (3.498 confirmados por laboratório).

Mencionou que existem dois estudos sobre a taxa de transmissão, isto é, qual a proporção de mulheres gestantes apresentarem transmissão congênita aos seus bebês. As estimativas são diversas vão de 1% à 23%. Essa taxa seria fundamental para a preparação dos serviços de saúde e antecipação à novos casos

de microcefalia.

No Brasil foram notificados 9.091 casos de microcefalia e/ou malformação do Sistema Nervoso Central, destes 1.845 foram confirmados e 2.968 estão em investigação. A região Nordeste registrou 69,8% dos casos (6.346) com a confirmação de 1.538. A maior parte da confirmação dos casos ocorre por métodos de imagem, ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia. Dentre os casos confirmados por laboratório, há o predomínio por infecção por Zika em comparação com outros agentes etiológicos que podem ocasionar infecção congênita.

A distribuição geográfica tanto para casos notificados quanto para casos confirmados está concentrada na Região Nordeste, não há a mesma magnitude no estado do Mato Grosso ou mesmo em outros estados do Sudeste. Atentou que não é somente a ocorrência do vírus Zika que determina essas máis formações.

Disse que há uma redução no número de casos novos de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central, destacou os estados das Regiões Nordeste e Sudeste. No Brasil foram confirmados 127 óbitos, porém o número de letalidade pode ser maior. Alguns estudos indicam que 10% das crianças com microcefalia associada à infecção por Zika podem vir a óbito, principalmente na primeira semana de vida.

Em relação às medidas de prevenção e controle destacou o eixo 1 do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia: Mobilização e combate ao Mosquito. A mobilização nacional é coordenada pelas salas estaduais e municipais de coordenação e controle agregando ações do setor saúde com ações intersetoriais de vários órgãos dos governos nacional, estadual e municipal impactando na redução da infestação e conseqüentemente nas doenças associadas.

Deu destaque em algumas ações monitoradas por essas salas, tais como o acompanhamento do ciclo de visitas a imóveis urbanos. O 1º ciclo atingiu 86% dos imóveis, uma quantidade significativa e o último ciclo registrado (4º ciclo) também atingiu o percentual de 82,5% dos imóveis, com esse quantitativo é possível afirmar que o impacto no segundo semestre será menor, especialmente no mês de novembro

onde a tendência é a infecção aumentar, bem como as doenças associadas.

O trabalho não envolve apenas a sala nacional, mas também as salas estaduais e municipais, totalizando 1.620 salas implantadas.

Na Oficina "Intensificação das Ações de Combate ao Mosquito: Lições aprendidas e desafios" (ocorrida nos dias 24 e 25 de agosto de 2016) estão sendo discutindo os componentes das salas estaduais e municipais avaliando das ações até o momento bem como uma programação de ações que competem a essas salas o acompanhamento. O objetivo principal é que essas ações iniciem antes do ciclo de infestação do *Aedes aegypti*. Uma série de medidas está sendo programada para a recepção dos novos gestores e qualificação das equipes de saúde visando o fortalecimento das capacidades, mas também a recepção de pessoas que serão agregadas a força de trabalho.

Por fim, o compromisso do Ministério da Saúde com a aquisição de insumos está sendo cumprida. Os inseticidas e larvicidas estão sendo adquiridos e distribuídos aos estados, o que assegura a manutenção desses insumos para esse semestre e para todo o ano de 2017. Outros insumos também têm sido objeto de aquisição e distribuição, tais como insumos de laboratórios, testes de biologia molecular e também testes sorológicos registrados e validados.

Deu um enfoque nas ações de preparação e resposta a possíveis emergências, principalmente as arboviroses, durante os Jogos Olímpicos e continuará durante os Jogos Paralímpicos. O trabalho ocorre de forma tripartite com instalação de Centros Integrados de Operações Conjuntas em Saúde (CIOCS) que permitem o monitoramento de informações de diversas áreas, como vigilância, assistência, vigilância sanitária, ambiental, defesa, defesa civil, entre outros atores. Os CIOCS foram implantados nas cidades onde ocorreram os jogos.

Apresentou os dados de atendimento da zona olímpica no Rio de Janeiro, onde ocorreram 10.343 atendimentos, sua grande maioria na área da Barra (68,9%). A Secretaria Municipal de Saúde desenvolveu um sistema que permite a captura de informações das unidades de saúde da sua responsabilidade e junto com as equipes do estado ou do governo federal tem acessado informações do

Comitê Olímpico. Mostrou também o quadro com os atendimentos realizados nos outros estados que foram sede de partidas de futebol, esses atendimentos foram classificados por tipo (clínico, trauma ou remoção), com especial enfoque nas doenças de notificação compulsória. Evidenciou uma avaliação de risco procedida pelo Ministério da Saúde junto com estados e municípios de que nesse período não só pelo clima como também pelas ações desenvolvidas não era esperado a ocorrência de Zika, Chikungunya e Dengue durante os jogos. Informou que não houve nenhum caso confirmado de Zika dentre os participantes e moradores das cidades sedes, não quer dizer que não haja infecção, pois existem casos assintomáticos.

Esse balanço é preliminar, ainda existem dados que estão sendo coletados e analisados pelos CIOCS. Ressaltou que todo o trabalho desenvolvido durante os Jogos Olímpicos será mantido para os Jogos Paraolímpicos.

SE/MS: Mencionou a importância de registrar em ata o trabalho desenvolvido durante os Jogos Olímpicos. Alertou que vários atletas tiveram coleta de sangue realizada no Rio de Janeiro, pode haver dentre esses, casos assintomáticos ou casos que após o resultado laboratorial tenham sido positivas para o vírus. Felizmente durante o período olímpico não houve nenhuma complicação ou caso sintomático registrado.

CONASS: Ressaltou a eficiência e segurança com que o Ministério da Saúde enfrentou as possíveis emergências durante os Jogos Olímpicos, uma preocupação mundial. Elogiou a área da saúde bem como a organização do evento. Mencionou também que no estado do Mato Grosso não houve um grande aumento de casos de microcefalia mesmo com um grande número de casos de Zika e questionou se há uma mudança de comportamento da doença ou se há um déficit de informação.

CONASEMS: Citou que o estado do Mato Grosso tem vivido uma epidemia de Zika, porém por vários fatores os casos não são confirmados, principalmente por coletas inoportunas e transporte inadequado das amostras até o LACEN, o que prejudica os exames laboratoriais.

Corroborou com os elogios do CONASS quanto ao trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde

durante os Jogos Olímpicos.

Questionou a Secretaria de Vigilância em Saúde sobre os testes rápidos, que são fundamentais para detecção precoce e orientação oportuna da vigilância ambiental.

Mencionou que as salas municipais não foram convidadas a participar da Oficina "Intensificação das Ações de Combate ao Mosquito: Lições aprendidas e desafios". Lembrou que as ações dos municípios são primordiais e os Cosems poderiam ter contribuído com experiências exitosas. Lembrou que os Cosems não estão em todas as salas, pois algumas são coordenadas pela Casa Civil.

Perguntou sobre o envio das ambulâncias para os municípios após os Jogos Olímpicos.

SVS/MS: Em resposta ao questionamento sobre insumos, disse que o MS está confortável na aquisição de testes rápidos para dengue, diagnóstico sorológico e molecular de dengue e Chikungunya e para Zika está disponível o diagnóstico molecular. A sorologia para Zika depende da validação, poucos testes foram registrados na Anvisa e estes precisam de uma validação, pois mesmo registrado o teste pode não apresentar a performance necessária quanto a especificidade e sensibilidade. Existem validações programadas com o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e o Instituto Evandro Chagas/PA e no caso de aprovado o teste será adquirido pelo MS para implantação em todos os estados.

SE/MS: Disse que ocorreu uma reunião com o novo Secretário da SVS, Adelson Loureiro e a equipe para discussão de assuntos como insumos (larvicidas, inseticidas, kits diagnóstico, novas tecnologias e equipamentos) e mencionou que foram identificados pilotos e projetos que ainda estão em análise. Informou que a SVS fará um levantamento dos insumos já recebidos e as próximas aquisições para apresentar na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite.

Esclareceu que a disponibilidade orçamentária para a realização da Oficina era para 30 pessoas e que esta foi estendida para 45 pessoas e colocou que os Cosems são entes participantes das salas estaduais e que os Cosems que não tem participação nestas salas devem se inserir.

Informou que foi feito um acordo com o DETRAN e DENATRAN para leiloar os veículos inservíveis

| | |
|--|--|
| | <p>que estão virando criadouro, e que existem outras ações intersetoriais do Conselho do Meio Ambiente e outros Conselhos. Em todas as reuniões do Conselho Nacional de Saúde são levados os informes epidemiológicos sobre Dengue, Chikungunya e Zika e solicitando o controle social a participação na capilarização das ações.</p> <p>Solicitou que o CONASEMS faça um levantamento das salas estaduais onde os Cosems não estão inseridos para que o MS possa solicitar sua inserção.</p> <p>Esclareceu que já está determinado o envio de 108 ambulâncias aos municípios após os Jogos Paraolímpicos para recomposição da frota do SAMU 192 e 38 ambulâncias ficarão no estado do Rio de Janeiro. Há um novo edital para a aquisição de 700 novas ambulâncias, sendo que 300 ainda no ano de 2016.</p> <p>SVS/MS: o Novo Secretário fez sua apresentação e disse que foi realizada uma reunião com seus diretores e coordenadores no intuito de aproximar a SVS e fazer uma avaliação do período atual, bem como organizar as próximas necessidades.</p> <p>ENCAMINHAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conasems realizará levantamento das Salas Estaduais de Coordenação e Controle para enfrentamento ao Aedes aegypti, nas quais os Cosems não estão inseridos. • SVS/MS apresentará na próxima reunião da Comissão Intergestores Tripartite levantamento do quantitativo de insumos já distribuídos e o quantitativo das próximas compras. |
| <p>3. Discussões e Pactuações:</p> | |
| <p>a) Minuta de Resolução que institui o Comitê Gestor da Estratégia de e-Saúde e define a sua composição, competência, funcionamento e unidades operacionais na</p> | <p>SAS/MS: As duas resoluções relacionam-se à Estratégia e-Saúde já discutida com Conass e Conasems. Essa estratégia visa diminuir a fragmentação dos formulários de informação, buscando a qualificação das decisões do SUS. O objetivo é organizar e padronizar as três instâncias de informação, o Prontuário</p> |

estrutura do Ministério da Saúde – SAS/MS.

Eletrônico do Paciente (PEP), o Registro Eletrônico de Saúde (RES) e o Conjunto Mínimo de Dados (CMD). Apresentou os componentes da estratégia: Cartão Nacional de Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Prontuário Eletrônico do Paciente, Conjunto Mínimo de Dados, Registro Eletrônico de Saúde, Repositório de Terminologias em Saúde e as Plataformas de Acesso.

As plataformas de acesso serão disponibilizadas para os cidadãos, os profissionais e os gestores, tanto via web quanto mobile. Apresentou a plataforma de acesso do cidadão, o Cartão Nacional de Saúde, que pode ser visualizada na forma de timeline via web com todos os atendimentos realizados.

Com a utilização do CMD, a Estratégia e-Saúde permitirá a descontinuidade de nove sistemas de informação, trazendo concisão ao conjunto de fichas que precisam ser preenchidas na área assistencial.

Acrescentou que o cidadão, em qualquer nível de atenção, sendo atendido no SUS, em convênios ou serviços privados terá acesso às informações através do mesmo formulário, pois será possível compatibilizar os dados.

Acrescentou que existem componentes ainda fora do padrão do barramento do Cartão Nacional de Saúde, e apresentou como a estratégia funcionará quando estiver completa, com todos padronizados.

Com os prontuários do SUS e o CMD, os serviços privados também poderão enviar informações.

Pontuou que essa primeira resolução é pragmática, propiciando o início dos trabalhos em curto prazo.

O Comitê será coordenado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, tem caráter tripartite e tratará das questões de informatização do e-Saúde. Em relação ao RES, os seguintes departamentos do

MS estarão envolvidos em sua implementação: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SE/MS),

Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS), Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS) e

Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAS/MS).

ENCAMINHAMENTO: Pactuada sem ressalvas.

b) Minuta de Resolução que institui o Conjunto Mínimo de Dados da Atenção à Saúde e dá outras providências – SAS/MS.

SAS/MS: Essa resolução representa a unificação de todos os formulários, conforme apresentado anteriormente. O CMD compõe o RES e integra o Sistema Nacional de Informação de Saúde (SNIS) que foi instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Ressaltou que o CMD não se limita à esfera pública, mas abrange também as esferas suplementar e privada, para com isso ter a totalidade das informações de saúde instituídas em uma base de dados nacional. Apontou que a implantação do CMD será incremental e gradual e substituirá um total de nove (9) sistemas de informação.

A primeira etapa do CMD, já em andamento, é a integração das informações da atenção básica através do e-SUS AB, e da atenção suplementar através do Padrão de Troca de Informações da Saúde Suplementar (Padrão TISS). Na segunda etapa serão integradas as demais informações de saúde das esferas pública e privada que não necessitem de faturamento por procedimentos de acordo com a Tabela SUS. Na etapa final serão integradas as informações que necessitam de faturamento.

Ressaltou que os gestores podem utilizar sistemas de informação próprios e enviar através do barramento disponibilizado pelo DATASUS/SE/MS, que fará a integração.

A estratégia de implantação, o cronograma, outras informações detalhadas, orientações técnicas, notícias, os métodos de disseminação, documentações, versões de serviços e aplicativos do CMD serão disponibilizados no sítio eletrônico do CMD, disponível em <http://conjuntominimo.saude.gov.br> ou <http://cmd.saude.gov.br> a partir da publicação da resolução. A gestão do CMD ficará a cargo do DRAC/SAS/MS.

SE/MS: Lembrou que a discussão dessas resoluções foi realizada no GT de Gestão, em seu subgrupo de Informação & Informática, e que essa ação responde concretamente aos anseios dos gestores para diminuição dos sistemas a serem preenchidos e otimização das informações.

CONASS: Elogiou a iniciativa e a concretude da ação proposta na apresentação das minutas de resolução. Parabenizou o subgrupo de Informação & Informática (GT de Gestão) pelo trabalho e empenho dedicados.

CONASEMS: Mencionou que as minutas representam um avanço. E lembrou a importância de

| | |
|---|--|
| | <p>encaminhar definições conceituais, para a demarcação de padrões a serem seguidos pelos gestores.</p> <p>ENCAMINHAMENTO: Pactuada sem ressalvas.</p> |
| <p>4. Informes:</p> | |
| <p>a) Regimentos das Conferências Nacionais de Vigilância em Saúde e de Saúde das Mulheres – CNS.</p> | <p>CNS: Identificou-se como representante da Central Única dos Trabalhadores – CUT, Coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – CIST e membro da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde – CNS, saudou a todos e iniciou sua apresentação informando que os Regimentos são produtos do diálogo entre o CNS e o Ministério da Saúde, com algumas adequações realizadas, para aprovação no pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS).</p> <p>Pontuou que diante do cenário político e em virtude das eleições municipais, o CNS deliberou em sua 284ª Reunião Ordinária pela alteração de datas das Conferências: sendo a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres – CNSMu, a ser realizada de 1º a 4 de agosto e a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde – CNVS de 21 a 24 de novembro de 2017. Ressaltou que ambas as Conferências têm abrangência Nacional, mediante a realização das Etapas Preparatórias; Municipais e/ou Macrorregionais; Estaduais/Distrito Federal; Nacional, assim como Conferências Livres.</p> <p>Os regimentos apontam os tópicos que tratam da realização, os eixos (subeixos), as Comissões e a composição da Comissão.</p> <p>A 1ª CNVS iniciará a partir de suas etapas preparatórias: 15ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças - 15ª EXPOEPI, 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária - 7º SIMBRAVISA, VII Encontro Nacional das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora – CIST e a 20ª Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, Entidades e Movimentos Sociais e Populares. O tema central, que orientará as discussões nas distintas etapas da sua realização, será: "Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um SUS público e de qualidade". Advertiu que os demais temas ainda estão em construção, visto ser</p> |

fundamental anteder às necessidades.

A previsão é de oito eixos e subeixos, porém ainda em elaboração, o que significa que são passíveis de mudanças, com respeito ao debate feito CNS.

O eixo principal da 1ª CNVS será Política Nacional de Vigilância em Saúde e o fortalecimento do SUS como direito de Proteção e Prevenção da Saúde do povo Brasileiro. "Fortalecimento dos programas e ações de Vigilância em Saúde", cujos subeixos são:

- I. O papel da Vigilância em Saúde na Integralidade do cuidado individual e coletivo em toda a Rede de Atenção à Saúde.
- II. Acesso e Integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.
- III. Acesso e Integração dos saberes e tecnologias das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública.
- IV. Responsabilidades do Estado e dos governos com a Vigilância em Saúde;
- V. Gestão de risco-estratégias para a identificação, planejamento, intervenção, regulação, ações intersetoriais, comunicação e monitoramento de riscos, doenças e agravos à população;
- VI. Monitoramento de vetores e de agentes causadores de doenças e agravos, inclusive as negligenciadas; e
- VII. Implementação de políticas intersetoriais para promoção da saúde e redução de doenças e agravos, inclusive negligenciadas.
- VIII. A participação social no fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Após 31 anos será realizada a 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres definida com o tema central "saúde das mulheres: desafios para a integralidade com equidade". O eixo principal será a "Implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres", cujos eixos temáticos serão:

- I. O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres;
- II. O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres;
- III. Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; e
- IV. Políticas públicas para as mulheres e a participação social.

As Comissões, tanto da 1ª CNVS, quanto da 2ª CNSMu são conduzidas pelas:

- a) Comissão Executiva;
- b) Comissão Organizadora;
- c) Comissão de Comunicação e Mobilização; e
- d) Comissão de Formulação e Relatoria

A Comissão Executiva da 1ª CNVS compreende: Coordenador - Presidente do Conselho Nacional de Saúde; Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde; Coordenador Geral-Adjunto: Coordenador da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde; 01 (um) membro do Ministério da Saúde; 01 (um) membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 01 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde –CONASEMS e 01 (um) membro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Sua Comissão Organizadora é composta por 16 (dezesesseis) membros podendo ou não ser Conselheiro(as): 01 (um) representante do Ministério da Saúde; 01 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 01 (um) representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; 06 (seis) representantes da Comissão Intersetorial de Vigilância em Saúde – CIVS; 02 (dois) representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e 04 (quatro) conselheiros aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois) usuário e 2(dois) trabalhador.

A 2ª CNSMu apresenta em sua Comissão Executiva: Coordenador - Presidente do Conselho Nacional

de Saúde; Secretário(a) Executivo(a) do Conselho Nacional de Saúde; Coordenador Geral-Adjunto: Coordenador da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher; 1 (um) membro do Ministério da Saúde; 1 (um) membro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 1 (um) membro do Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde –CONASEMS. E sua Comissão Organizadora é composta por: 01 (um) representante do Ministério da Saúde; 01 (um) representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS; 01 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS; 01 (um) representante da Secretaria de Atenção a Saúde; 06 (seis) representantes da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher – CISMU; 02 (dois) representantes da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde; e 04 (quatro) conselheiros aprovados pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, sendo 2 (dois) usuário e 2(dois) trabalhador.

Concluiu afirmando que as comissões organizadoras da 1ª CNVS e da 2ª CNSMu definirão ao Pleno do CNS proposta de composição para as Comissões de: Comunicação e Mobilização e Formulação e Relatoria.

CONASEMS: Ciente da importância do debate com o Controle Social e da prerrogativa do CNS em convocar as Conferências, considera pertinente registrar a dificuldade de articulação e mobilização dos atores para participação tanto das Conferências Nacionais de Vigilância em Saúde e de Saúde da Mulher, quanto das Conferências Municipais de Saúde. Advertiu para o custo e as discussões fragmentadas que isso trará. Nesse sentido, sugeriu aos Conselhos Estaduais de Saúde a possibilidade dos municípios se organizarem e fazerem juntos às etapas de Vigilância em Saúde e da Saúde da Mulher, mesmo com a produção de diferentes documentações, além do apoio do CNS a essa orientação. Acrescentou a possibilidade de realização das conferências municipais de forma regionalizada.

CONASS: Pontuou que esse foi um tema bastante discutido no CONARES. Indicou que as Comissões Organizadoras das Conferências estabeleçam regras objetivas, com reconhecimento de possíveis problemas e o alcance de soluções, a fim de evitar uma “entropia” por uma politização exagerada.

| | |
|--|---|
| | <p>SE/MS: Sobre a proposta de realização das conferências municipais de forma regionalizada, entende que embora seja um meio para o fortalecimento da Região de Saúde, a essência do processo emergirá da compreensão e da adequação das Leis. A Conferência Municipal de Saúde se dá no primeiro ano de governo, pois servirá de subsídio para elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) e para o Plano Plurianual (PPA), conforme estabelecido na lei. Por isso, cabe ao CNS estabelecer as Diretrizes mínimas para essa discussão. O intuito é não perder a oportunidade de realização, inclusive para cumprir um pressuposto legal e o papel do Conass é importante para orientar os municípios a fazerem as conferências, para produção do planejamento ascendente e elaboração de seus planos municipais de saúde.</p> <p>Concluiu, referindo que esse foi um ponto exaustivamente discutido entre SE, SGEP e CNS, sendo o produto ora apresentado, resultado dessa negociação. Atentou para o amadurecimento da discussão do financiamento e da construção do temário e do cronograma, no âmbito da Comissão Organizadora, haja vista que Conass, Conasems e MS integram essa Comissão, sem fugir a deliberação da Conferência Nacional de Saúde realizada em 2015.</p> <p>CNS: Advertiu que a Conferência não é do Conselho, é de todos os agentes públicos da saúde. Desse modo, colocou-se à disposição para elaboração conjunta das solicitações destacadas e por fim, agradeceu a oportunidade de informar na CIT sobre as Conferências a realizar-se em 2017.</p> |
| <p>b) Aprovação pelo Plenário da Câmara dos Deputados da Medida Provisória nº 723/16, que prorroga, por três anos, o prazo de atuação dos médicos do Programa Mais Médicos contratados por meio de intercâmbio – SGTES/MS.</p> | <p>MS: Informou que foi aprovada, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, a Medida Provisória nº 723/16 que prorroga por mais três anos a participação dos médicos intercambistas junto ao Programa Mais Médicos e que houve um grande empenho de todas as lideranças partidárias para que esse fato se concretizasse.</p> |