



Ministério da Saúde  
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

---

### COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE – CIT

#### RESUMO EXECUTIVO DA 4<sup>a</sup> REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE DE 2016 28 DE JULHO DE 2016.

**Em 28 de julho de 2016 participaram do Plenário da Tripartite:**

**MS:** Ricardo Barros, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Catarina Batista da Silva Moreira, Francisco de Assis Figueiredo, Alexandre Fonseca Santos, Marco Antônio de Araújo Fireman e Antônio Ferreira Lima Filho.

**Conass:** João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso, Leonardo Vilela, Ricardo de Oliveira, Wilson Pollara, Humberto Fonseca e Maria da Conceição M. Costa.

**Conasems:** Mauro Guimarães Junqueira, José Enio Servilha Duarte, Marcelo Bósio, Iolete Soares Arruda, Amilton Fernandes Prado, Andreia Passamani e Charles Cesar Tocantis de Souza.

---

#### 1. Abertura dos Trabalhos:

- Debate sobre judicialização com a participação do Conselheiro Arnaldo Hossepián do Conselho Nacional de Justiça – CNJ – SE/MS.

**CNJ:** Saudou a todos, agradeceu o convite e a oportunidade de conversar com os gestores, o que vem sendo feito desde que o Ministro Ricardo Lewandowski o designou a Comissão Permanente de Acesso à Justiça e Cidadania do Conselho Nacional de Justiça – CNJ. Cumprimentou a Conass e Conasems em nome de seus presidentes, respectivamente: Dr. João Gabbardo, parceiro nas visitas aos Tribunais de Justiça e ao Tribunal Regional Federal da 4<sup>a</sup> Região do RS e Dr. Mauro Junqueira, cujo encontro foi no Ceará.

Apresentou-se como Conselheiro Arnaldo Hossepián e como supervisor dos trabalhos do Comitê Organizador do Fórum Nacional desde Fevereiro deste ano, quando Lewandowski assinou a Portaria nº 8, de 02/02/2016, que instituiu o Comitê para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde. Afirmou que o objetivo é explicar a ação que o CNJ desempenha, por meio desse Comitê, na fase pré consensual e consensual.

O Comitê Organizador do Fórum Nacional constitui um comitê executivo nacional, de natureza permanente, formado por 14 integrantes: 03 magistrados - 02 Desembargadores (sendo 01 Estadual e 01 Federal) e 01 Magistrado de 1º grau, todos que atuaram ou ainda atuam no exercício da Jurisdição na área da saúde. Este Colegiado conta também com a presença de 01 membro do Ministério Público, 01 Promotor de Justiça do Estado de SP, que tem a titularidade de uma Promotoria da Saúde Pública e que portanto, desenvolve as atribuições do Ministério Público na área da Saúde há longo tempo. Há a participação do defensor

público do Distrito Federal, presente nessa CIT, o Dr. Ramiro Sant'Ana e que tem ampla experiência na questão da Judicialização da Saúde. Ainda integram esse Comitê, 02 gestores públicos: o professor Giovanni Guide Cerri, Ex Secretario de Saúde de São Paulo, profissional da Medicina laureado e que exerceu a gestão com as características de SP maior Estado da federação, e o professor Gonzalo Vecina, ex diretor presidente da ANVISA com vasta experiência tanto na Medicina quanto na Gestão Pública. Pelo Ministério da Saúde, participa a professora Maria Inês Gadelha, além dos Conselhos: Conass, Conasems e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Enfatizou que o Comitê é multiprofissional, cuja discussão ocorre de modo absolutamente horizontal. O grupo tem a função de promover encontros nacionais e seminários regionais com membros do Judiciário e especialistas para a discussão de temas relacionados à saúde. Bem como, coordenar os comitês estaduais, indicar seus membros para representar o Fórum em eventos, realizar reuniões periódicas e manter a Comissão Permanente de Acesso à Justiça e Cidadania informada de suas atividades.

O Conselho é uma corte única e exclusivamente administrativa e que tem como atribuição organizar o trabalho do judiciário brasileiro, no que diz respeito ao controle e à transparência administrativa e processual. Se for o caso, atuar de forma concorrente ao aspecto disciplinar corretivo. Logo, não cabe ao CNJ, órgão criado pela Emenda nº 45 e que integra a Constituição Federal desde 2005, nenhuma ação na esfera jurisdicional, respeitando assim os pilares da democracia.

A ideia é dar transparência e tranquilidade aos gestores “tensionados” pelos colegas do Ministério Público do Estado ou Federal, visto sua condição e competência em gerir e administrar o orçamento público, principalmente na área da saúde, em que o Supremo Tribunal Federal – STF consagrou o conceito da solidariedade. A solução é estabelecer negociação com o Município, União ou Estado; troca de atribuições ou repasse de valores; encontrar os instrumentos factíveis a medida em que se dispunha a exercitar a administração pública. Nesse sentido e em virtude das demandas da saúde que cresceram exponencialmente desde 2005, o CNJ criou o 1º Regramento na área da saúde, a Resolução nº 107 de 02/2010 para diminuir a Judicialização.

O intuito é identificar antecipadamente quais são as carências dos Serviços de Saúde e pela via consensual, incentivar o diálogo permanente entre representantes dos Sistemas de Saúde e Justiça, conforme descrito nos Artigos 2º e 3º da referida Resolução. Comunicou que atualmente há previsão de atualizar esse regramento que apresenta, de fato, ações mais efetivas tramitadas por cada estado ou Tribunal. Por uma questão de deficiência na prestação dos serviços de saúde e de problemas orçamentários, o cidadão exerce seus direitos em consonância com o que está posto no Artigo 6º da CF. Tal cidadania observada ainda como conceito incipiente no Brasil, haja vista se tratar apenas das etapas dos direitos. Afirmou que o Termo de Cooperação, parceria entre os Ministros da Saúde e Justiça deverá ser firmado até o final de agosto. Já os regimentos e os projetos do Comitê deverão ser divulgados a partir de Setembro, assumindo o compromisso de levar as ações desenvolvidas para avaliação do Senhor Ministro da Saúde.

Advertiu que o subsídio para a resposta ajuizada pelo profissional de direito é o laudo médico, por isso, definir o medicamento como necessário e específico a vida do paciente nem sempre é a solução mais assertiva.

Deste modo, ressaltou que o trabalho do Comitê tem a finalidade de compreensão e convencimento dos juízes de 1º e 2º grau, oferecendo uma ferramenta que os possibilite aferir a demanda apresentada, com valoração técnica e a boa informação, em tempo hábil e de forma amigável. A idéia consiste em possibilitar ao magistrado a procurar a informação e decidir com absoluta tranquilidade em deferir ou indeferir aquele direito, evitando que o poder judiciário faça com que o poder público patrocine desenvolvimento de medicamento e componente tecnológico, muitas vezes sem necessidade.

Esclareceu que o CNJ se destina a montar um banco de dados nos moldes do sistema de MG, centralizado neste Conselho, com decisões, laudos periciais e notas

técnicas, subsidiados em medicina de evidência, para manifestação em situações de grande complexidade, a fim de o Juiz deferir ou indeferir de forma confortável no exercício da boa judicialização; o que implicará no cuidado do orçamento da saúde.

Outro ponto relevante e que merece cautela, se dá quando a Procuradoria do Estado, que faz a assessoria jurídica para Secretaria Estadual de Saúde – SES, responde a alegação impetrada contestando também em termos jurídicos ao invés de embasar em laudo médico.

No que diz respeito as experiências exitosas, informou que será implementada a Especialização das Varas da Fazenda Pública em matéria de Saúde. Nessa CIT as questões relacionadas a saúde pública serão enfatizadas, porém, registra que o CNJ empenha-se também em criar mecanismos de aferição e compreensão aos juízes de direito propiciando a decisão mais adequada no âmbito da Saúde Suplementar.

Reforçou confirmado que não se trata de criação de Varas de Fazenda Pública, pois não há interferência na autonomia dos Tribunais. A recomendação do CNJ são para as Comarcas com mais de uma Vara se especializarem em processar e julgar ações que tenham por objetivo o direito à saúde e a prioridade no julgamento dos processos relativos à saúde complementar, ficando a cargo dos tribunais de todo o País colocar ou não a medida em prática.

Representando ainda um avanço, surge a ideia de Especialização das Câmaras, experiência implantada em MG. A disponibilização dessa ferramenta e o trabalho de convencimento, possibilitam uma decisão satisfatória ao exercício do magistrado diante de uma ação judicial complexa. A atuação compreende a implementação do Comitê da Saúde, incentivando os Tribunais a terem seus Núcleos Técnicos ou capacitando os Núcleos de Assessoramento Técnico aos Magistrados – NAT quanto à apreciação das questões clínicas apresentadas pelas partes das ações relativas à saúde, sempre a luz da legislação vigente e do conhecimento que será colocado à disposição.

Concluiu reiterando que não cabe ao CNJ interferir na atividade jurisdicional, caso a decisão de 1º grau não satisfaça, caberá ao Tribunal de Justiça ou ao Tribunal Regional Federal responder, se continuar não satisfazendo será julgado pelo Superior Tribunal de Justiça ou Supremo Tribunal Federal, sendo esse o fluxo das instâncias jurídicas respeitadas no Estado Democrático de Direito.

**Conasems:** Agradeceu a participação do Dr. Arnaldo Hossepián neste debate, saudando ainda o Dr. Ramiro. Destacou que na fala do Dr. Arnaldo um ponto fundamental é o diálogo e a mediação, com destaque a criação dos Comitês de judicialização que terão fundamental impacto na redução dos processos judiciais da saúde. Ressaltou o trabalho realizado pelo Conasems acerca da Proposta de Emenda a Constituição – PEC nº 241, lembrando das ações a serem realizadas junto aos prefeitos municipais e solicita atenção especial por parte CNJ a esta demanda. Avisou que o Conasems participará no dia 09/08/2016 de Audiência Pública na Ordem dos Advogados do Brasil – OAB para discutir sobre o Financiamento da Saúde Pública e demais questões relacionadas. Questionou sobre a possibilidade de solicitar ao juiz que determinou execução de causa, que assine junto ao secretário de saúde a ordenação de despesa, para que no futuro esteja resguardada a prestação de contas junto aos órgãos de controle.

Sobre a saúde suplementar, perguntou como o CNJ se posiciona acerca dos planos de saúde que realizam cobertura apenas de consultas médicas, e não de exames complementares, desorganizando assim todo o sistema público de saúde.

Refletiu que a judicialização causa inúmeros problemas para os gestores de saúde, e atualmente causa também problemas a Justiça e ao Ministério Público, pois o usuário que necessita de alguma especificidade se dirige primeiramente aos órgãos citados antes de reportar-se ao processo regulatório de sua região. Por isso será necessário criar por meio do CNJ recomendações por meio de enunciados e câmaras técnicas, aos tribunais de justiça tentando equacionar o problema de maneira organizada.

**Conass:** Lembrou que a discussão sobre o tema ‘judicialização’ é recorrente em suas assembléias e que também causa maiores preocupações junto aos secretários estaduais de saúde, uma vez que envolve certas decisões absurdas como mandados de prisão para secretários de saúde, bloqueios de conta pessoal, multas e etc. Afirmou que toda ação dos secretários está baseada em seu Plano de Saúde, diferentemente das ações judiciais que desorganizam o sistema. Questionou se é possível que a decisão judicial divirja de orientações e normas definidas por comitês de especialistas, como exemplo a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Outro ponto que chama a atenção são decisões judiciais que vão contra a regulamentação do SUS e também das leis de responsabilidade fiscal. Entende que os juizados especiais devem continuar a existir para juízes e desembargadores que se especializem no tema ‘saúde’ visando diminuir distorções. É necessário ainda que a justiça considere a emissão de parecer por parte de peritos especializados visando subsidiar a decisão judicial, além de respeitar as regulamentações do SUS para que se consolide um Sistema para todos, e não situações privilegiadas a uma minoria que obtém acesso a justiça. Citou o caso recente do Hospital das Clínicas de São Paulo/SP, que visando atender uma ação judicial submeteu-se a compra de um marcapasso cerebral, sem a devida eficácia atestada e comprovada. Como tratou-se de compra urgente para atender a uma liminar, não foram obedecidos os regramentos da Lei nº 8.666/93. Acredita que a judicialização alimenta a corrupção, uma vez que os processos de aquisição tem de ser realizados sob regime de urgência. Notou ainda que deve ser considerada na definição da ação judicial a opinião do profissional médico. Destacou que ao tratar do processo de judicialização no modelo atual, Executivo e Judiciário passam a tratar de consequências e não de causa, gerando uma disputa desnecessária entre poderes.

**MINISTRO DA SAÚDE:** Apresentou recorte temporal do crescimento da judicialização no SUS, um gasto de 3,9 bilhões com ações judiciais entre 2010 e 05/2016, informou que esse valor aumenta para 5 bilhões quando se inclui as ações impetradas contra os municípios e que há uma projeção de 1,6 bilhões para o ano de 2016, sendo que até o mês de maio deste ano já foram gastos 69% do valor gasto em 2015. Porquanto, foram incorporados ao SUS 12 medicamentos que estão na lista dos 20 mais demandados por ações judiciais.

Esclareceu que os planos para aplicação pública do recurso da saúde são discutidos nos conselhos municipais, que aprovam o Plano Plurianual (PPA) e o orçamento anual municipal e em seguida para discussão nas CIB. Contudo, as pactuações sobre a aplicação do recurso é resultado da construção coletiva de ampla capilaridade na sociedade brasileira.

Fez alusão sobre artigo publicado pelo procurador de justiça Dr. Arnaldo Hossepian que discute sobre os direitos garantidos a todos, preconizados na Constituição Federal de 1988 e do direito referente a universalização da saúde com garantias por meio do acesso à justiça, entendendo que o último pode desestruturar o planejamento de saúde. Afirmou ainda, que “uma sentença judicial não cria um dinheiro novo para a demanda, mas sim, faz deslocar um recurso de outra ação de saúde para atende-la”, alerta para uma reflexão no sentido do direito, pois o MS tem um custo com a judicialização de mais de 1 bilhão de reais/ano, uma média de 800 mil reais/mês gasto por atendimento. Contudo, esclareceu que os gestores do SUS exercem a difícil tarefa de redimensionar o recurso aplicado em ação de saúde, programada e planejada de forma ascendente, iniciada nos conselhos de saúde. Compreende que o orçamento público é limitado pela capacidade contributiva do cidadão, estabelecida em norma constitucional regida pela Carta Magna (Título IV Capítulo I) e que prevê um equilíbrio sobre o pagamento de impostos e sua contraprestação a sociedade. Enfatizou que a participação do Hossepian na discussão contribui com uma possível solução para a problemática da judicialização.

Em relação a proposta de estruturação de varas únicas, especializadas e com processos eletrônicos, sugere que seja uma vara judicial por Estado, que receberá os processos de judicialização da saúde, ao invés de especializar um juiz de cada comarca brasileira. Entende que determinação judicial precisa definir de qual ação

de saúde será retirado o recurso para o seu cumprimento e no caso das determinações da promotoria pública, entende que devem assinar com a gestão e responder solidariamente sobre a lei de responsabilidade fiscal. Reafirmou que não há arrecadação para suprir tais despesas, e os gastos com judicialização estão significativos diante o orçamento da saúde. No entanto, os serviços prestados pelo SUS precisam continuar atendendo. Enfim, considera a criação das varas únicas uma boa proposta, pois “distancia o problema e especializa o juiz sobre o assunto”, tornando as ações mais justas no que tange o conjunto da sociedade.

Sugere ainda, que seja estabelecido em decisão conjunta, a criação de um receituário próprio para uma prescrição médica judicializada, contendo as seguintes justificativas: Quais os tratamentos que o SUS dispõe para a doença diagnosticada? Porque o paciente não pode ser atendido pelos tratamentos disponibilizados pelo SUS? Em suma, que o receituário possa embasar os advogados na elaboração da petição, com defesa técnica médica, e não jurídica. Dessa forma, proporcionar aos juristas meios para avaliar a solicitação. Também faz a reflexão sobre o conceito de Universalização: “É o tudo para todos, que conflita diretamente com a capacidade contributiva da sociedade? ou é tudo que o SUS dispõe ser acessível a todos os cidadãos?”. Explica que o tudo para todos não coaduna com a realidade da capacidade da sociedade de pagar impostos, e afirma que o entendimento dessa gestão reforça uma tarefa possível de ser atendida. Entende que o acesso ao judiciário se dá por meio das defensorias públicas, porém, quem tem capacidade financeira de contratar advogados particulares tem maior alcance as ações. Tais processos vão de encontro ao conceito de universalidade e integralidade no qual o SUS foi estabelecido, aonde todos devem ser tratados igualmente pela Atenção à saúde disponível no sistema.

**CNJ:** Respondeu aos questionamentos do Conass, alegando ser o médico a gênese dessa problemática, tendo em vista que este profissional preenche o relatório ou o termo técnico afirmando ao magistrado que a vida do cidadão sucumbirá se não for dispensado o medicamento X. Nessa medida, indaga se o Conselho Federal de Medicina não deverá compor esse Colegiado.

O poder judiciário pode afastar a decisão da Conitec, por ser o árbitro de todas as ações que se praticam no Estado Democrático de Direito, inclusive declarando inconstitucional em uma forma incidental na legislação. O ideal é combater as decisões distorcidas, por isso, no momento em que o magistrado for solicitar o parecer técnico é preciso preencher um relatório mais simples, objetivo e prático, o que otimiza tempo e orçamento público para a saúde e para o jurisdicionado.

Sobre o Juiz ser ordenador de despesa, será tópico em sua resposta, o juiz de direito não será. Assim como o Promotor também não será, por que não está em sua esfera de atribuição. Sua competência é exercer a jurisdição julgando, e aos gestores públicos de saúde, cabe cumprir ou buscar o princípio da solidariedade afirmada pelo STF.

O CNJ está convencido que deve-se evitar as ações temerárias inspiradas por maus profissionais, os quais se utilizam do judiciário para essa finalidade. O sentido técnico jurídico do conceito “recomendação” do Ministério Público traz a seguinte mensagem subliminar: “caso não atenda, será impetrado uma ação civil pública”, ou seja, a recomendação muitas vezes pode partir de premissas equivocadas, não obstante um promotor bem intencionado, contudo com uma visão distorcida. A idéia prospectiva é que o Termo de Cooperação abranja também para consulta e visualização do banco de dados e das notas técnicas, o Ministério Público e a Defensoria Pública, embora, não dependa do CNJ tal decisão.

Sobre os Enunciados, o CNJ afirma que há duas jornadas elabora, mas seguí-los é opcional. O Enunciado é um paradigma importante, todavia, o convencimento é a “pedra de toque”. A valorização da busca de solução consensual pelos juízes da vara da fazenda, foram iniciadas pelos estados DF, RS, ES, PB, MG e com todos os Tribunais regionais do país, o que consequentemente desafogará o judiciário.

Informou ainda que o CNJ está implementando as tabelas do Poder Judiciário visando uma métrica adequada das demandas na área da Saúde Suplementar, haja

vista que a ação inicial pode ser questão contratual ou direito ao consumidor, o que torna inviável a exata dimensão da real demanda. Elogiou a indicação dessa experiência entre a saúde e o judiciário, a disposição do Ministério da Saúde, na pessoa do Ministro, em dialogar e disse não recordar de um episódio similar anteriormente, embora o exercício da jurisdição dar-se-á. Afirmou a exposição de propostas concretas nessa conversa institucional, tanto na fase pré-judicial, quanto na fase judicial, validando assim como estruturas e ações permanentes de Estado, em busca de um orçamento bem mais aproveitado e a melhoria da saúde da população.

A tônica desse encontro, além do convencimento e do entusiasmo será atuar em duas etapas: O Comitê Estadual da Saúde, gerido pelo Tribunal local ou regional de Justiça, entendido como o grande fórum de discussão, para interação dos representantes dos sistemas de justiça e de saúde apresentando os diagnósticos produzidos cujas demandas que se revelam recorrentes e pertinentes sejam resolvidas por meio e de forma consensual: Termo de Ajustamento de Conduta por parte do Ministério Público ou Ação da Defensoria Pública. E a segunda etapa, alcançando os Juízes de Direito com ferramentas de ponta, possibilitando-os bem decidir e produzir a “boa judicialização”.

**MINISTRO DA SAÚDE:** No tocante as determinações judiciais de medicamentos, lembrou que quando esses são incorporados ao SUS, o preço de compra diminui de forma significativa, em média 75% de desconto quando comprado por escala. Porém, nesse caso, o orçamento investido se eleva muito. Solicitou constar no banco de dados judicial o preço do medicamento pago pela União e disponível na internet, desde que seja considerado o valor pago pelo ente federal, comprometendo o laboratório a vender ao mesmo preço já praticado. Esclareceu que os contratos da União, de entrega de medicamentos incorporados ao SUS, não podem ser estendidos a outras partes, contudo, a determinação judicial pode alcançar a isonomia de preço para a garantia do direito do cidadão.

Considerou essa discussão aprazível por se tratar da tentativa de harmonizar os três poderes da união. Compreendeu que é favorável ter uma câmara especializada em cada tribunal de justiça, a qual se recorra de imediato qualquer decisão e se alcance a qualificação imediata da sentença. Também observou que a maioria das determinações judiciais são para cumprimento imediato (24h), dificultando a atuação do setor de logística na aquisição do medicamento dentro do prazo, o que eleva o custo de forma exorbitante. Enfim, informou que o consultor jurídico Dr. Sergio Tapety, representa o MS nas reuniões sobre judicialização, sem prejuízo ao papel da Dra. Inez Gadelha, de traduzir a visão do Poder Executivo/MS na articulação junto aos estados e municípios.

Informou que estará no Rio de Janeiro para a entrega de 140 ambulâncias que atenderão aos jogos olímpicos, e esclarece que 30 dessas ficarão no estado como legado do evento, e as demais seguirão para reposição de frota no país.

**Defensoria Pública/DF:** Saudou a mesa, as bancadas de CONASS e CONASEMS, e agradeceu a oportunidade de contribuir com a discussão sobre o tema judicialização, após expressou da necessidade de se fazer fusões de horizontes, com a busca de diálogos. Enfatizou sua experiência em debates como esses, tanto no centro da gestão, quanto no de operadores do direito, informou que é comum que essas discussões tenham defesas diferentes, ou seja, a gestão aponta os excessos da judicialização que desestrutura o sistema, e o judiciário os dramas do não cumprimento das diretrizes do SUS na ponta. Propôs uma aproximação dos horizontes, com perdão dos excessos, e diálogos transformados em arranjos institucionais. Sugere observar algumas unidades da federação que criaram arranjos institucionais, como Brasília/DF, com a criação de câmaras de mediação em saúde; o Rio Grande do Sul (RS), Minas Gerais (MG), e o Rio de Janeiro com as câmaras de resolução de litígios. Elogiou a Consultoria Jurídica (CONJUR) na pessoa do Dr. Sergio Tapety em trazer essa discussão para o plano federal, pontuou que é necessário transformar esse diálogo não só em momentos e afinidades pessoais, mas em arranjos institucionais para que a gestão do CNJ e das secretarias do

Ministério da Saúde MS sejam superadas. Permitindo ainda que esse diálogo se transmude em interfaces entre a necessidade de saúde do cidadão e oferta de serviços existentes no SUS. Contudo, tal realidade foi demonstrada na fala dos Desembargadores, procuradores de estado e gestores, em evento no RS, afirmando que o perfil da judicialização do estado alterou-se a partir da mudança de postura da Defensoria Pública (DP), no diálogo com os gestores para organizar sua demanda, essa tornando-se indutora de tal organização. Com isso, o poder judiciário consegue diferenciar a boa da má judicialização, por meio da demanda bem organizada e estruturada, sendo também orientador para a advocacia liberal qualificando a atuação de todos com arranjos institucionais inovadores. Outra questão é o acesso privilegiado aos serviços de saúde, na maioria por quem tem dinheiro para pagar um advogado. Informou que a Defensoria Pública de Brasília é institucionalizada a mais de duas décadas, e 95% da judicialização da saúde no DF são ajuizadas a partir desta. Pontuou que os estados do RS, RJ e MG tem realidades semelhantes a essa. Enfatizou o conflito entre as ordens judiciais e de Controle de Contas da União, como uma realidade de difícil solução, principalmente para o gestor que está no conflito. Explicou que a conduta do DF para resolver esse impasse foi convidar o TCU para participar do comitê executivo da saúde, diminuindo assim a tensão do gestor público. Considera que outros arranjos são possíveis, porém esse exemplo foi bem-sucedido.

Ainda sobre o tema judicialização, argumentou sobre a questão dos planos de saúde, considerando dramática a situação do paciente que não consegue ser atendido. Explicou que quando a cobertura do plano é mais ampla, a Defensoria Pública consegue fazer arranjos organizados de forma bem personalizada com os interlocutores das operadoras de cada estado, recorrendo a via judicial em última instância. No entanto, quando essa cobertura é muito baixa ou baixíssima, o paciente quer ser encaminhado para o SUS, porém, se recusa entrar pela porta de entrada do sistema (Atenção Básica), definida no Decreto nº 5.508/11. Nesse caso, a judicialização se torna a oportunidade de 'furar a fila', e os defensores buscam qualificar essa demanda para que siga o fluxo organizado pelo SUS. Contudo, existe uma resistência do usuário quando está definido seu diagnóstico e indicação para procedimentos, principalmente, considerando o extenso intervalo de tempo para a referência e contra referência entre as complexidades da Atenção e Assistência à Saúde. Porém lembrou que é preciso esclarecer que esse caminho vai de encontro as normas do SUS. Afirmou, que a Defensoria Pública tem interesse que as ações do CNJ se concretizem, que a racionalização da judicialização se estabeleça e o SUS permaneça estruturado. Porquanto, que a judicialização irresponsável e desestruturante seja limada, todavia, que seja considerado o potencial da judicialização estruturante, que atua bem nas filas da assistência, e na determinação para aquisição de medicamentos, produtos e serviços não previstos no rol da RENASES e RENAME. Como exemplo positivo, a incorporação ao SUS dos 12 medicamentos que estão entre os 20 mais judicializados. Agradeceu e disse que foi uma honra em nome da DP estar presente na CIT.

**MINISTRO DA SAÚDE:** Agradeceu a colaboração do Defensor Público Dr. Ramiro Nóbrega Sant'Ana, e lembrou que a ANVISA segue uma fila cronológica para atender os pedidos de incorporação de medicamentos ao SUS, e para além dessa, só existe o caminho da judicialização. Entende que o gestor perdeu a capacidade de eleger prioridades em relação à economia e atendimento ao usuário no sistema, que este sai da vida pública levando um passivo pessoal pela oneração de processos judiciais. É preponderante entender os motivos que prejudicam o alcance do conceito da harmonia entre os poderes, os contrassensos normativos, por exemplo, um servidor público de carreira pode ter processada sua pessoa física por um ato praticado no exercício da função pública. No conjunto da obra, a isonomia que não nos permite remunerar melhor os servidores exemplares, também contribui com a letargia do poder público brasileiro, pois não se consegue atender em tempo hábil as necessidades da sociedade. Enfim, que a máquina do poder público está se tornando inerte e passiva, e tal contexto demonstra os motivos da diminuição da capacidade de gestão.

**SE/MS:** Destacou a importância deste debate designando a equipe do Ministério da Saúde no acompanhamento desta agenda. Sugeriu que as equipes jurídicas do

MS, Conass e Conasems acompanhem todo o desdobramento das atividades do Comitê, inclusive durante as visitas as defensorias públicas dos estados, visando fortalecer o processo de convencimento para que acordos sejam estabelecidos antes da judicialização. Lembrou do levantamento que está sendo realizado durante as atividades do referido comitê, como exemplo: análise das sentenças, as varas que mais judicializam, medicamentos mais judicializados, médicos que mais prescrevem medicamentos judicializados e etc., para que assim prevaleça o acesso à assistência da saúde do usuário SUS com racionalização dentro dos recursos disponíveis e cabíveis na responsabilidade exigida aos gestores da saúde dentro do lastro orçamentário previsto.

**ANVISA:** Solicitou a fala e informou que participará como conferencista no IV Congresso Brasileiro Médico e Jurídico, em Vitória/ES, com tema específico sobre a Regulação e judicialização. Concordou que o problema da judicialização no SUS é grave e grande, e elogia e parabeniza a CIT pelo debate, com destaque ao esforço de identificar a diferença entre a judicialização para garantir o direito do cidadão e para ter acesso ao SUS fora de sua normatização.

Esclareceu que na ANVISA existem regras de priorização dos registros para atender o interesse da Saúde Pública, exemplificou com o fato da agência ter aprovado o medicamento Viekira Pak, para o tratamento da Hepatite C, no prazo de quatro meses e duas semanas, enquanto agências de renome internacional levam entre 10 e 11 meses para aprovação com a mesma segurança e eficácia. Concordou que a má judicialização desorganiza a fila e disse que esse tema será debatido no congresso em Vitória, com grande contribuição da ANVISA. Coloca a agência a disposição do MS para buscar o aperfeiçoamento desse ideal.

**ENCAMINHAMENTO:** Representantes jurídicos do MS, Conass e Conasems acompanharão as discussões realizadas pelo Comitê Organizador do Fórum Nacional, junto as defensorias públicas estaduais, para monitoramento e resolução das demandas de assistência à saúde.

b) Cerimônia Alusiva ao dia Mundial de Luta Contra as Hepatites Virais – Ministro da Saúde/MS.

**SVS/MS:** O dia 28 de julho é o dia mundial de luta contra as hepatites virais e foi instituído em 2010, na Assembleia Mundial, por uma proposta da delegação brasileira.

Relatou que em 2015 o trabalho tem sido intenso no Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde e agradeceu o envolvimento da Secretaria Executiva e do Ministro da Saúde nesse enfrentamento contra as hepatites virais.

O panorama das hepatites virais apresenta mais de 500 mil casos notificados. A taxa de incidência de HepatiteA está em queda em todas as regiões do país, com registro de 161.605 casos confirmados, devido à melhoria do saneamento básico e também pela vacinação. A doença concentra-se numa faixa etária de até 9 anos de idade. A vacina contra HepatiteA foi incorporada ao calendário vacinal das crianças em 2014, para crianças de 1 a 2 anos.

A incidência das hepatites B e C está aumentando: referente a HepatiteB foram 196.701 casos confirmados, com infecção crônica em aproximadamente 0,5% da população. A transmissão ocorre por sexo desprotegido, sangue contaminado e vertical (mãe para filho), acometendo principalmente a população a partir dos 20 anos. A vacina e o tratamento estão disponíveis no SUS. A HepatiteC principalmente pela testagem na Rede de carga viral e também pela maior visibilidade que a doença tomou nesses últimos anos. De 2000 a 2014 foram identificados 56.335 óbitos associados as hepatites virais, sendo a hepatite C a responsável por 75,2%.

Em relação a HepatiteD está limitada a Região Amazônica e predominantemente em homens, 3.660 casos foram confirmados.

A HepatiteC que é o foco da Campanha e do tratamento inovador que foi instituído no país desde outubro/2015 tem uma transmissão parenteral por sangue contaminado, não têm sintomas presentes, atinge pessoas que na década de 80 e 90 tiveram contato com sangue infectado e é considerada a principal causa de cirrose, câncer e óbito. A média de câncer de fígado é de 8.040 novos casos por ano, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer e também é a principal causa de transplante de fígados em adultos.

As notificações ocorrem principalmente em pessoas acima de 40 anos, infectadas nas décadas de 80 e 90. O Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde tem implementado o diagnóstico da HepatiteC com a implantação da tecnologia inovadora dos testes rápidos, 8,8 milhões distribuídos no país. Em 2015 foram distribuídos 4 milhões e esse ano já foram distribuídos mais de 1,5 milhões até o mês de julho.

Desde 2015 foram incorporados ao tratamento da Hepatite C, os medicamentos daclatasvir, simeprevir e sofosbuvir, estes apresentam alta eficácia e poucos efeitos adversos. A análise preliminar pelo sistema Hórus dos primeiros tratamentos demonstra desempenho equivalente ou superior ao demonstrado em ensaios clínicos e a cura está acima de 95%. No período de outubro/2015 a julho/2016 foram tratadas 23.599 pessoas e outras 6.925 mil iniciarão o tratamento nas próximas semanas. As pessoas preenchem uma ficha de cadastro de acordo com o novo protocolo. O intuito é que até o final de 2016 mais de 20.000 pessoas sejam tratadas.

Relatou que o Ministro da Saúde fez a compra de mais 35 mil tratamentos para esse ano. O custo investido até o momento é de R\$ 1.028 bilhões para tratamento da Hepatite C. A meta de tratar 30 mil pessoas em 2016 foi superada e com a entrada de novas drogas, a expectativa é ampliar o número de tratamentos para 2017.

Disse que todo esse trabalho tem o envolvimento da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e Anvisa acelerando o processo de aprovação desses medicamentos.

A Campanha da HepatiteC fará a testagem e o tratamento, alertando sobre a importância do diagnóstico e incentivando prioritariamente as pessoas acima de 40 anos a realizarem o teste, principalmente as que tiveram cirurgias de grande porte, transfusão de sangue, ou fizeram tatuagem antes de 1993. A Campanha contará com filme para televisão, spots de rádio, estratégia de internet, mobiliário urbano, assim como materiais gráficos (cartazes e folder) que serão disponibilizados online para reprodução. O lema da campanha é: HepatiteC tem tratamento e cura.

Ao final foram apresentadas as peças publicitárias, o vídeo de lançamento da Campanha e um documentário com depoimentos dos pacientes que fizeram o tratamento. Estavam presentes no plenário, os protagonistas do documentário, Gilson Penazeta (pianista) e o Álvaro Itamar de Melo (ex jogador de futebol do Atlético Clube Juventus e primeiro paciente transplantado no Acre).

**SE/MS:** Agradeceu aos depoimentos dos pacientes e reforçou o empenho do Ministro da Saúde na aquisição dos novos tratamentos. Parabenizou Dr. Marcelo Naveira, Coordenador de Hepatites Virais pelo trabalho desempenhado juntamente com seus técnicos, pois será possível zerar a fila de espera.

Citou um documento encaminhado por Organizações Não Governamentais (ONG), que a SVS recebeu no ano de 2015 e afirmou que o país está respondendo à

reivindicação nele contida. Agradeceu e parabenizou o esforço empreendido pela Diretora do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Adele Benzaken, representando o Brasil em Durban, na Conferência Internacional de AIDS 2016.

**CONASEMS:** Elogiou a Campanha e a discussão no plenário da CIT, mostrando um SUS que assiste e dá resposta em todo o país. Agradeceu em nome dos municípios, os 23 mil tratamentos que foram entregues. Solicitou que seja discutido nos GTs sobre novos tratamentos, pois os municípios estão sendo judicializados.

**CONASS:** Também elogiou o trabalho do Ministério da Saúde, comentou o avanço do Programa Nacional e existe uma expectativa que todos os pacientes com hepatites tenham acesso imediato ao tratamento. Mencionou que os estados estão sendo acionados judicialmente para fazer a aquisição do medicamento e infelizmente não conseguem adquirir no mesmo valor que o MS, o valor pago é bem mais caro para que as demandas judiciais sejam atendidas. Por isso, solicitou que possam adquirir na licitação do Ministério da Saúde, utilizando os recursos estaduais.

**MINISTRO DA SAÚDE:** Saudou os presidentes das bancadas do Conass e Conasems, Anvisa e o Conselheiro Arnaldo Hossepián Junior do Conselho Nacional de Justiça. Mencionou que a Diretora Adele Benzaken é uma referência mundial na área de hepatites virais. Agradeceu os depoimentos feitos por Gilson Penazeta (pianista) e o Álvaro Itamar de Melo, bem como a presença do Sr. Carlos Varaldo, presidente do clube de otimismo de apoio ao portador de hepatites.

Informou que essa política está em andamento e ampliação, e que no próximo ano existe a expectativa que 45 mil pessoas recebam o tratamento, desde que haja indicação para o tratamento, conforme o protocolo estabelecido. Não haverá redução de recursos, porém ocorrerá um número maior de atendimentos com os recursos disponíveis.

Citou que será realizada a coletiva de imprensa para o lançamento da Campanha, logo após a discussão no plenário da CIT.

**ENCAMINHAMENTO:** Agendar reunião de GT para discussão dos novos tratamentos para Hepatites Virais.

## 2. Apresentações e Discussões:

<p>a) Estágio Atual do Programa Mais Médicos – SGTES/MS.</p>	<p><b>MS:</b> Deu início à apresentação com informações sobre uma reunião trilateral, realizada nos dias 14 e 15 de Julho, com a participação do Ministério da Saúde do Brasil, Ministério da Saúde de Cuba e Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, além de representantes de Conass e Conasems.</p> <p>Conforme encaminhamentos da referida reunião, os médicos que estão finalizando o contrato e que deveriam retornar a Cuba ainda este semestre permanecerão no Brasil até Novembro/2016, após as eleições municipais, período que a substituição destes profissionais será retomada. Esclareceu que esta solicitação foi feita pelos gestores municipais e que foi acordada respeitando todas as normativas do governo cubano referente ao Programa. Reforçou que a OPAS é responsável por toda a negociação junto ao governo de Cuba e está acompanhando o processo de renovação de bolsas e das novas contratações.</p> <p>Durante a reunião trilateral, o governo de Cuba solicitou o correspondente a U\$\$ 5.000,00 (cinco mil dólares) devido à desvalorização do câmbio nos últimos três anos. Quanto ao reajuste solicitado o MS informou que está avaliando baseado na Lei Orçamentária para 2017. Houve proposta para revisão da Portaria nº 30, de 12 de fevereiro de 2014, que dispõe sobre o cumprimento das obrigações de oferta de moradia, deslocamento, alimentação e água potável pelo Distrito Federal e Municípios aos médicos participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil.</p> <p>Apresentou o último calendário, organizado pela OPAS e pelo governo cubano, para o processo de reposição de vagas que estão em aberto devido ao afastamento dos médicos da cooperação. Informou que, na última sexta-feira, dia 22 de Julho, o Ministro fez o acolhimento de 850 profissionais e que, até o final de Agosto, 1.300 médicos deverão recompor os postos de trabalho do Programa.</p> <p>Fez referência ao Edital nº 15, de 21 de julho de 2016, referente ao 12º ciclo do Projeto Mais Médicos, para preenchimento de vagas disponíveis em 401 municípios. Disse que aproximadamente 83% destas vagas já foram confirmadas pelos gestores e que 3.803 médicos aderiram a este último edital, sendo 36% pela modalidade Mais Médicos e 64%</p>
--	--

	<p>pelo PROVAB.</p> <p><b>Conasems:</b> Agradeceu o convite para participar da reunião trilateral já citada anteriormente e reforçou que a discussão foi fundamental para que haja seguimento do Programa Mais Médicos com assistência de qualidade aos usuários.</p> <p>Durante a leitura do Ofício nº 650 – Conasems, de 28 de Julho de 2016, listou alguns processos estruturantes do Programa Mais Médicos, os quais estão sob a coordenação do Ministério da Educação (MEC) e que necessitam de apoio e de maior envolvimento pelo Ministério da Saúde para que haja melhor condução dos mesmos: <i>renovação do convênio entre a Secretaria de Educação Superior – SESU/MEC e FIOTEC/FIOCRUZ; seguimento do processo de abertura de novas escolas de Medicina – SERES/MEC; publicação do resultado final da licitação de instituições interessadas em instalar o curso de Medicina em 22 Municípios já pré-selecionados no Edital MEC nº 001, de 01 de Abril de 2015; organização da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade – RMGFC e participação do MS na Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM.</i> Após a leitura, o Presidente do Conasems entregou o ofício ao Ministro da Saúde.</p> <p><b>Ministro da Saúde:</b> Lembrou que o Tribunal de Contas da União - TCU já liberou a abertura de novos cursos de Medicina para o Programa Mais Médicos e que já foi nomeado um representante do Ministério da Saúde para compor a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM. Concordou que é fundamental o envolvimento do MS nas discussões da referida Comissão e que a renovação do convênio para o provimento de médicos junto ao Programa será realizada no início de Agosto/2016.</p> <p><b>Conasems:</b> Reforçou a importância da participação do Conasems na reunião trilateral e que a vice ministra do governo cubano esteve bastante atenta às solicitações e as necessidades citadas pelos gestores municipais. Durante a reunião houve um relato de como está sendo desenvolvido o Programa in loco e como se dão as atividades dos médicos nos municípios.</p> <p>Informou ainda que o Conasems foi convidado a participar da reunião tripartite</p>
--	--

	<p>organizada pelo governo de Cuba.</p> <p><b>Conass:</b> Reiterou o apoio do Conass às considerações feitas pelo Conasems. Disse que as solicitações são pertinentes e que apoia os pedidos direcionados ao MS. Lembrou a necessidade de incluir, ao ofício citado pelo Conasems, discussões sobre as deficiências referentes ao Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos - REVALIDA, já pactuado anteriormente.</p> <p><b>MS:</b> A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) não medirá esforços para que todas estas solicitações citadas no ofício conjunto sejam atendidas. Informou que, na última semana, o MS participou de uma reunião junto ao MEC com objetivo de alinhar todas as parcerias. Já foram realizados todos os desdobramentos referentes aos temas discutidos durante a reunião, bem como a publicação do edital de abertura para os novos cursos de medicina e as questões referentes à Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade – RMGFC. Informou ainda que as questões referentes ao Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, estão em discussão junto à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b></p> <p>A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do MS discutirá com o Ministério da Educação as questões abordadas no Ofício nº 650/2016 – CONASEMS, referente ao Programa Mais Médicos para o Brasil, no intuito de atender às solicitações de Conass e Conasems.</p>
b) Informe Epidemiológico sobre casos de Microcefalia – SVS/MS.	<p><b>SVS/MS:</b> Apresentou a atualização do número de casos de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) ocorridos no Brasil até o dia 23 de julho (semana epidemiológica 30). Informou que é o 36º Informe Epidemiológico publicado desde o inicio da emergência de saúde pública e que todos os informes estão disponíveis na</p>

página eletrônica da Secretaria de Vigilância em Saúde ([www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)).

Mostrou a tabela com número de casos notificados, confirmados e investigados por Região, totalizando 8.703 casos notificados no Brasil desde o início da emergência (SE 45/2015), sendo 3.062 em investigação, 1.749 confirmados e 3.892 descartados. A Região Nordeste notificou 71,6 % dos casos (6.235 casos, sendo 1.494 confirmados). O principal critério de confirmação foi o diagnóstico por imagem feita por tomografia, ultrassom ou ressonância magnética (80,7%), sendo que 15,6% foram confirmados por critério laboratorial para Zika pelas técnicas de PCR ou sorologia e 3,7% foram confirmados por laboratório para sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus ou herpes simplex (STORCH).

Informou que dos 8.703 casos notificados, 371 (4,3%) evoluíram para óbito ou morreram na gestação, desses 106 foram confirmados para infecção congênita, sendo 43,4% (46 óbitos) confirmados para Zika pelas técnicas de PCR ou sorologia.

Apresentou o mapa do Brasil com a distribuição dos casos notificados de microcefalia em 1.563 municípios e o mapa com a distribuição dos casos confirmados em 609 municípios brasileiros. Espera-se o aumento da prevalência de microcefalia nas Regiões Sudeste e Centro-Oeste, com base na situação de transmissão de Zika nessas regiões no primeiro semestre de 2016. No gráfico da distribuição de casos novos notificados de microcefalia e/ou alteração do SNC, da Semana Epidemiológica 01 a 29, mostrou a queda no número de casos por semana e mencionou que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentam o maior número de casos. Destacou o gráfico da Região Nordeste, sendo que o estado de Pernambuco apresenta um decréscimo no número de casos, enquanto que os estados da Bahia e Ceará apresentaram aumento.

Citou que desde o final de março (SE 12), não se observa incremento percentual de casos novos, ficando abaixo de 2%. Houve uma melhora no desfecho da investigação dos casos notificados a partir de janeiro (SE 02) com a redução de casos em investigação (87% para 35%), aumento de casos descartados (7% para 45%), e de casos confirmados (6% para 20%). Enfatizou que esses resultados são decorrentes das ações conjuntas da Vigilância e da Assistência, nas três esferas de gestão do SUS.

**SE/MS:** Disse que o comportamento da doença se encontra estabilizado. Mencionou que o boletim eletrônico tem sido atualizado todas as terças-feiras para o acompanhamento dos casos e lembrou que a Casa Civil tem acompanhado juntamente com o Ministério da Saúde os casos de microcefalia, dengue, Chikungunya e Zika vírus.

Informou que hoje (28/07), o Ministro da Saúde estará no estado do Rio de Janeiro realizando a entrega das 146 ambulâncias para as olimpíadas e que no dia 29/07 haverá uma coletiva de imprensa anunciando a ativação do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde (CIOCS), que funcionará 24 horas por dia no período olímpico e paralímpico, registrando todas as notificações de agravos juntamente com a Secretaria Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e Anvisa. Ressaltou a importância de manter a mobilização para o controle ao Aedes Aegypti.

**CONASEMS:** Registrhou preocupação com o período pós-eleitoral e mencionou a necessidade de uma discussão tripartite, diante de um cenário de queda de arrecadação municipal, encerramento de gestão, cumprimento da Lei 141/2012, cumprimento da lei de responsabilidade fiscal e o desmonte de equipes. Destacou que esses fatos ocorreram há 4 anos e ocorrerão esse ano.

**CONASS:** Solicitou manifestação do MS sobre o grau de preocupação em relação ao Culex.

**SE/MS:** Respondeu ao Conasems que o MS está extremamente preocupado com o desmonte de equipes e mencionou a lei de responsabilidade fiscal dos prefeitos, bem como a lei de responsabilidade sanitária que cabe ao MS, estados e municípios e informou que o assunto está sendo tratado com a Frente Nacional de Prefeitos, Conselho Nacional de Municípios e a Associação Brasileira de Municípios com intuito dos municípios preencherem seu próprio quadro não gerando prejuízo assistencial no controle do vetor Aedes Aegypti, principalmente nesse período. Garantiu que o MS distribuirá os insumos necessários bem como realizar o repasse de recurso para o Bloco de Vigilância, sem que ocorra nenhum contingenciamento.

Em resposta ao Conass, disse que os estudos divulgados pela FIOCRUZ são preliminares e apenas os mosquitos Culex coletados em Recife/PE apresentaram resultado positivo

	<p>para Zika. Outros lotes de mosquitos foram trabalhados e não apresentaram o vírus. Enfatizou que a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Evandro Chagas continuam desenvolvendo outras pesquisas relacionadas ao vetor Aedes Aegypti e ao vírus Zika.</p>
<b>3. Discussões e Pactuações</b>	
<p>a) Minuta de Resolução que dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa – ano 2016 – SE/SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> A Secretaria substituta de Gestão Estratégica e Participativa iniciou a apresentação lembrando que a minuta de resolução já foi discutida no Grupo de Trabalho de Gestão. Destacou o consenso para exclusão do indicador ‘<i>Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)</i>’ e portanto a minuta conta com 29 indicadores. Apresentou os principais pontos da minuta que dispõe sobre os indicadores para o processo nacional de pactuação interfederativa, no ano de 2016:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A pactuação de indicadores será para o ano de 2016, em caráter excepcional;</li> <li>▪ Prevê um rol de 29 indicadores (18 indicadores universais, e 11 específicos);</li> <li>▪ Metas pactuadas deverão ser inseridas no SISPACTO.</li> </ul> <p><b>CONASEMS:</b> Concordou com a pactuação.</p> <p><b>CONASS:</b> Concordou com a pactuação.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada.</p>
<p>b) Minuta de Resolução que constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão destinado à proposição de Metas e Indicadores para o período 2017 – 2019 e Cronograma de discussão dos Indicadores – SE/SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> Apresentou a minuta que prevê a instituição, no âmbito do grupo de trabalho de gestão da Comissão Intergestores Tripartite, subgrupo de trabalho destinado à proposição de metas e indicadores para o período 2017-2019. Entre os objetivos do subgrupo de Trabalho estão: avaliar o resultado dos indicadores pactuados para o período de 2013-2015; considerar as metas e indicadores aprovados no Plano Nacional de Saúde 2016-2019; propor os indicadores a serem utilizados para a pactuação</p>

	<p>interfederativa no período 2017-2019 e a metodologia para o monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados. O subgrupo será composto por um representante do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SE/MS) que o coordenará; um do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS); dois do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); dois do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); um da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (SE-CIT). O subgrupo terá o prazo de 90 dias para apresentar a proposta, contados a partir da publicação da resolução, com vistas à pactuação na Reunião da CIT de novembro de 2016. O Subgrupo de Trabalho poderá convidar representantes de órgãos, entidades e instituições públicas e privadas de interesse da Saúde Pública, vinculadas ao ensino e pesquisa, para participar das atividades.</p> <p><b>CONASS:</b> Solicitou a participação de outros atores envolvidos, especificamente um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.</p> <p><b>SGEP/MS:</b> Informou que Anvisa, SVS, SAS serão convidados conforme o âmbito de cada temática de discussão.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Pactuada. Cronograma a ser discutido na reunião da Câmara Técnica da CIT.</p>
<p>c) Minuta de Resolução que constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão destinado à revisão do Decreto 7.508/2011 – SE/SGEP/MS.</p>	<p><b>SGEP/MS:</b> Apontou que os objetivos são: considerar avaliações recentes sobre a implementação dos dispositivos do Decreto 7.508/11; aspectos da governança do SUS e promover alinhamento conceitual das seguintes diretrizes temáticas do SUS: Regionalização e organização da Rede de Atenção à Saúde; Planejamento regional integrado e mecanismos de governança regional; e Modelo de financiamento. O subgrupo terá a seguinte composição: um representante do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI/SE/MS) que o coordenará; um do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE/MS); dois do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); dois do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); um da Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (SE-CIT). O Subgrupo de Trabalho poderá convidar representantes de órgãos, entidades e</p>

	<p>instituições públicas e privadas de interesse da Saúde Pública, vinculadas ao ensino e pesquisa, para participar das atividades de trabalho. O prazo para apresentação da proposta também será de 90 dias contados da publicação da resolução.</p> <p><b>CONASEMS:</b> Propôs convidar o DENASUS/SGEP/MS para participar das reuniões, uma vez que os técnicos do departamento estão orientando os gestores em relação a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, de maneira equivocada.</p> <p><b>CONASS:</b> Pontuou que o foco é a revisão do Decreto 7.508 e não a sua implementação. Sugeriu rever a redação do Art. 2º, e reformular os objetivos específicos. O Subgrupo levará a proposta de revisão para o GT de Gestão.</p> <p><b>SGEP/MS:</b> Lembrou que o subgrupo apresentará proposta de revisão do Decreto, uma vez que sua publicação compete à Presidência da República. Por fim, pontou que a discussão retorna para a Câmara Técnica da CIT. Concordou com a participação do DENASUS/SGEP/MS.</p> <p><b>ENCAMINHAMENTO:</b> Discussão da minuta que constitui Subgrupo de Trabalho Tripartite no âmbito do Grupo de Trabalho de Gestão destinada à revisão do Decreto 7.508/2011 na Câmara Técnica da CIT de 04/08/2016. Convidar o DENASUS para participar das discussões no subgrupo.</p>
--	--

#### 4. Informes

<p>a) Atualização das informações referentes aos processos pendentes na compra de imunobiológicos e kits diagnósticos – SVS/MS.</p>	<p><b>SVS/MS:</b> Informou a aquisição de 45 imunobiológicos, feita pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunização (CGPNI), sendo 28 vacinas (dentre as quais, 08 são do CRIE - Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais), 13 soros heterólogos e 04 soros homólogos (imunoglobulinas).</p> <p>Discorreu sobre a conjuntura atual das vacinas no Brasil, ressaltando a situação de abastecimento irregular de cada uma, a saber: Tríplice viral, pendências nas entregas por Bio-Manguinhos, desde 2014, no entanto, a distribuição tem sido realizada de maneira</p>
---	--

racional. Febre amarela: Pendências nas entregas por Bio-Manguinhos (único fornecedor) desde 2014, contudo, a distribuição tem sido realizada de maneira racional. Tetraviral: pendências nas entregas por Bio-Manguinhos. Foi substituída nas regiões Nordeste e Sudeste pelo esquema de tríplice viral + varicela monovalente. Envio de tetraviral para as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste. Tríplice Bacteriana - DTP: Os lotes da vacina que aguardavam a baixa de termo de guarda foram liberados e encontram-se em análise pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS. O quantitativo atende a 3 meses de abastecimento.

No tocante a Campanha Nacional de Multivacinação que teve seu período de realização alterado para 19 à 30 de setembro, devido aos jogos olímpicos, destacou que a administração da vacina de Poliomielite Oral, devido à mudança da trivalente para bivalente por recomendação da OMS, será seletiva para crianças que ainda não tenham completado o esquema vacinal contra a poliomielite. Informou ainda que será realizada no mesmo período a atualização da caderneta de vacinação da criança e do adolescente de 9 a 13 anos contra sarampo, rubéola, caxumba, tétano, difteria, Papilomavírus Humano - HPV (meninas), hepatite B.

Fez menção a distribuição parcial da BCG em julho/2016, atendimento de 54% da demanda dos Estados, justificando problemas na produção pela Fundação Ataulpho de Paiva – FAP, o que implicou em constantes alterações nos cronogramas de entrega. Acrescentou que os lotes estão em análise no INCQS, com previsão de liberação para setembro/2016.

Quanto à Situação de desabastecimento da vacina de Hepatite A (Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE), disse que a aquisição via OPAS está em andamento aguardando embarque para setembro/16 e com previsão de regularização no mês de outubro. Já em relação à Tríplice Bacteriana acelular - DTPa (CRIE), foram recebidas ordens de compras da OPAS com previsão de chegada em agosto/2016 e regularização de abastecimento em setembro do mesmo ano.

Apresentou também a possibilidade de desabastecimento da Hepatite B, devido ao cancelamento da produção pelo Butantan, mas que está sendo viabilizada aquisição via

	<p>OPAS e está no aguardo das ordens de compra. Afirmou haver estoque disponível somente até o mês de julho/2016.</p> <p>Comunicou que os contratos para aquisição das vacinas de Hepatite A e dTpa pelo Instituto Butantan foram assinados em 19/07/2016.</p> <p>Em relação à situação atual dos Soros, esclareceu que a distribuição parcial ou desabastecimento deve-se aos contratos de 2015 que não foram finalizados e as solicitação de prorrogação para conclusão das entregas pelo Instituto Vital Brazil - IVB e Fundação Ezequiel Dias - Funed. Como estratégia de resolução, citou a antecipação de entregas do contrato do Butantan para suprir parte da demanda nacional e a aprovação pela Anvisa da extensão da produção compartilhada por mais 12 meses.</p> <p>Por fim, fez menção aos kits de Diagnósticos e reagentes em processo de finalização de aquisição pela Coordenação Geral de Laboratórios – CGLAB/SVS: Dengue; Chagas; Colinesterase; Hantavirose; (ELISA: Leishmaniose Visceral Humana (IFParvovírus (ELISA; Sarampo IgG; Tuberculose (BioMolecular) e ZIKA ( BioMolecular).</p> <p><b>SE/MS:</b> Afirmou que todas as questões apresentadas estão em conformidade. Em relação ao abastecimento tanto de insumos quanto de vacinas, reiterou estar em um estágio positivo, e que as questões individuais poderão ser esclarecidas com a referência técnica, Mariana Verotti, logo após a reunião.</p>
<p>b) Reunião tripartite sobre o Mandado de Segurança interposto pelo Cosems contra o Estado de Minas Gerais, com a presença do Secretário de Estado de Minas Gerais e o Presidente do COSEMS/MG – SE/MS.</p>	<p><b>CONASS:</b> Saudou a todos, e informou que na reunião da Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais (CIB/MG) de 15 de junho, houve a suspensão dessa, considerando um momento preocupante a todos. Explicou que para a solução do problema, foram realizadas reuniões periódicas, primeiramente entre Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Conselho de Secretário Municipais de Minas Gerais (COSEMS/MG) e SES e Ministério Público (MP), este passando a compor a mesa como mediador. Pontuou que na reunião da CIT de 30/06/2016, foi feito o informe da judicialização ao Estado, porém, as reuniões continuaram com intermédio do MP para estabelecer o cronograma de repasse dos recursos pendentes. Esclareceu que o governo de MG assumiu o Estado com dívida de 1 bilhão e 500 milhões de reais, e em 2015 manejou os</p>

	<p>compromissos do ano juntamente com as dívidas, no entanto, em consequência da crise financeira em 2016, a manutenção dos compromissos financeiros em dia se tornou insustentável. Destacou que foi feito um estudo junto ao COSEMS apoiado pelo MP, do recurso retido no Estado, como também recursos federais não retidos, mas sem utilização, desse levantamento, foi gerado provisoriamente, um planejamento para utilização desse, acordado a reposição pelo estado. Informou ainda, que foram iniciados os pagamentos em julho/16, com repasse de R\$ 120 milhões, relativos ao último quadrimestre de 2015, para o cofinanciamento da Atenção Primária para 700 municípios de MG até a presente data (28/07/16). Também comunicou que os repasses para os programas hospitalares e de atenção especializada foram iniciados em (27/07/16), e que seguem o cronograma acordado. Agradeceu a todos pela superação do momento de ruptura, deu ênfase a atuação da CIT, e da Secretaria Executiva/MS, especialmente ao CONASS. Por último informa que a CIB/MG foi restabelecida.</p> <p><b>COSEMS/MG:</b> Cumprimentou e agradeceu a todos, destacou que a resolução do problema se deu no momento em que os atores representantes do Estado, Municípios, Conselhos e MP, reuniram-se para discutir em prol de um mesmo ideal. Expressa, que infelizmente o financeiro da saúde é administrado pelo órgão da Fazenda dos Estados, e o gestor municipal não participa do manejo do recurso. Informa que foi criado uma câmara de conciliação que se reunirá mensalmente para a definição de prioridades para saúde em MG. Esse coletivo será composto pelo Secretário da Fazenda de MG, Secretário da Saúde/MG e COSEMS.</p> <p>Agradeceu pela participação na CIT, ao apoio do Dr. Gilmar de Assis coordenador do CAO saúde, e do Dr. João Batista do DENASUS, a CONASEMS, CONASS e SE/MS. Afirmou a certeza de sair do problema com um diálogo mais fortalecido e responsável, nas CIB, CIR, CIRAS.</p>
c) Situação dos Instrumentos de Planejamento no Âmbito do SUS – SGEP/MS.	<p><b>SGEP/MS:</b> Informou sobre a situação dos Instrumentos de Planejamento no âmbito do SUS, em cada Estado da Federação, de acordo com a alimentação do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (Sargsus), que pode ser verificado por meio do endereço eletrônico <a href="http://www.saude.gov.br/sargsus">www.saude.gov.br/sargsus</a>.</p>

Em relação aos Estados, no tocante a situação da existência de Relatórios de Gestão - RG (2015), disse que apenas Piauí, Rio Grande do Norte, Paraná e o Distrito Federal não informaram no Sargsus. Quanto à existência de Plano de Saúde - PS (vigência 2016 – 2019) e Programação Anual de Saúde - PAS (2016), destacou que: Tocantins apresenta somente o PS; Roraima, Maranhão, Mato Grosso e Minas Gerais apenas a PAS; Pará, Alagoas, Paraíba, Piauí, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina apresentam PS e PAS e; Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Bahia, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Goiás, Rio Grande do Sul e Distrito Federal não informaram nem o PS nem a PAS.

Já no que diz respeito a situação dos Municípios afeto à existência dos instrumentos de planejamento supracitados, fez menção apenas ao percentual Brasil: 73,78% dos municípios informaram ter RG (2015); 47,40% possui Plano Municipal de Saúde(PMS) e PAS; 44,61% tem somente PMS; 0,59% apenas PAS e 7,40% dos municípios não informaram ter PMS nem PAS.

Concluiu ressaltando os percentuais dos pareceres dos Conselhos de Saúde para os Relatórios de Gestão (RG) e Relatórios de Gestão Municipais (RGM), anos base de 2011 a 2015. Nos anos de 2011 a 2014, 100% dos Estados enviaram RG ao seu respectivo Conselho, havendo pendências apenas no ano de 2015 de 14,8%. Quanto aos municípios, há pendências de envio dos RGM nos anos de 2013, 2014 e 2015, sendo 5,94%, 8,89% e 26,22%, respectivamente apreciação pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

**SE/MS:** Fez menção aos Estados que não informaram a situação do RG 2015, solicitando ao Conass que faça contato individual com cada uma das Secretarias Estaduais de Saúde. Embora compreenda que haja uma dificuldade maior para o Conasems em contatar todos os municípios, pela questão do quantitativo ser muito maior e também por estarem terminando as gestões municipais, solicitou ao Conasems e aos Cosems que façam, por meio de suas assessorias técnicas, articulação com os municípios que não alimentaram o Sargsus. Salientou a presença da representação do Conselho Nacional de Saúde – CNS e pediu a este, que também se articule com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, no intuito de juntos sanar todas as situações de inadimplência junto ao referido sistema, evitando assim as notificações dos órgãos de

	<p>controle.</p> <p><b>CONASS:</b> ponderou já ter feito contato e que os instrumentos de planejamento estão prontos, apenas não foram alimentados o Sistema de informação, o que será providenciado junto aos Estados.</p> <p><b>CONASEMS:</b> informou que em julho/2016 foi disponibilizado uma ferramenta de ambiente virtual, como instrumento de capacitação à distância, aos 5.570 municípios, sendo que 470 já estão utilizando. A ferramenta orienta o encerramento da gestão e trás, claramente, os instrumentos de planejamento importantes para a gestão. Pretende alcançar os 5.570 municípios, pois a ferramenta é online e como foi usado a base de dados do SIOPS todos estão inscritos nesta ferramenta e poderão fazer uso até 31 de dezembro/2016. Reiterou que durante os meses de julho e agosto, instrutores estarão disponíveis para esclarecer as dúvidas dos gestores. Afirmou que 100% dos municípios Já foram informados da ferramenta, no intuito de orientá-los, principalmente neste ano de encerramento de contas.</p>
<p><b><u>Destaques:</u></b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>CONASEMS:</b> Leu o Ofício nº 664/2016 do Conasems, aonde solicita informações sobre quando será disponibilizada para download a versão de transmissão do 2º Bimestre e as versões de preenchimento e transmissão do 3º Bimestre do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), visto que o prazo para homologação do 2º Bimestre encerrou em 30 de maio e o 3º Bimestre encerrará em dia 30 de julho.</li> </ul> <p>Ressaltou que o Sistema não está disponível e que há duas competências em atraso. Os Tribunais de Contas dos estados e municípios já estão autuando os mesmos pelo não cumprimento, sendo que a competência de disponibilizar o SIOPS é do Ministério da Saúde.</p> <p>Solicitou que não fossem agendadas reuniões dos grupos de trabalho tripartite (GT) nos meses de agosto e setembro, apenas as pautas imprescindíveis, tendo em vista a necessidade dos gestores municipais apoiarem seus prefeitos nesse período eleitoral.</p> <p>Sugeriu que a reunião de discussão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fosse adiada do dia 18 para o dia 24 de agosto.</p> <p><b>CONASS:</b> Entendeu a preocupação do Conasems quanto à agenda de GT, porém lembrou que já existem pautas prioritárias agendadas e que devem ser mantidas, citou como exemplo a discussão da PNAB; criação de um subgrupo para discussão do Decreto 7.508; revisão da Portaria nº 204, que é fundamental ser trabalhada agora para impactar em 2017.</p> <p><b>SE/MS:</b> Acatou a solicitação do Conasems, porém ressaltou que existem agendas prioritárias que são imprescindíveis e inadiáveis. O ideal é concentrar as discussões evitando diversos deslocamentos.</p>

Quanto ao SIOPS, esclareceu que houve um problema de contrato anterior com o DATASUS, e que essa demanda já foi direcionada ao Departamento de Economia da Saúde (DESID/SE/MS). Aproveitou a oportunidade para apresentar a nova diretora do DESID, Ana Wanzeler.

Informou que nesta data será transferido R\$ 1.200.000,00 (um milhão e 200 mil reais) no intuito de que todos os contratos sejam devidamente regularizados, para que não haja mais nenhum tipo de interrupção, em cumprimento às obrigações do MS.

**ENCAMINHAMENTO:** Mantidas as agendas prioritárias para discussão nos Grupos de Trabalho da CIT, sendo: PNAB, Decreto 7.508 e revisão da Portaria nº 204/2007.

- **O Secretário Executivo do MS** apresentou o novo diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS), Senhor Renato Alves Teixeira Lima.