



RESUMO EXECUTIVO DA 1ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE

26 DE JANEIRO DE 2017.

**PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA TRIPARTITE:**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE:** Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Francisco de Assis Figueiredo, Adeilson Loureiro Cavalcante, Marco Antônio de Araújo Fireman, Rogério Luiz Zeraik Abdalla, Vanisia de Sousa Santos, Eva Patricia alvares Lopes, Renato Alves Teixeira Lima e Antônio Ferreira Lima Filho.

**CONASS:** João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Leonardo Moura Vilela, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Marcos Esner Musafir, Michele Caputo Neto e Claudia Luciana de S. Mascena Veras.

**CONASEMS:** Mauro Guimarães Junqueira, José Ênio Servilha Duarte, Cristiane Martins Pantaleão, Charles Cesar Tocantins de Souza, Wilson Modesto Pollara e Diego Espindola de Ávila.

**1. ABERTURA DOS TRABALHOS:**

**1. a) A Execução do Orçamento do Ministério da Saúde no ano de 2016 (Portarias de habilitações, qualificações e Emendas) – Ministro de Estado da Saúde, Ricardo Barros.**

**MINISTRO:** Saudou a todos e aos novos gestores, solicitou colaboração e atenção para que se possa dar continuidade às mudanças necessárias ao SUS acrescentando mais qualidade e acesso. Apresentou a execução orçamentária dos 200 dias de gestão, informou que em dezembro foram empenhados R\$ 4,2 bilhões em Emendas Parlamentares e 1,3 bilhões em custeio de 5.933 novos serviços de saúde, em todas as Unidades da Federação em todas as áreas da saúde. Orientou os novos gestores sobre o tipo de repasse feito pelo Ministério da Saúde que podem ser acessados pelo endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde. Destacou a renovação da frota nacional do SAMU, com o investimento inicial de R\$ 1 bilhão, tendo como meta R\$ 3 bilhões até completar a gestão. Apresentou também, a economia de R\$ 1,3 bilhões, por meio da compra de medicamentos mais baratos, a exemplo da redução de 70% no valor do tratamento de AIDS com o Dolutegravir, da reforma administrativa com o corte de 300 cargos comissionados e de 800 bolsistas, e da redução das despesas com serviços gerais e informática. Comunicou a utilização gratuita de software feito pelo Ministério da Integração para o acompanhamento de obras em execução, monitoramento e rastreamento da frota veicular, podendo o município acompanhar individualmente cada ambulância. Exibiu o site público que contém todas as compras de medicamentos feitas pelo Ministério da Saúde, podendo ser acessado pelas empresas farmacêuticas gerando assim melhores ofertas de preço e melhor qualidade de produto. O resultado alcançado por meio da eficiência permitiu a habilitação de 124 UPA's distribuídas em todo o Brasil, tendo essas, a autonomia administrativa e de infraestrutura para a prestação do atendimento

focado nas necessidades da população. Em contrapartida, o gestor deve informar onde é utilizado o recurso destinado ao atendimento público de saúde, conforme regulação, contribuindo para um melhor planejamento estratégico e distribuição financeira com eficiência. Citou as 8.003 obras em execução somando R\$ 2,5 bilhões em empenhos com recursos próprios. Ações de Gestão: Iniciou-se a entrega dos acelerados lineares para o tratamento de câncer e apresentou o mapa de georeferenciamento que tem por objetivo oferecer atendimento mais próximo do paciente, e o programa de mobilidade com a compra de variados tipos de ambulâncias. Em 02/12/2016, o Presidente Michel Temer lançou a campanha “Sexta Sem Mosquito” em parceria com as Secretarias de Educação e escolas públicas e privadas. Houve também o Lançamento da campanha “Saúde na Escola”, parceria também com o Ministério da Educação, por meio de Portaria, que visa vacinar crianças e jovens contra o HPV e Meningite C. Citou a incorporação de seis novos medicamentos de alto custo para ampliar a assistência à população. Informou da Medida Provisória a fim de adequar a oferta da Penicilina para o combate à Sífilis. Comunicou ainda da disponibilidade de teste rápido para identificar o Vírus da Zika e do Chikungunya e a ampliação de medidas de assistência continuada a mães e bebês afetados pelo Zika. Apresentou o Programa Mais Médicos, que possui 18.240 profissionais em todos os estados brasileiros e nos Distritos Indígenas, e a existência de novo edital para o provimento de 1.390 vagas para os profissionais brasileiros, em 644 localidades. Mencionou a importância do atendimento humanizado e a aquisição de supercomputadores capazes de processar os 200 milhões de prontuários eletrônicos do SUS, disponibilizando o acesso da ficha médica em qualquer lugar por meio de conexão via internet, tanto por parte do profissional como por parte do cidadão, implementando a informatização completa dos serviços de saúde em conjunto com o Ministério das Comunicações. Citou o aumento de 89% no orçamento da Funasa para o financiamento em saneamento básico para o ano de 2017. Salientou o acordo com o CNJ para reduzir a judicialização, que gera impacto superior a R\$ 7 bilhões no SUS deslocando o recurso de uma atividade programada, desestruturando o planejamento de atendimento ao cidadão. Destacou o aumento de 3.000% no número de transporte de órgãos realizados pela FAB, e a linha de crédito para a reestruturação financeira das Santas Casas e entidades filantrópicas com o apoio técnico do PROADI. Informou o empenho de R\$ 4,1 bilhões em dezembro de 2016, e o empenho de 95% de emendas parlamentares. Com a economia na compra de medicamentos, foi possível complementar em R\$ 1,7 bilhões as ações da média e alta complexidade. Dos equipamentos médicos apreendidos pela Receita Federal, que não tiveram sua situação de importação regularizada junto ao órgão, será feito um site para a redistribuição aos municípios que atenderem aos requisitos necessários e comprovarem capacidade para a imediata utilização do equipamento. Apontou que o percentual gasto no setor da saúde pública cresceu de 3,9% em 2015 para 8% em 2016, considerando o PIB nacional, e tendo como previsão o financiamento de 50% dos gastos por parte da União. Destacou que a transparência e eficiência fazem parte da gestão objetiva com qualidade e como princípio constitucional deve obrigatoriamente ser seguido por toda a administração pública, direta e indireta.

**CONASEMS:** Informou que está em processo de acolhimento dos novos gestores e distribuindo o Manual da Gestão Municipal de Saúde, elaborado em conjunto com o COSEMS do Rio de Janeiro, com orientações sobre financiamento e assistência na área da saúde. Sobre a distribuição de equipamentos médicos apreendidos pela

Receita Federal propôs que se inicie observando os vazios assistenciais junto à região de saúde, em conjunto com a CIB, ampliando assim atendimento em novas localidades.

**CONASS:** Destacou a importância de continuar a simplificação de todo o sistema de trabalho do Ministério da Saúde contribuindo para a redução da complexidade e da burocracia, facilitando a realização dos serviços por parte dos gestores. Declarou apoio na transferência das emendas de investimento para emendas de custeio, solicitando que essas não fossem canalizadas para determinado prestador de serviço, mas que fossem direcionadas para o atendimento de uma demanda reprimida.

## 2. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

### 2. a) Minuta de Portaria que regulamenta a transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, conforme a Lei Complementar nº 141/2012 – SE/MS.

**SE/MS:** Saudou a todos e destacou que essa proposição representa o início de uma nova era no SUS, com imenso esforço tripartite para resolução das questões. Informou que esse debate foi feito internamente (MS, Conass, Conasems) e no âmbito do grupo de trabalho tripartite. Pontou que esta apresentação é uma análise inicial dos assuntos que motivam a discussão desse processo, como: insuficiência de recursos, recursos federais aplicados em 882 formas restritas de aplicações (“caixinha”), o verticalismo desta forma de repasse que fragmenta os sistemas de informação, determinações, contradições e vazios normativos e o financiamento por “incentivos”.

A fim de contextualizar essa problemática e baseado nas últimas informações (outubro de 2016) dadas pelos bancos oficiais (Banco do Brasil e Caixa Econômica), citou o total de 5 bilhões de reais de saldo parados nas contas, tendo a Atenção Básica 1,2 bilhões, a Média e Alta Complexidade 1,5 bilhões e a assistência farmacêutica 500 milhões. As situações supracitadas significam na prática, que os mecanismos atrelados à aplicação desses recursos, dificultam o processo de elaboração do planejamento ascendente, de acordo com a realidade local. Desse modo, o intuito desta Minuta de Portaria é determinar diretrizes e estabelecer o processo de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (ASPS), em consonância com a LC nº 141/2012. Para isso, o GT de Gestão da CIT acordou os 3 primeiros artigos da Lei como ponto de partida para regulamentação e operacionalização desse processo. A alteração proposta consiste em transferir os recursos federais destinados às ASPS aos estados, distrito federal e municípios, em duas modalidades de repasse classificadas nas categorias econômicas de custeio e de capital, de forma regular e automática, em conta financeira única e específica para cada uma das categorias mencionadas.

Ressaltou ainda, que na fase de transição será imprescindível ter cautela e responsabilidade administrativa para mudar a realidade orçamentaria nacional, em conformidade jurídica e técnica.

Afirmou que o MS está disposto a trabalhar para que essas alterações ocorram, assim como Conass e Conasems.

**MINISTRO:** Complementou a apresentação citando que essa Minuta de Portaria resulta do “SUS Legal”, que representa o empenho da nova gestão do MS em fazer cumprir estritamente as legislações vigentes (LC nº 141/2012 e Lei 8080/1990), resultando em um modelo simplificado dos processos, com diretrizes e regras de transição, sem a descontinuidade da assistência e com a eficiência na gestão.

**CONASS:** Mencionou que o Ministro durante a assembleia do Conass falou sobre os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e, considerando importante, questionou sobre o registro da naturalidade do cidadão brasileiro.

**MINISTRO:** Respondeu ao Conass dizendo que há em curso uma negociação com a Casa Civil, a fim de estabelecer uma legislação em que a comprovação da naturalidade do cidadão brasileiro, seja registrada no local de residência dos seus pais e não no local onde houve o parto, o que facilitará também do ponto de vista da Justiça, visto que o cidadão tem uma ligação afetiva do local onde reside e a questão política da manutenção de uma série de serviços que são mantidos apenas para as pessoas daquela localidade e que ali serão registradas. Lembrando também que os HPP têm: custo dez vezes mais caro que um hospital especializado e apresenta maior risco aos que o utilizam, já que não há estruturas suficientes, caso o paciente tenha seu quadro agravado.

**CONASEMS:** Corroborou a proposta exposta e pontuou que a situação do financiamento permeia a revisão de outras políticas, não é só uma discussão simples de financiamento, é buscar uma forma racional de alocação de recursos compatível a um serviço integral, de qualidade e necessário a população.

**SE/MS:** As demandas mencionadas e os demais trabalhos em debate, simultaneamente, demonstram o grande empenho tripartite que deverá ser feito, segundo as Diretrizes pactuadas nessa CIT, para garantir um processo de transição, sem que haja ruptura constitucional das obrigações, a exemplo das questões orçamentárias vigentes. Sendo assim, é preciso ampliar as regras de transição, respeitando o processo e o arcabouço legal instituído. Por fim, esclareceu que a ideia é vedar a criação de novas “caixinhas” seja por políticas ou por programas. E na perspectiva tripartite, a realização de um GT que estabeleça as discussões necessárias e suficientes para que ocorra essa mudança (regra de transição), em um prazo de 60 dias, essa é a proposta do MS.

**CONASEMS:** Lembrou Gilson Carvalho referindo-se ao texto “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” e enfatizou que, embora essa pauta esteja na Lei e seja antiga, considera fundamental registrar esse grande avanço. A ideia é repassar o recurso e apoiar tecnicamente, afinal, isto é o que cabe ao Estado e a União, cobrando resultados por meio dos sistemas de informação. Pontuou também o importante papel tripartite, no momento de transição, para orientar municípios e estados, haja vista que este tema impactará em mudanças nos orçamentos e a fim de evitar recurso parado em conta, o que significa ineficiência da gestão. Felicitou a iniciativa, parabenizou a todos por esse grande passo, o que certamente, implicará em um grande avanço na gestão municipal de saúde, propiciando o empoderamento ao gestor com maior liberdade de trabalhar o recurso e mais responsabilização.

**CONASS:** Cumprimentou e agradeceu ao Ministro por estar pessoalmente na assembleia do Conass e afirmou que este é um tema que tem interesse e apoio irrestrito dos Secretários de Saúde. Advertiu a correção do prazo de 60

dias proposto pelo MS, uma vez que o Ministro citou que essa pauta seja trabalhada e resolvida em 2 reuniões tripartite.

Complementou afirmando que o prazo de 60 dias deve ser improrrogável, pois há respaldo e acúmulo considerável de debate sobre esse tema, além de aproveitar a força política do Ministro no parlamento e na presidência e também sua coragem em romper com alguns dogmas e corporativismo criados ao longo do tempo.

**ENCAMINHAMENTOS: Pactuado o mérito da proposta e** SE-CIT continuará articulando o GT de Gestão, subgrupo de Financiamento, para finalizar essa Minuta de Portaria, discutir e estabelecer as regras de transição e simultaneamente debater os demais assuntos, como definição dos critérios de rateio, monitoramento, avaliação e controle, dentre outros;

SE-CIT incluirá para a 2ª Reunião Ordinária da CIT a discussão das seguintes pautas: Farmácia Popular e a revisão dos critérios de distribuição dos profissionais do PMM;

## 2. b) Programa Farmácia Popular do Brasil – SCTIE/MS.

**ENCAMINHAMENTO:** O tema será pautado na 2ª Reunião Ordinária da CIT, em 23.02.2017.

## 2. c) Repactuação da Portaria GM/MS nº 957/2016, no que tange o prazo para início de envio dos dados e responsabilização pelo não envio das informações da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.

**SCTIE/MS:** Contextualizou a necessidade de envio de dados, reforçando que irá qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica para todos os entes, permitindo melhor gerenciamento dos estoques, entrada, saída e dispensação dos insumos e medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Os dados devem ser enviados através do sistema HÓRUS ou através de *Webservice* a ser disponibilizado pelo Ministério da Saúde a partir de maio/2017 para início das transmissões. As propostas são: repactuar a data de início do envio dos dados definida na Portaria GM/MS nº 957/2016, reduzindo para 90 dias, e instituir uma forma de penalização ao ente que não enviar os dados no prazo estabelecido.

**CONASEMS:** No primeiro momento há discussão do gerenciamento dos estoques, a dispensação deve ser discutida quando o HÓRUS estiver disponível em todo país. O prazo de 90 dias deve começar a partir da homologação e disponibilização do *Webservice*. A questão da punição deve ser definida, porém garantindo a não interrupção do fornecimento dos medicamentos à população.

**CONASS:** Aprovou a proposta, porém solicitou que a punição seja tema de mais discussão para encontrar alternativa. Em relação à Assistência Farmacêutica pode haver perda de recurso, pois o ressarcimento do recurso aos estados por conta da aquisição de medicamentos se dá no trimestre posterior à aquisição.

**MINISTRO:** O município terá o prazo de 90 dias para efetuar o envio de dados e receberá o recurso de forma retroativa, não há, portanto, perda de recurso. A proposta é interromper o repasse de recurso e não o

fornecimento de medicamentos, uma vez que os municípios têm condições de financiar até que os dados sejam enviados.

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuado o mérito da proposta, discutir no GT de Ciência & Tecnologia da CIT a redação para o artigo que define punição ao ente que não enviar os dados no prazo de 90 dias.

## 2. d) Incorporação das apresentações da Alfaepoetina de 1.000 UI e 3.000 UI para o grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – SCTIE/MS.

**SCTIE/MS:** Hoje os medicamentos do grupo 1A (Alfaepoetina 4.000 UI solução injetável, Alfaepoetina 10.000 UI solução injetável e a Toxina Botulínica 100 U) têm aquisição centralizada no Ministério da Saúde. Já a Alfaepoetina de 1.000 UI, Alfaepoetina de 3.000 UI e Toxina Botulínica 500 U estão no grupo 1B e são adquiridos pelos estados e Distrito Federal e ressarcidos pelo Ministério da Saúde. A Alfaepoetina é utilizada no transplante de medula ou pâncreas e anemia na insuficiência renal crônica (conforme PCDT). A toxina botulínica é utilizada nas distonias focais e espasmo hemifacial.

A proposta apresentada é a incorporação da Alfaepoetina de 1.000 UI, Alfaepoetina de 3.000 UI e Toxina Botulínica 500 unidades no grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A aquisição desses medicamentos será centralizada no MS, gerando economia, pois o valor de venda para o nível federal é menor. Informou que o Ministério da Saúde (CGCEAF/DAF) iniciou o processo de aquisição da Alfaepoetina de forma centralizada (via pregão eletrônico).

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada.

## 2. e) Elaboração de normativas referentes à prescrição de medicamentos no âmbito do SUS – SCTIE/MS.

**SE/MS:** Trata-se de proposta do MS para criar um formulário para prescrição de medicamentos fora da RENAME e das relações estaduais e municipais de medicamentos. O GT da CIT irá discutir o teor do formulário para essas prescrições.

**CONASEMS:** Sugeriu que seja um formulário para a tomada de decisões do judiciário, caso o médico prescreva medicamentos fora da RENAME servindo de embasamento para possíveis processos judiciais. Importante estimular o uso dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT.

**CONASS:** Alguns estados possuem legislação específica sobre o assunto, a assessoria técnica levará para o GT.

**MINISTRO:** A necessidade de instituir esse formulário no âmbito do SUS se deve a não proibição dos médicos de prescreverem medicamentos fora da RENAME, fragilizando os gestores no momento que há judicialização.

Solicitou a participação de todos no processo de revisão da RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, que está atualmente em Consulta Pública.

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada o mérito da proposta e a criação do teor do formulário para prescrição de

medicamentos fora da RENAME que deverá ser pauta de GT de Ciência & Tecnologia da CIT.

## 2. f) Minuta de Resolução que torna obrigatório o levantamento entomológico de Infestação por *Aedes aegypti* pelos municípios e o envio da informação para as Secretarias Estaduais de Saúde e destas, para o Ministério da Saúde – SVS/MS.

**SVS/MS:** No fechamento do Levantamento Rápido de Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA) de 2016 foram detectados alguns municípios e capitais sem dados do levantamento entomológico, considerando que o único elo vulnerável da doença é o controle do vetor *Aedes aegypti*, julga-se importante que o gestor tenha o panorama de infestação do seu município para que possa direcionar as ações de combate. Mencionou que na reunião da CIT de novembro de 2016, foi aprovada no mérito a resolução que torna obrigatório a realização de algum tipo de levantamento entomológico pelos municípios e o repasse dessas informações ao Ministério da Saúde. Informou que o programa do LIRAA está sendo adaptado para realização do Levantamento de Índice Amostral (LIA).

**CONASS:** Citou que o município de Curitiba/PR não realizou o LIRAA e que é importante a punição para os gestores que não realizarem o levantamento entomológico.

**CONASEMS:** Corroborou com o CONASS e expôs a necessidade de que a lei seja cumprida. Sugeriu que umas das punições seja a proibição de acesso aos programas do Ministério da Saúde e o direito a emendas parlamentares, caso o regramento não seja cumprido. Lembrou que o Governo Federal e Estadual devem apoiar tecnicamente os municípios que tiverem dificuldade na realização do levantamento entomológico.

**MINISTRO:** Lembrou que 100% dos municípios tem que realizar o levantamento entomológico e informar ao Ministério da Saúde para que possa ser feito o mapa nacional da situação da infestação por *Aedes aegypti* no país.

**ENCAMINHAMENTO:** Pactuada.

## 2. g) – Revisão dos critérios de alocação dos profissionais do Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

**MINISTRO:** Informou que a discussão referente aos novos critérios para distribuição dos profissionais do Programa Mais Médicos foi adiada e será discutida no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (GT GTES). Será pauta na 2ª reunião ordinária da CIT, em 23/02/2017.

A discussão será baseada em critério único de distribuição, para todos os municípios do país. A proposta é promover transparência na alocação de profissionais, com maior equidade.

Citou o edital que foi concluído e o quantitativo de 4.900 vagas que serão disponibilizadas conforme a saída dos profissionais cubanos. Essas vagas serão ofertadas para médicos brasileiros e, caso não sejam preenchidas por brasileiros, essas vagas serão disponibilizadas para os médicos do convênio com a OPAS.

**SGTES/MS:** Apresentou o panorama atual do programa e o quantitativo de vagas que serão disponibilizadas com a

saída dos médicos da cooperação OPAS, os quais deixarão o programa após três anos. Informou que a cooperação será mantida enquanto houver vagas que os brasileiros não tenham interesse em ocupar.

A reposição das vagas está sendo realizada de duas formas: reposição direta da cooperação, com vagas que não são atraídas por médicos brasileiros; edital para reposição com médicos brasileiros. Informou que o edital vigente já cumpriu a fase da permuta, quando médicos alocados têm interesse de mudar para outro município. As vagas remanescentes deste edital serão disponibilizadas para a segunda chamada de médicos brasileiros. Reforçou que os editais terão a mesma periodicidade, serão publicados a cada três meses.

Informou o grupo de trabalho constituído para discutir os critérios de distribuição de vagas do PMM, com representação do MS (SGTES, SE e SAS), Conass e Conasems.

Fez referência à Portaria SGTES/MS 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. Esse tema foi discutido em reunião, com a participação do governo cubano e ficou definida a atualização dos valores de moradia e alimentação, assumidos por Conass e Conasems. O acolhimento e o deslocamento dos profissionais até os municípios de atuação será responsabilidade estadual.

**CONASEMS:** Lembrou que o PMM é definido por provimento de profissionais e formação/capacitação. É necessário investir na qualificação destes profissionais e capacitá-los para atuar na Atenção Básica.

Atentou para a necessidade de discutir a distribuição de vagas e de reforço ao programa nos municípios, principalmente os de difícil acesso. Disse que existe uma disparidade de valores recebidos entre os profissionais do PMM e os que não estão atuando pelo programa. Estas condições dificultam a atração e a fixação de médicos nos Municípios.

Citou alguns casos de vagas ociosas e solicitou informações sobre o total dessas vagas no território nacional e o quantitativo de UBS que serão ofertadas pelo Programa Requalifica UBS. Esses dados são necessários para que os municípios se organizem no intuito de garantir serviços nessas unidades.

**MINISTRO:** Informou que serão estabelecidos critérios únicos, transparentes e com maior equidade, para alocação de profissionais.

A proposta é que os municípios se responsabilizem pelo custeio de alguns médicos e que o pagamento seja feito conforme o número de equipes de saúde da família, de cada município. Os critérios serão os mesmos para todos os municípios brasileiros.

Reforçou que a conectividade é fundamental para o funcionamento das UBS. Orientou que, quando os gestores solicitarem habilitação de novos serviços, todas as unidades sejam informadas, tanto as que estão cadastradas no SCNES, quanto as que ainda não foram cadastradas.



**CONASS:** Retomou o tema sobre o financiamento e solicitou cautela na discussão. Disse que o país não tem planejamento sobre a adequação do investimento na rede de unidades de saúde. Para que haja planejamento é fundamental considerar seus instrumentos como o PDR, os planos de investimento e também a PPI. É importante fazer uma análise detalhada para investir em localidades que apresentam maior necessidade.

**ENCAMINHAMENTO:** **Pactuado o mérito da proposta**, o tema sobre critérios de distribuição dos profissionais do PMM será discutido no GT GTES, em 27.01.2017 e pautado na 2ª reunião ordinária da CIT (23/02/2017).

### 3. APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES:

#### 3. a) Instrutivo para o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços no âmbito do SUS – Resolução CIT Nº 10, de 08/12/2016 – SE/MS.

**SE/MS:** Contextualizou que esse tema foi bastante discutido nas reuniões do grupo de trabalho de gestão da CIT e que a necessidade de elaborar um instrutivo que detalhasse os fluxos estabelecidos para o processo de investimento, conforme a Cartilha e a Resolução CIT nº 10/2016 foi imprescindível, já que este documento propicia a liberdade de modificar o que for preciso. Nesse sentido, este instrutivo torna lúcido, que qualquer investimento que venha a ser feito, precisa refletir a realidade sanitária local, o que está posto no processo de planejamento, de conhecimento dos 3 entes e também a pactuação da responsabilidade do co-financiamento nessa lógica.

Citou que o Artigo 167 da CF determina que o orçamento do MS seja de acordo com o planejado, logo, não é adequado liberar um processo de investimento, não ter dotação orçamentária para executar e depois ser cobrado à conta, quer seja politicamente, quer seja pela população, ou mesmo pelo gestor que fez todo um esforço para fazer esse investimento. A lógica, portanto, é de fato o que traz esse Instrutivo em seu arcabouço, as duas divisões do processo: Antes do início das obras, que consiste em dar ciência prévia ao SUS que esse investimento está acontecendo (fase pré-construção) e depois do processo de investimento, com rito unificado de fluxos estabelecidos, cartilha especificamente construída, alcançando o processo que está em andamento. Concluiu, enfatizando os critérios apontados para consulta prévia: identificação de vazios assistenciais na região de saúde; perfil assistencial do serviço e seu papel na rede de atenção à saúde, de acordo com pactuação na CIB; cobertura regional ou estadual, destacando quando o serviço for localizado em área de divisa ou fronteira; capacidade instalada necessária adequada ao tipo de estabelecimento de saúde e perfil assistencial proposto para o serviço; identificação dos recursos materiais e humanos necessários a dispor para o devido funcionamento do serviço; demonstrativo da projeção de recursos anuais, de capital e custeio, de cada ente federado; previsão da incidência de custeio anual para cada ente federado; atualização do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos casos de ampliação, reforma e aquisição de equipamentos e Resolução emitida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) com aprovação da proposta e do demonstrativo de recursos anuais, de capital e custeio, com

definição da parcela atribuída para cada ente e previsão de incidência.

**CONASEMS:** Ponderou que os assuntos discutidos nesse plenário estão integrados, justificando assim, a revisão da PNAB nesse processo. A ideia é que essa revisão proponha mais liberdade ao gestor para fazer a modelagem nas Equipes de Saúde, diminuindo o impacto de custeio, com mais eficiência nos gastos.

**MINISTRO:** O MS está disposto, assim como foi feito com as UPAS, a flexibilizar, respeitando que a responsabilidade de desenhar a assistência é do gestor, ajustando a realidade e a especificidade local, no Brasil de dimensão continental.

**CONASS:** Quanto à questão da flexibilização, defende que precisa e pode e ser feita subsidiada por parâmetros, padrões e critérios pré-estabelecidos, evitando a desorganização do sistema. Por isso, a discussão dessa flexibilização deve ser feita no grupo técnico com toda responsabilidade e cautela possível, estruturando de maneira definitiva que a Atenção Primária seja coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede.

**ENCAMINHAMENTO:** Considerar os critérios estabelecidos nesse Instrutivo, para revisão da PNAB no GT de Atenção.

### 3. b) Sistema Nacional de Regulação (SISREG) – SAS/MS.

**SAS/MS:** Apresentou a estrutura do Sistema Nacional de Regulação e suas funcionalidades nos módulos ambulatorial e hospitalar. O principal objetivo do sistema é fortalecer e estruturar o processo de regulação nos territórios. O SISREG não tem caráter compulsório e sua configuração é customizada por cada secretaria de saúde, permitindo ao gestor a coordenação e a gestão das suas filas de espera, organizar os processos de regulação a partir da Atenção Básica, dentre outras ações da regulação de serviços de saúde da sua região. Esse sistema monitora somente parte das informações referentes às filas de espera e da demanda reprimida dos serviços de saúde no país.

Expôs o cenário atualizado da implantação do sistema no âmbito de cada região do território nacional e o quantitativo de consultas ambulatoriais e internações realizadas no ano de 2016, além da demanda reprimida e o tempo médio da fila de espera para os atendimentos de consulta especializada, cirurgia eletiva e de internação de urgência.

Citou a importância da interoperabilidade do SISREG com os demais sistemas de regulação existentes no país, especialmente com os sistemas de gestão hospitalar constantes nas unidades de saúde. Isso é fundamental para a construção de políticas públicas em saúde. Nesse sentido está em construção um projeto do DRAC junto ao DATASUS visando à captação imediata de informações de outros sistemas de regulação. Será utilizado o formulário FORMSUS, para o envio das informações ao MS, com compartilhamento por meio do TABWIN.

Reforçou que é necessário o acesso aos dados existentes e solicitou apoio dos gestores para disponibilizar o maior número de informações a fim de identificar a real dimensão das filas de espera no país. É prioridade discutir a

informatização e a interoperabilidade, em seguida realizar os debates sobre as políticas de cirurgias eletivas e de mutirões.

**CONASS:** Concordou com a importância de trabalhar a informação e propôs já iniciar as discussões no GT de Atenção sobre a política de cirurgias eletivas e de mutirões.

**CONASEMS:** Reforçou a necessidade de integração entre os sistemas informatizados de regulação existentes. O Agente Comunitário de Saúde tem a real informação sobre a fila de espera para os atendimentos. Sugeriu que seja realizado um censo de informação em saúde e o reajuste aos dados do Cartão SUS.

Existe um grupo de trabalho com participação de MS, Conass e Conasems que está discutindo regulação do acesso e as discussões estão bastante avançadas. Sugeriu que seja pauta na próxima tripartite para ampliar o debate relativo ao tema.

**MINISTRO:** Reforçou que a informatização é tema prioritário e para realizar planejamento e gestão é fundamental a informação. Lembrou que há um número considerável de serviços de saúde que não estão no SISREG. Discutir, no Grupo de Trabalho de Atenção, as atribuições dos agentes comunitários de saúde, durante a discussão da revisão da PNAB.

**SE/MS:** Discutir também no GT de Atenção à Saúde a qualificação das filas de espera, baseado nas informações apresentadas pelos gestores. Somente assim será possível a informação condizente com a realidade.

**ENCAMINHAMENTOS:** Pautar no GT de Atenção à Saúde: capacidade de informações disponíveis no SISREG; interoperabilidade entre os sistemas de informação existentes; qualificação das filas de espera; atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde; política de cirurgias eletivas e de mutirões;

Pautar na próxima CIT, para apresentação o tema “Regulação do Acesso”.

### 3. c) Febre Amarela – SVS/MS.

**SVS/MS:** Apresentou a situação epidemiológica da febre amarela silvestre e as ações de enfrentamento da doença. A doença tem áreas endêmicas no Brasil, principalmente na Região Amazônica. Destacou o surto ocorrido em 2007/2008 onde 9 estados tiveram a circulação do vírus, com 48 casos e 28 óbitos confirmados, uma letalidade próxima a 50%. Entre julho de 2014 e dezembro de 2016, foram registrados 16 casos humanos e 51 epizootias. O evento atual iniciou-se no final de 2016 em São Paulo, e propagou-se para os estados de Minas Gerais e Espírito Santo. No período de 01 de dezembro de 2016 a 24 de janeiro de 2017 foram registrados 438 casos suspeitos, destes 70 foram confirmados e 40 óbitos.

Os estados que tiveram casos confirmados até o momento são Minas Gerais, Espírito Santo (1 caso) e São Paulo (3 casos). Existem casos em investigação na Bahia e o caso confirmado no Distrito Federal foi oriundo do estado de Minas Gerais. Até 24 de janeiro de 2017, 247 epizootias em Primatas Não Humanos (PNH) foram notificadas ao

Ministério da Saúde, a maior parte no estado de MG, 3 em SP e 4 no ES.

Destacou as ações de imunização, 5.522.000 doses de vacinas foram distribuídas, e ressaltou que as áreas prioritárias para vacinação são os estados com epizootias confirmadas, casos confirmados (MG,ES e SP) ou proximidade com essas áreas (Bahia e Rio de Janeiro). Citou que existem 6 milhões de doses armazenadas no estoque da Central Nacional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos do Ministério da Saúde (CENADI), além de 5,5 milhões de doses que já estão disponíveis para distribuição aos estados, totalizando 11,5 milhões de doses. O quantitativo de 9 milhões está sendo produzido por Biomanguinhos e em caso de necessidade essa produção pode ser aumentada.

Citou outras ações em andamento: Envio de equipes da Força Nacional -SUS em campo - duas equipes na regional de Teófilo Otoni (MG); Envio de equipe de Referência Nacional Para Investigação de Arboviroses a SP (São José do Rio Preto e região); Envio de equipe de Referência Nacional Para Investigação de Arboviroses e do Instituto Evandro Chagas a MG; Envio de equipe do EpiSus para as regiões de Teófilo Otoni, Caratinga (MG); Envio de equipe do EpiSus e CIEVS para Belo Horizonte para colaboração de monitoramento; Envio de equipe do Programa Nacional de Imunizações a Belo Horizonte e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) está apoiando localmente em Minas Gerais.

As recomendações do Ministério da Saúde são: Notificação imediata de casos suspeitos de febres hemorrágicas e de epizootias em primatas não humanos; intensificação da vacinação, segundo critérios técnicos, na área de abrangência; intensificação das ações de controle vetorial urbano; organização da assistência para atendimento dos casos suspeitos. Os estados devem incentivar os municípios a reforçar as medidas voltadas à eliminação de criadouros; atividades de educação e mobilização da população; controle larvário para reduzir a população do mosquito; ações intersetoriais relacionadas aos determinantes de infestação vetorial (abastecimento de água e coleta de lixo). Neste ponto, a instalação da Sala Nacional e as Salas Estaduais podem auxiliar no processo.

A Secretaria de Vigilância em Saúde trabalhou com três eixos principais: vigilância, diagnóstico e imunização e mencionou o apoio do nível federal aos níveis estaduais e municipais.

**SE/MS:** Agradeceu a presença dos Secretários Estaduais na coletiva de imprensa realizada no dia 25 de janeiro, no intuito de levar a informação qualificada e esclarecer as dúvidas da população. O MS está mapeando cada caso suspeito. Manifestou o apoio irrestrito aos estados de São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Bahia. Alertou que o MS tem o quantitativo de doses de vacinas enviadas aos estados, porém não tem o quantitativo de doses aplicadas. A preocupação do MS é não gerar pânico na população e sim levar a informação epidemiológica qualificada e a garantir a vacinação da população (cobertura vacinal). Disse que os agentes comunitários de saúde dos 19 estados onde a vacina de febre amarela é rotina devem orientar a população que caso a viagem não seja para área de risco não há urgência na vacinação. O estoque de vacinas é suficiente para vacinar a população conforme os critérios epidemiológicos, e caso seja necessário, as equipes do PNI irão trabalhar

nos finais de semana. Enfatizou que o paciente que já foi vacinado duas vezes é considerado imunizado, sem necessidade de novas doses.

**PNI/SVS:** Dezenove estados são considerados áreas com recomendação de vacina, porém muitos outros estados querem intensificar a vacinação e solicitam ao PNI doses extras sem necessidade. A cobertura vacinal de FA no Brasil está em torno de 50%. Inicialmente a concentração será nos estados com casos confirmados e investigação (SP, MG, ES, BA e RJ), e no segundo momento, haverá uma discussão com os estados que estão com baixa cobertura vacinal e são áreas de recomendação de vacina.

**ENCAMINHAMENTO:** PNI/SVS e DEVIT/SVS orientarão CONASS e CONASEMS para que os 19 estados em área com recomendação de vacina não realizem nenhuma ação fora da estabelecida na rotina. Apenas os 5 estados (SP, MG, ES, BA e RJ) devem ter a vacinação intensificada nesse momento, nas áreas com recomendação temporária, conforme publicado regularmente no informe da SVS.

### 3. d) *Aedes aegypti* (Dengue, Zika e Chikungunya)– SVS/MS.

**SVS/MS:** Apresentou a atualização da situação de Dengue, Zika e Chikungunya no país. Em relação a dengue mostrou a curva de casos de 2017 (SE 1 à 3), com 12.738 casos prováveis comparando com anos anteriores no mesmo período, 2015 teve 51.177 casos prováveis e 2016 registrou 149.386 casos prováveis de dengue. Em 2017, 10 óbitos foram registrados, destes 4 foram confirmados até o presente momento (1 em Araçuaí/MG, 1 em Colíder/MT e 2 em Águas Lindas de Goiás/GO).

Chikungunya no período entre a Semana Epidemiológica 01 a 03 registrou-se em 2015, 1.216 casos prováveis, no ano de 2016: 10.636 casos prováveis e 2017: 1.915 casos prováveis. A introdução desse vírus no país ocorreu em 2014. Informou que no final do ano passado foi lançado o manual para manejo clínico de pacientes com Chikungunya que está em vigor bem como um material da Organização Pan-Americana de Saúde que oferece uma abordagem integrada do ponto de vista clínico terapêutica para Dengue, Zika e Chikungunya. Mencionou que há capacitações previstas para todos os estados a partir do mês de fevereiro.

A situação epidemiológica de Zika mencionou que existe uma redução no número de casos, pois a epidemia ocorreu em 2015 onde a maior parte da população era susceptível. No período de 2015 até o final de 2016 foram confirmados 2.205 casos de microcefalia ou má formação do sistema nervoso central no Brasil. A região mais atingida foi o Nordeste. Dentre os casos confirmados a maioria foi por exames de imagem.

Ainda está sendo avaliado o motivo pelo qual não houve um aumento do número de casos no segundo semestre de 2016, tendo em vista que houve um pico epidêmico no 1º semestre e a ocorrência de casos de microcefalia e alteração do sistema nervoso central ocorre 6 meses após ao pico. O evento está sendo monitorado pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES).

A preocupação atual é com a Chikungunya principalmente em áreas que não tiveram a circulação do vírus e a população ainda está susceptível.

Informou que os testes rápidos para Zika já estão sendo distribuídos a rede de laboratórios do Ministério da Saúde, priorizando maternidades e unidades que tenham pré-natal, e que tenham centrífuga.

**SE/MS:** Informou que uma equipe do EpiSUS foi ao município de Xinguara acompanhar a investigação do surto e lembrou a importância do controle do *Aedes aegypti* nos municípios e de manter as visitas casa a casa.

**SAS/MS:** Reforçou que foi enviada uma nota técnica conjunta da SAS e SVS a todas as Coordenações de Saúde da Mulher para que essas articulem com os gestores e informem ao MS como será feita essa distribuição junto as maternidades e unidades de pré-natal.

#### 4. INFORMES

##### 4. a) Saúde na Escola – SAS/MS.

**SAS/MS:** Informou que em 2016 foram contemplados financeiramente com um adicional de 80%, os municípios que atingiram as metas pactuadas no ciclo 2014/2015. Referiu à simplificação das regras existentes, a transferência de recurso em parcela única e não mais em duas parcelas, como anteriormente, tornando o sistema mais simples, dando mais agilidade ao processo e facilitando a adesão dos municípios ao *Programa Saúde na Escola*. No ciclo 2017, pactuado em nova Portaria, será lançado no início do calendário escolar, a previsão é atingir 20 milhões de educandos em pelo menos 86% dos municípios brasileiros, com o orçamento de R\$ 89 milhões.

##### 4. b) Situação da L-asparaginase – SCTIE/MS.

**SCTIE/MS:** Medicamento para tratar leucemia linfóide aguda e linfoma infantil. Não há registro de laboratórios que fabriquem esse medicamento no Brasil, o MS realizou pesquisa internacional, adquirindo com economia de 20 milhões de reais. O contrato já foi assinado, e nos próximos dias o medicamento será entregue aos almoxarifados estaduais.

**SAS/MS:** Acrescentou que a disponibilização desse medicamento não faz parte da Assistência Farmacêutica, trata-se de uma ação do MS para ofertar aos hospitais essa cobertura. E o MS conta com o apoio das assistências farmacêuticas estaduais para a distribuição.

##### 4. c) Liberação das fichas de qualificação dos Indicadores (2017-2021) para pactuação interfederativa – SE/MS.

**SE/MS:** Informou que as fichas já estão disponíveis e que o caderno encontra-se em fase de desenvolvimento, com mais informações dos indicadores e que será posteriormente publicado. Comunicou que o sistema de informação

para inclusão de indicadores está em fase de teste e a previsão é que seja liberado na segunda quinzena de fevereiro para o preenchimento.

#### 4. d) Situação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) do Ceará e Mato Grosso do Sul – SE/MS.

**SE/MS:** Reiterou que não houve continuidade dos contratos nos Estados do Ceará e Mato Grosso do Sul, conforme já informado na Reunião Ordinária da CIT, realizada em dezembro/2016. A Conjur/MS emitiu um parecer informando que, a princípio, não há prejuízo à descontinuidade do COAP nos Estados citados. O tema será pauta nas reuniões do grupo de trabalho, simultaneamente as discussões acerca da reformulação do processo de organização e regionalização; da revisão da Portaria GM/MS nº 204/2007 e do financiamento.

#### 4. e) Ofício CIB – BA nº 163/2016 que aprova a transferência do Município de Nova Itarana para Região de Saúde de Jequié – SE/MS.

**SE/MS:** Informou que recebeu um ofício da CIB/BA sobre a alteração da região de saúde do Município de Itarana. O município citado compunha a Região de Saúde de Santo Antônio de Jesus e passará a compor a Região de Saúde de Jequié.

### DESTAQUES

- **REPELENTE**

**SE/MS:** Mencionou que dia 27/01 ocorrerá o fechamento da homologação das compras dos repelentes e a garantia de que a distribuição integral para as gestantes do programa Bolsa Família seja feita através das redes de assistência social (Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e Centro de Referência da Assistência Social – CRAS). Após a homologação, em 20 dias os estados e municípios irão receber os repelentes.