



Ministério da Saúde

Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

PRINCIPAIS DISCUSSÕES E CONSENSOS DA 8ª REUNIÃO ORDINÁRIA DE 2011

29 DE SETEMBRO DE 2011

**Em 29 de setembro de 2011, participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Luiz Odorico Monteiro de Andrade; André Luis Bonifácio de Andrade; Helvécio Miranda Magalhães Junior; Maria do Carmo; Milton de Arruda Martins; Ana Estela Haddad; Carlos Augusto Grabois Gadelha; Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques; Sônia Maira Feitosa Brito; Márcia Aparecida do Amaral e Adriano Massuda.

**Conass:** Beatriz Figueiredo Dobashi; Michele Caputo Neto, Jurandi Frutuoso.

**Conasems:** Antônio Carlos Figueiredo Nardi; Maria Adriana Moreira; Gustavo Couto; Murilo Porto de Andrade; Rosa Maria Blanco Manzano; Mauro Guimarães Junqueira; Celso Luiz Dellagiustina e Valdemar Fonseca. **Conforme lista de presença anexa a este resumo.**

## Decisões / Encaminhamentos

### 1. Homologações

a) Termos de Compromisso de Gestão Municipal (relação anexa) - DAI/SGEP

Leu e homologou a relação dos municípios mencionados no quadro de homologação que aderiram ao pacto pela saúde e indicou no mapa a baixa adesão de municípios dos Estados do Nordeste, Amazonas e Rio Grande do Sul. Todos homologados. Solicitou ainda que a partir da próxima CIT, fossem apresentados nos mapas, também, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DISEIs.

## 2. Discussões e Pactuações

a) Minuta de Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). SAS/MS

b) Minuta de Portaria que define os valores de financiamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. SAS/MS

c) Minuta de Portaria que define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. SAS/MS

**MS:** fez apresentação da referida minuta, seguindo a estrutura e seus tópicos conforme descritos na mesma. Relatou ainda que prevê Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas tais como População de Rua e Populações Ribeirinhas, sendo que essa última agrega incentivo para o deslocamento fluvial e permite que a equipe possa ser expandida ao dobro, com incentivo compatível com a expansão. Reforçou que foi feito um esforço no sentido de agregar os conjuntos das portarias anteriores numa só, já que, com a pactuação desta, todas as demais serão revogadas. Informou ainda que esta portaria traz alguns elementos do Decreto, e que houve discussão no GT de Atenção, trazendo de novidade o conceito de atenção integral.

Sobre as Unidades Básicas de Saúde Fluvial, informou aumento de incentivo em 25%, o que reflete em mudança nas regras de funcionamento e permite que possa expandir para equipe em terra com incentivo compatível.

- **Descrição do financiamento das ESFR e ESFF:**

Incentivo financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das ESFF e ESFR:

<b>Profissionais</b>	<b>Critério para solicitação de ampliação da equipe</b>	<b>Número máximo</b>	<b>Incentivo unitário</b>
Agente Comunitário de Saúde	O trabalhador vinculado a no mínimo 100 pessoas	12	R\$ 750,00
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem	O trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	04	R\$ 1.000,00
Técnico em Saúde Bucal	O trabalhador vinculado a no mínimo 500 pessoas	01	R\$ 1.000,00
Enfermeiro	O trabalhador vinculado a no mínimo 1.000 pessoas	02	R\$ 2.500,00

Quanto aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF referiu que estes podem ser organizados em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O NASF 1 será vinculado a no mínimo 08 e no máximo 15 equipes, com exceção da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense que terão no mínimo, 05 e no máximo 09. E o NASF 2 será vinculado a no mínimo 03 e no máximo 07 equipes. Ressaltou a ampliação do elenco de profissionais à escolha do gestor municipal; ampliação do escopo de ações possível e a maior flexibilidade na composição da equipe; todos articulados à Academia da Saúde e a EAB para populações específicas, possibilitando que os municípios que atualmente não recebem, possam receber, além de ampliar em mais de 4 vezes o número de municípios que podem ter NASF. Por fim, identificou os profissionais que poderão compor os NASF 1 e 2, de acordo com o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), a saber: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/prof. de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica); Médico do trabalho; Médico Veterinário; Profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Reforçou o esforço em juntar as diversas portarias, que já foram pactuadas ao longo deste ano. Destacou que foi feito um trabalho na busca de abordar o Decreto 7508 nesta proposta, e que trabalha na perspectiva de não fixar valores, de modo que portarias específicas farão isso, o que facilita as alterações anuais de acordo com a revisão orçamentária.

Agradeceu a acolhida do DAB no CONARES.

**CONASEMS:** relatou sobre acalorada discussão na assembléia do CONARES e que são favoráveis a aprovação, com lapidações conceituais do texto, propondo inclusive que seja mais enxuto,

destacando dois pontos específicos:

- Desabilitação das equipes do NASF com ausência/descredenciamento de algum profissional da equipe;
- Laboratório de prótese dentária – o COSEMS e a SES-MG ressaltaram sobre os recursos do TETO de MAC que foram creditados e agora estão recebendo solicitação de devolução dos recursos, solicitando um prazo de 90 dias para adequação dos laboratórios de prótese;
- Santa Catarina – já trabalhava com NASF 3. Corte de recursos para municípios pequenos;

Ponderou a cerca da classificação de risco, onde o CRM de Minas Gerais emitiu resolução tornando privativo ao médico a avaliação, e estão fazendo uma consulta ao CFM.

**CONASS:** pontuou que o documento apresentado e discutido não é o mesmo apresentado pelo MS e tampouco o discutido na Assembléia. Dessa forma, solicitou que os documentos sejam enviados previamente de modo que permita a manifestação da Plenária do CONASS. Explicou que não se opõe a pactuação, mas sugeriu retorno para a CIT de outubro, principalmente em virtude de alguns levantamentos já feitos no GT que não foram ainda contemplados, ao menos na versão em que os Secretários Estaduais e que as equipe debateram ontem, a saber: classificação de risco, assessoramento para as equipes, critérios de base populacional – equipes, articulação com outros dispositivos como saúde do trabalhador (CEREST), revogação de várias portarias. Lembrou ainda que os tempos no processo de discussão e construção do consenso em um documento, não foram o mesmo do Plenário, esclarecendo ainda que o CONASS aproveita sua Assembleia para debater assuntos outros que não somente a pauta da CIT, a exemplo da situação dos SAMUS, com base na notícia veiculada pela mídia. Assim sendo, só pactuarão após revisão do texto e rediscussão do mesmo na assembleia do Conass.

	<p><b>MS:</b> acolheu as considerações feitas pelo CONASS no que se refere ao CEREST, ao assessoramento e a classificação de risco, entendendo que este último não deve ser considerado como critério único na Atenção Básica e sim agregada a outros fatores como a vulnerabilidade. Disse ainda que este é um assunto caro a CIT e que por isso entende pela pactuação e adequação do que se fizer necessário, pois ajustes são e devem ser feitos nesse foro CIT. Agradeceu a acolhida que Conass e Conasems deram ao MS naquela Assembleia, reforçando a importância da disponibilidade de participação dos técnicos nos debates, sendo esta uma solicitação do próprio Ministro da Saúde e que todos devem se colocar a disposição das SES e SMS.</p> <p><b><u>ENCAMINHAMENTOS:</u></b> Não pactuada. Será enviado documento revisado pelo DAB/MS ao CONASS e CONASEMS até o dia 04-10-2011. Não havendo dissensos, será considerada como pactuada e encaminhada para publicação. Caso contrário, a referida minuta será novamente pautada na CIT de outubro para discussão e pactuação. Neste caso os NASF, bem como as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) serão desvinculadas da Minuta da PNAB e publicadas em portarias específicas, juntamente com a definição dos valores de financiamento. Considerando que os itens 2 b e 2 c foram pactuados sem ressalvas.</p>
d) Minuta de Portaria que insere no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) o componente Ampliação de Unidades Básicas de Saúde. SAS/MS	<p><b>MS:</b> fez breve contextualização, resgatando a pactuação do Componente do Programa de Requalificação das UBS na CIT de agosto/2011, bem como do Componente Reforma das UBS, cujas portarias já foram publicadas. Informou que o sistema já está no ar e que até o momento 404 Municípios já iniciaram seus cadastros e 30 propostas já foram concluídas, foram distribuídas senhas para que as secretarias de estado da saúde e COSEMS possam acompanhar.</p> <p>Quanto ao Componente Ampliação, comunicou sobre o repasse de incentivos financeiros, a definição de valores per capita por 4 Grupos de Estados em função dos seguintes critérios de priorização: percentual de população em extrema pobreza, PIB per capita e porcentagem de UBS inadequadas</p>

conforme os diagnósticos disponíveis no Ministério da Saúde (IBGE e Requalifica-UBS on line).  
Relatou que o município calculará o valor do incentivo federal correspondente à ampliação que ele propõe para aquela UBS específica (Quantidade e Tipo de Ambiente) e que:

- Serão financiadas ampliações de UBS estabelecidas em imóvel próprio ou cedido ao município;
- O Incentivo para cada UBS varia de 50 a 250 mil;
- Em caso de não aplicação dos recursos ou não realização da ampliação no período de 01 ano após a transferência da 2ª parcela, o município/distrito federal deverá devolver os recursos acrescidos da correção prevista em lei; obtendo assim uma pré proposta em Lista de Prioridades para o Município.

A CIB apresentará o Plano de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde componente ampliações, com ações, metas e responsabilidades dos entes Municipal e Estadual para aprovação e enviará ao DAB/MS a lista das propostas do Estado. Em seguida o MS aprovará total ou parcialmente a lista supracitada e seus respectivos valores. Destacou que a referida minuta não apresenta a distribuição dos valores por estado, por está no aguardo da definição dos mesmos pelo PAC e que estes serão publicados juntos em portarias específicas e que o sistema só irá abrir após a definição dos valores.

**CONASEMS:** ressalta a importância de contrapartida estadual para as UBS, dentro dos percentuais já estabelecidos dos 50, 25 e 25% e entende que se deve prorrogar o prazo de aprovação nas CIBs para 180 dias. São favoráveis a pactuação da referida minuta.

**CONASS:** entende ser importante a definição dos valores por unidade federativa.

**ENCAMINHAMENTOS:** pactuada com as ressalvas do CONASEMS.

<p>e) Minuta de Portaria que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde-Redes na Atenção Básica, integrando-o ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. SAS/MS</p> <p>f) Minuta de Portaria que prevê e regulamenta, para o ano de 2011, a transferência dos incentivos financeiros referentes ao Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde. SAS/MS</p>	<p><b>MS:</b> avisou sobre o repasse de incentivos financeiros para aquisição de equipamentos de informática, garantia de conectividade, implantação, desenvolvimento e custeio de Núcleo de Telessaúde /Teleconsultores, e que o Telessaúde-Brasil Redes na Atenção Básica contempla projetos intermunicipais ou de regiões de saúde, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das Secretarias Estaduais de Saúde, Instituições de Ensino e Serviços de Saúde, que garantam o uso da tecnologia como ferramenta de ampliação das ações da Atenção Básica e de melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde ao cidadão.</p> <p>Mencionou que, a pactuação deste componente, justifica-se por trazer tecnologias disponíveis na atenção ambulatorial especializada para perto do usuário, a partir das necessidades e sobre coordenação da AB, por incluir outras maneiras de “prestação” de serviços pelos profissionais da atenção básica e especializada, devidamente articulada à regulação, para além das consultas de teleconsultorias, discussão de casos não presencial, troca de informações essenciais entre os serviços e por diminuir deslocamento dos usuários e possibilitar ligação e relação horizontal, pedagógica e colaborativa, entre os pontos de atenção da rede. Ao mesmo tempo, aumenta a integração da rede de atenção à saúde por meio de transferência direta de informação, cuidado compartilhado, apoio matricial, construção de diretrizes e protocolos em parceria, definição de responsabilidades e fortalecimento do papel da AB como centro de comunicação, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde. Considera como um potencial importante de Educação Permanente dos profissionais da saúde.</p> <p>Destacou que o Telessaúde Brasil Redes deve ser composto por núcleo(s) técnico-científico(s), pontos do Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, unidade de gestão intermunicipal do projeto e coordenação Municipal do Projeto.</p> <p>Quanto aos valores máximos que serão contemplados em cada projeto, esclareceu que:</p>

- Mínimo de 80 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 160 teleconsultorias/mês – Máximo de R\$ 750.000,00/ano;
- Mínimo de 200 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 400 teleconsultorias/mês – Máximo de R\$ 1.000.000,00/ano;
- Mínimo de 400 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 teleconsultorias/mês – Máximo de R\$ 2.000.000,00/ano;
- Mínimo de 600 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 teleconsultorias/mês – Máximo de R\$ 2.600.000,00/ano;
- Mínimo de 900 equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 teleconsultorias/mês – Máximo de R\$ 3.550.000,00/ano

A estratificação apresentada pelo MS foi a seguinte:

Grupo I – Estados com menos de 1 milhão de habitantes ou menos de 300 equipes de saúde da família – 750 mil reais;

Grupo II – Estados com menos de 3 milhões de habitantes ou menos de 600 equipes de saúde da família – 2 milhões de reais;

Grupo III – Estados com menos de 7 milhões de habitantes ou menos de 1200 equipes de saúde da família – 3 milhões de reais;

Grupo IV – Estados com menos de 10 milhões de habitantes ou menos de 1800 equipes de saúde da família – 3,5 milhões de reais;

Grupo V – Estados com mais de 10 milhões de habitantes e mais de 1800 equipes de saúde da família – 4,5 milhões de reais.

Sendo o repasse dos recursos financeiros realizado da seguinte forma: primeira parcela, equivalente a 70% do valor total aprovado; segunda parcela, equivalente a 30% do valor total aprovado. Em caso da não aplicação dos recursos ou da não utilização do recurso para as finalidades previstas no Projeto, no período de 01 ano após a transferência da 1ª parcela, o município/distrito federal deverá



	<p>devolver os recursos acrescidos da correção prevista em lei.</p> <p>Sugere a inclusão de um § que explicita que mesmo fugindo a algum critério, desde que aprovado pela CIB, a proposta deve ser analisada.</p> <p>Informou ainda que já se encontra em conclusão o processo de licitação para aquisição do cartão SUS, e que 75 municípios já iram receber. Reforça a importância da conectividade como uma política estadual. Que em novembro o DATASUS já terá em mãos um diagnóstico da situação da conectividade por estado, e desta forma se poderá pautar outros ministérios para a construção de um projeto.</p> <p><b>CONASS:</b> fez menção as iniciativas estaduais e ressaltou alguns pontos: tutoria mais próxima, agora nas unidades e não apenas nas universidades, que os recursos sejam MAC e não PAB, aprimoramento da rede e a decisão das CIB quanto à aplicação do recurso. Favorável a pactuação.</p> <p><b>CONASEMS:</b> sugeriu incluir um artigo 4º, o qual estabelecerá que a CIB é quem decide a deliberação em 180 dias, além do aporte de recurso, podendo ter a seguinte redação: “A CIB deliberará para um repasse total ou parcial, como acréscimo de recurso...” . Questionou sobre como potencializar o matriciamento e a ressaltou a importância dos COSEMS terem acesso às planilhas.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> pactuadas com ressalvas. DAB/ MS irá rever a redação do texto, incluindo o artigo proposto pelo CONASEMS e o parágrafo pelo próprio MS.</p>
<p>g) Minuta de Portaria que amplia o Programa Telessaúde Brasil para apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde e dá outras providências.</p>	<p><b>SGTES/MS:</b> Destacou a experiência acumulada do Brasil no Programa Telessaúde, e a necessidade de promover os ajustes necessários. Enfatizou a parceria MS e Ministério da Ciência e Tecnologia visando qualificar os hospitais de ensino e pesquisa vinculados ao Ministério da Educação, dotando-os de equipamentos e conexão de banda larga, facilitando o telediagnóstico. Informou sobre o trabalho interno do MS, com participação do DERAC e do DATASUS, possibilitando a realização do</p>

	<p>cadastramento das ações e atividades do Telessaúde Brasil no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com codificação e descrição específica dos serviços e sua vinculação com base no CBO (Código Brasileiro de Ocupação) por categoria profissional envolvida. Ressaltou a importância da Portaria do Telessaúde Brasil para garantia de expansão de infraestrutura, equipamentos, conectividade e competências. Necessitando haver mudanças de cultura, aliada a educação permanente para o uso da tecnologia aportada na teleconsultoria e a 2ª opinião formativa, citando os exemplos de Ontario no Canadá e de São Gabriel da Cachoeira no Amazonas, que usam tecnologias diferentes, mas com obtenção de resultados significativos. Em São Gabriel da Cachoeira as filas para consulta em dermatologia foram extintas, pois os profissionais da atenção básica fotografam as lesões encaminham ao especialista, que fecha o diagnóstico à distância, e imediatamente é instituído o tratamento correto. Ao apresentar a proposta situou a organização e os conteúdos da minuta de portaria a ser pactuada destacando as responsabilidades e fluxo de aprovação dos projetos na CIB - Coordenação Estadual, Comitê Gestor, Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde. Informou ainda que hoje já existem 12 Estados com projetos em andamento, sendo que o Acre apresenta dificuldades e mais 11 com projetos em análise para implantação e 56 mil teleconsultorias realizadas.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Pontuou a relevância da proposta, registrando, porém, a necessidade de aumento dos pontos de conexão, reduzindo assim as lacunas. Referiu que desde 2007 já tem a tecnologia implantada na atenção básica e até 2014, 100% vão estar conectados.</p> <p><b>CONASS:</b> Questionou se 100% dos municípios estarão conectados, reforçando a sua importância.</p> <p><b><u>ENCAMINHAMENTO:</u></b> Pactuada na íntegra sem considerações.</p>
h) Minuta de Portaria que dispõe sobre as normas relativas aos recursos destinados, ao Distrito Federal e a Municípios,	<p><b>SVS/MS:</b> agradeceu ao Conass e ao Conasems a participação e as contribuições na construção das propostas para as minutas de portaria. E ressaltou que apesar de terem sido abordadas as questões</p>

habilitados para o recebimento de incentivo financeiro, no ano de 2011, para qualificação das ações de prevenção e controle da dengue. SVS/MS

i) Minuta de Portaria que estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza. SVS/MS

j) Minuta de Portaria que Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose e Geohelmintíases. SVS/MS

polêmicas no recorte das doenças e na lógica de financiamento de “caixinhas”, há necessidade de ampliar a discussão na vigilância em saúde, pensando uma forma comum de repasse de recursos. Ainda em relação às três portarias em questão, não existe obrigatoriedade, uma vez que elas são por adesão, preveem relatórios semestrais e um anual para nortear o engajamento ou ampliação para o período subsequente.

Explicou que as questões referentes à redação dessa Minuta de Portaria serão ajustadas. O repasse dos recursos previstos será em parcela única na perspectiva de melhorar a informação, aumentar o controle vetorial qualificando o trabalho de campo. Embora os recursos alocados não sejam de grande monta, quando acrescidos estes valores com o repasse da SAS, os mesmos são suficientes para a ação.

A portaria não restringe a possibilidade de um único mecanismo de controle, deixando livre para os municípios adotarem mecanismos e estratégias específicas de trabalho. Com a entrada do sorotipo IV do vírus da dengue, a preocupação atual é de qualificar profissionais e serviços de pronto atendimento e emergência. Após estas considerações apresentou a Minuta de Portaria que dispõe sobre as normas relativas aos recursos destinados, ao Distrito Federal e a Municípios, habilitados para o recebimento de incentivo financeiro, no ano de 2011, que corresponderá a 20% do valor anual do Piso Fixo de Vigilância e Promoção da Saúde que os municípios e o Distrito Federal recebem para as ações de vigilância em saúde.

Em relação à Influenza esclareceu que não haverá uma repercussão imediata para os municípios, mas é muito importante para o regramento da coleta de amostra para detecção dos vírus circulantes, necessários a composição da vacina. Cita o exemplo da pandemia de influenza e as possibilidades de intervenção imediata, destacando a importância de se ter um serviço com maior sensibilidade epidemiológica possibilitando um melhor gerenciamento da intervenção, reduzindo o impacto. Informou que após reunião do GTVS, foi sugerida a inclusão dos municípios da região sul com mais de 300 mil habitantes, para implantação da Vigilância Ampliada da Influenza que inclui a Vigilância de

Síndrome Respiratória Aguda (SRAG), de Síndrome Gripal (SG) e a notificação de internações por CID J09 a J18.

A Hanseníase, Tracoma, Esquistossomose, Geohelmintíases, estão na Coordenação de Doenças Negligenciáveis, entretanto cada uma delas tem um perfil e características próprias. Nesse sentido, a proposta dessa Minuta apesar de complexa, procura garantir as especificidades individuais. A Hanseníase apesar de todos os esforços, ainda apresenta problemas quanto ao diagnóstico, tratamento e vigilância dos comunicantes e o que se pretende é chegar nos próximos 4 anos a 1 caso por 100.000 habitantes. Sobre o Tracoma o intuito é impactar a sua redução das formas graves, a exemplo da triquiase tracomatosa, como eliminação da causa de cegueira. Na mesma linha está à esquistossomose, cujo objetivo é a detecção precoce com vistas à eliminação das complicações e dos casos graves. Para as Geohelmintíases, o que se quer alcançar é a redução dos níveis de endemidade, tendo como foco os escolares e suas famílias.

**CONASS:** Reproduziu a discussão e posicionamento da assembléia dos secretários ocorrida na véspera da reunião do plenário da tripartite, pactua, mas aponta para a necessidade de revisão de redação. Encaminhará um pedido solicitando a discussão do financiamento geral da vigilância em saúde, sendo necessário revisar todos os acordos.

Corroborou que não é viável a vacinação da influenza ao mesmo tempo para todos os municípios, dadas às características climáticas diferenciadas desses, mas ser necessário uma revisão do calendário da campanha de vacinação, assim como os quantitativos enviados, principalmente para a região sul.

Pontuou ainda sobre a vacinação anti-rábica, demonstrando preocupação, pois, até o momento não foi possível iniciar a vacinação em função do desabastecimento no Brasil, em consequência dos problemas na vacina adquirida no ano passado. Dessa forma, alguns Estados só possuem vacina disponível para o bloqueio focal, sendo necessária que se discuta na próxima reunião da CIT a

situação da Raiva no País, de forma a proceder ao acompanhamento.

**CONASEMS:** Discorreu sobre o entendimento do Conares e fez o encaminhamento pela aprovação das três portarias, pontuando sobre a necessidade de: 1) o fato das capitais de Porto Alegre, São Paulo, Florianópolis e Curitiba possuírem situações muito específicas a exemplo de Curitiba que apesar de não terem casos e um controle vetorial eficiente para dengue recebe pacientes procedentes de vários municípios com alta endemicidade no estado; 2) referente à integração dos ACE com a atenção primária para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, demonstrou preocupação quanto ao não repasse do incentivo aos municípios que se habilitaram a receber o recurso conforme previsão da Portaria GM/MS nº 1.007, de 04 de maio de 2010. Disse ainda que a SES/PR também apoiou os municípios, repassando recursos do teto do Estado para que mais municípios pudessem incorporar o ACE nas Equipes; ponderou ainda que muitos municípios contrataram pessoal, que hoje, são servidores efetivos do quadro, aumentando assim suas despesas e, por isso a CIB/PR elaborou deliberação entregue ao Ministério da Saúde, solicitando providências quanto ao recurso não repassado, e a manutenção do incentivo aos municípios que já estruturam as suas equipes, uma vez que há boatos da revogação da supracitada Portaria.

**SVS/MS:** Informou ao Conass que foi feita uma discussão na SVS com as coordenações estaduais no intuito de rever a estratégia de vacinação contra a influenza, com uma proposta de duas campanhas anuais. Em relação à vacinação canina, esclareceu que o MS tem juntamente com o Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA acompanhando este problema e novos testes clínicos serão realizados, pois em virtude dos muitos eventos adversos observados em cães em 2010, foi discutido com Instituto de Tecnologia do Paraná – Tecpar, mudanças na planta de produção de forma a reduzir os eventos adversos pós-vacinação (EAPV). Diante da situação de

	<p>desabastecimento foi adquirido no mercado internacional 10 milhões de doses de vacina dos quais, apenas 4 milhões foram efetivamente entregues; por isto foi necessário adoção de estratégias próprias com avaliação de risco e informou ainda que dois Estados já tiveram campanha de vacina este ano, Maranhão, com dois casos de raiva humana, por vírus canino, na cidade de São Luís e o Estado do Ceará. Lembrando que alguns Estados da Região Sul não participam da campanha nacional por não haver circulação do vírus canino. Informou ainda que a partir de agora a produção do Tecpar, já esta sendo reestabelecida com novos padrões de segurança, podendo desta forma atender as necessidades do País.</p> <p><b><u>ENCAMINHAMENTO:</u></b> Pactuadas as três Minutas de Portaria com as ressalvas do Conass e Conasems.</p>
k) Critério para atualização dos repasses de recursos previstos na Portaria GM/MS 3.252/2009, com base per capita. ANVISA/MS	<p><b>SGEP/MS:</b> explicou que para atender ao Decreto 7508/2011 as pactuações da CIT serão formalizadas por Resoluções, entretanto, quando se referirem à transferência de recursos federal, a publicação se dará por Portaria Gabinete do Ministro de Estado da Saúde.</p> <p><b>ANVISA/MS:</b> Apresentou os dados populacionais do Censo 2010 e seu impacto nos repasses financeiros que utilizam o critério per capita. Lembrou que já existe um entendimento dos gestores do SUS quanto à necessidade de manutenção de recursos financeiros, repassados pela estimativa 2009 do IBGE, para evitar perdas por questões de redução populacional, conforme descrito no resumo da reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite de maio, quando foi discutido e pactuado os critérios e os valores para reajustes do PAB fixo e variável, e na Portaria 1.602, de 9/7/2011, em seu artigo 2º “Definir que, para os Municípios que tiveram redução da população para o ano de 2010 em relação à utilizada anteriormente, os valores mensais e anuais do PAB serão mantidos por meio da correção do valor per capita”. Dessa forma, solicitou posicionamento da CIT quanto aos repasses da Anvisa e SVS que consideram critério per capita.</p>

	<p><b>CONASS e CONASEMS:</b> pactuaram o entendimento em manter os valores repassados a estados e municípios que tiveram redução da população.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Anvisa, SVS, SGEF acertarão com a CONJUR a redação e a forma de publicação dessa pactuação.</p>
l) Diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de SGTEs/MS	<p><b>SCTIE/MS:</b> Apresentou a proposta de resolução da Rename discutida nos GT de Gestão, de Ciência e Tecnologia e também na Videoconferência esclareceu que a minuta resguarda aspectos do decreto 7508/2011 e da Lei 12401/2011, abordando os conceitos de integralidade e de Uso Racional de Medicamentos, enfocou também ser tripartite a orientação e, portanto decisão de que não se trate do tema sustentabilidade financeira nas diretrizes. Referente aos artigos 6 e 7 justificou a ideia de que estados e municípios possam definir uma lista complementar a RENAME. Ressaltou ainda a necessidade de se pactuar as diretrizes, neste plenário, para que possam ser iniciados os trabalhos frente à relação propriamente dita. Informou que a partir desta data o Ministro da Saúde passará a fazer parte do Conselho Nacional da Indústria, que é um espaço de assessoramento da presidência da república.</p> <p><b>CONASS:</b> referente à redação dos Arts 6º e 7º entende que o fórum não seja os conselhos de saúde, e por isso pede adequação do texto, pois o Decreto estabelece ser competência do MS dispor sobre a Rename e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em âmbito nacional – PCDT. Nesse mesmo sentido solicitou a retirada do parágrafo único do Art. 11 e remetendo-o a portaria.</p> <p><b>CONASEMS:</b> concordou com encaminhamento sugerido pelo Conass, reiterando a preocupação que a lei será sempre superior ao Decreto e a Resolução, logo, vem estar em consonância.</p>

	<p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> o DAF/MS procederá com as alterações nos Arts 6º e 7º, adequando que a definição complementar de medicamentos a Rename, é um debate técnico, logo deve ser solicitada por Estados e Municípios a Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS, que é garantida a participação de Conass e Conasems que se manifestará e não aos Conselhos de Saúde e a supressão do parágrafo único do Art. 11.</p>
<p>m) Diretrizes nacionais da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAS/MS</p>	<p><b>SAS/MS:</b> Destacou que a discussão da Renases e da Rename foi feita em conjunto, portanto o que se definiu para uma resolução, foi também contemplado na outra, tal como a não abordagem da temática sustentabilidade financeira. Reforçou que a relação não poderá ser comparada a uma tabela, e que não será a primeira RENASES que trará problemas ao sistema. Destacou a intenção do MS em desviar da lógica dos procedimentos sanitários e que a primeira versão será um misto de intenções propostas, com o que já existe. Explicou que o item suprimido no art. 16 ocorreu por solicitação do Ministro da Saúde.</p> <p><b>CONASEMS:</b> sugeriu ouvir primeiramente a proposta do COAP. Alegou a ausência do inciso 1º do art. 16 “<i>Ser direcionado para as prioridades definidas no Plano Nacional de Saúde</i>” em divergência a versão apresentada no plenário e a recebida pelos Conselhos.</p> <p><b>CONASS:</b> corroborou com a sugestão do CONASEMS e enfatizou inicialmente os pontos relevantes, surgidos na assembleia, como a impossibilidade de discussão da RENASES ‘descolada’ do Contrato de Ação Pública – COAP, o direcionamento da lógica de financiamento global nas diretrizes e sobre qual o destino da relação.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Rever os artigos 14 referente à regras de referenciamento entre regiões de saúde, nos casos em que uma região possui o serviço e a outra não, assim como o artigo 16, que</p>



	falta um item que relacione ao financiamento global.
n) Normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SGEP/MS	<p><b>SGEP/MS:</b> apresentou a proposta de Normas Gerais e Fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p><b>CONASEMS:</b> demonstrou preocupação quanto à adesão dos governadores e dos prefeitos assinarem o COAP. Dessa forma, pontua a importância de uma estratégia para que os mesmos não titubeiem à contratualização, para que não haja insegurança política quanto à proposta. Além disso, são necessários maiores esclarecimentos aos gestores, conforme solicitado no CONARES. Sugeriu proposta de redação sobre o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP, como cláusula pétreia, inserir talvez no artigo 8º ou no 10º. Ressaltou a possibilidade de aprovação do documento proposto no plenário, desde que o processo seja “capitaneado” pelo MS. Destacou que ainda existem muitas dúvidas quanto as responsabilidades a serem assumidas pelos entes.</p> <p><b>CONASS:</b> Ressaltou não ter segurança quanto ao processo a ser desenvolvido, se pactuado este documento. Preocupa-se também que a inviabilidade política possa travar o processo de contratualização, bem explicado na fala do CONASEMS. Sendo assim, propõe reunião extraordinária da CIT com os 27 secretários de Estado da Saúde e os 26 presidentes de COSEMS, os 07 Secretários do MS e o Ministro de Estado da Saúde.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> CONASS encaminhará previamente os principais pontos de discussão no COAP, incluindo o financiamento. CIT extraordinária dia 11/10/2011 com pauta única para RENASES e COAP.</p>

### 3. Apresentações e Discussões

a) Plano de Atenção à pessoa com deficiência na rede de reabilitação do SUS. SAS/MS

**SAS/MS:** Comunicou a alteração nos critérios da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e informou que foi uma demanda da presidenta da república, para que haja ampliação/contemplação do número de municípios de pequeno porte, de 4 à 100 mil habitantes. Relatou que a proposta envolve sete ministérios, exoneração tributária, tabela federal, pagamento global, parcerias com instituições privadas e cuidado integral.

**CONASEMS:** questionou sobre o trabalho das equipes.

b) Relatório sobre a situação de funcionamento dos Mamógrafos DENASUS-SGEP

**SGEP/MS:** apresentou a avaliação da situação de funcionamento dos mamógrafos no Brasil, no âmbito do SUS ressaltando as etapas de realização: reuniões com grupo força-tarefa; elaboração de um roteiro de vistoria; definição dos estabelecimentos de saúde - SCNES e SIA/SUS; vistoria feita por meio de visitas técnicas; realização da fase de campo: 12 de maio a 17 de junho de 2011; número de equipes – 378; composição da equipe– 2 auditores; custo R\$ 247.185,63; informação coletada - autodeclarada por meio de entrevista e equipamento - vistoriado pela equipe. Os resultados das distribuições dos mamógrafos, tendo como referência a população de 240mil habitantes, foram apresentados segundo as cinco macrorregiões, por região e por capitais. Já os resultados referentes ao funcionamento dos mamógrafos foram apresentados por região e nacionalmente. Além desses dados, avaliou-se também o tipo de equipamento das instituições público e privado contratado pelo SUS e os principais problemas que interferem no funcionamento do mamógrafo, no âmbito do SUS, sendo eles: manutenção, deficiência de recursos humanos, processadora, infraestrutura inadequada e falta de insumos. Relembrou ainda que no dia 26-09 participou da Câmara Técnica do CONASS, na qual o relatório foi analisado e quando questionado

sobre o padrão populacional utilizado, esclareceu que não trabalham com padrão populacional e sim padrão de necessidade. Na oportunidade ressaltou a importância de se considerar a rede e não o procedimento isolado. Informou que o relatório está disponível no site para consulta de todos de forma detalhada e que são 400 páginas, chamando atenção para as informações contidas no último slide da apresentação que esclarece os “porquês” da situação dos mamógrafos que estão fora de uso. Comunicou e solicitou o empenho dos gestores Estaduais e Municipais no tocante a fiscalização do Tribunal de Contas da União – TCU e ao DENASUS. Agradeceu o reconhecimento dado ao trabalho realizado pelo DENASUS/MS no ano de 2011.

Na oportunidade a ANVISA informou que já possuem um desenho de qualidade do Sistema de monitoramento dos diagnósticos de imagem.

**CONASS:** parabenizou a dedicação da atual diretoria do DENASUS/MS.

**CONASEMS:** sugeriu visita de uma equipe tripartite ao TCU na perspectiva de apresentar a mudança da cultura e enfatizar a requalificação da auditoria no SUS.

#### 4. Informes

a) Primavera da Saúde:

b) Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite. SGEP/MS

**SGEP/MS:** informou que o Regimento Interno da CIT deverá ser publicado por Portaria Ministerial, considerando que a versão em questão já atende as adequações do Decreto 7508/2011 e as contribuições feitas pela CT-CIT.

c) Situação atual do Relatório Anual de Gestão. SGEP/MS

d) Deliberação CIB/RJ nº 1.383/201: Retorno do Município do Rio de Janeiro para a região Metropolitana I. SGEP/MS

e) Seminário "Caminhos para o SUS da Universalidade e da Integralidade". Comissão de Seguridade Social e Família - Câmara dos Deputados. Data: 10 de outubro de 2011. das 14h às 17h. Local: Auditório Nereu Ramos. SGEP/MS

f) . Atualização dos resultados 2010/2011 do Pacto pela Saúde (Tabnet e Sispacto). SGEP/MS

**SGEP/MS:** informou a atualização dos 42 indicadores do Pacto pela Saúde.

g) Alteração nos critérios da Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, que Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. SAS/MS.

**CONASS:** Considerou que diante do processo de revisão dos critérios dessa Portaria, solicitou que fosse pautado no GT de Atenção à Saúde a discussão do tema de oxigenioterapia e havendo consenso que seja incluído na revisão o referido tema. Propôs ainda que a área técnica revisasse o Art. 35 § II.