



RESUMO EXECUTIVO DA 7ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE
27 DE JULHO DE 2017.

PARTICIPANTES DO PLENÁRIO DA TRIPARTITE:

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Francisco de Assis Figueiredo, Adeilson Loureiro Cavalcante, Rogério Luiz Zeraik Abdalla, Vanísia de Sousa Santos Capaverde e Heber Dobis Bernarde.

CONASS: João Gabbardo dos Reis, René Santos, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Ricardo de Oliveira, Marcos Esner Musafir, Silvany Portas e Zigfredo Paz.

CONASEMS: Mauro Guimarães Junqueira, Charles Cezar Tocantins de Souza, Wilames Freire Bezerra, Hisham Mohamad Hamida, Cristiane Martins Pantaleão e Maria Célia Valladares Vasconcelos.

1. ABERTURA DOS TRABALHOS:

1. a) Assinatura do Termo de Cessão do software S-Codes – MS.

O mestre de cerimônia do MS formalizou o ato de assinatura do Termo de Cessão dos direitos de uso e do código fonte do software S – Codes que foi esquematizado e desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo para o processamento e gestão das demandas judiciais em saúde. A SES/SP foi representada pela Sra. Silvany Cruvinel, Coordenadora de Planejamento da Saúde do Estado. Informou ainda a assinatura da Resolução que dispõe sobre a internalização do Sistema S-Codes e a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para a organização de fluxos, informações e procedimentos – SE/MS. O documento foi assinado pelo Ministro de Estado da Saúde Ricardo Barros; o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em exercício, João Gabbardo dos Reis e o Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS Mauro Junqueira Guimarães.

SES/SP: Agradeceu o convite, em nome do Secretário Estadual de Saúde David Uip, e disse que o termo de cessão do software possibilitará melhoria das condições das questões sobre a judicialização em saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite. Disse que é importante utilização do software pelos gestores para o enfrentamento dos problemas com a judicialização da saúde, os quais têm trazido sérios impactos financeiros no setor da saúde.

Apresentou as principais características, vantagens, módulo estrutural e os produtos do S – Codes. Disse que o sistema foi desenvolvido para o controle e gerenciamento das demandas judiciais da saúde, com acesso via web e divisão em módulos específicos para cada etapa do processo judicial. O S - Codes permite extrair relatórios, favorece o fluxo das ações judiciais e pode ser acompanhado pelos órgãos de registros de diligências. É possível ainda identificar o perfil dos processos, custos, tipos de doenças, duplicidade de processos, cruzar dados para identificar possíveis ilícitos nos processos judiciais e ainda a inativação de processos. Mostrou os ambientes auxiliares do

sistema, ferramentas que podem acompanhar e observar as ações judiciais que chegam formalmente em cada serviço e que são capazes de apresentar uma visão ampla dos processos judiciais. Afirmou que o sistema é simples, de fácil manuseio e foi recomendado pelo Tribunal de Contas da União e foi vencedor do Prêmio de Boas práticas para o manejo da Judicialização.

Ministro: Disse que foi decisão tripartite instituir o sistema S-Codes no âmbito do SUS por meio de Resolução da Comissão Intergestores Tripartite. O sistema será uma ferramenta essencial para acompanhamento de todos os processos de judicialização no setor da saúde. Expôs a necessidade da utilização do sistema pelos gestores, especialmente devido à sobreposição de demandas judiciais na área da saúde. Relatou a importância de cruzar os dados dos sistemas de informações judiciais e a necessidade do poder público contestar os processos que chegam aos serviços sem laudos e sem informações detalhadas, a exemplo da identificação do paciente e endereço de entrega. A recomendação da CONJUR/MS é exigir que as decisões judiciais sejam cumpridas desde que tenham todos os elementos para o seu cumprimento.

Apresentou os custos da saúde com as ações judiciais, os quais giram em torno de 4,5 bilhões entre os anos de 2010 e 2016. Expôs os números de ações cadastradas em 2017, que já superam o quantitativo cadastrado em 2016 e mostrou que os medicamentos mais caros representam 90% das demandas judiciais, dentre eles Soliris (eculizumabe), Vimizim (elosulfase), Translarna (Ataluren) 1000mg e 250 mg, Juxtapid (lomitapida), Replagal (alfagalsidase), Cinryze (Inibidor de C1 esterase) e Myalept (Metreleptina). É preciso acompanhar caso a caso, por meio de visitas técnicas, somente realizando essas ações será possível reduzir custos.

Informou que tramitam duas ações judiciais da saúde no Supremo Tribunal Federal – STF, uma sobre necessidade de registro da Anvisa e outra sobre medicamentos de alto custo e que já foram votadas por três ministros do STF, porém a decisão final será do ministro relator. Comentou que o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou, por meio da resolução CNJ nº 238, de 06 de setembro de 2016, a criação e a manutenção de Comitês Estaduais de Saúde, no intuito de reduzir a judicialização da saúde. Disse que através destas ações os juízes poderão consultar pareceres médicos e jurisprudência em uma base de dados única e que já está em construção a base de dados do Proadi/Hospital Sírio Libanês.

Informou que em breve será realizada uma apresentação na plenária da CIT sobre o processo de judicialização em todo o território nacional, com a presença do CNJ e de todos os membros desta comissão.

CONASS: Disse que a questão da judicialização tem sido discutida com frequência entre os membros deste conselho e que tem gerado muita polêmica. Disse que está de acordo com a implantação do sistema S-Codes e de ampliar os debates sobre o tema junto ao CNJ.

Informou, e convidou todos os presentes, sobre o Congresso nacional Médico-Jurídico que será realizado entre os dias 27 e 29 de Setembro, no estado do Espírito Santo.

CONASEMS: Informou que foi realizado o Congresso Nacional e que houve eleição para a nova diretoria do Conasems. Disse que existem mais 70% dos municípios, com menos de 20 mil habitantes, que têm apenas um advogado para assumir todas as demandas judiciais. Falou da importância da utilização do S-Codes para o controle e

acompanhamento das demandas judiciais e do banco de dados disponibilizado, que certamente irá auxiliar nas ações de jurisprudência e possibilitar aos gestores condições para as decisões a serem tomadas.

Ministro: Propôs criar um Comitê Gestor do Prodi e uma banca de advogados centralizada para apoiar os municípios nos processos de judicialização da saúde, assim os gestores poderão que recorrer à banca de advogados para auxiliar na defesa destes processos. Essas ações servirão como um núcleo de apoio para todos os municípios.

SE/MS: Agradeceu a todos pelo esforço na aprovação da proposta apresentada, em especial à representante da SES/SP, pela disponibilidade para apresentar o sistema nesta reunião e às representações da área jurídica de Conass e Conasems. Afirmou que a utilização do S-Codes será um grande avanço no acesso universal e igualitário e na equidade do SUS. Solicitou ao representante do Conselho Nacional de Saúde que o tema seja apresentado nas reuniões ordinárias a fim de dar ciência à população sobre as ações de controle e acompanhamento judiciais aprovadas no âmbito do SUS.

ENCAMINHAMENTO:

- Apenas o ato da cerimônia, sem encaminhamentos.

1. b) Panorama do Programa Mais Médicos – SGTES/MS.

DEPREPS/SGTES/MS: Denílson Campello dos Santos – Diretor do DEPREPS, realizou apresentação sobre o panorama do edital nº 03, de 19 de abril de 2017, que compreende o 14º ciclo do Programa Mais Médicos, apresentando balanço da primeira chamada para médicos formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil, tendo 2.394 vagas ofertadas e 472 de precedência que são médicos do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, que poderão optar por migrar para o PMM. Informou o número total de inscritos: 6.285; o número total de inscrições validadas: 4.291; o número de vagas confirmadas pelos gestores: 2.320; e o quantitativo de médicos alocados: 1.662 e que até o presente momento nem todas as inscrições foram homologadas. Apresentou o balanço da segunda chamada para médicos formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil: com 1.745 vagas ofertadas, e com o quantitativo 515 médicos alocados nos municípios por eles escolhidos. Em relação a terceira chamada que está em andamento, para médicos formados no Brasil ou com registro para atuar no Brasil, o quantitativo de vagas ofertadas foi de 1.485 com o quantitativo de médicos alocados de apenas 90 devido também a escolha dos municípios. Informou que os médicos selecionados na 3ª chamada iniciarão as atividades em 08/08/2017, encerrando-se assim o último processo de chamadas para o CRM Brasil. A segunda fase do edital para médicos brasileiros formados no exterior obteve um total de 1.987 de inscritos, sendo que 1.655 médicos que participaram de editais anteriores não precisaram apresentar novamente a documentação e 1.275 médicos brasileiros formados no exterior cumpriram a fase de entrega de documentação no Ministério da Saúde. Em seguida apresentou a lista preliminar das vagas disponíveis por estado na 2ª fase do PMM: Acre – 01; Alagoas – 08; Amazonas – 29; Amapá – 04; Bahia – 119; Ceará – 11; Distrito Federal – 04; Espírito Santo – 24; Goiás – 60; Maranhão – 46; Minas Gerais – 130; Mato Grosso do Sul – 09; Mato Grosso – 36; Pará - 67; Paraíba - 20; Pernambuco - 26; Piauí - 24; Paraná - 143; Rio de Janeiro - 61; Rio Grande do Norte - 06; Rondônia - 01; Roraima - 01; Rio Grande do Sul - 161;

Santa Catarina - 34; Sergipe - 01; São Paulo -353; e Tocantins – 16, perfazendo um total geral de 1395 vagas. E apresentou em seguida o quantitativo preliminar de vagas por região, anterior a análise de recursos: Centro-Oeste - 109; Norte - 119; Nordeste - 261; Sul - 338; Sudeste - 568; totalizando 1395 vagas. Informou o cronograma de deslocamento de médicos cooperados para as capitais: Voo 01 - 26/07/2017 – 253 médicos; Voo 02 – 27/07/2017 – 253 médicos; Voo 03 – 03/08/2017 – 247 médicos; Voo 04 – 04/08/2017 – 247 médicos, totalizando 1.000 médicos para suprir as deficiências de locação de profissionais médicos dos municípios.

SE/MS: Reforçou que o Programa Mais Médicos está absolutamente ativo e renovado ressaltando que 1.000 profissionais médicos já estarão em solo brasileiro até 04/08/2017, e que todos os municípios já estão avisados e aguardando os profissionais. Tranquilizou o Conasems sobre a questão do CNES e da remuneração, no sentido de que não sofrerão bloqueio de PAB para as equipes que ainda tiveram repostos os médicos intercambistas.

CONASEMS: Demonstrou preocupação em relação ao CNES e a produção das Unidades de Saúde da Família que terão demora na locação dos profissionais médicos. Informou sobre reunião que ocorrerá dia 01/08/2017 na Secretaria Executiva do MS para resolução destes e outros pontos do PMM.

ENCAMINHAMENTO:

- SGTES/MS realizará reunião tripartite, em 01/08/2017, às 8:30, no Gabinete da Secretaria Executiva sobre a ampliação do programa, formação profissional e reposição de médicos na ESF do Programa Mais Médicos.

1. c) Situação Epidemiológica dos casos de Febre Amarela, Dengue, Zika e Chikungunya – SVS/MS.

SVS/MS: Apresentou o histórico dos casos de epizootias em Primatas Não Humanos e de Febre Amarela Silvestre em humanos, além dos períodos de reemergência da doença entre 1980 e 2017. Disse que no ano de 2017 a incidência de casos de Febre Amarela superou o quantitativo de casos desde a década de 80. Relatou a situação epidemiológica atual da Febre Amarela; o número de casos e de óbitos confirmados, além da distribuição por faixa etária, temporal e geográfica dos casos e que os estados da região Sudeste apresentaram o maior número de casos, especialmente o Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo.

Informou que, entre os meses de janeiro a maio do ano vigente, foram distribuídas 33 milhões de vacinas, sendo 26,3 milhões para bloqueio seletivo; 5,9 milhões para rotina e 850 mil para extra rotina. Apresentou as áreas com recomendação temporária e permanente e disse que foi ampliada a área de recomendação para a região sudeste, incluindo também os municípios do Maranhão e do sul da Bahia.

Relacionou as ações já realizadas e andamento para o controle da Febre Amarela, dentre elas: oficinas macrorregionais de vigilância de Febre Amarela; revisão de protocolos e de alinhamentos das bases de dados; planejamento dos planos de imunização; a publicação do boletim epidemiológico de encerramento do período de monitoramento 2016/2017 e do Guia de Vigilância da Febre Amarela, além de ações de comunicação por meio da imprensa e participação em fóruns científicos.

Apresentou os dados sobre Dengue entre os anos 2015 e 2017, a variação comparativa dos casos confirmados e óbitos neste período e disse que a redução dos casos neste período se deve às ações de enfrentamento ao Aedes

realizadas no âmbito da Sala Nacional de Coordenação e Controle. Informou que os estados do Tocantins, Goiás e Ceará ainda têm apresentado alta incidência da doença e que o maior número de dados em investigação encontra-se nos estados de Goiás, Pernambuco e Espírito Santo.

Relacionou os dados de sorotipos de Dengue, baseados em informações do Sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial – GAL, e confirmou que as análises mostram que existe um aumento de incidência de sorotipo de Dengue tipo 2 que pode trazer sérios danos na próxima sazonalidade da doença pois causa maior número de complicações e letalidade. Quanto à frequência do sorotipo 4 disse que ainda está em análise, porém já há informações que o estado do Rio de Janeiro contribuiu bastante para o aumento deste sorotipo no território nacional.

Sobre a Chikungunya disse que em 2015 o número de casos prováveis se apresentava baixo, possivelmente devido ao desconhecimento da doença, em seguida os boletins epidemiológicos passaram a apresentar maior número de casos notificados e que, por ser uma doença nova, há possibilidade de epidemias explosivas, pois toda a população está suscetível. Informou que o Ceará e Roraima ainda apresentam elevada incidência de casos e de óbitos confirmados e que estes números têm refletido de forma ampla nos números de casos no âmbito nacional. Quanto à situação de Zika expôs o elevado número de casos ocorridos em 2016 e que considerada epidemia explosiva da doença, porém há uma redução expressiva dos casos em 2017.

Informou que a Coordenação Geral de Laboratórios – CGLAB tem intensificado as ações de vigilância da sorotipagem e que estas ações contribuirão de forma positiva para o controle e monitoramento dos casos de Dengue.

SE/MS: Informou que foi realizada uma reunião com a Casa Civil, as Secretarias de Governo e os demais Ministérios para discutir as estratégias que serão adotadas para o enfrentamento ao Aedes no próximo semestre do ano vigente. Falou da importância de realizar, mensalmente, as reuniões das Salas Nacionais, Estaduais e Municipais de Comando e Controle no intuito de intensificar suas ações de combate ao mosquito.

Serão pactuadas, na próxima CIT, as ações essenciais de combate ao mosquito para o próximo semestre e o dia nacional de enfrentamento ao Aedes aegypti. A previsão é que o evento seja promovido no final de novembro ou na primeira semana de dezembro.

ENCAMINHAMENTO:

- Serão pactuadas, na próxima CIT, as ações essenciais de combate ao mosquito para o próximo semestre e o Dia Nacional de Enfrentamento ao Aedes aegypti.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO:

2. a) Sistema Nacional de Controle de Medicamentos – Anvisa/MS.

ANVISA/MS: Jarbas Barbosa Silva Júnior – Diretor Presidente, iniciou fazendo um breve histórico citando a Lei nº 11.903/2009, que cria o Sistema Nacional de Controle de Medicamentos como resposta à crise de falsificação de medicamentos. Posteriormente, as publicações da RDC nº 59/2009 e RDC nº 54/2013 mostraram-se não factíveis devido à falta de equipamentos e orçamento para a época. Após debates e negociações com o congresso nacional

conseguiu-se alterar a lei 11.903/2009, por meio da Lei 13.410/2016, tornando mais factível a rastreabilidade de medicamentos. Com base nessa nova lei foi aprovada, em 25/04/2017, a nova RDC nº 157/2013 que propõe um novo modelo para Sistema de Controle Nacional de Medicamentos, onde a ANVISA fica responsável pela implantação, coordenação e definição das categorias de medicamentos sujeitos ao SNCM. O SNCM prevê a identificação individualizada com tecnologia de captura, armazenamento e transmissão eletrônica de dados. O banco de dados será centralizado, organizado e coordenado pela ANVISA, onde as informações são confidenciais e os membros acessarão somente os dados por eles inseridos. As embalagens dos medicamentos deverão conter identificação específica contendo no mínimo: 1) Número de registro do medicamento na ANVISA; 2) Número de série único do medicamento; 3) Número do lote do medicamento e 4) Data de validade do medicamento. Informou os prazos da nova regulamentação para a fase experimental que será de 01 ano, devendo ter início em setembro de 2017 até agosto de 2018. Após a fase experimental terá início a fase de avaliação, de 08 meses, que vai de setembro de 2018 a abril de 2019, e após este período ocorrerá a fase de implementação do SNCM, que será de 03 anos. Informou que a ANVISA selecionará as empresas e medicamentos que vão participar da fase experimental, e que de imediato serão excluídos do escopo os seguintes medicamentos, conforme RDC 157/2017: 1) Soros e vacinas integrantes do Programa Nacional de Imunização; 2) Radio fármacos; 3) Medicamentos isentos de prescrição; 4) Medicamentos pertencentes a programas do MS, de distribuição gratuita e controle individualizado de entrega; 5) Medicamentos específicos, fitoterápicos e dinamizados; 6) Amostras grátis; 7) Meios de contraste injetáveis; e 8) Gases medicinais. Informou que a tecnologia para captura e armazenamento de dados é o Código Bidimensional DataMatrix (ISSO/IEC 16022:2006 e suas atualizações) que armazena o identificador único de medicamentos (I.U.M.), e que é composto pelos seguintes dados: 1) GTIN da apresentação; 2) Número de registro; 3) Código serial de até 20 dígitos; 4) Data de validade; 5) Lote de fabricação. Observou que detentor do registro é o responsável pela gestão dos dados que compõem o IUM. Informou que as embalagens comerciais devem conter o DataMatrix e a inscrição do código serial, onde os responsáveis pela inserção dessas informações nas embalagens são: I - Fabricante no seu país de origem, no caso de produtos importados; II – Fabricante em território nacional. Observou que as empresas devem registrar os eventos de movimentação dos medicamentos em seus sistemas, e deverão se comunicar com o banco de dados central da Anvisa, por meio de protocolos de comunicação abertos e com interoperabilidade com outros sistemas, e citou os prazos para comunicação dos eventos: I – Fabricantes Até 03 (três) dias úteis; II – Distribuidores: Até 05 (cinco) dias úteis; e III – Dispensadores: Até 07 (sete) dias úteis. Ressaltou que para este tipo de informação, não há necessidade de que a transmissão de dados seja em tempo real, o que multiplicaria o custo operacional em até 06 vezes o valor atual do sistema. Informou que serão publicadas 03 (três) Instruções Normativas para a Fase Experimental, são elas: I. Especificação tecnológica para operacionalização do SNCM; II. Listagem de Programas e medicamentos do SUS; III. Divulgação das empresas e produtos participantes. Comunicou a instituição de Comitê específico para acompanhamento da Fase Experimental, com representação dos integrantes do SNCM e coordenado pela Anvisa. Apresentou o cronograma geral do SNCM da seguinte forma: 1) Fase de regulamentação – Com duração de oito meses, teve início em dezembro de 2016 com a publicação da lei 13.410/2016, com as seguintes ações

executadas: Publicação da RDC nº 157/2017 e CP nº 344/2017 com previsão para as seguintes ações: a) Publicação das Instruções Normativas e Guias de Implantação; b) Seleção das empresas e medicamentos participantes da fase experimental; c) Definição da empresa responsável pela construção do sistema e banco de dados; d) Instituição do Comitê de Acompanhamento da Fase experimental; 2) Fase experimental – Compreende o período de 12 meses, tendo início em setembro de 2017 e finalizando em agosto de 2018 com as seguintes ações previstas: a) Conclusão da estruturação do Sistema, b) Testes e avaliações do Sistema, c) Instituição do Comitê Gestor, previsto na Lei nº 13.410/2016; 3) Avaliação da fase experimental - Duração de oito meses, tendo início em setembro de 2018 até abril de 2019, com previsão para as seguintes ações: a) Análise, correção e validação pela Anvisa e Comitê Gestor; b) Realização de novos testes, se necessário; c) Definição do Plano de Implementação do SNCM; e d) Revisão da RDC nº157/2017 e elaboração do regulamento final; 4) Fase de implementação – Duração de 36 meses tendo início em maio de 2019 até abril de 2022, com as seguintes ações previstas: a) Implementação completa do SNCM no Brasil; b) Avaliação e monitoramento dos resultados e ações corretivas. Informou que SNCM na fase experimental funcionará por adesão de empresas voluntárias. Esclareceu ao Ministro Ricardo Barros que, caso haja necessidade, os medicamentos com possibilidade de fracionamento poderão ter uma embalagem adequadas à rastreabilidade. Informou que na fase experimental será testada a interoperabilidade com o sistema Hórus, prontuário eletrônico privado e prontuário eletrônico do SUS.

SE/MS: Sobre a RDC nº 80 que trata de fracionamento de medicamentos, questionou se também poderá ser rastreado pelo SNCM, e também questionou se a interoperabilidade vale para o sistema Hórus e o prontuário eletrônico do SUS tendo o paciente como destino final daquele medicamento. Sugeriu a Anvisa a realização de uma discussão com os gestores do MS, Conass e Conasems. Pediu a SCTIE/MS que verifique a possibilidade de incluir a leitora de código de barras bidimensional em uma Parceria para o Desenvolvimento Produtivo – PDP, observando que esta modalidade oferece vantagem em torno de 30% de desconto no preço do produto.

CONASS: Se colocou à disposição para participar de todas as etapas do SNCM com exceção do financiamento, e também das discussões acerca de seu aprimoramento. Em relação a logística seria interessante identificar possíveis secretarias para participarem da fase experimental.

CONASEMS: Corroborou com o Ministro Ricardo Barros sobre a questão da interoperabilidade com o sistema Hórus. E se colocou à disposição para indicar estabelecimentos e secretarias municipais para participarem da fase experimental. Em relação aos medicamentos com embalagem de uso hospitalar, onde já se utiliza o fracionamento os blisters são separados e colocados em envelopes plásticos etiquetados com o código de barras, e sugeriu uma linha de financiamento via BNDS para aquisição de leitora de código de barras bidimensional.

DAF/SCTIE/MS: Informou que a base de dados do sistema Hórus já contempla a interoperabilidade com o SNCM.

ANVISA: Informou que o MS, Conass e Conasems farão parte do Comitê de Acompanhamento da Fase Experimental do SNCM, onde serão realizadas as discussões para a viabilização da rastreabilidade, sem prejuízo de realização de reunião específica com o setor público, sempre que necessário.

ENCAMINHAMENTO:

- A ANVISA/MS viabilizará as discussões necessárias com MS, Conass e Conasems.

2. b) e-SUS Hospitalar – SAS/MS.

Hospital Moinhos de Vento/RS: Apresentou a experiência de implantação do e-SUS Hospitalar no Hospital Restinga e Extremo Sul de Porto Alegre/RS. O sistema é de propriedade do Ministério da Saúde (direito aos FONTES do sistema) e pode ser instalado em diversas instituições de diferentes perfis e complexidades, é um sistema baseado em Workflow, ou seja, o sistema se adapta à necessidade da instituição e não o contrário. Abrange diversas áreas da instituição - Emergência, Internação, Centro Cirúrgico, CME, Farmácia, Nutrição, Arquivo Médico, Portaria, Higienização, Rouparia, Hotelaria, Ouvidoria, entre outros. Divide-se nos módulos Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP), *Hospital Information System (HIS)*, Administrativo (BackOffice e Faturamento SUS), e Diagnóstico. A versão 2 do sistema apresenta o PEP diferenciado, já com desenvolvimento da interoperabilidade. O sistema implantado permite a classificação de risco e proporciona prescrição médica mais segura. Os próximos passos são: Download do E-SUS no Portal DATASUS/MS; Atualização da plataforma tecnológica e Interoperabilidade; Incorporação de módulo Administrativo e mais Interoperabilidade. Um dos pontos importantes é a disseminação da tecnologia para o DATASUS/MS, para parceiros de implantação e centros multiplicadores.

CONASS: Questionou se há prazo para a disponibilização do sistema para *download*, e se o suporte técnico será oferecido pelo próprio hospital que o implantar ou pelo DATASUS/MS.

Hospital Moinhos de Vento/RS: Em resposta ao CONASS disse que o sistema estará disponível para download em um prazo de 30 a 45 dias, o ponto que demandará mais esforço é a elaboração do manual para implantação. Reforçou que há necessidade de banco de dados formatado e equipe técnica capacitada para fazer a implantação do sistema.

SAS/MS: O *software* será disponibilizado gratuitamente, de forma pública, pois não será possível ao MS oferecer suporte técnico a todos os hospitais.

CONASEMS: Apontou que a questão do suporte técnico deve ser melhor discutida, uma vez que o e-SUS Hospitalar deverá manter monitoramento sobre o paciente juntamente com o e-SUS AB, por exemplo. Propôs a realização de um seminário para aprofundar a questão da disponibilização e implantação do e-SUS Hospitalar.

Ministro da Saúde: Afirmou que não será possível ao MS prover o suporte técnico a todos os hospitais que implantarem o sistema. Concordou com a sugestão de realizar seminário sobre o suporte e implantação do sistema. A intenção com a disponibilização do e-SUS Hospitalar é que haja padronização de informação e não a substituição de sistemas já utilizados pelos hospitais.

ENCAMINHAMENTO:

- SAS/MS realizará seminário sobre a disponibilização e implantação do e-SUS Hospitalar.

2. c) Avaliação das Coberturas Vacinais do Calendário Nacional de Vacinação – SVS/MS.

CGPNI/SVS: Apresentou o Calendário Nacional de Vacinação de 2017 direcionado para crianças, adultos, adolescentes e idosos e disse que cada visita da criança à Unidade de Saúde é fundamental garantir a vacinação

simultânea, no intuito de ampliar a cobertura vacinal.

Apresentou o histórico de cobertura vacinal para crianças até um ano de idade desde 2012 e reforçou que, no ano de 2016, houve uma redução do número de vacinas aplicadas devido ao desabastecimento de imunobiológicos. Atentou que atualmente existe uma redução da homogeneidade vacinal mesmo para as vacinas que não houve desabastecimento e que é preciso identificar o real motivo para esta condição, pois há imunobiológicos suficientes para atender toda a população. Como exemplo citou que houve desabastecimento para BCG e os dados não apresentaram baixa cobertura para este imunobiológico, já a Hepatite B e a Pólio foram distribuídas sem restrições e os dados apresentaram-se com baixa cobertura. Ponderou que possivelmente o esquema de vacinação não esteja sendo cumprido por alguns profissionais de saúde e pelas famílias.

Apresentou os dados da imunização para HPV nos estados e municípios e disse que está havendo um esforço para melhorar a cobertura entre os adolescentes, especialmente para a segunda dose, que garante a imunização para as meninas e que o maior investimento está sendo em campanhas de vacinação nas escolas. Apontou que mais de 50% dos municípios brasileiros estão com baixa cobertura para HPV entre meninas de 9 a 15 anos. Afirmou que há grande risco de perder aproximadamente um milhão e seiscentos mil vacinas, pois as doses em estoque têm prazo de vencimento previsto para o segundo semestre de 2017 e o primeiro semestre de 2018. Disse que o PNI estima que é aceitável uma perda aproximada de 1% para vacinas monodoses, porém a perda prevista da vacina contra HPV, caso não haja mobilização, será de 5%.

Quanto às doses de dTpa para gestante disse que a cobertura está muito baixa, aproximadamente 30%, e que essa condição pode ser um grande risco de comprometer a imunização das crianças contra coqueluche e tétano neonatal. Apresentou os estratos de cobertura vacinal contra Febre Amarela, informou que foram disponibilizados recursos para 1.093 municípios. Informou que 12% desses municípios apresentam apenas 50% de cobertura vacinal para esta doença e que provavelmente não estão alimentando os sistemas de informação. Essa condição dificulta a medição efetiva da cobertura para Febre Amarela no território nacional.

Expôs as metas preconizadas para reverter a atual situação das coberturas vacinais no país, tais como a implantação do sistema nominal do SIPNI; vacinação nas escolas; vacinação extramuros e proposta de horários diferenciados de atendimentos nas salas de vacinas. Disse que este ano foi possível realizar uma parceria entre o MS e o MEC para estimular a vacinação nas escolas, porém atentou a necessidade de maior mobilização dos profissionais de saúde a fim de contribuir para esta parceria e ampliar a cobertura vacinal entre os adolescentes.

Por fim propôs realizar, no segundo semestre deste ano, uma oficina junto ao MS, Conass, Conasems; com a participação da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família; para repensar o Programa Nacional de Imunização – PNI e discutir estratégias para o alcance da meta de cobertura vacinal no âmbito do SUS.

CONASS: Disse que é importante rever as formas de comunicação, especialmente em relação à imunização de adolescentes. Corroborou a importância de ampliar os horários das salas de vacinas, mas para os adolescentes a estratégia precisa ser diferente. Propôs o deslocamento dos profissionais de saúde até a escola para garantir a imunização dos estudantes. Entende que o deslocamento dos profissionais das unidades de saúde pode prejudicar as

ações, porém é importante pensar em estratégias para realizar a vacinação no ambiente escolar.

Atentou para a necessidade do envolvimento das operadoras de planos de saúde sobre a imunização escolar e disse que a vacinação não é apenas do setor público, a saúde privada também tem responsabilidade sobre essa questão. Propôs que as agências de saúde privada realizem o treinamento e enviem suas equipes até as escolas, somente assim será possível apoio para ampliar a cobertura vacinal entre os adolescentes.

Reforçou a necessidade de combater os movimentos antivacina que continuam circulando falsas informações nas redes sociais, isso tem causado resistência das famílias para imunizar as crianças e adolescentes. Certamente o sucesso alcançado pelas vacinas faz com que as pessoas acreditem que não precisam de imunização para o controle das doenças.

Informou que, no estado do Rio de Janeiro, as vacinas têm chegado com atraso e que nos últimos meses houve falta da vacina pentavalente. Disse que a mídia mobilizou uma campanha sobre a vacina HPV e Hepatite B, divulgando que o setor saúde estaria estimulando os adolescentes à prática sexual precoce. É necessário desmistificar essa questão através de uma campanha ampla, envolvendo as famílias e informando a real importância da imunização entre os adolescentes.

Quanto à imunização contra Influenza, solicitou a CGPNI/SVS que sejam apresentadas informações referentes ao quantitativo de vacinas de Influenza disponíveis nas unidades de saúde. Atentou para a importância de dar credibilidade às datas definidas para realizar as campanhas de imunização e evitar as prorrogações destes eventos, pois essa condição gera problemas de logística e expectativa para a população no sentido de prorrogar os prazos.

CONASEMS: Convidou a Coordenadora Geral do PNI para debater, junto à diretoria, questões referentes à imunização, à baixa cobertura vacinal e sugeriu ainda que sejam apresentadas, com participação do DAB, informações sobre o Programa de Saúde da Família e sobre a expansão do número de agentes de saúde, nos últimos dez anos. Disse que o Conasems apresentará o quantitativo de municípios que estão sendo judicializados por falta de imunobiológicos. Reforçou a necessidade de discutir a Lei nº 13.021/14 que dispõe sobre autorização de vacinação nas farmácias.

Corroborou o comentário do Conass sobre a questão da comunicação e a divulgação da importância da imunização para a população. Reforçou que todas estas ações serão fundamentais para solucionar muitos problemas referentes à baixa cobertura vacinal vivenciados no país.

Propôs discutir o tema na Conferência Nacional de Vigilância em Saúde.

CGPNI/SVS: Reforçou a necessidade repensar o modelo de imunização do SUS e discutir a efetividade das salas de vacinas. Quanto ao atraso de envio das vacinas justificou que não é por falta de recursos financeiros, mas devido à dificuldade de produção. Os laboratórios não estão conseguindo produzir a quantidade de vacinas que são solicitadas pelo MS.

SVS/MS: Justificou que essa discussão sobre a dificuldade de produção de vacinas iniciou no momento em que foi necessário ampliar o quantitativo de imunobiológicos para o controle do surto epidêmico da Febre Amarela. Afirmou que o PNI e os programas relacionados à Atenção Básica são estratégias importantes para garantir a saúde da

população brasileira. Falou ainda da dificuldade de vacinas que não têm registro no Brasil e ponderou que essa questão está sendo alinhada junto à OPAS. Falou sobre a importância de discutir de forma tripartite questões relativas à produção de imunobiológicos.

Ministro: Disse que a portaria interministerial certamente vai garantir a vacinação no âmbito da escola e nas regiões adjacentes e que esta ação contribuirá para a ampliação da cobertura vacinal. Propôs aos gestores que solicitem aos pais que assinem autorização para vacinar seus filhos na escola e as famílias que não autorizarem precisa realizar busca ativa no intuito de convencê-las sobre a importância da vacinação. A proposta é que seja feita essa solicitação no início do próximo ano, no ato da matrícula escolar. Quanto às sugestões do envolvimento das agências de saúde nas campanhas de vacinação entende que é uma excelente estratégia para ampliar a cobertura vacinal. O MS pode ceder as vacinas e as empresas contribuem com o envio de profissionais para vacinar nas escolas ou no próprio ambiente de trabalho das pessoas.

Corroborou a sugestão de realizar, junto às áreas de comunicação, um esforço para estimular a imunização contra a Poliomielite, pois acredita que é importante retomar a memória das pessoas quanto aos riscos que a doença pode causar à população.

ENCAMINHAMENTOS:

- MS realizará oficina, com a participação do DAB, Conass e Conasems, a fim de discutir estratégias para o alcance da meta de cobertura vacinal no âmbito do SUS;
- MS realizará, com apoio das áreas de comunicação, uma campanha de incentivo à imunização;
- CGPNI/SVS/MS apresentará, na próxima reunião da CIT, os dados sobre avaliação da Campanha de Vacinação contra Influenza e as informações referentes ao quantitativo de vacinas disponíveis nas Centrais de Vacinas;
- Intensificar a Campanha de Vacinação nas Escolas no intuito de promover melhorias na cobertura vacinal entre adolescentes.

2. d) Modelos de Informações clínicas: Sumário de Alta da Internação e Registro de Atendimento Clínico para Atenção Básica e ambulatorial especializada– SAS/MS.

DRAC/SAS/MS: Iniciou sua apresentação esclarecendo que os documentos clínicos são formulários eletrônicos que contêm informações importantes sobre o processo de atenção prestada aos pacientes nos serviços de saúde. Ao final de cada atendimento, seja uma internação, consulta, cirurgia ambulatorial, realização de exame, um sumário com as informações vitais sobre este processo deve ser gerado e enviado para um repositório de documentos. Este repositório deve armazenar os documentos e disponibilizá-los às pessoas autorizadas, que neste caso são os profissionais de saúde que atendem os cidadãos. Por meio do repositório o documento é compartilhado entre os profissionais de saúde, visando a continuidade do cuidado, e ficam disponíveis para a rede de atenção à saúde. Em cada novo atendimento, novos documentos clínicos são gerados e enviados para o repositório. O documento clínico é composto por 03 instâncias de informação: 1) CMD - Conjunto Mínimo de Dados, que é utilizado para estatísticas nacionais; 2) RES - Registro Eletrônico de Saúde é o conjunto de documentos que buscam captar os processos mais

relevantes do processo clínico, usado para dar a continuidade do cuidado; 3) PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente que dá suporte as decisões clínicas e contém os seguintes dados: a) Paciente; b) Hospital; c) Diagnóstico; d) Procedimentos; e) Fonte Pagadora; f) Exame Físico; g) Prescrições; h) Plano Terapêutico; i) Evolução Clínica e j) Anamnese. Em seguida apresentou exemplo de tela do sumário de saúde que deverá ser utilizada em todos os serviços de saúde do SUS, com a identificação do paciente vinda do Cartão Nacional do SUS (CadSUS), o histórico de atendimento do paciente, onde cada resultado, cada medicamento dispensado e cada alta realizada gera um documento com registro de data, como em uma linha do tempo e que fica disponibilizado para toda a rede de atenção à saúde. Informou ainda que o sumário de saúde é composto por documentos clínicos que foram mapeados como prioritários e baseado em experiências internacionais, são eles: 1) Resumo do Atendimento Clínico; 2) Sumário de Alta Hospitalar; 3) Referência e Contra referência; 4) Resultado de Exames; 5) Resumo de Imunizações; 6) Medicamentos. Acrescentou que estes documentos geram informação para o sumário de saúde do paciente, resumindo os aspectos mais importantes do histórico de atendimento do paciente, para que os médicos tenham acesso fácil para continuidade do cuidado. Informou que estes documentos estavam sendo desenvolvidos via PROADI, sob gestão do DRAC (2015/2017), com o Hospital Alemão - Oswaldo Cruz para projeto piloto de RES regional no extremo-sul de Porto Alegre/RS para desenvolvimento do Hospital da Restinga e região, e utilizando os padrões da Portaria GM/MS nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Com a priorização do RES Nacional, o DRAC envolveu as áreas técnicas da SAS para direcionar os trabalhos de forma que os documentos pudessem ser utilizados a nível nacional. A SAS (Departamento de Atenção Básica - DAB, Departamento de Atenção Especializada e Temática - DAET e Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência - DAHU) passa a participar ativamente do projeto colocando as necessidades de informação da esfera federal para as áreas de atenção básica e especializada ambulatorial e hospitalar. Comunicou que 02 documentos principais foram entregues neste mês, e já contemplam as necessidades das áreas de atenção à saúde, são eles: a) Sumário de Alta Hospitalar CN2 construído em conjunto com o DAB, DAET, DAHU e homologado pelo DAHU; b) Resumo do Atendimento Clínico CN4 construído em conjunto com o DAB, DAET, DAHU e homologado pelo DAB e DAET.

DAET/SAS/MS: Iniciou sua apresentação sobre Registro de Atendimento Clínico informando inicialmente que este documento será pautado no Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde que está agendado para o dia 04/08/2017. Citou a Portaria nº 2.073/2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa portaria foi definido que o *openEHR* será o padrão para desenvolvimento de modelos de Registro Eletrônico de Saúde (RES), vale contextualizar que o *openEHR* enfatiza que o registro de saúde compreende os dados clínicos em um formato padronizado. Apresentou as vantagens do documento eletrônico: Monitoramento de serviços; Fluxo de informação; Informatização dos processos de trabalho; Aperfeiçoamento da gestão do cuidado. Apontou que o uso do Registro de Atendimento Clínico resultará no apoio à prestação de cuidado à distância; servirá como fonte de conhecimento para assistência futura e fins epidemiológicos; possibilitará o compartilhamento de informações clínicas entre as equipes multidisciplinares de apoio ao paciente, o atendimento qualificado, a redução da duplicação de serviços, e a gestão

do plano de cuidado individualizado. Informou das partes interessadas: Estabelecimentos de saúde; Especialistas clínicos; leitores técnicos e não técnicos; Formuladores de políticas públicas; Gestores de informação em saúde; Fornecedores de software. Observou que o modelo de informação representa os elementos modelados em seções e blocos de dados, os tipos de dados a serem informados e as referências para o uso de terminologias como: Caracterização da consulta; Motivo da consulta; Observações; Problemas/diagnósticos avaliados; Alergias e reações adversas; Procedimentos ou pequenas cirurgias; Lista de medicamentos prescritos; Dados do desfecho. Apresentou a estrutura do documento que será operacionalizada pelos profissionais de saúde.

DAHU/SAS/MS: Iniciou sua apresentação sobre o Sumário de Alta da Internação informando que o objetivo do documento é possibilitar a continuidade do atendimento do paciente pós alta. Citou que o documento é dinâmico, o que permite adequações sempre que necessário. O documento fornecerá informações sobre diagnósticos, investigações e intervenções, medicações prescritas e suspensas, e alergias e reações adversas. Será usado para a alimentação do registro eletrônico pessoal, aumentando a qualidade do atendimento e diminuindo intervenções evitáveis. Compartilha das mesmas partes interessadas do documento de registros clínicos. Apresentou o fluxo da alta de internação: Admissão, atendimento, acompanhamento e o compartilhamento dos documentos clínicos no Registro Eletrônico de Saúde consolidando as informações relevantes para a continuidade do cuidado. Citou que o documento também será pautado no Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde que está agendado para o dia 04/08/2017 para discussão e contribuições.

CONASS: Destacou sobre a importância da padronização do conteúdo dos documentos, o que garantirá a continuidade do atendimento nos vários pontos de atenção da rede de saúde no SUS e também para todo o universo do setor de saúde do Brasil. Informou que o Sumário de Alta Hospitalar foi construído conforme os padrões ABNT de interoperabilidade dos sistemas de serviços de saúde. Comunicou que não há padrão ABNT para o documento de Registro de Atendimento Clínico e propôs discutir no Comitê Gestor as diretrizes para a sua avaliação e construção. Destacou o avanço alcançado após a elaboração dos Documentos Clínicos para o Registro Eletrônico de Saúde.

CONASEMS: Sugeriu que os textos a serem inseridos no formulário de atendimento sejam estruturados, para possibilitar o levantamento e o processamento dos dados por parte das gestões. Ressaltou a importância dos trabalhos realizados pelo Comitê Gestor para a área da saúde.

DRAC/SAS/MS: Informou que a construção dos documentos se pauta pelo padrão internacional SNOMED CT para prontuários eletrônicos possibilitando a estruturação e a interoperabilidade entre sistemas de informação, e a codificação, o armazenamento, e troca e agregação de dados em saúde.

ENCAMINHAMENTO:

- SAS/MS apresentará Modelos de Informações Clínicas em reunião do Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, em 04/08/2017, para discussões, contribuições e encaminhamentos.

3. DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:

3. a) Minuta de Resolução que dispõe sobre a internalização do Sistema S-Codes e a cooperação entre entes na gestão dos impactos da judicialização da saúde, a partir da definição de diretrizes e estratégias comuns de atuação para organização de fluxos, informações e procedimentos – SE/MS.

-

ENCAMINHAMENTOS:

- Minuta de Resolução pactuada.
- Comitê Gestor do Proadi SUS definirá projeto de apoio jurídico aos estados e municípios nos casos de judicialização da saúde por meio de banca centralizada de advogados.

3. b) Minuta de Resolução que estabelece premissas para o processo de Regionalização e para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SE/MS.

SE/MS: Saudou a todos e pontuou que este é um dos temas importantes do componente SUS Legal e que inicia um processo de revisão do Decreto nº 7.508/2011, pactuado anteriormente na CIT com prazos para realização desse debate.

Explicou que embora a Resolução CIT nº 1, de 09/2011 estabeleça no inciso I, do Art. 3º *a garantia do acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade*, não é possível assegurar a esse modo. Por isso, a proposta de criar um processo de ampliação da região, dividida em duas partes: estruturante e de governança. A parte estruturante será apresentada nesta plenária e a de governança será apresentada na próxima reunião da CIT, pois ainda carece de ‘aproximações’ e consensos para construir o processo de pactuação tripartite. Nesse sentido, o representante da SE/MS leu as diretrizes para o processo de Regionalização e de Redes de Atenção à Saúde no SUS e pontuou alguns conceitos relevantes que foram retirados da Portaria 4.279/2010.

A proposta dessa Resolução CIT é fazer com que o processo de regionalização alcance a governança da Rede, sem estabelecer um padrão único em todo país e também respeitadas a pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite e Regional.

A ideia, portanto, é criar uma unidade regional ampliada para discutir a organização e funcionamento da RAS, com os coordenadores da atenção básica dos municípios, secretários municipais e estaduais, coordenadores estaduais e regionais, prestadores de serviço, gerentes de serviços públicos e o próprio Ministério da Saúde. Nesse quesito, advertiu que a Lei 8080/1990 especifica como competência do Ministério da Saúde coordenar a rede de alta complexidade, portanto, sendo a alta complexidade parte da Rede de Atenção à Saúde, o MS, por meio dos seus núcleos, participará também das discussões nesse processo. Ressaltou que o protagonismo da coordenação é dos

Estados, o MS participa do processo, da mesma forma como fornecerá subsídios para empoderar e capacitar os Núcleos Estaduais do MS, que apoiarão estados, municípios e regiões nesse processo de operacionalização da Rede. Destacou ser fundamental observar as distintas formas que cada Estado tem para operacionalmente instituir a governança, ou seja, os mecanismos para instituição são flexíveis, o que não pode ser flexível é a responsabilidade dos gestores do SUS pela governança da RAS.

Por fim, assinalou que esse processo de Regionalização a ser instituído é complementar ao já iniciado nas 438 regiões de saúde, cujo intuito visa ainda estabelecer mecanismos para operacionalizar o processo de discussão e funcionamento da RAS.

CONASS: Concordou com a alteração do texto sobre a primeira Minuta de Resolução CIT e sugeriu a agenda para discussão específica no Grupo de Trabalho sobre governança das redes, que provavelmente deverá ser objeto de uma Resolução específica. Na oportunidade, citou a preocupação desse Conselho, que requer uma discussão também no âmbito do GT de Gestão: regionalização, redes e governança, na perspectiva de implementação da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS. Pontuou que respeita as opiniões contrárias, mas para o Conass é pertinente discutir a Programação considerando o conjunto de pautas que inicia com a regionalização, passa pela modelagem e desenho da rede, até chegar à PGASS. Inclusive, esse é o modelo descrito na resolução tripartite pactuada anos atrás. Desse modo, o ideal é conduzir essa discussão de forma conjunta, além da questão da regionalização e do foco na RAS, que seja possível, a partir da governança colaborativa dentro das construções da rede, a discussão da PGASS que esta nesse contexto. Sendo assim, sugere a discussão da PGASS no GT, a fim de evitar incorrer em movimentos que não sejam coerentes com o que a CIT está propondo.

Considerou pactuada a referida Minuta de Resolução apresentada.

CONASEMS: Considera pactuada a Minuta de Resolução e revisão do texto final no GT de Gestão, com a discussão da Governança.

CNS: Uma vez que a Governança será objeto da discussão, chamou atenção para incluir nesse debate os trabalhadores e usuários nesse processo de deliberação e construção do SUS, haja vista que a Lei nº 8.142/1990 versa como sendo também de competência desses atores do controle social.

Ministro da Saúde: Propôs a revogação de todas as Portarias que tratam da Regionalização e que todo conteúdo seja disposto por Resolução Tripartite. Em complemento e tendo em vista a realidade prática dos territórios, entendeu que é relevante considerar os consórcios de saúde, enquanto instrumento e alternativa no processo de Regionalização.

ENCAMINHAMENTOS:

- Minuta de Resolução pactuada: discutir e inserir a governança com revisão do texto final pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT e posterior publicação;
- Incluir no processo de implementação da Regionalização e de Rede de Atenção à Saúde a discussão sobre a Programação Geral de Ações e Serviços em Saúde – PGASS;
- Convocar representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para compor o debate sobre Governança.

3. c) Minuta de Resolução que aprova a adoção da sistemática de Biometria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – SE/MS.

DEMÁS/SE: Informou que recentemente foi instituída a Identificação Civil Nacional e o Ministro Ricardo Barros vem sinalizando para a adoção da sistemática de biometria no âmbito do SUS. Desse modo, a referida Minuta de Resolução propõe a pactuação do modelo de autenticação biométrica para Usuários e Profissionais, a fim de evitar fraudes e obter a sistematização unívoca no SUS. Citou que foi feito um estudo em conjunto com o DATASUS com vistas proposição de adotar no âmbito do SUS, o padrão biométrico do Governo Federal definido pelo Tribunal Superior Eleitoral – TSE. Explicou que a base atual do TSE é de 50 milhões de registros e que o Ministério da Saúde utilizará o mesmo modelo para cadastramento, facilitando assim a integração futura com a base do TSE e permitindo também acelerar e ampliar o cadastramento de todos os cidadãos naquela base, sendo essa, contribuição do MS. Ressaltou ainda o acordo da Câmara Técnica da CIT em pactuar apenas o modelo de biometria e submeter à apreciação do Comitê Gestor da Estratégia e-Saúde, que proporá quais são os Sistemas de Informação, os Processos e as Regras de Negócio que farão uso desse padrão de Biometria, com conseqüente pactuação na CIT dos meios e prazos para adaptação dos estabelecimentos e seu uso.

CONASEMS: Afirmou que essa pactuação do padrão nacional significa cumprimento da lei e a construção e a resolutividade do Sistema de identificação do paciente, que o Cartão Nacional de Saúde não conseguiu consolidar. Logo, a ideia é que esse sistema de biometria traga contribuições ao SUS, evitando a duplicidade de serviços, economizando recursos, identificando fraudes e vazios assistenciais, entre outros.

CONASS: Corroborou o posicionamento do Conasems, ressaltou que essa pactuação demandará um esforço de recadastramento da base do Cartão Nacional de Saúde, dos usuários que não tem o cadastramento biométrico já realizado pelo TSE e destacou a importância da iniciativa. Portanto, a favor da pactuação de adoção da sistemática da biometria para o SUS. Na oportunidade, registrou a pequena alteração a ser feita no Artigo 3º, retirar: o termo “usuários”, para que contemple também os profissionais de saúde: “que exigirão a identificação por meio de utilização dos padrões biométricos”.

MINISTRO DA SAÚDE: Solicitou avaliação para possibilidade de incluir na Resolução os padrões de biometria facial, no mínimo deixando o Sistema aberto para operacionalmente receber essa tecnologia também.

ENCAMINHAMENTOS:

- Minuta de Resolução pactuada: Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT fará pequena alteração no Artigo 3º retirar: o termo “usuários”, para que contemple também os profissionais de saúde: “que exigirão a identificação por meio de utilização dos padrões biométricos”.
- Avaliar a possibilidade de incluir nessa Resolução os padrões de biometria facial.

3. d) Proposta de Revisão da PNAB que estabelece diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS) – SAS/MS.

SAS/MS: Desde junho de 2016, o GT de Atenção à Saúde tem debatido um conjunto de propostas para a revisão da PNAB. Destacou os principais elementos discutidos: Integração da Atenção Básica com as ações de vigilância em saúde, com previsão da incorporação do Agente de Combate Às Endemias às equipes nas Unidade Básica de Saúde (UBS), e unificação dos territórios de atuação; Instituição da Equipe de Atenção Básica que deve atender os princípios e diretrizes da AB, tal qual as Equipes de Saúde da Família, para garantir que independente do formato de AB seguido, seja capaz de seguir as diretrizes e princípios da PNAB; Ampliação das modalidades de equipes apoiadas pelos NASF e das ações que devem ser realizadas pelos núcleos (atendimento individual, consulta compartilhada, visita domiciliar e ações coletivas); Reconhecimento e estímulo a inclusão do Gerente de Atenção Básica para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho e gestão dos serviços de atenção básica, liberando a equipe de enfermagem para ações clínicas; Ampliação dos mecanismos de microrregulação na AB e regulação da relação da AB com a Atenção Especializada (AE), via Telessaúde, com a adoção de protocolos de encaminhamento; Instituição de mecanismos que ampliem o escopo de serviços a serem ofertados nas UBS, com a definição de padrões essenciais e ampliados, na perspectiva do aumento da resolutividade da AB; Permitir que os usuários possam se vincular a mais de uma UBS/EAB, nas situações em que haja necessidade; Reforçar o papel das UBS como espaço de formação da força de trabalho para a atenção básica (formação técnica, graduação e residência em saúde); Reforçar dispositivos e mecanismos para a qualificação do processo de trabalho na AB; Reconhecimento dos pontos de apoio como parte integrante das Unidades Básicas de Saúde para efeitos de cobertura e adscrição dos usuários; Instituir a obrigatoriedade do uso do Prontuário Eletrônico nas Unidades Básicas de Saúde de acordo com a Resolução CIT nº 7, de 24 de novembro de 2016 que define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências, incorporando na PNAB; Garantir mecanismos regulares de avaliação da política de atenção básica, com financiamento vinculado ao desempenho das equipes; Definição de prazo para a implantação dos serviços de AB, após o processo de credenciamento, para efeitos de financiamento federal. Esses elementos elencados acima representam uma síntese dos debates no âmbito do GT de Atenção à Saúde da CIT.

CONASEMS: Parabenizou o diretor do DAB, Allan Nuno e sua equipe, pela compreensão acerca das demandas dos gestores municipais. Ressaltou que as políticas de saúde devem ser reavaliadas levando em consideração mudanças demográficas e epidemiológicas, e pontuou que a PNAB está mantendo integralmente a Estratégia Saúde da Família, valorizando o trabalho do agente de saúde, como um profissional preparado para atender as demandas da população, agregando as atribuições dos ACS e ACE. A nova PNAB se apresenta sensível às necessidades municipais, levando em consideração todos os arranjos necessários para garantir atendimento adequado à população no âmbito da AB. A discussão levou em consideração as contribuições dos gestores municipais, o que irá facilitar o processo de planejamento ascendente e garantir autonomia da gestão, representando um grande avanço para a política. Acrescentou que há concordância com a solicitação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de disponibilizar, por 10 dias, o texto da PNAB para Consulta Pública, com vistas à pactuação no dia 17/08/2017.

CONASS: Exemplificou que a AB no Distrito Federal está adotando a Estratégia de Saúde da Família, permitindo a

ampliação do acesso e resolutividade. Apesar de reconhecer outros modelos de AB, a minuta de portaria destaca que a ESF é a principal estratégia para implantação da AB. Pontuou que apoia a redação proposta para a nova PNAB, destacando a integração entre AB e VS, e que também há concordância com a Consulta Pública.

Destacou que a nova PNAB enfatiza o processo de trabalho na AB, em acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministro da Saúde: A pactuação da nova PNAB será um passo importante para a consolidação de todas ações que o MS vem promovendo para melhorar a gestão do SUS, e na definição das responsabilidades de cada ente na estruturação do sistema.

ENCAMINHAMENTO:

- SE-CIT disponibilizará o documento de revisão da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB para Consulta Pública, com prazo de encerramento de dez dias. Após a avaliação das contribuições será definida data para deliberação.

3. e) Minuta de Resolução que dispõe complementarmente sobre a execução dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, no âmbito da Portaria GM/MS nº 3.134, de 17 de dezembro de 2017 – SAS/MS.

SAS/MS: Saudou a todos e informou que essa versão apresentada contempla o acordo feito na última reunião. Explicou que esta Minuta de Resolução visa esclarecer o processo e indicar operacionalmente as ações a serem adotadas pelos entes beneficiados com recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, em casos de necessidade de alterar um ou mais equipamentos inicialmente aprovados pelo MS. Para tal, os procedimentos elencados são: constatar uma ocorrência que motivou a frustração da situação de planejamento inicial; registrar no processo de aquisição dos fundamentos normativos a motivação que ensejaram a alteração da proposta; dar conhecimento a CIR e a CIB, no caso do DF, Colegiado de Gestão e proceder à aquisição e a comprovação da execução no Relatório de Gestão. Destacou que as propostas de aquisição de equipamentos e materiais permanentes e suas possíveis alterações seguem os termos da Portaria GM/MS nº 3134/2013 e devem estar vinculadas a uma ação prevista no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde, conforme fluxo de planejamento. Ressaltou ainda que a alteração dos itens constantes na proposta habilitada não requer autorização prévia do MS. Desta forma, há a simplificação do processo, que não seria possível pela via da reanálise; cujo risco, certamente, poderia inviabilizar a execução dos recursos.

CONASEMS: Registrou o grande avanço na simplificação dos processos e posiciona-se a favor da pactuação.

CONASS: Questionou se é possível transferir equipamentos de uma UPA para um hospital. Entendendo, por exemplo, que a urgência e emergência podem estar também dentro do hospital. Sobre a visita ao TCU referente à aquisição de academias da saúde, o Secretário de Saúde do DF disponibilizou-se a acompanhar.

SAS/MS: Os equipamentos têm que ser mantidos no mesmo nível de atenção e do componente estratégico feito pelo

pedido inicial da aquisição, de acordo com o que prevê o texto da Resolução.

MINISTRO DA SAÚDE: Solicitou avaliação para a situação questionada pelo Conass e também pediu apoio da Tripartite para responder e explicar ao Tribunal de Contas da União – TCU sobre as contas glosadas da gestão anterior do MS em despesas que foram feitas por aquisição de Academias da Saúde. O TCU não entende que a Academia da Saúde é um investimento em prevenção e por isso uma ação de saúde.

ENCAMINHAMENTO:

- Minuta de Resolução Pactuada.

3. f) Minuta de Portaria que altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramentos e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde – SAS/MS.

SAS/MS: Iniciou a apresentação da nova Classificação Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), citando a finalidade de se discutir e apresentar proposta para revisão das terminologias utilizadas para identificar os tipos de estabelecimentos de saúde e suas respectivas conceituações, buscando padronizar os conceitos existentes, considerando não só as políticas nacionais, mas também as realidades locais. Apresentou em seguida o cronograma de atividades: Maio de 2014 - Criação do Grupo de Trabalho (GT) de revisão das terminologias de tipos de estabelecimentos de Saúde pela Portaria GM/MS nº 810/2014; Setembro de 2014 - Todos os membros são indicados e início das reuniões do GT; Setembro de 2015 - 20ª reunião do GT, e Conclusão dos trabalhos; Outubro de 2015 - Consulta Pública por 60 dias obtendo-se 64 contribuições e com 100% das demandas respondidas; Fevereiro de 2016 - Conclusão da avaliação das colaborações da consulta pública e elaboração conjunta da Minuta de Portaria; Junho de 2016 - Conclusão da Minuta de Portaria e envio para os interessados; Março de 2017 - Pautado no Grupo de Trabalho de Informação e Informática da CIT; Julho de 2017 - Pautado novamente no GT de Informação e Informática da CIT, com as revisões finais realizadas. Justificou que este trabalho de revisão de tipos de Estabelecimentos de Saúde foi liderado pela Secretaria de Atenção a Saúde (SAS/MS) após diversas dificuldades para realização de estudos com as tipologias atuais, e entre os problemas mais frequentes identificou-se: 1) - Duplicidade de classificações onde atualmente, os tipos de estabelecimentos utilizados se sobrepõem, e citou como exemplo Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado e Pronto de Atendimento; 2) - Viés de seleção significativo: a classificação é feita pelo cadastrador, como primeiro requisito para um cadastro, gerando inconformidades cadastrais por classificações incorretas; 3) - Inexistência de classificações genéricas: o fato de não existirem classificações genéricas para estabelecimentos inviabiliza muitas vezes, a classificação, em especial da iniciativa privada, citando como exemplo as Centrais de Regulação. Em seguida elencou os objetivos deste Grupo de Trabalho: 1) - Criar nova classificação de tipos de estabelecimentos; 2) - Reavaliar o escopo de estabelecimentos do CNES; 3) - Permitir melhor inserção dos estabelecimentos privados não SUS; 4) - Criar nova metodologia para definição dos tipos de estabelecimentos de saúde com base nas atividades desenvolvidas. Em seguida expôs os avanços obtidos, como: 1) – Publicação do conceito de Estabelecimento de Saúde baseado na Portaria GM/MS 1646/2015, onde diz que estabelecimento de saúde é o espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob

responsabilidade técnica; 2) - Definição de critérios mínimos para se considerar algo como um estabelecimento de saúde; 3) - Definição do conceito de tipo de Estabelecimento de Saúde que é uma classificação que possibilita a identificação da oferta de ações e serviços pelos estabelecimentos de saúde, considerando: infraestrutura existente, densidade tecnológica, natureza jurídica e recursos humanos; 4) - Definição de categorização para possibilitar a classificação de Tipos de Estabelecimentos. Em seguida apresentou as etapas de revisão: Etapa 1: identificar as atividades que são desenvolvidas pelos estabelecimentos de saúde; Etapa 2: estruturar dimensões capazes de, através do seu cruzamento (inclusão ou exclusão), permitir a caracterização automática do tipo de estabelecimento; Etapa 3: revisar a totalidade dos tipos de estabelecimentos existentes, utilizando as dimensões elencadas na Etapa 2, incluindo, suprimindo ou modificando tipologias. Apresentou como novidade, a classificação de fluxos de trabalho e serviços no CNES, onde se faz mapeamento para caracterização do tipo de unidade, citando como exemplo, a Central de Gestão de Saúde, onde o operador faz mapeamento da atividade principal realizada tendo como escolha principal, a administração no grupo de gestão e saúde e como atividades secundárias, vigilância em saúde, regulação assistencial e logística, e que após a caracterização, fez observações sobre o que não é permitido e que poderia descaracterizar aquela unidade de saúde enquanto Centro de Gestão de Saúde, que neste exemplo citado é a Assistência Sócio Sanitária, que são atividades inerentes a outros estabelecimentos de saúde. Em seguida traçou um paralelo sobre as diferenças entre a nova lógica e a lógica tradicional. Na lógica tradicional não há uma classificação de atividades, neste aspecto as atividades estão subentendidas no tipo ou em sua definição; O gestor informa manualmente e discricionariamente os tipos de estabelecimentos gerando alto índice de erro na tipificação; Os tipos são muito detalhados buscando incluir a dimensão da atividade e com foco nos serviços de saúde públicos; Há 96 tipos de estabelecimentos, e os cadastros antigos deverão ser adequados à nova classificação. Na nova lógica, há uma classificação de atividades principais e secundárias realizadas pelos estabelecimentos de saúde; O gestor informa as atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde e o tipo é automaticamente atribuído; Os tipos são mais genéricos e contemplam a estrutura dos serviços de saúde privados; São 24 tipos possíveis de Estabelecimentos de Saúde, e os novos cadastros já são realizados nesta lógica. Informou que no modelo anterior de CNES, haviam 37 tipos e 59 subtipos de estabelecimentos de saúde, e na reestruturação da tabela foram eliminados os subtipos, e passou a contar com apenas 24 tipos de estabelecimentos de saúde. Apresentou os conceitos para implementação do novo CNES, onde os cadastros novos: serão realizados obrigatoriamente com a nova classificação; para cadastros existentes haverá prazo determinado para reclassificação. Será exigido do gestor a apropriação dos novos conceitos pautados na portaria para adequações e reclassificação. O Prazo para recadastramento em âmbito nacional, é de 6 meses a contar da data de publicação da versão do CNES com esta implementação. Informou ao Conasems que o conceito de serviços dentro de um estabelecimento de saúde continua o mesmo, não havendo alteração em relação ao anexo, e reforçou que a alteração é em relação aos serviços que tipificam o estabelecimento de saúde. Informou também que o CAPS 3 é uma unidade caracterizada como serviço, com habilitação para internação por mais de 24 horas e classificada quanto a tipificação como Unidade Psicossocial.

CONASS: Aprovada a Portaria.

CONASEMS: Aprovada a Portaria. Questionou se o anexo do CNES atual com o escopo de serviços ofertados foi alterado ou se permanece inalterado, e também se a unidade de atenção psicossocial, especificamente o CAPS 3 está contemplado na tipificação do CNES, se pode realizar internação por período maior que 24 horas.

ENCAMINHAMENTO:

- Pactuada a Minuta de Portaria com a correção sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 3).

4. INFORMES

4. a) Situação de preenchimento dos sistemas de Acompanhamento da Gestante (SISPRENATAL) e de Vigilância Alimentar Nutricional – SAS/MS.

SAS/MS: Informou que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que utilizam o e-SUS AB, ou outro sistema integrado com e-SUS AB não precisam realizar a alimentação do SISPRENATAL e SisVan. O DAB/SAS irá publicar uma Nota Técnica orientando os gestores e trabalhadores que a partir da competência de agosto não haverá mais a necessidade de alimentação dos sistemas.

ENCAMINHAMENTO:

- DAB/SAS e DAPES/SAS construirão Nota Técnica orientando os gestores que nas unidades de saúde que utilizam o e-SUS AB não será mais necessário alimentar o SISPRENATAL e o SisVan a partir da competência agosto/2017.

4. b) Anúncio do nome sugerido para a plataforma digital do Sistema Único de Saúde (SUS) – SE/MS.

Ministro: Comentou que as agências de publicidade do MS sugeriram alguns nomes e ainda foi realizada uma consulta, onde foram propostos outros termos para nomear a marca do governo para a plataforma digital do SUS.

ASCOM/MS: Disse que a ideia de nomear a plataforma digital do SUS foi divulgada no âmbito da comunicação interna do MS e com apoio de Conass e Conasems foram apresentados cinco nomes e em seguida foi definido por uma comissão sob a responsabilidade da Secretaria Executiva, ASCOM e DATASUS. Relacionou os nomes propostos: DIGISUS; e-Saúde; TecnoSUS; SUS Digital e Saúde Digital e disse que a proposta final foi manter o nome DIGISUS.

Colocou a proposta à disposição da plenária para aprovação ou para alteração do termo selecionado.

CONASS: Ponderou que é importante esclarecer, durante a divulgação, que a plataforma DIGISUS é a Estratégia e-Saúde para o Brasil, conforme a Resolução CIT nº 05, de 25 de Agosto de 2016 que institui o Comitê Gestor da

Estratégia e-Saúde e Resolução CIT nº 19, de 22 de Junho de 2017, que aprova a Estratégia e-Saúde.

ENCAMINHAMENTOS:

- A Plataforma Digital do SUS será denominada “DIGISUS”;
- Esclarecer, durante a divulgação, que a plataforma DIGISUS é a Estratégia e-Saúde para o Brasil, instituída por meio da Resolução CIT nº 19, de 22 de Junho de 2017.

4. c) Penalização para o não preenchimento do SISCAN – SAS/MS.

SAS/MS: Apresentou o status atualizado do SISCAN no âmbito dos hospitais habilitados em oncologia e informou as linhas que se pretende trabalhar para incrementar a adesão. Disse que existem três sistemas de registro de câncer no Brasil, dentre eles: Registro de câncer de base populacional; Registro de câncer hospitalar e SISCAN. Expôs que o SISCAN é versão em plataforma *web* da integração do SISCOLO, SISMAMA e o módulo de monitoramento do tratamento.

Mostrou os resultados do uso do módulo de tratamento e disse que existe um número muito baixo de registro neste sistema quando comparado à produção de registros em oncologia e estatísticas de incidência apresentadas em cada região do país. Apenas 37% das unidades habilitadas em oncologia registrando as informações no SISCAN. Disse que o Ministério Público está desenvolvendo ações dos grupos de tarefa no sentido de sensibilizar os gestores a alimentar o sistema. Disse que a habilitação do módulo tratamento está em funcionamento, todos os gestores foram cadastrados e que todas as unidades hospitalares dispõem de senha para realizar a alimentação. Não há nenhum registro formal de problemas com a alimentação do sistema.

Disse que a alimentação do sistema já é obrigatória, porém a proposta é reforçar a importância da alimentação, sob a forma de penalidade, para que seja possível o acompanhamento dos dados e realização das ações de acordo com as informações.

Por fim apresentou as metas para a próxima versão do SISCAN: Estabilização do sistema; Exporta dados; Geração de relatórios; Revisão de regras de negócio do sistema e Integração com o HORUS.

CONASS: Comentou que tem acompanhado a alimentação do sistema nos estados e disse que existem problemas para seu preenchimento, portanto sugeriu que haja um debate mais amplo antes de aplicar penalidades aos gestores.

Relatou ainda que, nos últimos anos, o SISCAN é um tema recorrente nas discussões dos GT da CIT e que os gestores sempre apresentaram problemas para o seu preenchimento, porém recentemente apresentou melhoras no seu funcionamento, mas ainda é necessário incrementá-lo.

Propôs pautar o tema no GT de Gestão, subgrupo Informação & Informática no intuito de construir propostas de melhorias para o seu preenchimento e funcionamento.

CONASEMS: Questionou as formas de penalidades propostas e concordou com a discussão no âmbito do GT.

Ministro: Afirmou que a proposta é aplicar penalidades, sob forma de suspensão de recursos, aos entes que não alimentarem o SISCAN. Reforçou a importância de preenchimento para que as ações sejam realizadas. Se existem dificuldades devem ser notificadas para que seja possível realizar as correções necessárias e progredir na informatização dos procedimentos realizados nas unidades de saúde habilitadas.

ENCAMINHAMENTOS:

- O SISCAN será discutido no GT de Gestão, subgrupo Informação & Informática, no intuito de construir propostas de melhorias para o seu preenchimento e funcionamento;
- Será apresentada, com vistas à pactuação, na próxima CIT, a proposta de suspensão dos recursos dos entes que não alimentarem o SISCAN.

DESTAQUES

Reunião Extraordinária da CIT:

- Agendada a **1ª Reunião Extraordinária da Comissão Intergestores da Tripartite**, para **17/08/2017** (quinta-feira), das 08h às 12h, local a ser definido.