



Conselho Estadual de Saúde

1

2

Ata da 248ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual  
de Saúde da Bahia (CES/BA).

3

4 Aos sete dias do mês de dezembro de dois mil e dezessete, no Auditório Jornalista Jorge Calmon,  
5 da Assembleia Legislativa do Estado da Bahia, Centro Administrativo do Estado da Bahia – CAB,  
6 com as presenças dos senhores membros do Conselho Estadual da Saúde: Ricardo Luiz Dias  
7 Mendonça – Presidente, Cássio André Garcia (Suplente), Arão Capinam de Oliveira Secretário  
8 Executivo do CES, Isadora Oliveira Maia (Titular), Márcio Costa de Souza (Titular), Paulo Sérgio  
9 Pereira Costa (Suplente), Leonídia Laranjeira Fernandes (Suplente), Célia Maria Alexandria de  
10 Oliveira (Titular), Marleide Castro dos Santos (Suplente), Silvio Roberto dos Anjos e Silva  
11 (Titular), Waldir Cerqueira dos Santos (Suplente), Valdete Francisca da Silva (Suplente), Maria  
12 da Conceição Sanches Passidomo (Titular), Tharcia da Purificação Machado dos Santos (Titular),  
13 Maria Ângela da Mata Santos (Suplente), Moysés Longuinho Toniolo de Souza (Suplente), Rosa  
14 Beatriz Graça Marinho (Suplente), José Vasconcelos de Freitas (Suplente), Francisco José Sousa  
15 e Silva (Titular), João da Cruz de Souza Santos (Suplente), Eduardo de Agueda Nunes Calliga  
16 (Titular), Maria Helena Ramos Belos (Titular), Maria Soraya Pinheiro de Amorim (Titular), José  
17 Silvino Gonçalves dos Santos (Titular), Marcos Antonio Almeida Sampaio (Titular), Rubiraci  
18 Santos de Almeida (Suplente), Walney Magno de Souza (Titular) para a reunião do CES/BA. O  
19 Senhor Presidente Ricardo Luiz Dias Mendonça às 10h e declarou aberta a 248ª Reunião  
20 Ordinária do Conselho Estadual de Saúde, franqueando a palavra aos conselheiros para os  
21 informes, embora ainda não tivesse o quórum regimental. **O Conselheiro Márcio Costa de Souza**  
22 informou que na semana passada ele, a Conselheira Marleide Castro e a servidora do CES Maria  
23 Bispo, estiveram em Teixeira de Freitas onde foi realizada mais uma Oficina para Formação de  
24 Conselheiros, e dos 20 municípios, teve a presença de 18 municípios com 105 Conselheiros.  
25 Falou que foi um sucesso pela participação efetiva dos Conselheiros do Extremo Sul; e que  
26 naquele exato momento, estava acontecendo, porque tinha coincidido a agenda, pois a data de  
27 Vitória da Conquista era 5 e 6, mas com a possibilidade da greve geral foi cancelada, e não dava  
28 para cancelar outra vez porque tinha toda uma logística com o Hotel. Vitória da Conquista  
29 conseguiu todo o apoio da Gestão do Núcleo Regional que facilitou muito. Mesmo com muita  
30 fragilidade ainda, teve a participação de 105 Conselheiros; ouviu os depoimentos dos  
31 Conselheiros Municipais, que a maioria participou das Oficinas bancando as suas viagens, pois  
32 não tinham apoio, principalmente os do segmento dos usuários. Era constante o acontecimento  
33 popular de colaboração entre eles. Comunicou que naquele momento em Vitória da Conquista, a  
34 Conselheira Patrícia Soares estava representando a todos, justificando a ausência da mesma no  
35 Pleno. Ela tem sido uma parceira, representando o MORHAN. Salientou que no dia anterior  
36 colaborou com a alimentação de três Conselheiros, porque o Hotel que eles estavam era longe.  
37 Pediu até que fizessem um relatório e colocassem essa situação. Em Vitória da Conquista tinha 98  
38 Conselheiros na formação. A parceria com o Conselho Nacional terminava naquele dia e as novas  
39 formações seriam o CES que iria organizar, porque já tinha pré-agendas em fevereiro para  
40 Jacobina e março para Ilhéus, no entanto precisava sentar o quanto antes para organizar. O  
41 **Conselheiro Marcos Antonio Almeida Sampaio** solicitou pautar no CES a questão da raiva, que  
42 tinha voltado na Bahia; ter raiva humana, inclusive na Região de Feira de Santana, Lauro de  
43 Freitas e Salvador. Falou que era uma pauta que precisava debater no CES. Logo no início do  
44 próximo ano deveria pensar uma agenda para discutir as mudanças do Planejamento do Sistema  
45 Único de Saúde na questão do financiamento, atualizando sobre esse assunto. Seria muito bom  
46 que o CES se debruçasse acerca disso, já que teria novo modelo de bloco de financiamento, teria  
47 uma nova PNAB, embora ainda tivesse na luta da discussão, mas era o que estava posto.

48 Precisava já em janeiro, começar como se fosse uma formação e atualização para os Conselheiros  
49 Estaduais. Na primeira reunião pudesse levar pessoas para atualizar com informações de como  
50 estavam às mudanças no Sistema Único de Saúde, como seria o novo bloco de financiamento.  
51 Eram questões que tinha falado durante o ano, foi pauta que tinha tocado na luta, mas além da  
52 função militante deveria saber de fato, como iria lidar com os instrumentos de Gestão. Falou que a  
53 reunião inaugural seria essa, por último colocou que logo no início do ano fizesse uma discussão  
54 profunda sobre a relação CES e a Secretaria Estadual de Saúde. Precisava convencer o Secretário  
55 Dr. Fábio Vilas-Boas a participar das reuniões ou que se declarasse impedido, já que em todas as  
56 reuniões não conta com a presença do Secretário. O Conselheiro Cássio André quem está  
57 suprimindo as lacunas, mas quem é o Gestor Fábio Vilas-Boas, quem foi nomeado pelo Governador  
58 para tocar a Saúde no Estado da Bahia. Falou que precisava que o Secretário Fábio Vilas-Boas  
59 participasse mais para falar sobre as notícias boas que tinha feito no Estado da Bahia, inclusive  
60 com presença do Ministério Público que pode estar ajudando. O **Presidente Ricardo Luiz Dias**  
61 **Mendonça** salientou que faltava um Conselheiro ainda para que se formasse o quórum. O  
62 **Conselheiro Walney Magno de Souza** salientou que a situação de Ilhéus continuava grave, porque  
63 existem dois Conselhos Municipais de Saúde com a projeção do Hospital do Cacau, e está vendo  
64 a possibilidade de que tudo isso possa vir a travar, porque o Ministério Público tem acompanhado.  
65 Inclusive a SAMU era um único meio em ter acesso ao Hospital do Cacau direto, porque o resto  
66 teria que ser regulado. Afirmou que a SAMU de Ilhéus não existe e isso estava denunciado, até  
67 mesmo pelo Ministério Público. É preciso resolver essa situação. Comunicou que tem solicitado  
68 para o Presidente Ricardo Mendonça e para a Gestão, viabilizar a ida de 03 (três) Conselheiros  
69 Estaduais ao município de Ilhéus. **A Conselheira Célia Maria Alexandria de Oliveira** informou  
70 que o SINDPREV, Entidade que representa no CES, está lutando pelo fortalecimento da Rede de  
71 Atenção Psicossocial na Bahia e pela Política de Desinstitucionalização no Estado da Bahia. A  
72 portaria 415 de 30 de março de 2017 criou a Comissão Interinstitucional de Planejamento das  
73 Ações de Desinstitucionalização no Estado da Bahia. E uma das preposições dessa Comissão  
74 CIPAD, foi organizar o Seminário realizado no dia 13 de dezembro de 2017, no Auditório do  
75 Fórum Ruy Barbosa, para que se promovessem diálogos e articulações para o fortalecimento da  
76 Rede de Atenção em Saúde Mental no Estado da Bahia. Foi um Seminário da maior importância e  
77 sentiu a falta dos Conselheiros (as), e houve bastante divulgação. Lá teve a oportunidade de estar  
78 convivendo com experiências de Desinstitucionalização, no contexto nacional e  
79 internacionalmente. Foram duas Palestras Magnas excelentes, abordando as experiências da  
80 Desinstitucionalização no contexto Internacional com o Dr. Ernesto Vitorine, catedrático do  
81 Instituto de Estudos Avançados Transdisciplinares na Universidade de Minas Gerais; ele foi um  
82 dos participantes da Política da Itália que inspirou a do Brasil. A outra palestra foi no período da  
83 tarde sobre Prosperidade Desigualdade e Financiamento Público em Saúde com o Dr. José  
84 Antônio - Vice-Presidente da ABRASCO. Teve também a apresentação da Política da Bahia da  
85 Senhora Liliane Mascarenhas Silveira, inclusive seria apresentada no CES, e Delmário Adelson  
86 Bezerra de Oliveira Silva - Coordenador da Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju, João  
87 Marcelo Costa Ferreira - gerente de Atenção a Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de  
88 Pernambuco, Anom Trindade Filho - Coordenador de Saúde Mental de Belo Horizonte, Ludimila  
89 Cerqueira Correia - Departamento de Ciência Jurídica da Universidade Federal da Paraíba e Iraci  
90 Leite Diretora do Hospital Especializado Lopes Rodrigues. Falou que estava tendo uma  
91 preocupação muito grande em estar fazendo esta política discutindo, o nome do Seminário,  
92 Perspectivas e Desafios para o Fortalecimento da Rede da Atenção Psicossocial na Bahia e estava  
93 sendo muito cuidadoso, pois não queria desassistência, e sim uma forma de atendimento mais  
94 avançada para os usuários da Saúde Mental. Concluiu comunicando que uma usuária da AMEA  
95 participou desse Seminário. O senhor **Presidente Ricardo Luiz Dias Mendonça** informou que já  
96 havia quórum, iniciando a 248ª Reunião Ordinária do CES, colocando a ata da 26ª Reunião  
97 Extraordinária do CES, em regime de votação encaminhada por e-mail no dia 15/12/2017,  
98 aprovada por unanimidade. Em seguida franqueou a palavra para os Conselheiros fazer as  
99 considerações. O **Conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza** cumprimentou a todos (as)  
100 informando os eventos que estavam acontecendo nos últimos dias, que eram muito importantes as

101 discussões para o CES. Falou que teve um Seminário da Organização Pan-americana de Saúde no  
102 dia 04 de dezembro que antecedia a reunião do CES, que teve apresentações de alguns estudos.  
103 Ressaltou que o CONASEMS estava fazendo estudos sobre a Sustentabilidade do SUS, em  
104 conjunto com o mesmo tipo de pesquisa que era feito pela OPAS, com diversos parceiros no  
105 sentido de tentar identificar o rumo da Sustentabilidade do SUS no Brasil. Houve a presença de  
106 alguns pessoas que fizeram estudos no Brasil, que demonstrou durante o Governo Temer  
107 instalado de 2016 até a data presente, a diferença de classes sociais que tinha voltado a crescer, e  
108 agora estava voltando com nível de pobreza e miséria no Brasil; extrema riqueza nos dois opostos.  
109 Isso foi colocado nos estudos que mostraram com dados oficiais do Governo Brasileiro. Pediu que  
110 verificasse o mesmo tipo de dados para o CES. Comunicou que no dia 05, na Câmara Federal em  
111 Brasília, onde teve a discussão de Farmácia Popular, defendendo a Farmácia Popular do que  
112 estavam tentando fazer, porque já tinha acabado com a Rede Própria e agora o Ministro  
113 Engenheiro queria fazer acordo para acabar com a Rede Conveniada de Farmácias Privadas. Nos  
114 dias 11 á 13 houve o VIII Congresso Interno da Fiocruz no Rio de Janeiro que também tinha  
115 tratado sobre a Sustentabilidade do SUS e os Rumos da Democracia no País, foi um evento muito  
116 importante para que pudesse fazer discussões em outros Estados. O **Conselheiro José Silvino**  
117 **Gonçalves dos Santos** cumprimentou a todos (as) salientando que o aumento da pobreza está  
118 gerando também um aumento da violência e afetando a saúde. Relatou que o número de pessoas  
119 queimadas aumentou, porque as pessoas não têm dinheiro para comprar o gás de cozinha, estão  
120 cozinhando com álcool e outros derivados. Falou que a saúde deveria se preparar para esse  
121 número. Relatou também sobre o aumento da Sífilis, e que voltou com uma força muito grande, e  
122 isso é um descuido. Para a população encarcerada, população de rua e a população que vivia em  
123 situação de vulnerabilidade, isso é um agravante bem maior que para aquela população normal.  
124 Acha que o Estado da Bahia deve se preparar, não só para fazer o enfrentamento, mas também  
125 fazer a defesa do SUS, que fazia esse atendimento que está sendo suprimido e a pactuação do  
126 Estado e do Município onde tinha Sistema Prisional. Enfatizou que precisa dar mais atenção ao  
127 Grupo Condutor porque na última reunião não tinha participado, onde tinha dado ao Ministério  
128 um prazo curto de 06 dias, para que os municípios e o Estado se organizassem e apresentassem no  
129 Pleno. Disse que não sabia como eles tinham feito esse milagre em apresentar um projeto em  
130 menos de 06 dias e no final de semana. Sugeriu que ele e Silvio Roberto, que fazem parte da  
131 Comissão visitassem no mês de fevereiro as Unidades que pactuaram com a Atenção Básica e o  
132 Ministério para que prestassem esse serviço, porque de fato já existiam muitas equipes. Salvador  
133 tinha 10 equipes do lar que estavam cadastradas e ele que andava dentro do Sistema Prisional em  
134 todas as cadeias praticamente, não conseguia visualizar essa ação de trabalho dentro das  
135 Unidades. Afirmou que ele deveria trabalhar em algum canto, e com essa formatação resolveria.  
136 Colocou que depois de um processo de Eleição no Conselho Nacional para a Comissão Nacional  
137 de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, tinha sido eleito para compor a Comissão de Pesquisa  
138 Com Seres Humanos da CONEP, foi um processo que teve enfrentamento á outros Estados de  
139 São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, onde haviam pessoas muito capacitadas. Afirmou que  
140 foi eleito e estaria representando os usuários (as) no Conselho Nacional na CONEP. Solicitou que  
141 verificasse o perfil dessas pessoas que estavam sendo capacitadas, pois os usuários (as) tinham  
142 dificuldade para locomoção; tiravam dinheiro do bolso para financiar o almoço e jantar. Salientou  
143 que os usuários não estavam sendo assistidos pelos municípios e encaminhados para a  
144 capacitação. O **Conselheiro Jose Vasconcelos de Freitas comunicou ser** vítima de um  
145 medicamento, que lutou muito na questão e continua a mesma falha. Relatou que no dia anterior  
146 na Renal Bahia, tinha doações de 22 unidades da medicação para o Renal, distribuída pelo  
147 Ministério Público, faltando uma unidade para fechar o mês dos pacientes de Hemodiálise e há  
148 dois dias os pacientes não tinham tomado a injeção. Falou do seu apelo para melhorar a situação e  
149 posteriormente que esses pacientes fossem cadastrados em todas as Unidades de distribuição.  
150 Registrou que no Ana Neri e os postos da Prefeitura estavam também faltando medicamentos,  
151 onde não encontrava e tinha dificuldade. Disse ser vítima ainda, no CEDEBA. Esteve no  
152 CEDEBA para pegar a insulina lantuns e a caneta. Havia saído há pouco tempo do Hospital onde  
153 estava internado por questão da diabetes, onde teve amputação de um dedo, quase perdia a sua

154 perna, e no dia anterior não poderia pegar o medicamento, porque faltava um exame de  
155 hemoglobina. Falou que naquele dia o quadro da diabetes dele estaria acima de 200mg/dl, e não  
156 tinha tomado o medicamento pela manhã, e estava se arriscando em voltar para casa ou para uma  
157 Unidade Hospitalar por falta da medicação. Disse que tinha o medidor e iria detectar a sua  
158 glicemia para o Pleno ver. Indagou, para todos imaginar, como é que ficariam os usuários  
159 normais. No CEDEBA falaram para ele, que tinha uma caneta para resolver o problema, para  
160 posteriormente retornar. Desabafou que chegou em casa triste, porque sabia da sua necessidade de  
161 tomar esses remédios, por ser transplantado e era um desconforto muito grande, ficar sem tomar a  
162 medicação. O **Conselheiro Eduardo de Agueda Nunes Calliga** falou que não necessitava da  
163 promessa de um final feliz, para justificar a rejeição, ao mundo que sentimos estar equivocados,  
164 com esse pensamento. Saudou todos (as) e demais Conselheiros (as). Colocou que era uma luta  
165 também, porque além de ser usuário de Saúde Mental, também é portador de diabetes. Enquanto  
166 Conselheiro a dificuldade já existia, imagine para um ser cidadão comum. Estava passando por  
167 isso, porque tinha um dedo amputado e após dois anos, não tinha acesso ao CEDEBA também. É  
168 difícil; tem que fazer das tripas coração. Indagou a Leide que naquela manhã, enquanto usuário de  
169 Saúde Mental era com bastante emoção está participando da apresentação do Plano de  
170 Desinstitucionalização Estadual da Bahia, coisa que ele pensou não ver, por tudo que tinha  
171 passado e que estava passando dentro da Saúde Mental. Também faz parte da Comissão, e tem  
172 visto a grande dificuldade até hoje, para que esse Plano fosse apresentado. Tinha a esperança de  
173 sair dali com esse Plano em ação, depois de tantos retrocessos, tanto na Atenção Básica, como da  
174 Política Nacional de Saúde Mental, que estavam sofrendo golpes terríveis nesses últimos dias, em  
175 Brasília. Comunicou que nos dias 08 e 09 estava em Bauru, onde falou mais uma vez, por uma  
176 sociedade sem manicômio, após 30 anos. Estava lutando para que esse manicômio não  
177 permanecesse. Tinha visto o esforço das pessoas até chegar a Bauru e ele ainda tentava calar a  
178 voz, mas não iria conseguir. Como a Conselheira Célia Alexandria falou; teve um Seminário cujo  
179 tema foi Perspectivas e Desafios para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial da  
180 Bahia. Essa RAPS já estava pronta; já não necessitava mais de nada, a não ser força de vontade.  
181 Teria que está avançando dentro da RAPS, e não retroceder mais nada. Teria que discutir naquele  
182 momento, não só a manicomização, mas também os ambulatórios. Esses ambulatórios que nos  
183 cercam, é necessário lutar também contra eles, porque a permanência dos ambulatórios irá  
184 enfraquecer a rede de Assistência Psicossocial. O **Conselheiro Silvio Roberto dos Anjos e Silva**  
185 cumprimentou a todos (as), se apresentando como Presidente do SINDSAÚDE- B. Falou que no  
186 dia anterior, esteve nos municípios de Palmeiras, desenvolvendo uma atividade inerente à  
187 Comissão de Acompanhamento aos Conselhos Municipais de Saúde, quando estava em uma  
188 discussão motivacional. Inclusive a Presidente do Conselho tinha sido muito clara, que não era  
189 para dirimir qualquer situação de irregularidade dentro do Conselho, mas motivacional pelo  
190 esvaziamento da participação dos Conselheiros, e ao final da reunião, tinha ficado claro e ele tinha  
191 tomado essa iniciativa independentemente de consultar, pois já estava agendada para março de  
192 2018, uma atividade de Educação Permanente em Palmeiras, não sabia a data ainda, mas estava  
193 confirmado para o mês de março de 2018. Nos dias 15 e 16 foi realizado o Congresso do  
194 SINDSAÚDE-BA que, estatutariamente era de 3 em 3 anos, onde apresentaram os Planos, as  
195 lutas, discutiram e elegeram a nova diretoria para mais um triênio. Por isso que esteve ausente,  
196 tanto que tinha justificado com os Conselheiros Célia Alexandria e Eduardo Calliga da Reunião  
197 da Comissão de Saúde Mental, pois era membro da Comissão de Saúde Mental e do evento no  
198 Fórum com relação à Saúde Mental. Falou que a partir do dia 12 de janeiro o SINDSAÚDE terá  
199 um novo Presidente. Registrou que no dia 05 de dezembro a Assembleia Legislativa do Estado da  
200 Bahia causou um misto de tristeza, revolta e até constrangimento quando prorrogou, indo de  
201 encontro a sumula do Supremo Tribunal Federal, quando veta o uso do amianto. A Assembleia  
202 Legislativa por unanimidade e não tinha nem como criticar, por que foi por unanimidade, aprovou  
203 o adiamento do banimento do uso do amianto até o ano de 2026; isso significou que os  
204 trabalhadores (as) continuariam sendo vítima desse veneno chamado amianto. Propôs, que até o  
205 final da reunião, elaborar uma moção de repúdio, solicitando ao Governador que vetasse, bem  
206 como exigindo uma Audiência ao Governador e ao Secretário da Saúde, para justificar o porquê

207 estava tomando aquela posição, e os Conselheiros (as) devem avaliar. O senhor **Presidente**  
208 **Ricardo Luiz Dias Mendonça** concordou com a moção sugerida pelo Conselheiro Silvio Roberto,  
209 solicitando que fosse encaminhada ao Pleno para que colocasse em votação. O **Conselheiro**  
210 **Cássio André Garcia** informou que naquele momento, estava inaugurando em Feira de Santana a  
211 maternidade de alto risco dentro do Hospital Estadual da Criança. Era mais um equipamento  
212 implantando em uma área que sabia que era bem complexa, onde tinham sido definidos os fluxos  
213 com os municípios das regiões aprovadas em CIR, e seguia tentando construir a Rede Cegonha.  
214 Na semana anterior foi inaugurado o Hospital Costa do Cacau; também um equipamento  
215 importante dentro da Rede e na sexta-feira inaugurou mais uma Policlínica, a Regional de Irecê.  
216 Nesse período, de 1 mês e 15 dias levaram equipamentos importantes dentro das construções de  
217 Rede do Estado da Bahia. Em relação à Saúde Mental, falou que iria deixar para falar em um  
218 momento oportuno em pauta, já que todos souberam que na semana passada foi aprovada na CIT  
219 a consolidação na Rede de Atenção Psicossocial, com algumas modificações importantes. O  
220 Estado da Bahia fez o seu posicionamento e ele se colocou oportunamente nas discussões.  
221 Lembrou que o Conselheiro José Silvino levou uma solicitação importante e que tinha aprovado  
222 na CIB, em relação a Saúde Prisional. Deveria levar como pauta, fazer uma apresentação mais  
223 aprofundada sobre isso e propiciar uma discussão melhor sobre o tema. O **Senhor Presidente**  
224 **Ricardo Luiz Dias Mendonça** registrou a presença do Subsecretário Dr. Adil no Pleno  
225 participando da reunião. Registrou as presenças dos promotores Márcia Teixeira e Dr. Fábio  
226 Veloso. Desejou boas vindas e falou que o Ministério Público era parceiro do CES e essa pauta  
227 era importante para essa discussão. A **Servidora Elenice Sales Sobreira** leu as Comunicações da  
228 Secretaria Executiva. A Comissão Intergestores Bipartite da Bahia – CIB apresenta as seguintes  
229 resoluções aprovadas no seu âmbito para conhecimento deste Conselho Estadual de Saúde - CES.  
230 As resoluções foram enviadas na íntegra para o e-mail dos (as) senhores (as) conselheiros (as),  
231 para conhecimento, enviadas em 15/12/2017. **RESOLUÇÃO n° 197 a 266. RESOLUÇÃO CIB N°**  
232 **197/2017** - Aprova o Fluxo para Acesso Ambulatorial às unidades habilitadas na Assistência de  
233 Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), localizadas no Município de Vitória da  
234 Conquista, de pacientes residentes em municípios que integram a Macrorregião Sudoeste; os  
235 Fluxos para Acesso Ambulatorial às unidades de referência habilitadas na Assistência de Alta  
236 Complexidade em Oncologia (UNACON/CACON) de acordo com o Plano Estadual de Atenção  
237 ao Câncer 2016-2023, de pacientes residentes em municípios que integram a Macrorregião  
238 Sudoeste; e o Fluxo para Acesso a leito hospitalar nas UNACON/CACON de acordo com o Plano  
239 Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023) para pacientes residentes em municípios que integram  
240 a Macrorregião Sudoeste. **RESOLUÇÃO CIB N° 198/2017** - Aprova os Projetos de Transporte  
241 Sanitário dos municípios: Aratuípe, Governador Mangabeira, Iuiu, Presidente Jânio Quadros e  
242 Ribeira do Amparo. **RESOLUÇÃO CIB N° 199/2017** - Aprova o credenciamento de Núcleos de  
243 Apoio à Saúde da Família – NASF nos Municípios de Ajustina, Itapitanga e Itapé.  
244 **RESOLUÇÃO CIB N° 200/2017** - Aprova a alteração de composição da Equipe de NASF Tipo  
245 I, no Município de Iraquara. **RESOLUÇÃO CIB N° 201/2017** - Aprova o credenciamento de  
246 Equipes de Saúde Bucal – ESB, nos Municípios de Paulo Afonso, Rodelas, Itiúba, Mirangaba e  
247 Caldeirão Grande. **RESOLUÇÃO CIB N° 202/2017** - Aprova o credenciamento de Equipe de  
248 Saúde da Família – ESF, no Município de Mirangaba. **RESOLUÇÃO CIB N° 203/2017** - Aprova  
249 o detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar – AD da Rede de Atenção às Urgências  
250 do Município de Itaberaba. **RESOLUÇÃO CIB N° 204/2017** - Aprova a habilitação do serviço  
251 de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo III, no Hospital Universitário Professor  
252 Edgard Santos – HUPES, no município de Salvador. **RESOLUÇÃO CIB N° 205/2017** - Aprova  
253 o terceiro aditivo ao Plano Estadual de Atenção ao Câncer 2016-2023 e a solicitação de  
254 habilitação do Hospital do Oeste, em Barreiras, como UNACON com Serviço de Radioterapia; do  
255 Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães, em Porto Seguro, como UNACON, e do  
256 Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho, em Irecê, como UNACON com Serviço de  
257 Radioterapia. **RESOLUÇÃO CIB N° 206/2017** - Aprova a solicitação de habilitação do Hospital  
258 do Oeste, em Barreiras, do Hospital Regional Deputado Luís Eduardo Magalhães, em Porto  
259 Seguro, e do Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho, em Irecê como Unidade de

260 Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular – UAACC. **RESOLUÇÃO CIB Nº 208/2017** -  
261 Aprova a Proposta nº 11748562000/1170-21, Emenda Parlamentar nº 27510011, para Aquisição  
262 de Equipamento e Material Permanente para implantação de unidade hospitalar no município de  
263 Presidente Jânio Quadros. **RESOLUÇÃO CIB Nº 209/2017** - Aprova a Proposta nº 912092/17-  
264 003, Emenda Parlamentar nº 27450004, para Reforma e Ampliação de Hospital Antônio Carlos  
265 Magalhães, no município de Inhambupe. **RESOLUÇÃO CIB Nº 210/2017** - Aprova as Propostas  
266 nº 10413214000/1170-13 e 10413214000/1170-15, das Emendas Parlamentares nº 27390006 e  
267 34870009, para Aquisição de Equipamento e Material Permanente para implantação de novo  
268 serviço – Centro Médico Santa Cruz no município de Cotegipe. **RESOLUÇÃO CIB Nº 211/2017**  
269 - Aprova a Proposta nº 911331/17-005, da Emenda Parlamentar nº 27390006, para ampliação de  
270 Unidade de atenção especializada em saúde da Casa de Saúde, no município de Wanderley.  
271 **RESOLUÇÃO CIB Nº 212/2017** - Aprova a Proposta nº 05816.630000/1177-15, da Emenda  
272 Parlamentar nº 71060002, para aquisição de equipamento unidade de atenção especializada em  
273 saúde – implantação da Policlínica Regional no município de Itabuna. **RESOLUÇÃO CIB Nº**  
274 **213/2017** - Aprova a Proposta nº 08704.475000/1170-07, da Emenda Parlamentar nº 17180008,  
275 para aquisição de equipamento unidade de atenção especializada em saúde – Hospital Paulo  
276 Afonso, para implantação do serviço de ressonância magnética, no município de Paulo Afonso.  
277 **RESOLUÇÃO CIB Nº 214/2017** - Aprova a Proposta nº 912780/17-001 de convênio junto ao  
278 Ministério da Saúde para reforma do Hospital Dr. Cesar Monteiro Pirajá do município de Ubata.  
279 **RESOLUÇÃO CIB Nº 215/2017** - Aprova a Proposta nº 910613/17-007, Emenda Parlamentar nº  
280 31660008, para reforma de Unidade de Atenção Especializada em Saúde no município de Rio de  
281 Contas. **RESOLUÇÃO CIB Nº 216/2017** - Aprova a Proposta nº 105138630001/17-004,  
282 Emenda Parlamentar nº 30910007, para ampliação de Unidade Básica de Saúde, localizada no  
283 município de Remanso. **RESOLUÇÃO CIB Nº 217/2017** - Aprova a Proposta nº 9137959/17-  
284 003, Emenda Parlamentar nº 35680005, para reforma do Hospital Municipal Dra. Monalisa,  
285 Louzada no Município de Érico Cardoso. **RESOLUÇÃO CIB Nº 217/2017** - Aprova a Proposta  
286 nº 9137959/17-003, Emenda Parlamentar nº 35680005, para reforma do Hospital Municipal Dra.  
287 Monalisa Louzada, no Município de Érico Cardoso. **RESOLUÇÃO CIB Nº 218/2017** - Aprovam  
288 as Propostas nº 117564210001/17-015, 117564210001/17-021 e 117564210001/17-023 Emenda  
289 Parlamentar nº 37720006, para reforma de Unidade Básica de Saúde no município de Nova  
290 Viçosa. **RESOLUÇÃO CIB Nº 219/2017** - Aprova as Propostas nº 913320/16-001 e 913320/15-  
291 001, Emendas Parlamentares nº 27450012 e 27450009, para reforma do Hospital Municipal  
292 Mariana Penedo, no Município de Tucano. **RESOLUÇÃO CIB Nº 220 /2017** - Aprova a  
293 Proposta nº 911756/16-004, Emenda Parlamentar nº 37520007, para construção de unidade de  
294 atenção especializada em saúde, no município de Nova Viçosa. **RESOLUÇÃO CIB Nº 221/2017**  
295 - Aprova a Proposta nº 13822397000/1170-11, Emenda Parlamentar nº 27460002, para aquisição  
296 de equipamento e material permanente para unidade de atenção especializada em saúde, no  
297 município de Vitória da Conquista. **RESOLUÇÃO CIB Nº 222/2017** - Aprova Projeto de  
298 Transporte Sanitário do município Laje. **RESOLUÇÃO CIB Nº 223 /2017** - Aprova a Proposta  
299 nº 08576590.0001/17-709, Emenda Parlamentar nº 71060002, para construção da UPA 24 h, porte  
300 I, no distrito de Humildes, no município de Feira de Santana. **RESOLUÇÃO CIB Nº 224/2017** -  
301 Aprova a Proposta nº 911373/17-002 e emenda nº 27390006 de convênio junto ao Ministério da  
302 Saúde para ampliação da Unidade Mista de Saúde do município de Feira da Mata. **RESOLUÇÃO**  
303 **CIB Nº 225/2017** - Aprova a Proposta nº 105138630001/16-002, Emenda Parlamentar nº  
304 13390017, para ampliação de Unidade Básica de Saúde – UBS no município de Remanso.  
305 **RESOLUÇÃO Nº 226/2017** - Aprova a devolução, provisória, ao município de Ilhéus do repasse  
306 de recurso financeiro federal de média e alta complexidade (MAC), que vem sendo feito ao Fundo  
307 Estadual de Saúde da Bahia (FESBA). **RESOLUÇÃO CIB Nº 227/2017** - Aprova a alteração da  
308 Resolução CIB nº 124/2016, referente à estimativa para cálculo de pacientes com Doença Renal  
309 Crônica no Estágio Dialítico 5. **RESOLUÇÃO CIB Nº 228/2017** - Aprova alterações do  
310 Regimento Interno da CRIE – Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde do Vale  
311 do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 229/2017** - Aprova a  
312 Proposta nº 911373/17-002, Emenda Parlamentar nº 27390006, para Ampliação de Unidade de

313 atenção Especializada em Saúde – 07 novos leitos no município de Feira da Mata. **RESOLUÇÃO**  
314 **CIB Nº 230/2017** - Aprova a Proposta nº 09567134000/1177-04, Emenda Parlamentar nº  
315 30910006, para Ampliação de equipamento e material permanente para unidade de atenção  
316 especializada em saúde no município de Jacobina. **RESOLUÇÃO CIB Nº 231/2017** - Aprova os  
317 Projetos de Transporte Sanitário dos municípios: Capela do Alto Alegre e Pé de Serra.  
318 **RESOLUÇÃO CIB Nº 232/2017** - Aprova a solicitação ao Ministério da Saúde de suspensão da  
319 Portaria 3.011 de 10/11/2017, que estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações  
320 Estratégicas e Compensação – FAEC para o Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e  
321 Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC dos Estados e do Distrito Federal.  
322 **RESOLUÇÃO CIB Nº 233/2017** - Aprova *ad referendum* o Plano de trabalho para execução do  
323 Prêmio Inovasus 2015, concedido pelo Ministério da Saúde, ao Programa de Atenção Integral à  
324 Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.  
325 **RESOLUÇÃO CIB Nº. 234 /2017** - Aprova *ad referendum* o remanejamento do Teto de Terapia  
326 Renal Substitutiva – TRS do Estado e Municípios a partir da **RESOLUÇÃO CIB Nº 235/2017** -  
327 Aprova a execução e o limite financeiro para custeio dos procedimentos cirúrgicos eletivos  
328 estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.294, de 25 de maio de 2017. **RESOLUÇÃO CIB Nº**  
329 **236/2017**- Estabelece atribuições e responsabilidades do Gestor de Saúde na Atenção ao Paciente  
330 com DRC para acesso à Terapia Renal Substitutiva Ambulatorial e Hospitalar – TRS, no Estado  
331 da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 237/2017** - Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde  
332 Bucal – ESB nos Municípios de Wenceslau Guimarães, Belo Campo e Mirante. **RESOLUÇÃO**  
333 **CIB Nº 238/2017** - Aprova a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de  
334 Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Pé de Serra. **RESOLUÇÃO CIB Nº 239/2017** -  
335 Aprova a habilitação dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia, em unidade do  
336 Município de Santana. **RESOLUÇÃO CIB Nº 240/2017** - Aprova a habilitação do Instituto  
337 Visão Clínica Oftalmológica para o Código 05.06 Oftalmologia para procedimentos relacionados  
338 ao Glaucoma, no município de Santa Maria da Vitória. **RESOLUÇÃO CIB Nº 241/2017** -  
339 Aprova a transferência da Unidade de Suporte Avançado – USA do SAMU 192 do município de  
340 Morro do Chapéu, para compor a frota do SAMU 192 do município de Jacobina, como renovação  
341 de frota. **RESOLUÇÃO CIB Nº 243/2017** - Aprova a indicação para o Ministério da Saúde das  
342 Propostas dos CPN peri - hospitalares de 5 leitos dos municípios de Barreiras, Vitória da  
343 Conquista, Feira de Santana e Eunápolis para cadastramento no SISMOB e dá outras  
344 providências. **RESOLUÇÃO CIB Nº 244/2017** - Aprova a transferência da Unidade de Suporte  
345 Avançado – USA do SAMU 192 do município de São Sebastião do Passé, para compor a frota do  
346 SAMU 192 do município de Camaçari. **RESOLUÇÃO CIB Nº 245/2017** - Aprova a alteração no  
347 projeto do SAMU Regional de Camaçari, quanto à doação da Unidade de Suporte Básico – USB  
348 do SAMU 192 do município de Camaçari para o SAMU 192 do município de São Sebastião do  
349 Passé, como reserva técnica. **RESOLUÇÃO CIB Nº 246/2017** - Aprova a inserção do Hospital  
350 Municipal de Salvador na Rede de Atenção às Urgências – RAU (Porta de entrada hospitalar de  
351 urgência com leitos de enfermaria clínica de retaguarda e leitos de terapia intensiva), na Região  
352 Metropolitana de Salvador Ampliada, Estado da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 247/2017** -  
353 Aprova a inserção do Hospital Municipal de Salvador na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS,  
354 com atendimento em urgência/emergência e leito de internação hospitalar na Região  
355 Metropolitana de Salvador Ampliada, Estado da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 248/2017** -  
356 Aprova a inserção do Hospital Regional da Chapada na Rede de Atenção às Urgências (Porta de  
357 entrada hospitalar de urgência com leitos de enfermaria clínica de retaguarda e leitos de terapia  
358 intensiva), na Região de Seabra, Estado da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 249/2017** - Aprova a  
359 inserção do Hospital Regional da Chapada na Rede de Atenção Psicossocial, com atendimento em  
360 urgência/emergência e leito de internação hospitalar na Região de Seabra, Estado da Bahia.  
361 **RESOLUÇÃO CIB Nº 250/2017** - Aprova a inserção do Hospital Regional Costa do Cacau na  
362 Rede de Atenção às Urgências (Porta de entrada hospitalar de urgência com leitos de enfermaria  
363 clínica de retaguarda e leitos de terapia intensiva), na Região de Ilhéus, Estado da Bahia.  
364 **RESOLUÇÃO CIB Nº 251/2017** - Aprova a inserção do Hospital Regional Costa do Cacau na  
365 Rede de Atenção Psicossocial, com atendimento em urgência/emergência e leito de internação

366 hospitalar na Região de Ilhéus, Estado da Bahia. **RESOLUÇÃO CIB Nº 252/2017** - Aprova a  
367 pactuação do limite financeiro estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.730, de 19 de outubro de  
368 2017, para custeio dos procedimentos diagnósticos de câncer de mama, com valores alterados na  
369 Tabela SUS. **RESOLUÇÃO CIB Nº 253/2017** - Aprova a pactuação do limite financeiro  
370 estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.037, de 14 de novembro de 2017, que altera valores de  
371 procedimentos oftalmológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e  
372 Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece o remanejamento de recursos  
373 do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Componente Limite Financeiro  
374 de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). **RESOLUÇÃO CIB Nº**  
375 **254/2017** - Aprovaad *referendum* o Plano de trabalho para execução do Prêmio Inovasus 2015,  
376 concedido pelo Ministério da Saúde, ao Projeto de Educação Permanente em Saúde – Estratégia  
377 de Valorização dos Agentes de saúde e de Endemias da Secretaria Municipal de Saúde de Porto  
378 Seguro. **RESOLUÇÃO CIB Nº 255/2017** - Aprova a adesão aos termos da Portaria GM/MS nº  
379 1.555 de 30 de julho de 2013, da Portaria GM/MS nº 2.001, de 03 de agosto de 2017, que altera a  
380 1555/2013, e da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe  
381 sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência  
382 Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **RESOLUÇÃO CIB Nº 256/2017** -  
383 Aprova a habilitação, pelo Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) no território do  
384 município de Eunápolis, consoante a Política Nacional de Atenção à Saúde Prisional.  
385 **RESOLUÇÃO CIB Nº 257/2017** - Aprova a habilitação, pelo Estado, das Equipes de Atenção  
386 Básica Prisional (EABp) no território do município de Feira de Santana, consoante a Política  
387 Nacional de Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 258/2017** - Aprova a  
388 habilitação, pelo Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) no território do  
389 município de Ilhéus, consoante a Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO**  
390 **CIB Nº 259/2017** - Aprova a habilitação, pelo Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional  
391 (EABp) no território do município de Jequié, consoante a Política Nacional de Atenção a Saúde  
392 Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 260/2017** - Aprova a habilitação, pelo Estado, da Equipe de  
393 Atenção Básica Prisional (EABp) no território do município de Lauro de Freitas, consoante a  
394 Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 261/2017** - Aprova a  
395 habilitação, pelo Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) no território do  
396 município de Paulo Afonso, consoante a Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional.  
397 **RESOLUÇÃO CIB Nº 262/2017** - Aprova a habilitação, pelo Estado, das Equipes de Atenção  
398 Básica Prisional (EABp) no território do município de Salvador, consoante a Política Nacional de  
399 Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 263/2017** - Aprova a habilitação, pelo  
400 Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) no território do município de Serrinha,  
401 consoante a Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 264/2017** –  
402 Aprova a habilitação, pelo Estado, da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) no território do  
403 município de Valença, consoante a Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional.  
404 **RESOLUÇÃO CIB Nº 265/2017** - Aprova a habilitação, pelo Estado, das Equipes de Atenção  
405 Básica Prisional (EABp) no território do município de Vitória da Conquista, consoante a Política  
406 Nacional de Atenção a Saúde Prisional. **RESOLUÇÃO CIB Nº 266/2017** - Aprova a habilitação  
407 da Equipe de Atenção Básica Prisional (EABp) pelo município de Teixeira de Freitas, consoante a  
408 Política Nacional de Atenção a Saúde Prisional. O **Conselheiro José Silvino Gonçalves dos Santos**  
409 salientou, mais uma vez, das equipes que foram credenciadas para atender a Atenção Básica no  
410 Sistema Prisional de Lauro de Freitas, Teixeira de Freitas e Salvador. Falou que tinha visto na  
411 resolução uma necessidade de serem apresentados á novos Conselhos Estaduais e Municipais,  
412 porém parecia que a CIB tinha se antecipado e não tinha obedecido ao que estava proposto na  
413 Portaria, que seria apresentação e aprovação nos Conselhos. Seria interessante que explicassem  
414 como isso aconteceu, porque não recordava dessa questão, já que fazia parte do Conselho  
415 Municipal de Salvador e não tinha aprovado isso lá. Solicitou informações se houve alteração na  
416 Portaria e se não houve como justificar isso. O **Conselheiro Marcos Antonio Almeida Sampaio**  
417 falou que não iria naquele debate, no ponto de vista no que tinha colocado durante o ano, a  
418 respeito de não ter a garantia de pautas de pactuações que eram necessárias e consultas aos

419 Conselhos Municipais. Tinha a questão comprovadamente que não houve e o Conselho nem  
420 estava sabendo. E no próximo ano, que eram as maldades e inovações que iria acontecer no  
421 Sistema Único de Saúde. Se não tomar posturas mais incisivas, correrá o risco dos Conselhos não  
422 ter nenhuma legitimação, o risco de ter Conselhos cartoriais, Conselhos que seriam só  
423 informados. E essa pauta geralmente, só aparece como informes. A Resolução da CIB nº 205 de  
424 2017, aprova o terceiro aditivo ao Plano Estadual de Atenção ao Câncer. Afirmou que quem  
425 aprova a Política ou um Plano de Ação, é o Conselho. Solicitou uma reunião com o COSEMS,  
426 porque estava sentindo muita falta do COSEMS, depois da pauta da Atenção Básica, que eles  
427 saíram do Pleno e se sentiram um pouco ofendidos, pois o Conselho tinha tomado uma posição na  
428 contramão do que o CONASEMS queria; a agressão do Sistema Único de Saúde, nem os  
429 suplentes estavam participando. Então, cabe solicitar uma apresentação do CONASEMS e do  
430 COSEMS, para que o COSEMS possa participar do Pleno e que a CIB possa dialogar com todos.  
431 Enfatizou que voltava a agenda que tinha colocado no início, que precisava cobrar a presença do  
432 Secretário Dr. Fábio Vilas Boas, porque ele que era o Coordenador da CIB, era ele que estava no  
433 CES, para passar pelo CES primeiro, porque ele está no CES e na CIB, e pactuava na CIB o que  
434 poderia ser pactuado, discutido e avaliado no Pleno do CES. Afirmou que todos sentiam muito a  
435 ausência do Secretário. Registrou que irá aprovar o Plano da Desinstitucionalização e que tinha  
436 inúmeros Hospitais como o de Salvador e aprovava a inserção dos Hospitais Municipais e a Rede  
437 da Atenção Psicossocial – RAP. Não tinha nem discutido ainda e nem sabia quais foram os  
438 critérios, se já foi dentro disso que iria ser aprovado. Tem também o de Hospital de Ilhéus. Se  
439 aprovasse qualquer que fosse a alteração na Política, acabava comprometendo a pactuação e  
440 poderia gerar um conflito, que o órgão deliberativo. Falou no fato de lembrar, porque sabia que  
441 todos os dias o Presidente estava batendo na tecla, mas o instrumento deliberativo era o Conselho,  
442 porque pactua a execução da política, e não podia deliberar a política; deveria pactuar e às vezes,  
443 o trator estava passando por cima de todos. **O Conselheiro Silvio Roberto dos Anjos e Silva**  
444 reforçou a fala do Conselheiro José Silvino. Levou a questão de Assistência ao Sistema Prisional  
445 que seja na área da Saúde ou na área da Educação. Poderia ser em qualquer área; não era uma  
446 coisa simples, porque tinha uma portaria, resolução ou uma lei. Ela tinha uma complexidade  
447 muito grande e na medida em que se aprovam essas resoluções, que habilitam essas equipes de  
448 Atenção a Saúde; teria que passar por um processo, não só do conhecimento da saúde. Esse  
449 processo do Sistema Prisional tem que passar pelo conhecimento da relação de pessoas que  
450 tenham experiência naquela relação, até porque, tinha outras instituições que compõem. Tem um  
451 grupo condutor composto com diversas instituições. Esse processo deveria passar pela apreciação  
452 do Conselho Estadual de Saúde, apreciação das criações, porque não poderia ser assim, habilitar  
453 uma equipe de Atenção Básica ao Sistema Prisional. As coisas não se davam simplesmente dessa  
454 forma. **O Conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza** disse não ter nenhuma crítica das  
455 resoluções expostas. Referente à resolução CIB nº 085/2014 que instituiu 49 municípios do  
456 Estado da BA, para o repasse fundo a fundo da União para o Estado e Município das ações DST-  
457 AIDS no âmbito das suas atribuições, falou que tinha solicitado neste Conselho e não houve  
458 condições de fazer isso, por uma série de motivos. Havia solicitado visitar ao município d Vitória  
459 da Conquista, referência regional, onde o Prefeito da cidade estava desmontando o programa de  
460 DST-AIDS. Tinha conhecimento de modificação no laboratório que dava conta de exames, não só  
461 de HIV, mas de CD4, que era a contagem da célula de defesa dos pacientes de cargas virai dos  
462 pacientes, ou seja, a quantificação de vírus que tinha no organismo, isso para toda a região de  
463 Vitória da Conquista, e não tinha o COSEMS para discutir este tipo de coisa que precisava fazer.  
464 Solicitou já que a pauta de AIDS não poderia ir para o Conselho em dezembro, como seria o  
465 normal, para tratar disso, até porque o Plano de Ações e Metas do Estado da Bahia não tinha sido  
466 enviado de 2017 para este Conselho e não tinha sido avaliado em dezembro como deveria ser.  
467 Então, não sabia o que estava acontecendo de DST-AIDS em todo o Estado da Bahia, em 49  
468 municípios pactuados. Perguntou até que ponto as resoluções da CIB, traduziam em algo que  
469 realmente estaria acontecendo na ponta. Precisaria fazer uma discussão sobre isso e não saber se  
470 eles tinham poder ou não de fazer o que faziam, porque era uma instância deliberativa da gestão.  
471 **O Conselheiro Cássio André Garcia** referente à resolução CIB, disse que tinha comentado na

472 penúltima reunião, que era fazer uma reunião juntamente com o COSEMS para uma discussão  
473 sobre esses espaços; espaços que tinham posições, às vezes naturalmente, porque eram espaços  
474 deliberativos; isso inclusive no CONASS tinha discutido em duas reuniões anteriores e tinha que  
475 trazer vez o tema para discussão neste Conselho e, caso acontecesse aditivo ao Plano, eram os  
476 Planos Regionais e estava fazendo constantemente aditivos. Abriu Hospitais novos, tanto Costa  
477 do Cacaú, quanto o Hospital da Chapada em SEABRA e o Hospital de Salvador, que não estava  
478 aberto ainda e já iria incluir no Plano da Atenção; seja na Rede Psicossocial ou de Oncologia, para  
479 que pudesse receber as habilitações e financiamento do Ministério da Saúde, por isso que  
480 constantemente, estava fazendo os aditivos aos Planos e de todas as redes temáticas. Acerca da  
481 Saúde Prisional, passou a fala para Dra. Liliane Mascarenhas fazer uns esclarecimentos, mas era  
482 naquela linha que tinha colocado em trazer a discussão da Saúde Prisional, de forma ampla para o  
483 CES. Dra. **Liliane Mascarenhas, Diretora de Gestão do Cuidado da SESAB** falou da resolução que  
484 colocou o Plano aditivo da ação complementar os equipamentos da Rede Psicossocial. Um dos  
485 equipamentos eram leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, então a partir do momento que  
486 conseguia que esses novos Hospitais, todos tinham leito de Saúde Mental. Era grande o avanço e  
487 isso já estava posto e tinha todos os equipamentos, e só estava fazendo esclarecimento com  
488 relação aos Hospitais que estavam incluídos na Resolução da CIB. Com relação à Saúde Prisional,  
489 era só para lembrar que a Portaria da Atenção as Pessoas Privadas de Liberdade, publicada em  
490 2014 e desde lá, estava fazendo essa discussão e o Estado da Bahia tinha feito adesão a Política.  
491 Dos 417 municípios, só o de Teixeira de Freitas tinha adesão à Política e a segunda etapa que  
492 tinha, era o processo da habilitação da equipe de Saúde Prisional. O Estado da Bahia estava  
493 tentando ver a possibilidade dos municípios assumir as equipes de Saúde Prisional e o que estava  
494 vendo na verdade, era que os municípios não faziam o Estado, estava assumindo essas equipes de  
495 Saúde Prisional, e o que estava observando que a partir que os municípios não faziam a adesão, o  
496 Estado estava assumindo isso. Como o Estado estava assumindo isso e o tempo na verdade que foi  
497 dado, onde garantia recurso, não só para a Bahia, mas também para todos os Estados, onde já  
498 estava assumindo. O movimento que tem sido feito e discutido no próprio Grupo Condutor, é a  
499 questão da habilitação das equipes de saúde Prisional no Sistema Presidiário. A Portaria já existia  
500 e já tinha todos os critérios, inclusive a maioria das equipes de saúde prisional iria estar com a  
501 Saúde Mental que seria um up-grades na Rede Psicossocial; era um avanço dentro do Grupo  
502 Condutor de Saúde de Pessoas Privadas de Liberdade, onde o Estado efetivamente estava  
503 assumindo o seu papel. O **Conselheiro Marcos Antonio Almeida Sampaio** enfatizou que, quando  
504 tinha citado a questão das RAPS, e tinha feito analogia e que iria fazer a discussão da Política no  
505 Pleno, não tinha feito a discussão qualitativa do que poderia ser bom ou não, pois seria um  
506 retrocesso; não tinha feito ainda esse debate. Mas, o debate que está fazendo, é que tem um Fórum  
507 legítimo, para fazer a discussão e não quer entrar, porque no País estava entrando em uma tônica  
508 que era ruim, porque quando era bom passava por cima de tudo e todos concordavam, pois foi  
509 bom, e abria brechas irreparáveis para o momento que fosse coisas ruins, já que foi ruim, teria que  
510 aceitar os trâmites como normal e quando foi bom para ele, precisaria unificar o trâmite até nos  
511 momentos que são momentos que nos favorecem, quando vai discutir a Política. Temos um  
512 exemplo real, o CONASEMS discutiu e está destruindo a Política, e nem ouviu o Conselho  
513 Nacional, aí que no Estado da Bahia está sendo bom; é bom, que se adiante o processo, mas não  
514 está escoltado o controle social. Então, se igualarmos na essência este cuidado para não correr o  
515 risco de entrar mais tarde naquelas pautas do ponto de vista que nos favorecem, mas nas horas que  
516 entramos nas pautas de execuções, o papel será outro. Não sabe o que estão apoiando hoje; na  
517 hora que implementar a política e fazer as necessidades irão estar no mesmo lado, então as  
518 posições poderão ser diferenciadas. O **Senhor Presidente Ricardo Luiz Dias Mendonça** comunicou  
519 que encaminhou três ofícios agendando reunião com o COSEMS, para discutir várias solicitações  
520 feitas por este pleno e não teve retorno. Colocou que o subsecretário estava presente e informou  
521 que tem notificado todos os Conselheiros faltosos e suas respectivas entidades quanto ao número  
522 de faltas, bem como solicitando a substituição deles, conforme rege o regimento do CES.  
523 Enfatizou que o secretário realmente não tem vindo para as reuniões. Ele é o vice-presidente do  
524 Conselho Estadual de Saúde. O Secretário precisa abrir as portas para fazer uma discussão, já que

525 na CIB, ele é o Presidente e muitas coisas estão sendo discutidas lá e não passam pelo Conselho  
526 Estadual de Saúde, mas passam pelos Conselhos Municipais; então entende que, o que é gestão, é  
527 gestão, e o que é pactuação da política, tem que passar pelo Conselho. Outra coisa importante, é  
528 que na reunião em janeiro, retome essa conversa com o COSEMS e a CIB. É importante também  
529 que, algumas deliberações sejam tiradas de resolução antes de forem discutidas na CIB, que sejam  
530 encaminhadas para os Conselhos, tanto municipal, como estadual; uma nota técnica explicando o  
531 que é que está sendo deliberado na CIB, pois vai amenizar os conflitos. Essas notas técnicas são  
532 coisas de gestão, mas a gestão precisa dar uma satisfação ao Conselho Estadual e Conselhos  
533 Municipais já que, aprovamos as políticas e a Gestão implementam; então isso na gestão tem que  
534 dar o retorno. Temos que pactuar qual o mecanismo e as ferramentas que farão isso para ter o  
535 ajuste. O **Conselheiro Moyses Toniolo** colocou a necessidade em ter bastante atenção para este  
536 processo político, que está acontecendo, diante do que está ocorrendo aqui, como a participação  
537 do COSEMS Bahia nas reuniões do CES. Relatou que na última reunião do Conselho Nacional de  
538 Saúde houve ameaças de uma instituição de gestores municipais ao Conselho Nacional de Saúde,  
539 tentando colocar que não estão olhando para lei complementar 141. Eles acham que o Conselho  
540 Nacional deve é deliberar acima de qualquer coisa que aí está bem claro, tudo o que for para ser  
541 colocado de Política Estadual deve passar pelo Conselho Estadual; a CIB não se sobrepõe ao  
542 Conselho Estadual. No caso aqui, assim como a CIT, só que o CONASEMS está ameaçando; não  
543 só já se retirou neste exato momento da Mesa Diretora do Conselho Nacional de Saúde, e veio  
544 com ameaças em nota oficial, dizendo que se continuar este clima, que pode se retirar do  
545 Conselho Nacional de Saúde. Registrou que quer crer que, as ameaças ao Controle Social de  
546 Saúde estão postas, muito claramente, pelos entes; nós só pretendemos ver em que nível iremos  
547 discutir. Também, nós Estado da Bahia, se está retirada, já é algo que tenha a ver com o mesmo  
548 posicionamento do CONASEMS, junto ao Conselho Nacional de Saúde, porque isto é grave, isso  
549 é instituir uma ditadura de se fazer no âmbito intergestores, decisões que não querem acatar por  
550 finalidade, objetivo que é também deliberar. Pediu cuidado disso. Esta pauta deve ser tratada  
551 muito seriamente. Não é possível que o COSEMS se retire desta forma e simplesmente feche a  
552 boca, porque eles são instituições e, aliás, para quem criticou inicialmente o Conselhos Nacional,  
553 por algumas decisões, não vão criticar os Conselhos Municipais, Estaduais por decisões que, por  
554 muitas vezes, são de gestores, de secretários de saúde que estão sendo tomadas. No entanto muita  
555 coisa que vem sendo desmontada no Controle Social é por força disso. A **Conselheira Célia**  
556 **Alexandria** disse se sentir contempladas com as falas dos Conselheiros Marcos Sampaio e Moyses  
557 Toniolo. Entende essas preocupações e a sua preocupação é neste sentido, só lembrando que o  
558 COSEMS foi convidado a participar deste momento para, justamente pensar conjuntamente o  
559 Plano de Desinstitucionalização no Estado da Bahia e não compareceu em nenhuma das reuniões  
560 e isso é lamentável. O **Senhor Presidente Ricardo Mendonça** prosseguindo a reunião solicitou  
561 inversão de pauta quanto ao calendário de reuniões para 2018, sugerindo que no mês de janeiro  
562 2018 a reunião seja no dia 25 e a de fevereiro dia 22. Colocou em votação e todos concordaram  
563 com o calendário de reuniões do CES para 2018, com essas duas alterações. Em seguida convidou  
564 Dra. Liliane Mascarenhas para fazer a apresentação do Plano Estadual da Desinstitucionalização  
565 de Saúde Mental do Estado da Bahia. O subsecretário solicitou a palavra enfatizando que de fato a  
566 colocação do Conselheiro para um subsecretário chega a ser vexatória. Medicamentos tão  
567 relativamente comuns e que já fazem parte do tratamento de paciente, como ele e de repente está  
568 em falta a sua distribuição e realmente pegou de surpresa. Evidentemente muitas das coisas que  
569 acontecem, a Secretaria nem tem informações em tempo real. Relatou que estava tentando fazer  
570 uma comunicação com a SAFTEC, a DASF e com a Dra. Reni Chaves, Diretora do CEDEBA e  
571 eles realmente reconhecem que entre os dias 8 e 12 os medicamentos faltaram. Esta medicação é a  
572 insulina da marca lantus; a compra desta medicação decorre de uma ação civil pública, que o  
573 Estado atendeu, respondeu a isso. Temos 30 mil ampolas desta medicação compradas, mais que o  
574 fornecedor, ainda não teve a capacidade de nos fornecer isso dentro de um tempo maior para  
575 assistência e o tratamento dos pacientes, mas disse que no dia 12 já chegará no CEDEBA e no dia  
576 13 voltará a ser distribuído. Em relação à eritropoietina, questionei também, e ela falou que  
577 infelizmente na ação do renal crônico existe um novo protocolo aprovado estadual que está sendo

578 controlado pelo Hospital Ana Nery, e não sabe se o Conselheiro já passou por lá e se a condição  
579 do Conselheiro se enquadra dentro deste novo protocolo. Realmente não conhece o protocolo,  
580 mas ela disse que houve uma modificação em relação à distribuição da eritropoietina, baseada  
581 nessa nova forma e classificação dos doentes e distribuição. Para esclarecer ao Conselheiro  
582 Marcos Sampaio acerca do Secretário, de fato como o Presidente Ricardo Mendonça falou, ele é o  
583 Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde e coincidentemente com a sua chegada à  
584 Subsecretaria da Saúde. O Estado estava em uma fase de entrega muito grande. O Governador é  
585 muito detalhista em relação às suas entregas e cobra isso diretamente do Secretário que também,  
586 se envolve nos detalhes das policlínicas, dos hospitais e coincidentemente esse momento dos  
587 encontros tem acontecido, como hoje o Conselheiro Cássio Garcia citou, que está tendo uma  
588 entrega no município de Feira de Santana e ele tem que participar diretamente. Muitas vezes, ele  
589 viaja até antes. Frisou que não está falando em defesa, mas é uma coincidência dos fatos. Na  
590 condição de Subsecretário, de Secretário-Adjunto falou que levará as solicitações de todos. O  
591 Presidente Ricardo Mendonça sabe disso, e muitas delas a gestão tem procurado dar andamento,  
592 embora tenha que conhecer o Secretário, ele é uma figura insubstituível aqui, mas tem tentado  
593 procurar não deixar esta ausência dele ser repercutida negativamente neste Conselho. **Dra. Liliane**  
594 **Mascarenhas** comunicou ser a Diretora Gestão do Cuidado da SESAB. Relembrou que esteve  
595 neste Conselho em abril, na ALBA, onde trouxe efetivamente a proposta de construir a Comissão  
596 de Interinstitucional de Planejamento das Ações de Desinstitucionalização do Estado da Bahia.  
597 Rememora este movimento da saúde mental, trazendo neste âmbito, compreendendo e  
598 reconhecendo a importância deste Conselho neste processo desta comissão, a CIPAD. Ela foi  
599 instituída pela Portaria Estadual nº 415, de 30 de março de 2017. Antes de ser instituída foi  
600 dialogada aqui com os Conselheiros, apresentando qual era a proposta, que tem como objetivo  
601 anular um plano de trabalho para as ações de desinstitucionalização, a serem executadas  
602 estabelecendo as prioridades para implementação de ações e serviços para a desinstitucionalização  
603 no Estado, contribuindo na elaboração e execução de proposta de comunicação e divulgação  
604 acerca das ações pactuadas. A partir deste objetivo, a composição foi desta forma; a organização  
605 brasileira de saúde mental aqui representada por Ana Pita, até pediu desculpa por não estar  
606 presente. A Associação de Psiquiatria da Bahia participou de algumas reuniões, mas depois, na  
607 verdade não se tornou presente. A Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares  
608 do Sistema de Saúde Mental – AMEA, representada pelo Conselheiro Eduardo Calliga e também  
609 o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS, representados pelos  
610 Secretários, e eles tem apoiadores que estiveram presentes, inclusive no seminário. Não foram a  
611 todas as reuniões, mas estiveram presentes em algumas reuniões; de fato o Conselho Estadual de  
612 Saúde, que estava representado, o Conselheiro Eduardo Calliga, a Defensoria Pública do Estado  
613 da Bahia. A Defensoria Pública esteve à frente da ampliação e fortalecimento da RAPS na Bahia.  
614 Esteve presente também o senhor Vitor, o GT intra-institucional para o processo da  
615 desinstitucionalização dos hospitais da rede própria da SESAB e todas as suas diretorias  
616 presentes. Participaram ainda representantes do Hospital Especializado Afrânio Peixoto, do Lopes  
617 Rodrigues, do Hospital Mário Leal, Hospital Juliano Moreira, bem como Ministério Público Dr.  
618 Fábio Vilas-Boas, Dr. Martel. Após manifestar aqui, preferiam ficar no processo de observação  
619 e acompanhamento. Eram compartilhadas todas as ações, mas tem a importância de o Ministério  
620 Público não estar ativo, mas como observador, para que pudesse estar fortalecendo todo o  
621 processo para ser desenvolvido. Os Núcleos Regionais de Feira de Santana, Salvador, Vitória da  
622 Conquista, as Secretarias Municipais de Feira de Santana, Salvador, e de Vitória da Conquista, as  
623 instituições de nível superior UNEB, UFBA, UFRB, UESF, UESB, algumas mais atuantes e  
624 outras na verdade não estiveram presentes nas reuniões. As reuniões, às vezes são de um turno ou  
625 integral; são deflagrados pequenos grupos aonde podemos nos aproximar das unidades, porque  
626 inicialmente, foi por conta de indicativo de descredenciamento dos Hospitais Psiquiátricos. A  
627 aproximação maior, é para conhecer a realidade daqueles hospitais. Houve um movimento de um  
628 subgrupo para conhecer a realidade de cada Hospital. É preciso ter um olhar, não apenas para o  
629 hospital, mas em todo território que, efetivamente a proposta que a RAPS trás é a territorialização. O  
630 que vimos é o cuidado no território; precisamos na verdade, pensar no Estado da Bahia, com sua

631 grande menção territorial que temos; por isso trazemos na verdade, quais foram os marcos legais  
632 para todo este processo. A lei nº 10.216/2001, reorienta o modelo de assistência social em saúde  
633 mental. Este foi um movimento ímpar no que envolveu o Controle social, Instituições de Ensino,  
634 Trabalhadores, Usuários, Gestores. É importante lembrar todo o processo vivido na época a  
635 declaração da OMS; documento que marca a reforma na atenção em Saúde Mental, nas Américas  
636 e no Brasil. Este documento se compromete o Encontro Internacional. Este documento tem o  
637 reconhecimento e até disparador de todo o movimento da luta manicomial; disparou também na  
638 Itália, em artigos. Informou que teve participado deste processo no seminário o Ernesto Venturini  
639 que ao contextualizar, contou a história de todo o processo que aconteceu. A oportunidade que  
640 teve, a experiência em ir lá e ver efetivamente uma mudança, então é importante para não  
641 ficarmos apenas na teoria, mas assim ver, de fato, acontecer e ter uma experiência viva, ainda que  
642 pode relatar, a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.088 de 2011 que institui a RAPS e que  
643 diversas portarias de cada equipamento trás, na verdade, quais são os componentes da RAPS,  
644 como é que ela está estruturada e como é pensar neste cuidado em perspectiva territorial a  
645 convenção sobre o direito com pessoa com deficiência em 2012 e o Brasil é signatário. Lá as  
646 pessoas com transtorno mental são consideradas como pessoa com deficiência; então assim é  
647 importante este documento ter uma força em conta de uma emenda constitucional. A Resolução  
648 CIB de nº 39/2013, que estabelece as diretrizes estaduais das RAPS para implantação do novo  
649 modelo de atenção à Saúde Mental no Estado, a partir do momento que o Ministério Público  
650 publicou a portaria da RAPS, fizemos um diagnóstico da situação no Estado da Bahia e  
651 identificamos a nossa realidade; o que precisaria na verdade, é pactuar algumas diretrizes.  
652 Relembrou que teve a oportunidade de apresentar na última vez que esteve no CES a Portaria do  
653 Ministério da Saúde de nº 2.0840 de 2014. Ela só tem três anos. Ela cria o Programa de  
654 Desinstitucionalização. Na verdade, existe todo um marco legal que permite efetivamente avançar  
655 na Saúde Mental na Bahia, no Brasil, como um todo. O plano tem como objetivo reorientar o  
656 modelo assistencial às pessoas com sofrimento de transtorno mental e aquelas que apresentam  
657 problemas decorrentes do uso de substâncias psiquiátricas ou ilícitas, bem como os seus familiares.  
658 Então temos que repensar em qual o cuidado está sendo pensado, qual o modelo de assistência se  
659 deseja efetivamente viabilizar no nosso Estado. Tudo isso empodera este espaço. Aconteceu esta  
660 discussão no Seminário no Fórum Rui Barbosa e hoje está sendo discutida de novo Saúde Mental  
661 no Tribunal de Justiça a garantia de direitos para estas pessoas. Responsabilizar os gestores para o  
662 ato em curso como determinante na superação dos impasses e na consolidação de política de  
663 saúde mental, a partir do comprometimento com as necessidades dessas pessoas residentes em  
664 cada localidade Bahiana. Informou que traz na verdade, com finalidade, o compromisso dos  
665 gestores, sejam eles gestores Municipais ou Estaduais e os quais são os eixos de ação, expansão e  
666 qualificação dos pontos de atenção da rede. O desenvolvimento de estratégia da  
667 desinstitucionalização por hospital psiquiátrico - foi possível discutir e fazer este movimento  
668 inicial, mas ainda tem que ser contínuo o desenvolvimento de atividade de educação permanente,  
669 que não adianta fazer mudança, sem pensar no foco, na educação permanente, no co-  
670 financiamento de CAPS 3 e CAPS AD3. É um compromisso que o Estado tem. Instituição da  
671 Coordenação de Saúde Mental, na esfera estadual; essa foi uma escuta do coletivo e coloca aqui  
672 como Estado também, como uma linha no eixo de atuação. Desenvolvimento de ações de  
673 monitoramento e avaliação - A partir desses eixos, cada um vai ser trabalhado. Então, para  
674 contextualizar os componentes interfaces da RAPS, a atenção primária como ordenadora e  
675 coordenadora do cuidado é tudo se começar e se retornar para atenção primária, então o cuidado  
676 tem que se dar iniciado na atenção primária, mas se aquele usuário vai encaminhar qualquer  
677 equipamento da rede de atenção psicossocial, ele tem que retornar para atenção primária, para  
678 continuar esse acompanhamento por essa equipe. Mais do que nunca lembramos o papel da  
679 atenção primária nas redes de atenção; ele trás componentes a atenção especializada, atenção  
680 urgência e emergência, atenção hospitalar, atenção residencial em caráter transitório. A estratégia  
681 é desinstitucionalizar a reabilitação psicossocial e como interface, acolhimento, qualificação  
682 profissional, informação e regulação. Na Atenção Básica e na Atenção Primária tem alguns  
683 pontos para ser lembrados, que são pontos importantes de atenção ao cuidado, com as pessoas

684 com transtorno mental, usuários de substância psicoativa, unidades básicas de saúde, o núcleo de  
685 apoio à saúde da família, o consultório na rua. É bom lembrar que a Bahia é pioneira, através do  
686 CEPAD; primeiro todo o grupo de trabalhadores, que na época pensou no projeto consultório de  
687 rua e que posteriormente, foi abraçado pelo Ministério da Saúde como consultório na rua.  
688 Portanto é importante trazer a importância, na verdade, da ousadia, de muitas às vezes, do Estado  
689 levar proposta que possam fazer mudanças do cuidado, apoio ao serviço do componente de  
690 atenção residencial de caráter transitório no centro de convivência e cultura na atenção  
691 psicossocial. Tem como estratégica o centro psicossocial nas suas diferentes modalidades; é bom  
692 lembrar que existem CAPS 1, CAPS 2, CAPS 3 e o CAPS AD 3, CAPS AD, CAPS INFANTIL,  
693 que é o CAPS I e o que vimos no movimento, está sendo feito a nível de Ministério da Saúde, mas  
694 uma tipologia de um CAPS que é um CAPS AD 4, funciona 24 horas, igual ao que já existe de  
695 CAPS AD3, no entanto não percebemos a diferença e nem tão pouco, a diferença também, de se  
696 relacionar com a cena de uso de drogas, é porque o entendimento que se tem é que esse tipo de  
697 equipamento, tem que estar no território independente da cena de uso ou não. Relembrou que foi  
698 todo o movimento construído na época da RAPS, que até se discutiu do movimento de cena e se  
699 avançou, mas para se pensar neste equipamento no nível municipal, independente da cena de uso.  
700 Atenção de urgência e Emergência - São a SAMU, a saúde estabilização, a UPA 24 horas e portas  
701 hospitalares, atenção urgência e pronto socorro, unidade básica. A interface existe efetivamente  
702 entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Urgência e Emergência – RUE, que garante este  
703 cuidado nas portas da atenção de Urgência e Emergência, atenção residencial de caráter  
704 transitório, que são as unidades de acolhimento. Tem tipologia adulto e infantil e serve de atenção  
705 residencial atenção hospitalar. As enfermarias especializadas em hospital geral, serviço hospitalar  
706 de referência para atenção às pessoas com transtorno mental, na necessidade, decorrente de uso do  
707 crack e outras drogas, também em hospitais gerais, na Portaria de nº 3.088, não trás o hospital  
708 especializado em psiquiatria como equipamento. O que a estamos vendo com a proposta de  
709 inclusão dele e que vai de encontro à Lei de nº 10.216. Estratégia de desinstitucionalização -  
710 serviço de residência terapêutica, que são na verdade, destinados àquelas pessoas que já estão há  
711 muito tempo institucionalizados nos hospitais psiquiátricos que tem a tipologia tipo 1 e tipo 2 e só  
712 pode, nesta casa, igual a casa da gente, que não tem plaquinha. Mudarem oito ou dez pessoas é  
713 problema de volta para casa, que é outro benefício. Também empodera este indivíduo, pois ele  
714 passa a receber um valor de trezentos e pouco, que permite viabilizar as necessidades dele, fora o  
715 benefício prestação continuada, não só outras formas que a gente tem de benefícios, estratégias de  
716 reabilitação psicossocial, que a iniciativa de geração e trabalho e renda empreendimentos  
717 solidários e cooperativas sociais que também, são outras estratégias trazidas na RAPS para  
718 empoderamento dessas pessoas com transtorno mental, usuários de álcool e outras drogas. No  
719 plano, a partir do que a gente viu dos componentes dos objetivos e finalidades de tudo que  
720 podemos durante esses seis meses com algumas pessoas mais ativas na comissão, foi possível  
721 construir aqueles eixos colocados que vamos detalhar. A expansão de diversos pontos da atenção  
722 a rede ao eixo 1 - trás como proposta a expansão de diversos pontos da RAPS na perspectiva da  
723 organização do serviço em rede, em atenção à saúde regionalizada e hierarquizada, por meio de  
724 ações intersetoriais, para a garantia do acesso à integralidade do cuidado, assim como a qualidade  
725 do serviços e o desenvolvimento e atividade no território que favoreça a inclusão social, a  
726 promoção e autonomia do sujeito e a cidadania e tem como linha de ação municípios das regiões  
727 de saúde com plano de ação regional. Este plano de ação regional, são planos de ações discutidos  
728 em si, a partir de um diagnóstico realizado em cada região de saúde, identificando o que tem de  
729 potencialidade e equipamentos, que podem ser incluídos naquele território e que foram aprovados  
730 pela CIB e municípios das regiões de saúde, sem plano de ações regionais também aprovados pela  
731 CIB. Trazemos duas linhas ações para fazer expansões dos diversos pontos da RAPS que detalha  
732 um pouco quais são e observa que nas regiões comparadas com as aprovadas na CIB, que são as  
733 de Barreiras, Cruz das Almas, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Paulo  
734 Afonso, Porto Seguro, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do  
735 Bomfim, Serrinha e Teixeira de Freitas, compreende que a importância é retornar a essas regiões  
736 de saúde e fazer uma discussão baseada nos planos que foram aprovados. Identificamos

737 equipamentos que já foram implantados que estejam credenciados e habilitados, o que se pode  
738 pensar mais em expansão dessas regiões pactuados em si. As regiões de saúde sem plano de ação  
739 regional aprovadas: Alagoinhas, Brumado, Camaçari, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama,  
740 Ilhéus, Juazeiro, Ribeira do Pombal, Salvador, Valença e Vitória da Conquista, chama justamente  
741 as três regiões de saúde, que não tem planos aprovados e que coincidentemente, são aquelas onde  
742 tem hospital psiquiátrico. Observa a fragilidade de se avançar nas discussões dos planos regionais  
743 de saúde, justamente onde tem os hospitais psiquiátricos e, outra questão, em relação a Juazeiro.  
744 Como tínhamos uma agenda semana passada com Pernambuco, e viu o Conselheiro Cássio Garcia  
745 e Dr. Adil, pactuou porque já estava prevista a discussão do PEBA, discussão Pernambuco e  
746 Bahia, com relação à questão da saúde mental, porque tem unidade lá, que é uma unidade  
747 filantrópica vinculada ao município, mas na verdade, está sendo um depósito de pessoas. Isso está  
748 preocupando tanto o Estado da Bahia quanto o de Pernambuco. Portanto para fazer uma ação  
749 conjunta via PEBA, foi preciso articular com o Sr. João, que é do Estado de Pernambuco, para  
750 deflagrar isso, através da rede PEBA. Das dezesseis regiões de saúde com plano aprovado,  
751 observam quais são os dispositivos a expandir, tem a possibilidade de expandir estes  
752 equipamentos de cada um, de acordo com o que foi colocado, tem a possibilidade de expandir,  
753 como crescer estas regiões, como fortalecer ainda cada um, como estes materiais que estão com  
754 vocês, até para se debruçar fica mais fácil. Como veem há possibilidade de investir no CAPS  
755 TIPO 1, 2, Infantil, CAPS AD, CAPS AD3, CAPS 3, Unidade de Acolhimento a Adulto, infantil,  
756 leitos também e os serviços de residências terapêuticas. Nas doze regiões de saúde que não  
757 tenham plano aprovado, também foi feito um estudo de quais os dispositivos podem ser  
758 expandidos, quais os equipamentos são viáveis de serem expandidos nessas regiões e aqui  
759 também. Contextualizando um pouco com os dados observa-se quais são os dispositivos da RAPS  
760 e existentes de acordo com o cadastro nacional, estabelecimento de saúde. Chama atenção um  
761 total de CAPS de 267, e só tem 238 habilitados pelo Ministério da Saúde ou seja o Ministério da  
762 Saúde também tem nos prejudicado e isso fragiliza a continuidade de um equipamento desse que,  
763 às vezes, tem 6 meses, um ano que o gestor está bancando este equipamento e o Ministério da  
764 Saúde não viabiliza a habilitação de custeio desses equipamentos; então isso enfraquece e  
765 fragiliza a rede, e não garante que o Ministério da Saúde viabilize o repasse dos recursos às  
766 necessidades de expansão, que observa que o total de CAPS. Virão aí um potencial de 233 CAPS  
767 a serem expandidos, totalizando 500 CAPS no Estado da Bahia, uma de residência terapêutica e  
768 temos 23. Há expectativa de expansão de 17, totalizando 40 leitos de saúde mental, e só tinha 2.  
769 Na época, o Ministério podia habilitar no mínimo 2 leitos de saúde mental; foi aí que  
770 conseguimos avançar um pouco. A necessidade de expansão de 43, totalizando 545 leitos Unidade  
771 de Acolhimento. Só temos uma unidade de acolhimento. Falamos sempre da questão de álcool e  
772 drogas; um equipamento que junto com o CAPS AD, é um dispositivo importante de cuidado aos  
773 usuários de álcool e outras drogas que precisa fortalecer a implantação deste equipamento com o  
774 CAPS AD e AD ou AD3. Dentro desta expectativa de expansão. É bom ter um pouco de noção.  
775 São 417 municípios baianos, uma extensa região territorial. Observa que tem muita área rural,  
776 especialmente na região Oeste e isso dificulta todo o processo de investimento para implantar o  
777 CAPS tipo 1. O critério exigido pelo Ministério da Saúde é a população acima de 15 mil  
778 habitantes, e isso significa 42,92% dos municípios. Para fazer um total de 179 municípios são  
779 constituídos por população abaixo de 15 mil habitantes. É algo que vai precisar nestas discussões  
780 potencializar a atenção básica, pensar em arranjos em que atenção básica faça acolhimento destas  
781 pessoas com transtorno mental, a usuários de álcool e outras drogas. É importante olhar para estes  
782 179 municípios que ainda não têm o potencial para implantar o CAPS 1, mas pode também ser  
783 agrupado alguns municípios e pensar em um equipamento regional. Existe a possibilidade, mas  
784 para isso precisa uma discussão bem rica no território para que este CAPS não se torne depois um  
785 ambulatório. O Eixo 2 que é o desenvolvimento estratégico de desinstitucionalização do hospital  
786 psiquiátrico foi construído a partir deste contato, que pode ser junto às unidades, conhecendo um  
787 pouco a realidade das unidades, dialogando com os trabalhadores, como os gestores. Foi muito  
788 importante este processo até que não viés a ser algo verticalizado, mas dando um direcionamento  
789 do processo que está deflagrando, a partir de agora, que é a proposta de desenvolvimento de um

790 conjunto de ações estratégicas imprescindíveis para a reorientação do modelo assistencial em  
791 saúde mental tendo como concepção o respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia, a  
792 liberdade das pessoas, o combate aos tipos de preconceitos, atenção humanizada e contra às  
793 necessidades do sujeito, assim como a diversificação da estratégia de cuidado. Tem como objetivo  
794 a construção de um plano operativo a ser construído coletivamente com a direção do hospital,  
795 seus profissionais, representantes das secretarias municipais de saúde, onde esta unidade está  
796 sediada e outros representantes afins, levando em consideração as especialidades de cada, onde os  
797 estabelecimentos contemplados, tem o contexto envolvido, em cada uma das unidades. Este plano  
798 precisa ser robusto; ter a participação coletiva para poder ser encaminhado. O Hospital Lopes  
799 Rodrigues tem 36 leitos psiquiátricos, ou seja, são leitos rotativos e tem 79 moradores. Em 2011,  
800 onde se começou a discussão das RAPS eram 284 moradores; a gente vem fazendo um trabalho  
801 bastante interessante, uma experiência bastante exitosa, com a equipe do Lopes que, exatamente  
802 formou este grupo de desinstitucionalização da unidade e foi possível trabalhar com estes  
803 moradores, identificando que são dessas famílias que estão pensando nas perspectivas deles  
804 retornarem para suas famílias e àqueles que, não tem vínculo familiar. Há uma dificuldade, na  
805 verdade, dele retornar para essas famílias, deles irem para o início de serviço de residência  
806 terapêutica. Foi implantado por municípios que, muitas vezes, estas pessoas não são nem daqui, e  
807 nem daqueles municípios. É também importante ressaltar que alguns municípios, alguns gestores  
808 se abriram para estas causas, se sensibilizando e observaram a importância, dando um retorno de  
809 qualidade de vida às pessoas que historicamente, foram esquecidas nessas unidades, com trinta e  
810 quarenta anos; pessoas que estavam lá há muitos anos e ver o retorno para sua casa. A unidade  
811 Crescêncio Silveira tem três moradores; o município tem recurso, inclusive está montando o  
812 serviço de residência, fazendo um trabalho para que estes moradores vão para esta casa com  
813 outros moradores, tanto do Lopes Rodrigues, quanto também discutindo a questão do Hospital de  
814 Custódia e Tratamento, que também tem pessoas que já estão lá muito há tempo e tem o potencial  
815 para o serviço de residência terapêutica. O Hospital Juliano Moreira tem 121 leitos psiquiátricos;  
816 são rotativos, 45 moradores. O Hospital Especializado Mário Leal tem 30 leitos psiquiátricos; não  
817 tem moradores no hospital. Então temos um total de 207 leitos psiquiátricos e com mais 127  
818 moradores totalizam 334 leitos psiquiátricos que ficam destinados para estes hospitais que estão  
819 hoje ativos. Pensando na região de Feira de Santana, tem hoje 115 leitos no CNES. Há uma  
820 necessidade, pelo estudo que tem toda uma descrição de como se faz estudo. Para definir estes  
821 estudos de leitos a região tem um potencial de 49 leitos, com a possibilidade de implantação no  
822 total de 122 leitos. Em Vitória da Conquista tem 23 leitos no CNES, imensidade regional de 29.  
823 Percebemos a possibilidade de implantação de 107. No estudo realizado com todos os dados  
824 hospitalares naquela região conseguimos ter um olhar mais profundo, ou até mais ousado, porque  
825 a gente tem um olhar para os hospitais que são do Estado, Gestão direta, Gestão indireta e  
826 contratualizada. Já fez um estudo encaminhado para os setores para deflagrarem todo este  
827 processo, colocando sempre no mínimo 4 leitos. Na verdade, o que está preconizado para  
828 habilitação dos equipamentos; equipe mínima, tudo bem redondinho, com todo o cuidado que  
829 tivemos com relação a isso. Há uma potencialidade em estarmos pela necessidade de 227, no  
830 entanto pensamos em uma possibilidade mais ousada, de 522 leitos. Há necessidade municipal, ou  
831 seja, no município especificamente, tem para Salvador 127, há necessidade de leitos e saúde  
832 mental no Hospital Geral, Feira de Santana 26, Vitória da Conquista 14 no total de 167, tendo um  
833 olhar para os municípios apenas. Pensando nos hospitais como um todo, trouxemos algumas ações  
834 gerais, para todos, que é o diagnóstico situacional, que significa atendimento relativo às  
835 internações. Os ambulatórios, os usuários em condições de logo, em Internação, qual o  
836 quantitativo, qual o CID, qual a procedência, tempo de internação, formação da equipe de  
837 Desinstitucionalização, que é importante ter esta equipe para fazermos este trabalho. Fazer um  
838 diagnóstico aprofundado, componente especializado da assistência farmacêutica que é a  
839 transferência para os núcleos regionais de saúde ou farmácia integrada única para dispensação.  
840 Não há necessidades, na verdade desta pessoa está com esta receita, ter que passar pelo  
841 ambulatório para depois pegar a medicação; isso já tem uma realidade em quase todos Estados.  
842 Salvador que ainda fica atrelado aos hospitais; aos dois hospitais psiquiátricos não é isso. Mário

843 Leal e Juliano têm e estão se redimensionando e pensando efetivamente, em garantir uma  
844 farmácia integrada única em que a pessoa já se destina ali e já busque essa medicação, a atenção  
845 aos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos. Entendemos que esses trabalhadores durante todo  
846 este tempo, vêm nas unidades de fato, contribuindo com este cuidado. Por mais que se tenha um  
847 tempo precisa deste olhar, precisa de qualificação para estes trabalhadores, levantamento e análise  
848 dos dados por categoria profissional, situação funcional, qualificação, informação, sensibilização  
849 e comunicação. Tanto dos trabalhadores, como a comunidade em geral terá que estar dentro do  
850 plano nesta estratégia. Estamos em vários espaços, não só com esses aqui, mas para estar vendo  
851 este canal de comunicação proposto de utilização dos espaços físicos, dentro desses espaços  
852 existentes, qual é a possibilidade de transformar aquele equipamento e outros equipamentos que  
853 retornam para a saúde mental. Esta é a grande briga que temos no equipamento. Ali ele tem que  
854 ter retorno para a saúde mental porque, historicamente a gente já vem investindo nele, no cuidado  
855 daquelas pessoas. A discussão com o judiciário sobre internações compulsórias, há sobrecarga da  
856 unidade de internamento aguda de curta duração viabilizando oferta de leito para novas  
857 internações. É um desafio para os nossos promotores. Esta é uma grande dificuldade que temos  
858 que pensar em estratégias conjuntas para discutirmos com todos os promotores; um judiciário  
859 como um todo de conhecer um pouco aí, talvez trazer pessoas que possam nos ajudar, como  
860 Ludimila que foi tão importante para discussão lá e outros tantos que possamos identificar. Temos  
861 também Dra. Itana Viana que é uma pessoa que milita nesta área. Articulação permanente com os  
862 gestores e actualizações - Este movimento tem que ser constante, ele não pode ser algo pontual;  
863 tem que ser uma pauta contínua. Redirecionamento do teto Mac para o fortalecimento das RAPS  
864 na Bahia; não dar para devolver o teto Mac para o Ministério da Saúde, mas tudo tem que ficar no  
865 teto da Bahia. Isso é discutido direcionando para a saúde mental, este é o grande desafio nosso de  
866 estar efetivamente garantindo isso e dar um retorno para o Ministério da Saúde, do recurso que  
867 está sendo utilizado para uma determinada temática. Trazemos ações específicas por cada  
868 unidade, então para o Lopes Rodrigues algumas ações já realizadas, outras estão em continuidade,  
869 que é a transferência da assistência farmacêutica, da parte dos medicamentos estratégicos, para o  
870 Núcleo Regional Centro-Leste que, anteriormente já estava e há um tempo voltou. Foi algo que  
871 ficou, mas retornou para o Núcleo Regional. As medicações estratégicas já estão lá, a  
872 transferência do ambulatório após levantamento de dados via mais do perfil assistencial do  
873 serviço já foi realizada e está e já foi uma discussão em 2013, com gestores pactuados em CIB,  
874 junto com o Ministério Público. Lá foi bastante interessante o processo. A atualização do  
875 diagnóstico situacional da RAPS da Região Centro - Leste tem que ser contínua, porque sempre  
876 temos que estar observando e olhando como é que está o movimento deste equipamento, que está  
877 sendo implantado e como é que está sendo cuidada a qualidade deste equipamento para o cuidado,  
878 o reordenamento dos componentes e a atenção hospitalar da Macro Centro-Leste. A  
879 desinstitucionalização dos 79 moradores para o serviço de residência terapêutica ou famílias,  
880 parece que na sexta-feira iriam mudar para 78, pois tinha um morador em processo de ir morar  
881 com a família. Qualificação dos profissionais contra a reorientação do modelo assistencial em  
882 saúde mental - Temos que estar investindo na qualificação destes trabalhadores, porque se não  
883 pensar em um redirecionamento da assistência, estes trabalhadores precisam se investidos nesta  
884 qualificação a mudança do perfil assistencial, enquanto proposta de transição do processo de  
885 desinstitucionalização para o Hospital Lopes Rodrigues. A proposta é um CAPS AD3, um CAPS  
886 3, ambos regionais, um centro de convivência, um centro de esporte, cultura e lazer, unidade de  
887 acolhimento. Esta é a proposta que trazemos para trabalhar naquele terreno onde funciona o  
888 Hospital Lopes Rodrigues, transformar aquele espaço e o equipamento que tem, como potencial  
889 para a saúde mental é uma área enorme e mais, como a saúde do trabalhador, lá tem o próprio  
890 Hospital Clériston, o Hospital da Criança também que faz parte; transforma-se na verdade, no  
891 grande complexo de saúde com várias entregas, garantindo efetivamente a entrega de saúde  
892 mental. O Hospital Afrânio Peixoto - diagnóstico situacional por meio de levantamento de dados e  
893 análise da população assistida no hospital - Este trabalho foi realizado, tanto na área técnica que  
894 Mirian, Liana e Caliandra, com a equipe do Hospital fizeram uma análise de dados daquele  
895 Hospital, de quem é esta população que está vindo e pra onde vai, discutindo com os gestores. Foi

896 interessante a agendar; continuam sendo deflagradas na região com os gestores articulações com  
897 instituições de ensino superior. Em Vitória da Conquista realizamos, mas é algo que precisa ser  
898 contínua a mudança de perfil assistencial do Hospital Afrânio Peixoto, para uma das três unidades  
899 do complexo hospitalar de Vitória da Conquista, porque se transformou em um complexo  
900 hospitalar abrangendo, na verdade o hospital de base, a unidade Crescêncio e o Afrânio, o espaço  
901 físico do Afrânio, através da Portaria 852, a transferência de 23 leitos psiquiátricos para o  
902 Crescêncio Silveira, que é a unidade do complexo hospitalar. Isso já aconteceu; a transferência da  
903 assistência farmacêutica dos estratégicos para o Núcleo Regional Sudoeste também foi realizado e  
904 o que está no processo agora é habilitação dos 23 leitos de saúde mental no Crescêncio Silveira.  
905 Em relação ao Hospital Juliano Moreira, articulações com gestores municipais, estamos com esta  
906 ação contínua com Salvador inclusive, informação e sensibilização dos trabalhadores e  
907 comunidades em geral, a mudança do perfil assistencial do hospital Juliano com a implantação no  
908 local. Então com a proposta para aquele local um CAPS 3, um PA Psicossocial transitoriamente, é  
909 que sabemos que não existe este equipamento, não faz parte da rede, mas entendemos que é  
910 possível pensar em algo transitório, que é o PA Psicossocial, sede de serviço de residência  
911 terapêutica totalizando 49 vagas, 1 hospital geral com 100 leitos, com 15% de leitos de saúde  
912 mental, 1 centro de economia solidária, 1 centro de cultura, esporte e lazer naquela região, onde  
913 fica o Hospital Juliano Moreira. Vai ser algo para se debruçar para que possamos estar no Estado,  
914 inclusive captando recursos, para fazermos este investimento. A transferência do acervo do  
915 Hospital Juliano Moreira, criação de um memorial da loucura na Faculdade de Medicina da  
916 UFBA, que existe uma história e essa história não pode ser perdida de criar este memorial da  
917 loucura na Faculdade de Medicina que fica no Pelourinho e ações específicas. Em relação ao  
918 Mário Leal articulações com gestores municipais, claro que de fato, tem que ser contínua a  
919 informação e sensibilização dos trabalhadores e comunidade geral e a mudança do perfil  
920 assistencial do Mário Leal, com a implantação no local de um CAPS 3 e um PA Psicossocial,  
921 também transitoriamente, até que tenhamos uma rede toda estruturada, possamos ter efetivamente  
922 a RUA, já com todas as suas portas ativas funcionando. São experiências; podem observar  
923 também em outras Capitais como Belo Horizonte que tem uma experiência desta interessante,  
924 onde tem um tipo de PA Psicossocial que é transitório e que consegue fazer essa articulação da  
925 rede no momento de crise. O eixo 3 - Desenvolvimento de atividade da educação permanente -  
926 Uma proposta que um conjunto de ações voltadas para promoção estratégicas da educação  
927 permanente com ênfase na lógica do cuidado, para pessoas com transtornos mentais e necessidade  
928 do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central as construções dos planos  
929 terapêuticos singular, estratégia de redução de danos, promoção da equidade, reconhecer  
930 determinantes sociais da saúde, dentre outros. Trás como duas linhas de ações: uma é formação  
931 profissional que é oferta de pós-graduação para profissionais da RAPS, residência  
932 multiprofissional de saúde mental, residência médica em psiquiatria, aperfeiçoamento,  
933 especialização, mestrado profissional, apoio matriciais, percurso informativo em formatos  
934 originais e estágios, educação continuada, educação permanente que é oferta de profissionais  
935 atuantes na RAPS em atenção básica, urgência, emergência serviço especializado em saúde  
936 mental, hospitais especializados, hospitais gerais, serviço de residência terapêutica, e demais  
937 profissionais da rede intersetorial e comunidade geral. Colocamos a rede intersetorial para  
938 compreender que o cuidado de saúde mental não começa e termina na saúde, ele envolve na  
939 verdade assistência social, educação que é importante estar dialogando. O eixo 4 que é o co-  
940 financiamento estadual de CAPS 3 e CAPS AD3, que a proposta é de transferência de recursos  
941 financeiros do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, a fim de co-financiar  
942 ações de CAPS 3 e CAPS AD3 habilitados no Estado, conforme estabelece a Portaria Estadual de  
943 nº 275/2012 que busca-se consolidar o repasse regular e automático fundo a fundo, a partir do  
944 entendimento da relevância deste serviço de base territorial e comunitária, para integralidade do  
945 cuidado em saúde mental daqueles casos que requer acolhimento noturno. O valor de repasse  
946 disponível já pela Portaria é o valor de CAPS 3, de R\$ 50.000,00 /mês e o CAPS AD3 de R\$  
947 70.000,00/mês. O eixo 5 - Instituição de Coordenação de Saúde Mental na esfera estadual - a  
948 proposta de saúde mental; se você tem um coordenador que visa melhorar o planejamento e

acompanhamento das ações, este âmbito temos dentro da Diretoria de Gestão de Cuidado – DGC. São três coordenações: Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero, Coordenação de Políticas Transversais, Coordenação de Equidade em Saúde, que totaliza 18 temáticas e tem mais para a Saúde Mental. Como outros também ela é muito robusta, da uma demanda muito grande e é preciso repensar porque hoje a saúde mental é uma área técnica dentro da Diretoria de Gestão do Cuidado na Coordenação de Políticas Transversais. Repensar um pouco este lugar e a importância que tem, até porque, a saúde mental dialoga também com outras temáticas. Se fizer um estudo mais aprofundado veremos que as pessoas com transtorno mental, usuários de álcool e drogas, considerando o Estado da Bahia que tem um percentual significativo de população negra, com certeza a população negra é este usuário de álcool e outras drogas, transtorno mental. Se tiver um olhar também, com a temática de Saúde Prisional, vai ver as pessoas que tem o sistema penitenciário, que tem o transtorno mental e que é negro e que em sua maioria, são homens; dá para triangular com todas as temáticas. É preciso constituir esta coordenação que ela possa dialogar, de forma mais atuante, com todas as temáticas que há na DGC. O eixo 6 - Desenvolvimento de Ações de Monitoramento e Avaliação que é a proposta de instituição. Um grupo gestor para um efetivo monitoramento, acompanhamento da execução e avaliação sistemática de todo o processo de desinstitucionalização no Estado. Entendemos que esta Comissão foi constituída com o propósito de pensar no plano, mas é preciso avançar efetivamente e criar um grupo gestor para que possa fazer esse monitoramento, acompanhando efetivamente e viabilizando este plano. Monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da rede e monitorar e avaliar a qualidade do serviço por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção. Compreendemos que não adianta fazer uma expansão de ponto de atenção se eles não tiverem efetivamente uma qualidade desta assistência que está sendo prestada. Então a importância deste grupo gestor vem muito com esta finalidade e algumas coisas são trazidas aqui também, que vêm deflagrando, que é importante está passando dentro do plano, como a questão de equipamentos que já estão em andamento, equipamento pelo PROSUS. O Estado vai entregar até 2018 equipamentos de Saúde Mental tipo 2, CAPS 3 em Salvador que serão entregues, tanto quanto construídos e equipados, para Salvador no Hospital Metropolitano leitos de saúde mental nos hospitais, não só no metropolitano. Costa do Cacau, SEABRA todos os Hospitais que estão sendo entregues, estão tendo garantias nos leitos de saúde mental, 1 unidade de acolhimento infantil em Lauro de Freitas, 1 AD Simões Filho e Candeias, que vai ser regional e foram pactuados entre eles, um CAPS 1 em Madre de Deus, Dias D'Ávila, Itaparica e São Sebastião do Passé e para Candeias CAPS para os demais municípios, 2 unidades básicas de saúde tipo 2 em Camaçari, 1 unidade básica de saúde tipo 2 em Candeias e São Sebastião do Passé, 4 unidades básicas em Salvador, 2 unidades básicas também em Salvador, só que uma tipologia 3 e outra tipologia 4. Esta discussão na época, como o PROSUS foi discutida com os gestores da Região Metropolitana apresentado para eles no caso da saúde mental, quais eram as possibilidades de equipamentos da RAPS, ficando muito a critério do gestor, a partir do diagnóstico que coloca o desejo, tipo de equipamento que ele vai querer montar. Apesar de que foram algumas discussões, inclusive, falando de Salvador, porque Salvador tinha que fazer um corpo a corpo; Paulo Gabrielle está presente, para que tivéssemos efetivamente, um CAPS 3 em Salvador, pois a ideia inicial era CAPS tipo 2. Compreendemos que não dá para uma capital e depois que ouviu Belo Horizonte, 18 CAPS que tem e todos são CAPS 3 ou Ad3 e também o infantil, que funcionam 24h, então não dá para entender que, capital que tem uma demanda significativa, tem um potencial, não tem como não estar montando nem CAPS 1 e nem CAPS 2. Dá para investir pela experiência que vimos de Belo Horizonte e de Aracaju, que são experiências de capitais, até de pequeno e médio porte. Gestão de Serviço Docente Assistencial - Há a gestão do CAPS Estadual Gregório de Matos e do Centro de Referência do Transtorno do Aspecto Autista. O Transtorno do Aspecto Autista foi um movimento do controle social para que o Estado tivesse uma unidade de referência docente assistencial sobre a gestão do Estado; há proposta também inclusive, de qualificação. Estamos trabalhando para o CAPS AD Estadual Gregório transformar que hoje é CAPS 2, transformar no CAPS AD3; para isso vai ter que ceder um espaço, porque hoje ele funciona no espaço da UFBA, no Pelourinho. Para verificar a questão do espaço e implantação

1002 dos leitos de saúde mental dentro dos hospitais gerais, que foi aquilo colocado, todo o estudo  
1003 realizou e deflagrou para as unidades, para a Diretoria da Rede Própria, Gestão Direta e Indireta e  
1004 os contratualizados para que o Estado, busque o investimento de leitos de saúde mental e assim  
1005 possamos fazer todo um processo de descentralização. Outra questão e aproveitando o que os  
1006 Conselheiros José Silvino e Silvio Roberto colocaram, a partir do momento em que o Estado da  
1007 Bahia também assume esta responsabilidade das equipes de saúde prisional no sistema  
1008 penitenciário e a maioria das equipes são equipes de perfil de saúde mental, será uma entrega que  
1009 tem uma correlação com a questão da rede de atenção psicossocial; todo este processo do plano, a  
1010 proposta é que possamos executar este plano. Inicialmente a proposta é que comece a usar  
1011 algumas ações 2017, mas entendemos que a partir de agora possamos considerar, na verdade 2018  
1012 até 2022, ou seja, 5 anos significa o que, por que isso, pois estamos transitando um PPA que está  
1013 vigente, Estadual, mas também tem um PPA Municipal, já tocando e algumas dessas questões, o  
1014 Município já colocou e passamos por uma transição de um PPA que está vigente, para um PPA  
1015 que será construído. Então é uma potencialidade que precisamos trabalhar no plano, entendendo  
1016 também, depois da discussão, de colocar a sugestão que no dia 18 de janeiro vamos discutir, tanto  
1017 no grupo condutor de rede e levando para a CIB, esta discussão. Mesmo tendo representação do  
1018 COSEMS na Comissão, é necessário fazer esta plenária na CIB, para o envolvimento de todos os  
1019 gestores, até porque se lembrarmos qual é a finalidade, que é responsabilizar os gestores, não  
1020 adianta só responsabilizar apenas ao Estado, mas na verdade todos os gestores da saúde. Registrou  
1021 que a área técnica se fazia presente com Liana, Coordenadora de Políticas Transversais, para a  
1022 área de saúde mental e as técnicas Mirian, Liana, Jacira e Sueli que poderiam fazer uma  
1023 complementação, assim também como João, Paulo Gabriele que também são técnicos da área de  
1024 Saúde Mental. A proposta que é que, efetivamente consigamos ter isso no território. **O Senhor**  
1025 **Presidente Ricardo Mendonça** registrou os nomes dos Conselheiros que fazem parte da Comissão  
1026 de Saúde Mental Célia Alexandria, Eduardo Calliga, Silvio Roberto, Marcos Sampaio. A  
1027 **Conselheira Célia Alexandria** enfatizou que era um momento importante, pois após anos vem  
1028 trabalhando essa Comissão de Saúde Mental no Conselho. Disse estar bastante triste com a  
1029 resolução do Ministério da Saúde. Não sabe se o Promotor já saiu e a Defensora Pública; achou  
1030 bastante interessante a sronicidade que a Dra. Liliane colocou. Foi ótimo seminário que fizemos  
1031 no Fórum Ruy Barbosa e hoje, que o Conselho irá se debruçar para analisar, tenha sido feito isso  
1032 no Tribunal de Justiça. Esta sronicidade se encaminha exatamente assim, em um pedido que  
1033 neste Conselho tem de que os promotores e os defensores estejam mais próximos do controle  
1034 social. Neste período queremos muito ser ouvidos nesta nova proposta, neste ousado plano que a  
1035 Bahia está fazendo, na contramão da própria Política Nacional; daí nossas congratulações.  
1036 Parabéns ao Secretário de Saúde da Bahia que fez este trabalho de forma democrática, envolvendo  
1037 as diferentes instituições da sociedade, e ouvindo trabalhadores, gestores. Foi um plano discutido  
1038 através da CIPAD com todo mundo e não foi imposto como está sendo a resolução. Solicitou que  
1039 incluísse também na decisão dos senhores Conselheiros e Conselheiras, a carta de repúdio à nova  
1040 Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde: *“A Reforma Psiquiátrica Brasileira cujo, o*  
1041 *principal marco legal, é a lei nº 10.216 de 2001, é um patrimônio nacional, que são as pessoas*  
1042 *vivendo com transtornos mentais. Há outro patamar de dignidade ao dispor sobre a proteção de*  
1043 *seus direitos e ao redirecionar um modelo de atenção que lhes é assegurado para uma atenção*  
1044 *psicossocial, onde o hospital psiquiátrico deixa de fazer parte da rede. Esta política acaba de ser*  
1045 *frontalmente atacada na sua essência, pela resolução proposta pela Coordenação de Saúde*  
1046 *Mental do Ministério da Saúde e aprovada na Comissão Intergestores Tripartite em 14/12/2017,*  
1047 *dentro dos principais retrocessos observados. Com esta resolução encontra-se a reintrodução do*  
1048 *Hospital Psiquiátrico na rede de atenção psicossocial independentemente do seu porte, além de*  
1049 *um investimento maciço em comunidades terapêuticas, ambos os espaços sabidamente regidos*  
1050 *por uma lógica manicomial caracterizada pela objetificação dos pacientes pelo uso excessivo de*  
1051 *medicações psiquiátricas pela desvalorização de práticas emancipatórias e autominizadoras. A*  
1052 *nova resolução deixa antever a desvalorização dos processos desinstitucionalização e seu*  
1053 *aspecto de mercantilização da loucura e de ênfase da patologia em detrimento do ser humano em*  
1054 *sofrimento, associada aos interesses de indústrias farmacêuticas por todas as razões.*

1055 *Repudiamos veementemente esta mudança e esperamos que ela seja barrada no âmbito do*  
1056 *Ministério Público Federal, pela força de tantos movimentos sociais, que ao longo de 30 anos*  
1057 *tem lutado por direitos das pessoas com transtornos mentais. Nós na Bahia estamos trilhando*  
1058 *exatamente, neste momento, o caminho de implicação e fortalecimento da rede de atenção*  
1059 *psicossocial e estamos construindo coletivamente, e não autoritariamente um plano que*  
1060 *demonstre ser possível tratar do território, tratar dentro da sociedade, tratar em liberdade*  
1061 *Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Salvador 19 de dezembro de 2017”.* Aqui meu apelo para  
1062 que esta moção seja aprovada por todos e todas. **O Conselheiro Eduardo Calliga** parabenizou Dra.  
1063 Liliane Mascarenhas pela exposição bem colocada. Disse não ter dúvida na questão da Política de  
1064 Saúde Mental; é a desinstitucionalização, uma palavra tão difícil de pronunciar e por muito tempo  
1065 tão difícil de executar, mas graças a Deus estamos concretizando a desinstitucionalização. É muito  
1066 bom para todos nós; digo que é o deixar morrer da política de saúde mental. Não podemos deixar  
1067 a Política Nacional de Saúde Mental, uma política governamental, que apresenta uma diversidade  
1068 de dispositivos de atenção à Saúde Mental e de serviço já estruturado. Apoia-se na Política de  
1069 Estado sob a lei nº 10.216 de 2001. Esta política pública para se materializar, politicamente, tem  
1070 que estar nas ações envolvidas pela RAPS. Lembrou que RAPS não é só CAPS. RAPS é  
1071 residência terapêutica, é economia solidária, é espaço cultural, é tudo. Enquanto Conselheiro,  
1072 mas, sobretudo usuário de Saúde Mental, digo que sou fruto de uma reforma psiquiátrica no Brasil  
1073 e no mundo. Como disse lá a Venturini, quando eu o conheci no seminário da semana passada,  
1074 para estar aqui nesta manhã, sou fruto de uma reforma psiquiátrica no Brasil, aonde há 30 anos  
1075 brincavam comigo. Relatou que passava um mês no hospital psiquiátrico e ficava 15 dias em sua  
1076 residência e para estar aqui nesta manhã, como bem a Conselheira Célia Alexandria colocou, é um  
1077 momento muito único para todos nós da saúde mental e todos aqueles que militam e que lidam  
1078 com a saúde mental. Pensou em não chegar a ver esta desinstitucionalização acontecer, mas  
1079 graças a Deus, temos uma equipe muito competente. Falou que quando ingressou na CIPAD viu  
1080 as dificuldades por muitas pessoas contrárias, para que isso não viesse a dar certo. Parabenizo o  
1081 Governo do Estado, através do Secretário Dr. Fábio Vilas Boas, que foi corajoso. A gente vem de  
1082 anos e mais anos, de entra Governo e sai governo e nada foi feito. Disse se sentir bastante feliz,  
1083 que no momento o Presidente Ricardo Mendonça, que adentra nesta casa enquanto Conselheiro vê  
1084 a desinstitucionalização sair do papel. Ouvimos isso há anos, quando o psicólogo Marcus Vinicius  
1085 Matraga, dizia a todos nós loucos com todo o respeito, vocês estão ficando empoderado, mas não  
1086 fique só empoderado não, ocupe espaço, porque o lugar da loucura é ocupando espaço; é por isso  
1087 que Leide, presidenta da nossa Associação, estamos aqui nesta manhã, isso aqui pra gente é muito  
1088 importante e o mais importante estar discutindo com vocês, participando desta  
1089 desinstitucionalização; 22 letras, um pronunciamento tão difícil de ser feito. Graças a Deus este  
1090 Plano de Desinstitucionalização administrado no Estado da Bahia, vai ter que sair hoje sim, nem  
1091 um passo atrás. Manicômio essa miséria, nunca mais obrigado. **O Conselheiro Silvio Roberto**  
1092 ressaltou a apresentação de Dra. Liliane Mascarenhas, salientando que, embora seja suspeito, mas  
1093 como não estar sob julgamento à suspensão torna-se insuspeita, mas dizer que estamos em um  
1094 momento, aí sempre fala discutindo reforma psiquiátrica. Esta questão da desinstitucionalização  
1095 dos manicômios e a própria questão da saúde mental de que essa reforma psiquiátrica nasce  
1096 conflituosa e ela vai viver conflituosa por conta dos interesses que são diferentes dos que os  
1097 apoiam e dos que não apoiam. Acredito que neste plenário estão os que apoiam e precisamos.  
1098 Quando Dra. Liliane Mascarenhas trás isso, sabemos que muita coisa há de se a realizar que  
1099 precisa e deve ser realizada porque é um processo que teve pouco investimento; estar se buscando  
1100 estes investimentos na área desta reforma psiquiátrica que ela já está atrasada há muito tempo.  
1101 Colocou que já foi trabalhador da Saúde Mental no Hospital Juliano Moreira, no Engenho Velho  
1102 de Brotas; então não imagina que ainda vai permitir que se busque uma ou se permaneça desta  
1103 forma, como era tratado a saúde mental. Quando o Conselheiro Eduardo Calliga fala, quando  
1104 Leide fala, por mais que seja um estudioso em saúde mental, por mais que tenha um  
1105 conhecimento em saúde mental, quem sabe o que é ser saúde mental é o usuário de saúde mental;  
1106 ele ou ela quem sabe o processo que está vivenciando quando está neste plano, e às vezes, os  
1107 planos deles, é que sabem o que é passar pelos processos negligenciados, por todo o processo de

1108 assistência, tanto da assistência pública, como passava pela rejeição da população, na relação da  
1109 população de quem sabe, de quem passa por isso com a família, com a população neste viver da  
1110 saúde mental. Precisamos realmente apostar no processo da reforma psiquiátrica; aquela que a  
1111 gente vem discutindo que nasceu. Ela nasceu de um processo de discussão; é só lembrar um  
1112 pouco no passado quando realizamos o primeiro encontro para discutir reforma psiquiátrica, não  
1113 há como, mas não imagina a volta daqueles horrores que são as unidades hospitalares que os  
1114 usuários de transtornos mentais. Não podemos mais permitir manicômio. Nós usuários não  
1115 precisamos estar dentro da saúde mental; é a saúde mental que estar dentro de nós; a única  
1116 diferença é esta. O **Conselheiro Marcos Sampaio** disse ser a favor da luta anti-manicomial e que é  
1117 a favor de todas as mudanças que estão sendo propostas; não só pelo que está no documento, mas  
1118 também por aquilo que nem ainda entrou no documento, que ainda precisa ser fruto de debate.  
1119 Então esta questão nos unifica, mas está discutindo um instrumento, inclusive vai servir para  
1120 nortear o que vai ser a política de saúde mental no Estado da Bahia, que sirva de exemplo para o  
1121 resto do país. Estamos fazendo história aqui neste momento e aí tem algumas questões que  
1122 precisamos levantar e para isso precisamos ter uma tranquilidade, inclusive de fazer a discussão  
1123 daquilo que é necessário; por isso fizemos algumas pontuações. Parecia até que as pessoas  
1124 passaram pela rua dizendo que o Conselho Marcos Sampaio era a favor do manicômio; aí teve  
1125 que conversar com algumas pessoas, mas são os posicionamentos de preocupações que são  
1126 interessantes. Relatou que foi em Vitória da Conquista e Feira de Santana, acompanhou um pouco  
1127 a discussão, quando vem para discutir o plano vemos que há algumas das possibilidades de  
1128 soluções que é o PROSUS, que é um projeto que já estava aprovado, pensado inclusive com a sua  
1129 centralização, muito mais em Salvador e região metropolitana. O processo da  
1130 Desinstitucionalização começa teoricamente, naquelas regiões e assim o plano trás, como em  
1131 Conquista, que é carente de CAPS, carente desses instrumentos que são necessários. Alguns  
1132 municípios têm CAPS, destes números de CAPS que estão sendo colocados, aí tem município que  
1133 tem o CAPS que só tem a placa, mas não tem condições alguma de funcionar; alguns nem  
1134 funcionam, mas estão precisando de reformas; alguns precisam de profissionais. Aproveitando  
1135 que o Ministério Público estava presente registrou que tem Município que no final do ano será  
1136 comum demitir os trabalhadores para fechar a conta, portanto, essas áreas sofrerão logo. Outra  
1137 questão é que a precisamos prever uma forma de medir o processo transitório de como se dará  
1138 esses avanços e como é que nos sentiremos. Estes avanços não dão para ser um plano onde vamos  
1139 dizer se vai começar e se vai mudar. Precisa dizer às etapas que o plano vai estabelecer; a  
1140 mudança está em 2018, como serão estes impactos em 2019 e como é que acontece em 2020. Há  
1141 preocupação que é a transição dos trabalhadores, já que vai para outro modelo, com trabalhadores  
1142 que estão adaptados ao modelo anterior, que quer banir do nosso Estado da Bahia, e precisamos  
1143 incluir na agenda do plano a transição dos trabalhadores. Não dá para aprovarmos um plano que  
1144 vai parecer que passará uma borracha. No entanto, a partir de hoje a realidade é essa. Existirá um  
1145 novo modelo, e aí senhor presidente, tem umas questões que são cruciais; é preciso compreender  
1146 que este plano tem que ser duradouro, tem que ser um plano que vamos aprovar e aí enquanto  
1147 conselheiro Eduardo Calliga a sua contribuição será muito grande neste sentido e assim faremos  
1148 as pactuações que terão na CIB. Será um instrumento de gestor, mas nós enquanto órgão de  
1149 controle social precisamos inserir no plano qual o nosso mecanismo de monitoramento desta  
1150 política, porque se não vamos aprovar a política e aí ela vai embora e quando tiver um problema,  
1151 é que vamos trazer de novo. Falou que colocou essas questões. Afirmou ser favorável a  
1152 desinstitucionalização, ao modelo, que está sendo colocado, mas acha que precisa se preocupar  
1153 em alguns momentos nestas questões que são estruturantes no plano. É preciso dividir o tempo,  
1154 medir quando as coisas acontecem e como serão monitoradas as possibilidades de mudanças. O  
1155 **Conselheiro José Silvino** registrou que está vivendo um sofrimento em transtorno mental,  
1156 dizendo: presente dona Edna, presente Diego, presente Mauricio. Vocês nunca ouviram falar  
1157 nessas pessoas, talvez da discussão dos transtornos mentais, porque eles estão dentro do presídio,  
1158 ou elas já entraram com transtorno mental, ou desenvolveram seu transtorno mental lá dentro.  
1159 Aumentado a quantidade de pessoas com transtornos mentais dentro do sistema prisionais, tanto é  
1160 fácil de comprovar, porque se você pegar a dispensação de medicamentos para pessoas com

1161 transtornos mentais no sistema prisional, vai encontrar um aumento grande. Está aumentando, ou  
1162 seja, a desinstitucionalização, elas estão se dando nas unidades hospitalares e estão sendo  
1163 construídas e levadas para o sistema prisional. O Ministério Público precisa se atentar a isso; não  
1164 da para o Ministério Público vir aqui escutar e não ver as violações das leis, dos direitos das  
1165 pessoas também não se posicionar, juntamente com o Conselho. Disse ter feito uma colocação, na  
1166 última vez que Dr. Rogério Queiroz esteve aqui, posicionando a necessidade de se unir com o  
1167 Órgão do Controle, com o Ministério Público e a Defensoria, para poder garantir às pessoas esses  
1168 direitos, pois de fato, o sistema prisional está acolhendo essas pessoas e elas não poderiam de  
1169 hipótese alguma, estar dentro do sistema prisional, porque às vezes, elas não têm controle das suas  
1170 ações, sendo assim interpretadas de maneira como se estivessem violando o que está escrito.  
1171 Sugeriu enviar o Plano, muito bem elaborado, aprovado ou não, a todos os Conselhos Municipais  
1172 de Saúde, porque vai depender também dos municípios. Dar conhecimento ao Ministério Público,  
1173 aos Órgãos de Controle, caso contrário vai voltar para o CES. Salientou mais uma vez, que a  
1174 quantidade de pessoas que saíram dos manicômios, está ou foi para o sistema prisional; então é  
1175 necessário se atentar a isso. O sistema prisional é maior que vários municípios. A população  
1176 encarcerada é maior que vários municípios. Este sistema prisional tem uma fábrica de pessoas  
1177 desenvolvendo o transtorno mental. Há equipes que não são habilitadas, no sentido de trabalhar  
1178 com este público, até que nem deveria este público estar lá, assim essa equipe, conforme foi  
1179 informada, é uma equipe que estará trabalhando, não deveria, porque naquele ambiente, lá deveria  
1180 estar pessoas que tem transtornos mentais, pois não poderiam estar em uma cadeia comum e as  
1181 equipes não podem estar preparadas para isso, porque não é lá que elas devem ser tratadas. O  
1182 **Conselheiro Márcio Souza** enfatizou que o Conselheiro Eduardo Calliga é um exemplo e que a  
1183 fala do Conselheiro o emocionou, porque ele é uma prova viva do cuidado, no sentido subjetivo  
1184 da palavra. Parabenizar a Dra. Liliane, pelo trabalho de toda equipe evidente que tem toda uma  
1185 conjuntura Política, a Dr. Adil, que representa o Secretário do Governo do Estado, mas sem vocês  
1186 nada disso estaria sendo falado. Estar emocionado, porque quando trouxe o caso da tia, naquele  
1187 dia no grupo, o grande problema do atendimento dela real, foi porque tem transtorno mental,  
1188 dentro do hospital geral, submetido a exames sem necessidades. Relatou que infelizmente não foi  
1189 ouvido pela família, mas quando foi pessoalmente brigou com a equipe, dizendo que ela não  
1190 precisava de eletroneurografia, um exame doloroso, que não deu nada. Entende que a educação  
1191 permanente é o caminho para o cuidado; não é apenas um dispositivo; é o dispositivo para esta  
1192 transformação. É necessário fazer articulações em todos os ambientes, tem que organizar de fato  
1193 em todos os âmbitos, inclusive na formação para não estarmos gastando tanto dinheiro com a  
1194 educação permanente, porque a formação já sai deficitária dentro da universidade. Relatou que  
1195 estava no whatsapp naquele momento discutindo no grupo de professores da UNEB, pelo  
1196 sofrimento psico, que estão passando os estudantes, professores, técnicos e às vezes, coloca nos  
1197 espaços da Universidade como um deflagrador, mas não é a nossa sociedade que está doente.  
1198 Então é preciso pensar, pois podemos ser os próximos. Você é trabalhadora de saúde Leide, é um  
1199 passo importante. Parabenizando a todos pelo trabalho. Dr. Adil destacou a participação de todos  
1200 que está mostrando que as pessoas estão comentando que elas estão bem aprofundadas no tema.  
1201 Isso é muito importante, apesar de ser um tema onde um Conselheiro, já falou, aonde a  
1202 unanimidade vai ser difícil, alias em saúde unanimidade é uma coisa difícil. Já se diz que  
1203 medicina é ciência da incerteza e a arte da probabilidade. Acha que saúde mental é mais ainda a  
1204 ciência da incerteza. Acredita que o aprofundamento e posicionamento daqui estão sendo  
1205 importantes. Falou que gostaria realmente de poder permanecer mais um pouco, mas como é final  
1206 de ano e o ano fiscal começa a fechar e são vários outros problemas que têm na Secretaria,  
1207 precisará sair. Parabenizar a apresentação de Liliane que foi muito pedagógica. Tem se  
1208 aprofundado um pouco no tema, mas a apresentação dela hoje fez rever e lembrar muitas outras  
1209 coisas. Colocou que fará uma comparação que, talvez, nem todos aceitem; como médico trabalha  
1210 com um paciente cuja religião não pode usar sangue e é uma dificuldade este paciente ser  
1211 atendido na rede, pelo fato de não usar sangue. Nos Estados Unidos existem hospitais, eles são  
1212 mais ricos, são mais poderosos, do ponto de vista financeiro. Existem hospitais lá ligados a esta  
1213 religião, onde não se usar sangue. É a rotina desde o porteiro do hospital ao médico que faz

1214 cirurgia cardíaca, dentro da condição mecânica, porque isso é importante. É uma questão  
1215 religiosa; então eles desenvolvem técnicas, desenvolvem um trabalho, onde aquilo que nós  
1216 acreditamos aqui absolutamente o uso de sangue, ele não tem as mesmas convicções. Eles têm  
1217 trabalho científico; cientificamente conseguem comprovar, na maioria das situações, que aqui  
1218 exigimos a doação de sangue. Para se fazer um procedimento, eles fazem, mas isso é uma questão  
1219 de cultura. Entende que neste momento, em relação à saúde mental, na saúde mental, estão  
1220 vivendo na mesma situação. Na medida tomada pelo Ministério da Saúde, o que foi proclamado  
1221 lá, de certa forma, retorna. É um retrocesso diante de tudo que foi apresentado aqui, mas procura  
1222 ver isso, como também, uma oportunidade para aqueles que não acreditam, tanto no que foi  
1223 apresentado, e que exista uma forma de transição. Tem que trabalhar mais, para fortalecer; nem  
1224 todos, mas a maioria aqui é favorável à desinstitucionalização. Sabemos que lá fora no dia,  
1225 aqueles que não concordam com isso, questionarão cadê os hospitais, não podem tratar aqui  
1226 dentro dos próprios hospitais gerais, essa será uma luta perene, será uma longa batalha, mas é  
1227 preciso precisamos acreditar. **Dr. Fábio Veloso** do Ministério Público agradeceu a Presidência  
1228 pela abertura da sessão para conceder ao Ministério Público algumas considerações que devem ser  
1229 feitas em relação á algumas referências feitas ao nosso trabalho, por exemplo, a questão da saúde  
1230 mental nas unidades no sistema penitenciário. A atuação do Ministério Público está vinculada a  
1231 norma de execução penal, então se a pessoa apresenta alguma desordem mental no processo se  
1232 instaurar um incidente de insanidade mental e comprovado que o causado não tinha  
1233 discernimento, a época da ação, da omissão da época criminosa, impõe-se a ele uma medida de  
1234 segurança; isso está previsto no artigo 26 caput do parágrafo único, do código penal. É uma  
1235 questão legal, por outro lado, se esta desordem mental, é superveniente, há condenação, se ela  
1236 ocorre no curso do cumprimento da pena, instaura-se para afins da conversão das medidas  
1237 privativas de liberdade, em medida de segurança. Isso tem suporte normativo, pela lei de  
1238 execução penal e tendo jurisprudência consolidada a respeito disso. É importante fazer este  
1239 recorte porque o Ministério Público entende a cobrança e até acha natural que ele seja o  
1240 depositário, o destinatário dessas cobranças, pois é depositário de confiança de uma parcela de  
1241 confiança da população. Mas é preciso pontuar que a não pode atuar contra a lei, pois existem  
1242 algumas questões legais que estão previstas lei nº 7.210, que é a lei de execuções penais. Têm  
1243 algumas situações do artigo 26 do código penal, que na verdade, emolduram a atuação do  
1244 Ministério Público. Outro ponto especificamente é no que diz respeito à pauta da  
1245 desinstitucionalização. Reafirmar como já teve a oportunidade de fazer algumas reuniões na  
1246 desinstitucionalização com a Dra. Liliane Mascarenhas, e outros técnicos da SESAB que a  
1247 competência e a boa vontade reconhecemos e fazemos isso reiteradamente de público. Tivemos a  
1248 oportunidade de deixar claro para o Ministério Público as ações de desinstitucionalização são bem  
1249 vindas, são necessárias, são legais e traduzem o respeito a direitos fundamentais, porque a  
1250 manutenção de unidades, com características asilares não só contrárias a lei, contrária ao próprio  
1251 núcleo essencial, da dignidade da pessoa humana. É importante fazer este recorte, porque é esta  
1252 questão veio a ser judicializada pelo Ministério Público, não só a desinstitucionalização, mas da  
1253 questão do todo da Saúde Mental, porque é a preocupação do Ministério Público, é não haver o  
1254 iato nesta transição e ação do Ministério Público. Voltou fundamentalmente a isso, não a defender  
1255 o modelo hospitalocêntrico, não defender a manutenção de instituições de características asilares.  
1256 Somos contra isso, mas para garantir, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde, que  
1257 haja uma transição de modelo, não é uma chave que se vira de uma hora para outra, há quem veja  
1258 até a necessidade do fechamento dessa unidades como freio de arrumação que o sistema  
1259 precisaria, para daí a RAPS se organizar. Essa é uma tese que o Ministério Público respeita, mas  
1260 que ver com preocupação por que isso pode criar uma desassistência e o Ministério Público, não  
1261 poderia assistir passível a esta possibilidade. O Ministério Público vem acompanhando as  
1262 questões de atenção à saúde Mental, já há alguns anos, no Brasil, particularmente na Bahia existe  
1263 uma ação civil pública, proposta contra o município, a questão estar judicializada e agora outra  
1264 ação civil pública proposta no âmbito da Justiça Federal, contra a União e contra o Estado, em que  
1265 tese esta judicialização, cujo as causas não cabem aqui referenciar. A própria Dra. Liliane sabe do  
1266 esforço do Ministério Público em sempre aceitar a interlocução ente o MP e o Executivo, mas

1267 como de fato, que a questão está judicializada, em relação aos três entes. O nível de resolutividade  
1268 da rede poderá melhorar e isso é consenso. Acredita que essa é uma das razões da judicialização,  
1269 dentre outras. Em relação aos três entes, o município de Salvador, o Estado da Bahia e União, o  
1270 Ministério Público continua aberto à interlocução, inclusive já teve a oportunidade de conversar,  
1271 mas pessoalmente com o Secretário de Saúde Municipal, que se mostrou receptivo a ideia do  
1272 termo de agendamento de conduta, que pode e deve ser discutido com todos, principalmente com  
1273 os usuários, como o Ministério Público já fez. Fizemos a audiência pública, fizemos também uma  
1274 audiência pública na Assembleia Legislativa, da qual Dra. Liliane estava lá. Outra boa notícia é  
1275 que o gestor Estadual, Dr. Fábio também, em uma menção rápida, fizemos esta possibilidade. Na  
1276 última reunião que tivemos no mês passado, na SESAB, inclusive parece que tem uma outra. Hoje  
1277 ele se mostrou receptivo à ideia. A perspectiva é boa quanto à judicialização, com a construção de  
1278 uma solução pactuada, para que essa transição seja feita de forma salva guardando os direitos dos  
1279 usuários, que não haja nenhuma desassistência e que a desinstitucionalização venha para se  
1280 consolidar e para reafirmar a necessidade de observância da portaria nº 3038. Encerrou dizendo  
1281 que não estava falando do modelo que agora querem virar e inverter a lógica do sistema. Dra.  
1282 **Márcia Teixeira - Promotora de Justiça** Coordenadora do Centro de Apoio Operacional da Defesa  
1283 dos Direitos Humanos se preocupou com a fala do Conselheiro Márcio de Souza. Lembrou que na  
1284 primeira reunião, no início do ano, para quem assistiu o plano realmente vem contemplando  
1285 várias questões, e naquele pânico daquela Portaria, no início que vamos fechar os hospitais, o  
1286 freio de arrumação que o colega Dr. Fábio Veloso mencionou. Parabenizou, assim como o  
1287 Conselheiro Márcio Souza, se preocupa quanto à falta de clareza, dos indicativos. (neste momento  
1288 solicitou desculpas à Dra. Liliane Mascarenhas). Sabe que tem uma Comissão que acompanhará  
1289 as metas, as próprias ações de execução deste plano, o monitoramento que o Conselheiro Márcio  
1290 Souza se referiu, e o Plano de Regionalização. Quando tem uma apresentação que coloca que tem  
1291 197 municípios com menos de 15mil habitantes, mas também há municípios com 300mil  
1292 habitantes, que não têm números de CAPS suficientes, como é que vai se dá à mobilidade desta  
1293 rede, como vai se dá o acompanhamento dessas pessoas, para que não tenham um agravamento da  
1294 questão da sua saúde. Registrou isso como um questionamento que acha ser importante que este  
1295 plano esteja bastante interessante, bem amarrado, mas sentiu a falta dessas informações. Ao  
1296 Conselheiro José Silvino, que falou sobre o sistema prisional, informou que neste ano de 2017 o  
1297 Ministério Público visitou e fez inspeções nas 24 unidades prisionais existentes na Bahia. Sugeriu  
1298 ao Presidente Ricardo Mendonça que, inclusive pode-se chamar aqui o Promotor de Justiça Dr.  
1299 Edmundo Reis, juntamente com a psicóloga Dra. Carla França, que participaram desta visita, e  
1300 um dos olhares do Ministério Público foi em relação à questão da Saúde Mental que muito  
1301 preocupou, porque como o Sr. mencionou, não necessariamente estão presos por uma  
1302 descompensação, ter praticado um crime, mas pelo que acontece no nosso sistema prisional que,  
1303 realmente deixa bastante a desejar. Pergunta, embora saiba que o HCT, as unidades elas ficam  
1304 vinculadas a SEAP, mas também tem uma Portaria que diz que tudo da saúde tem que estar  
1305 alocado na saúde, como esta discussão, por exemplo, falou que atendeu como coordenadora um  
1306 caso em que a pessoa foi desligada do Hospital de Custódia e mesmo não sendo idosa, foi  
1307 encaminhada para uma casa de acolhimento de idosos e lá houve uma tentativa de práticas  
1308 criminosas, etc. Teve que tirar para pedir uma avaliação no Hospital Mário Leal, então essa  
1309 pessoa ficou uma semana internada e voltou e a casa de acolhimento de idosos ficou preocupada  
1310 por ter um homem de 47 anos portador de um transtorno severo. Na lógica do que estava no  
1311 relatório, embora não seja médica, mas foi o que estava dizendo no relatório. Disse que fica meio  
1312 confusa de como é que funciona esta questão em relação à saúde. Encerrou cumprimentando o  
1313 Conselheiro Eduardo Calliga dizendo ser um prazer em vê-lo, inclusive nesta função de  
1314 Conselheiro e com suas poesias e sua simpatia de sempre. A **Conselheira Maria Helena Belos**  
1315 agradeceu a todas as pessoas que se empenharam na construção deste plano. É um momento de  
1316 louvor. Como diz o Conselheiro Eduardo Calliga, um momento de conclusão de uma luta.  
1317 Lembrou, diante desta luta, diante deste resultado que existem outras lutas. Viu parabenizando o  
1318 Secretário de Saúde, parabenizando o Senhor Governador, mas colocou que o Governador e o  
1319 Secretário, que a saúde está muito necessitando de atenção; então que eles ampliem o olhar para

1320 outras populações que estão também em vulnerabilidade, outras populações que têm alguns  
1321 transtornos. Talvez não percebemos, mas tem pessoas que vivem com HIV, devido toda luta todos  
1322 os remédios, tudo que eles fazem, eles também ficam debilitados, mas porque parabeniza o  
1323 resultado de tudo isso, pois serve de exemplo de que não devemos ficar de braços cruzados diante  
1324 desta situação política, diante de tanto descasos. Temos uma luta muito forte; se não lembrarmos  
1325 que devemos empenhar no fortalecimento do SUS, não tem plano nenhum que dará resultado, por  
1326 mais empenho que se tenha. Não devemos esquecer o fortalecimento do SUS, e sim lutar para o  
1327 fortalecimento do SUS, pois o SUS que cuida dos diversos fatores da população em relação a  
1328 saúde e em tantas outras diversidades. Parabenizou, mas ao mesmo tempo falou da sua  
1329 preocupação, porque este resultado pode levar a uma acomodação, achando que está tudo bem,  
1330 que está tudo resolvido, porque resolveu uma situação específica de uma categoria em relação à  
1331 saúde, mas a nossa saúde, as necessidades, são muito maiores e não devemos esquecer isso. E se  
1332 não tivermos um SUS fortalecido, a nossa saúde não será boa. Todos os hospitais foram e estão  
1333 inaugurando, estão fazendo a beleza deste plano, mas se não tiver uma política de fortalecimento  
1334 do SUS, não teremos nada. O **Conselheiro Cássio Garcia** informou que aconteceu em Brasília  
1335 semana passada, embora esclarecendo que está colocado para apreciação, referente à relação  
1336 direta com o que passou, mas não começou agora, não foi proposital; poderia ter sido apresentado  
1337 há duas semanas. A reunião foi transferida coincidindo com a aprovação da CIT pela alteração na  
1338 RAPS. Comunicou que esteve na reunião do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de  
1339 Saúde, CONASS, representando a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, que se reúnem antes  
1340 da Tripartite, para discutir os temas com antecedência. Na reunião a Bahia se posicionou  
1341 claramente contra ser levado para a CIT no dia posterior, que foi quinta-feira, onde solicitou o  
1342 aprofundamento dessas discussões. Eram cinco as minutas de aprovação da RAPS; algumas  
1343 conseguimos derrubar de imediato, entretanto o que se viu é que a maneira operacional hoje do  
1344 Ministério da Saúde é um pouco de considerar alguns órgãos colegiados do SUS, como CONASS  
1345 e o CONASEMS e acabaram indo embora estas minutas que eram vitórias imediatas na própria  
1346 discussão, porque no momento em que estávamos discutindo, o Ministério acabava ligando dentro  
1347 do CONASS, alterando as minutas. É algo que não conseguimos entender e, é o modo operante  
1348 hoje do que é o Ministério da Saúde e infelizmente este foi posicionamento no CONASS. A Bahia  
1349 avança na medida em que o projeto que vem, não vai dar conta de imediato; isso com certeza é  
1350 natural. Há avanços importantes no nosso Estado, que tem o maior número de CAPS no Brasil.  
1351 Temos que seguir avançando. Há um processo transitório importante, onde os municípios são  
1352 responsáveis por maior parte das ações. Estamos aqui dando uma linha de condução do que o  
1353 Estado da Bahia acredita que é viável, que é possível fazer no cuidado à atenção da saúde mental.  
1354 Não adianta traçar este plano, aprovar este plano e não ter o retorno, o respaldo do Ministério da  
1355 Saúde. São vários CAPS que não têm habilitação. Relatou que há duas semanas estava na cidade  
1356 de Juazeiro onde a Secretária de Canudos, pequeno município que sustentou por dois anos o seu  
1357 CAPS, tendo que fechar as portas, porque não tinha mais recursos para a manutenção; depois o  
1358 município teve dois anos bancando sozinho. Este não é o único exemplo que tem pela frente. É  
1359 necessário seguir discutindo e este é o espaço de discussão. O Conselho é para monitorar,  
1360 controlar, discutir, aprovar ou não as Políticas de Saúde; vamos ter que continuar fazendo esta  
1361 discussão constantemente, pois ela é muito complexa, envolve vários pontos de atenção, envolve  
1362 os três entes confederados e por isso tem que estar sempre viva. Disse estar contente de ter  
1363 escutado a fala do Conselheiro Eduardo Calliga e que lembra quando fazia discussão da Mesa  
1364 Diretora, no qual foi trazido o seu nome que, sem dúvida nenhuma, está e você também criticou e  
1365 cobrou várias vezes a apreciação deste plano. Se hoje está trazendo este Plano no CES, deve  
1366 muito à sua presença na Mesa Diretora do Conselho, que trouxe e manteve viva essa chama desta  
1367 discussão. O **Conselheiro Moysés Toniolo** parabenizou por conseguir ver uma evolução no plano  
1368 daquilo que foi o início da discussão que estava muito tensa e com muitos problemas. Notou o  
1369 quanto evoluiu e isso tem a ver, inclusive com a participação da Sociedade Civil Organizada dos  
1370 Usuários e dos Trabalhadores nesta construção. Agradeceu. Solicitou informações de como é essa  
1371 questão de unidade de acolhimento, pois precisa entender mais a conceituação disso e como  
1372 funcionará na prática o que é serviço de residência terapêutica, diante de um modelo de

1373 comunidades terapêuticas. Deseja entender a diferenciação entre estas duas coisas, porque existem  
1374 graves críticas sobre comunidades terapêuticas. Precisa também conhecer mais este programa de  
1375 volta para casa, que achou interessante. Solicitou mais informações de como serão conectados.  
1376 Isso é uma necessidade específica, Saúde Mental com o Programa de DST/AIDS, diante das  
1377 seguintes questões: jovens sendo acometidos pelas infecções de HIV/AIDS, neste momento como  
1378 a principal parcela da população infectada, com graves problemas de suicídio e depressão. Tem  
1379 que ter a conexão com a saúde mental fora isso, temos as questões de usuários de drogas, sejam  
1380 injetáveis ou não, que já é de certa forma, conectada com a RAPS. Mas precisa disso pela  
1381 conexão com ações de DST/AIDS e precisamente, a população lésbica, gays, bissexuais,  
1382 transexuais, travestis e intersexuais, que pouca gente vai saber, que agora a sigla LGBTI. Por  
1383 causa do sofrimento psíquico desta população e a contramão da instituição de falsas terapias,  
1384 chamadas de cura gay. Então teremos isso. Falou que a questão em Brasília está fervendo com  
1385 relação a isso e que adorou que o nosso representante do Ministério Público falou algo que é  
1386 importante em todo e qualquer plano, que nos remete à questão ética que é o princípio da não  
1387 maleficência. Uma coisa não pode parar só para que reorganize a rede e como agora o plano deixa  
1388 um pouquinho mais claro isso que vai acontecer. Então pediu que fosse enviado a todos o plano  
1389 na íntegra, para fazerem a leitura e conhecer mais algumas coisas que têm. Agradeceu a  
1390 participação da Dra. Liliane Mascarenhas, salientando a importância e por ser um momento  
1391 histórico. O plano é um começo de um processo de discussão que até então, só conhece essa  
1392 discussão na área técnica, na Instituição de Ensino ou no Ministério Público. O Estado  
1393 efetivamente se compromete em fazer um enfrentamento ao que pensa e ao que ele se  
1394 compromete na atenção ao cuidado das pessoas com transtornos, usuários de álcool, drogas.  
1395 Lembrou que em 2011, quando discuti, independente de alguns movimentos que tiveram  
1396 anteriormente, com Dra. Itana Viana, acredita que a RAPS trás um grande marco. Desde o final  
1397 de 2011 que o Ministério da Saúde pública a portaria 3.088, que debruçamos, através de um  
1398 estudo de diagnóstico muito intenso e na época do Secretário de Saúde Dr. Jorge Solla, quando  
1399 apresentou e como tinha outra realidade. O Hospital Lopes Rodrigues era o hospital que tinha o  
1400 maior quantitativo de moradores que veio do Juliano Moreira; moradores que foram retirados do  
1401 incêndio que aconteceu no HCT e foram para lá em uma situação delicada. Assim, toda uma  
1402 história daquela colônia, porque era Colônia Lopes Rodrigues, onde estartou, quando foi que o  
1403 Secretário da época até colocou o grande desafio. O grande desafio em iniciarmos o processo de  
1404 discussão dentro daquele hospital envolvendo, não só o hospital, mas o município, o Ministério  
1405 Público, entre outros. Foi um momento importante para, inclusive de compreensão e o cuidado  
1406 que estão sendo dados naquele espaço e de como abriu o diálogo, com estes outros atores. O  
1407 processo da desinstitucionalização começa naquele espaço, em Feira de Santana com o Lopes  
1408 Rodrigues em paralelo deflagramos a partir de diagnóstico a discussão da RAPS nas 28 regiões de  
1409 saúde. Lembrou que nas 28 regiões de saúde deflagrou o processo de discussão da RAPS. Sempre  
1410 brincava dizendo que quando a RAPS chegasse, chegaria à cegonha e a rede de urgência,  
1411 engolindo a RAPS. Não conseguia alavancar em determinadas regiões, a depender de uma região  
1412 ou outra, conseguimos avançar e foi o que podemos ver neste processo. Destas 28 regiões, 16  
1413 conseguiram construir seus planos de ações. Na discussão vimos a nossa dificuldade para a região  
1414 metropolitana, onde tem duas unidades, causando, com todo o processo do PROSUS. Acha que o  
1415 PROSUS deverá ser outro ponto que pela sua importância, o Estado pode estar efetivamente  
1416 investindo, quando se sabe que para implantar um CAPS, o recurso vem do Governo Federal. O  
1417 Município que faz o pleito do componente terapêutico do recurso para o município implantar o  
1418 CAPS, seja construído ou alugado equipamento. Enfim, muitas vezes, o Estado não tinha uma  
1419 contrapartida. Há um movimento importante pelo PROSUS, quando investe na região  
1420 metropolitana, onde está fazendo a entrega de equipamentos importantes. Em 2012 quando o  
1421 Estado se comprometeu com a questão do co-financiamento, o interessante que o movimento,  
1422 tanto para o Estado, quanto para os municípios para cobrar o incentivo que o Estado fez nas  
1423 discussões, para que o município implante o CAPS3, porque é um equipamento que ele consegue  
1424 dar maior resolutividade entre os CAPS. Por funcionar 24h, permite o acolhimento noturno, então  
1425 tem um diferencial, mas esta questão ainda será vista; questão de que alguém aqui falou que tem

1426 vontade política e o compromisso político e paralelo a isso. Colocou que na Assembleia  
1427 legislativa - Alba provocou inclusive, Dr. Fábio, deve se lembrar dos Deputados que se  
1428 envolveram com isso e abraçar a causa. Vemos poucas emendas parlamentares voltadas à Saúde  
1429 Mental. Precisa cada vez mais investir nisso, ter emendas parlamentares voltadas para a saúde  
1430 mental, não é só para CAPS. Explicou que tem outros equipamentos dentro da RAPS, unidade de  
1431 acolhimento; é um equipamento que permite o acolhimento de pessoas, usuários de álcool e outras  
1432 drogas, por um período de seis meses, para o tratamento; até seis meses, mas com tanto para  
1433 implantar este equipamento obrigatoriamente tem que ter um CAPS AD ou AD3. Tem a lógica  
1434 para todos os equipamentos; uma lógica que tem que estar vinculada a um CAPS. Precisa ter  
1435 também naquele território um leito de Saúde Mental. Então a triangulação do cuidado é algo que  
1436 ao montar uma unidade de acolhimento tem que ter todo um estudo de uma proposta de cuidado  
1437 para não ficar um depósito de pessoas usuárias de álcool e outras drogas. O CAPS AD, na  
1438 verdade é um consultório na rua; também tiveram um momento de bastante impulso na época do  
1439 programa Crack. É possível vencer que foi deflagrado pelo Governo Federal com o pacto pela  
1440 vida que também fortalece, mesmo assim conseguimos grandes avanços, que passa pela vontade  
1441 política com relação aos serviços de residência fisioterapêutica. É uma casa doada, muito  
1442 interessante; vale apenas vocês conhecerem os equipamentos existentes. Tem a tipologia Tipo1 e  
1443 Tipo 2. O tipo 2 na verdade, são moradores que têm maior dependência; então precisa de uma  
1444 equipe para acompanhar, para montar este RAPS. Não pode montar aleatoriamente, também até  
1445 efetivamente, um CAPS de referência para garantir o acompanhamento por causa do plano  
1446 terapêutico singular. Não é só pensar o CAPS, é uma mudança de cultura. Como bem Dr. Fábio e  
1447 Dra. Márcia colocaram que o cuidado com este cidadão deste município passa, na verdade, sendo  
1448 um cidadão com todos os direitos de ir para praça, de ir ao mercado, de retornar à escola. Como  
1449 vivenciamos, por exemplo, em Euclides da Cunha; é uma experiência viva. É possível ver e aí  
1450 envolve toda a sociedade e todos os atores executivos de todas as secretarias, e não apenas do  
1451 campo da saúde e a diferença de comunidade terapêutica. Estamos vendo o movimento do  
1452 Governo Federal, aporte de recurso para a comunidade terapêutica. Solicitou desculpa caso  
1453 tivesse alguma entidade religiosa, mas assim o que temos visto nas comunidades terapêuticas,  
1454 muito mais no âmbito religioso, onde as pessoas permanecem naqueles espaços, ali semi-  
1455 confinadas, há uma dificuldade. A atenção básica adentra e garante o cuidado, porque se há um  
1456 equipamento dele, a atenção básica tem que entrar; ela não é porta fechada. É uma grande  
1457 dificuldade; ela não se conecta com o SUS. É uma dificuldade muito grande. Existem algumas  
1458 situações. Observando o que está acontecendo no Brasil inteiro e pasmem ao invés de ter recurso  
1459 para investir nos equipamentos da RAPS, como um todo, está direcionando para as comunidades  
1460 terapêuticas os leitos psiquiátricos em hospitais psiquiátricos; algo que tem que ser questionado e  
1461 reavaliado, que é a condução, que é o recurso Este tem que ser aportado. Se existe uma RAPS, foi  
1462 uma construção coletiva, baseada em uma Lei nº 10.216. Só para relembrar um pouco e para  
1463 fortalecer a discussão, o problema volta para casa. É um problema existente há tempos, inclusive  
1464 da RAPS; o direito daqueles moradores, aquelas pessoas que já estão muito tempo na instituição  
1465 em solo psiquiátrico, que é o direito a este benefício. É um benefício menor que o salário mínimo,  
1466 mas é um benefício indenizatório, pelo tempo de permanência que este indivíduo teve durante  
1467 todo este tempo; há uma finalidade; com isso ele também tem o benefício de prestação  
1468 continuada. Este indivíduo com residência terapêutica ou volta para sua família, que volta com  
1469 este benefício, também como BPC. Tem um cidadão que tem um aporte de recurso e que também  
1470 vai realimentar este município a partir do momento que ele passa a consumir igual a um de nós.  
1471 Assim é algo importante para ser trabalhado. A discussão que aqui e voltando um pouco do Lopes  
1472 Rodrigues, o outro movimento que trabalhamos e já estava no processo que era em Vitória da  
1473 Conquista, não foi algo aleatório. Vitória da Conquista já tinha um indicativo de retirar aquele  
1474 leito de Saúde Mental, ali dentro, até porque o prédio estava condenado. Já sabia antes disso, pois  
1475 conhecia a estrutura anterior e viu que aquela estrutura não tinha condições nenhuma. É  
1476 interessante que no processo de mudança, observou isso e houve o momento de ouvir um  
1477 profissional para outro profissional perguntado se trabalhava também no mesmo espaço. Ou seja,  
1478 as pessoas, os trabalhadores estavam confinados. É preciso rever a conduta porque a partir do

1479 momento em que o manicomiano, viabilizando a questão do cuidado de confinamento dos  
1480 usuários, também dos trabalhadores, é que o cuidado que temos que repensar e ouvir. Falou que  
1481 ficou perplexa quando vi, pois não sabia que trabalhava aqui. Achou interessante ouvir isso e ver  
1482 outra realidade. O plano na verdade começa, mas não se acaba; é um grande passo que está sendo  
1483 dado e que precisa de detalhamento de metas de cada etapa, por que assim significa que vamos  
1484 retomar para toda a CIR discutir, pois teve mudança de gestores, aconteceu a situação no  
1485 processo de implantação, e precisamos saber qual é a situação daqueles que não foram  
1486 implantados e envolver outros atores no processo, para que cada etapa tenha um detalhamento e  
1487 tenha suas metas. Ela é tripartite; não adianta deflagrarmos isso sozinho. Tínhamos com a portaria  
1488 de indicativo de descredenciamento colocado que o Estado tem que apresentar um plano, qual é a  
1489 resposta que vamos dar para o Ministério da Saúde. Há um plano, e a partir daquilo, não só  
1490 pensando onde tenha hospital psiquiátrico, mas o Estado da Bahia todo, pois é assim que tem de  
1491 pensar no processo da desinstitucionalização, que vai além da saída de moradores, reorientação ao  
1492 modelo de atenção em saúde mental, para que possamos mostrar efetivamente, porque o  
1493 Ministério da Saúde vai ter que apresentar também qual é a proposta de recurso para  
1494 investimento. Falou que na discussão fez um questionamento com o pessoal do CONASS e  
1495 CONASEMS o aporte de recurso. Para isso que discutir mudança e apresentar recursos é muito  
1496 bom, pois dificuldade que tivemos na questão era botar aporte de recurso. Com relação às  
1497 entregas que temos pensado os espaços dos hospitais, foi à entrega que colocamos como proposta  
1498 para aquele espaço físico, para mesma forma que a gente capitaneou, através do PROSUS, que o  
1499 Estado possa também aportar recurso para construção de equipamentos naquele espaço. Por isso  
1500 coloca o momento inicial de cinco anos, porque um PPA é uma forma de estarmos capitaneando  
1501 recurso para investimentos. Referente à equipe de saúde prisional, a equipe dela, nesta análise tem  
1502 duas tipologias - equipe de saúde prisional, atenção básica normal, como agregador de saúde  
1503 mental; considerando que o confinamento, seja ele em ambiente hospitalar, seja em ambiente  
1504 asilar, seja em ambiente prisional, desencadeia um processo de transtorno que consideramos ser  
1505 importante agregar para esta equipe de saúde prisional, na sua maioria que são das equipes de  
1506 saúde prisional dos perfis de saúde mental. Quanto ao HCT, esta é uma discussão que para uma  
1507 ação judicial, inclusive aqueles moradores que tem muito tempo lá e tem questões que pessoas  
1508 cumpriram as suas medidas, sem efetivamente ter sido, houve erros; palavra que agora, houve  
1509 equívocos das pessoas estarem cumprindo medidas de segurança no HCT; são pessoas que não se  
1510 enquadram para ir para SRT. A discussão com o sistema de assistencial social é que existe o  
1511 serviço de residência, inclusive há uma perspectiva em viabilizarmos isso. A Secretaria de Justiça  
1512 e Direitos Humanos está em uma discussão por causa do marco regulatório para que façamos uma  
1513 discussão deste tipo de equipamento e de garantia. Na época Dr. Washington Couto era Secretário  
1514 de Saúde que veio uma proposta, parece que do Maranhão ou Piauí, onde eles informaram que  
1515 estavam fechando o HCT e a pergunta que fez para o Juiz e as pessoas estavam pedindo os de  
1516 segurança era onde e ele informou que estava indo para o hospital psiquiátrico. Então solicitou  
1517 permissão indagando se estava indo contra a lei de nº 10.216, era preferível pensar em que forma  
1518 e enfrentar a questão do HCT, qual a estratégia teria para fazer meramente transferência, pois  
1519 estava descumprindo. Então a Bahia não adotou o CNJ. Queria que a gente assinasse o  
1520 documento. Dr. Rogério Queiroz estava conosco nesta agenda e não assinamos este termo, porque  
1521 entendemos que estaríamos descumprindo toda legislação. A saúde prisional também está na  
1522 diretoria com elas e vem discutindo com a equipe do CIAVE, do NEPS, onde o pessoal é a equipe  
1523 de referência com relação à questão do suicídio. O grupo condutor da saúde prisional é  
1524 coordenado por nós, então tranquiliza. Todos estão dialogando, apesar de sermos poucos  
1525 profissionais, mas temos uma Diretoria de Gestão do Cuidado. Acerca ao suicídio o CIAVE e o  
1526 pessoal do NEPS, são uma equipe de referência que tem ajudado nas discussões. A pauta do  
1527 suicídio e a questão do atendimento em emergência para pessoas com transtornos mentais,  
1528 usuários em outras drogas já foram pautas de discussão nas unidades de porta aberta em Vitória  
1529 da Conquista já pelo processo de estar trabalhando lá. A equipe do complexo, Giovane que é o  
1530 diretor do hospital, vem trazendo estas pautas; a ideia é a deflagrar a discussão em todo Estado.  
1531 Colocou que a questão do autismo fica um jogo de empurra para quem atende, para quem vai. A

1532 questão da LGBT está também na diretoria. São dezoito temáticas. Estamos agregando todas as  
1533 temáticas lá dentro. Temos um Comitê que foi instituído, mas entende que tem mais a ser feito.  
1534 Assim como a questão da violência e LGBT. Saúde prisional, pessoa com transtorno mental, com  
1535 deficiência é uma população que ainda tem uma situação delicada. Com relação ao DST/AIDS  
1536 acha que a partir do que está sendo discutido no plano, é necessário um diálogo com a equipe  
1537 DIVEP que está também com o plano; isso para que possamos estreitar as entregas. O  
1538 **Conselheiro Marcos Sampaio** sugeriu que a votação fosse nominal, cada Conselheiro pudesse  
1539 citar isso, para registrar na história. O senhor **Presidente Ricardo Mendonça** esclareceu ao  
1540 Conselheiro Marcos Sampaio que infelizmente no Regimento do CES não prever votação  
1541 nominal, então desta forma estaria ferindo o regimento. O Conselheiro Marcos Sampaio enfatizou  
1542 que o regimento não prevê nem o contrário e nem é favorável; se ele é omissivo, poderia avaliar a  
1543 possibilidade ou não. Porém retirou a proposta devido a defesa contrária do senhor Presidente  
1544 Ricardo Mendonça. A **Conselheira Isadora Maia** propôs diferente à sugestão do Conselheiro  
1545 Marcos Sampaio, no caso o Conselheiro justificar o seu voto, ele aprovando ou não, ou se  
1546 abstendo. O senhor **Presidente Ricardo Mendonça** registrou que Justificativa de voto é uma  
1547 prerrogativa do Conselheiro; isso não vai impedir. E, seguida colocou em votação Plano da  
1548 Desinstitucionalização, que foi aprovado com duas abstenções. A **Conselheira Isadora Maia**  
1549 justificou o seu voto de abstenção, ressaltando que embora o plano seja maravilhoso, e é a favor  
1550 do fechamento dos hospitais psiquiátricos da Bahia no Brasil todo, mas a transição desse  
1551 monitoramento, a clareza do plano, não conseguiu enxergar. Disse que torce para que tudo o que  
1552 foi colocado aconteça, porém não gostaria de se colocar em algo tão fino, tão importante que é  
1553 este plano, esta responsabilidade das pessoas com transtornos mentais e um fechamento, sem ter,  
1554 é conseguir ter isso de fato. Sua abstenção é por causa disso. É a favor, não tem que existir  
1555 manicômio; e até para corroborar esse plano de volta para casa, ele é importante, pois é  
1556 imprescritível, é uma prescrição de pessoas que já estiveram 10, 20 anos lá e não requereram estes  
1557 valores. Encerrou reafirmando sua abstenção justamente por não ver a clareza no monitoramento  
1558 na transição e de como é que realmente ficariam essas pessoas. O **Conselheiro Marcos Sampaio**  
1559 registrou seu voto favorável pelo que representa para a luta manicomial, para o que representa a  
1560 AMEA, pelo que representa para os militantes das Bahia, mas não poderia deixar registrar que o  
1561 plano não trás o cronograma de execução, não traz a garantia de uma transição. Este é o momento  
1562 que ele representa de luta, uma demonstração de luta contra os desmontes. Reafirmou sua fala  
1563 quanto a uma modificação, colocando ali a ideia de que no controle social precisa de um  
1564 mecanismo, de monitoramento do plano e não colocou ali, inclusive representa um avanço muito  
1565 grande. Neste momento a história que está fazendo a partir de hoje no Estado da Bahia, é a leitura  
1566 deste plano; se tiver decisões de fechar estes serviços para aguardar outros serviços serem abertos  
1567 ou concretizados, automaticamente a gente deu a outorga para isso. Futuramente teremos que  
1568 estar muito vigilantes e possa ser que a gente pague o preço. Disse ter votado favorável, e não terá  
1569 o direito de dizer que não passou pelo Conselho, mas votou muito mais pelo que representa. Sua  
1570 sugestão de voto nominal foi neste sentido, porque quando votamos aqui em bloco somos  
1571 representados pelos números, x números votaram a favor e duas abstenções, quando votamos  
1572 nominal há uma representação do compromisso individual do conselheiro; Conselheiro ele se  
1573 declarou favorável o contrário a uma matéria, embora não tenha valor nenhum, mas o valor  
1574 simbólico é muito importante. Registrou que não conseguiu ver qual a garantia de recurso, e  
1575 espera, por ser muito otimista, comemorar, tipo quando dizia que as policlínicas, talvez nem  
1576 fossem concretizadas na Bahia e hoje elas estão sendo inauguradas com possibilidades de  
1577 assistência à população. Falou que estar revendo a opinião, que um dia deu e espera que seja uma  
1578 política que possa fazer isso. Viu um plano muito solto, mas votou favorável. RAPS já,  
1579 Manicômio nunca mais. O **Conselheiro Eduardo Calliga** destacou que o mês de dezembro é o mês  
1580 que sempre está presenteando a saúde mental. Assim foi com as portarias a 3.088 e a 366; isso faz  
1581 retornar à linha do tempo. O monitoramento é bom, mas quando é para a saúde mental, este  
1582 monitoramento tem que ser logo eficaz. Falou ficar triste com isso, pois tem monitoramento para  
1583 tudo, mas quando é para a saúde mental, tem que ser de imediato. Tantos direitos já tiraram de nós  
1584 e querem tirar ainda uma sociedade sem manicômio; não é uma meta situada no futuro. Há uma

1585 distância segura de nós. Não é um equilíbrio a ser alcançado, nem será uma contradição a ser  
1586 resolvida. Uma sociedade tal é aquela que ousamos produzir, não só hoje, mas por toda uma vida  
1587 viva em uma sociedade sem manicômio. Viva uma sociedade alternativa e se a RAPS avançar e se  
1588 a gente se unir os manicômios, irão cair e isso tem doído em muita gente, pois nós enquanto  
1589 loucos, que é uma essência natural do ser humano, é de ser louco. A questão está como ele trata a  
1590 sua loucura; é por isso que estamos aqui nesta manhã, pois sabemos tratar nossas loucuras  
1591 enquanto eu estiver fôlego de vida. Não a essa miséria chamada manicômio; por uma sociedade  
1592 sem manicômio. Quando falamos sem manicômios, não falamos para nós usuários, falamos  
1593 também para profissionais, pois a lógica dos manicômios é tão mesquinha que você só tem uma  
1594 possibilidade de enxergar frontal, você não ver outra possibilidade. Como o Dr. Fábio colocou  
1595 que desinstitucionalização não é só o fechamento não, é uma geração de chave; não é um processo  
1596 que toda esta equipe lutou. **O Senhor Presidente Ricardo Mendonça** registrou que os votos ficam  
1597 registrados na medida em que todas as atas são assinadas, tendo também a lista de presença. Ao  
1598 assinar a ata fica registrada a participação deliberação, se posicionou contra, favoravelmente ou se  
1599 absteve. Prosseguindo colocou em votação a carta lida pela Conselheira Célia Alexandria de  
1600 repúdio à nova Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. A carta de repúdio foi aprovada.  
1601 Em seguida agradeceu a presença de todos e informou ao Ministério Público, Defensoria Pública,  
1602 a todos os que participaram desta construção que será publicizará o mais rápido possível no site  
1603 do CES e encaminhará para os órgãos de controle este Plano da desinstitucionalização aprovado  
1604 por este CES. Comunicou ao Conselheiro Marcos Sampaio que a própria Comissão de Saúde  
1605 Mental a já se faz presente para acompanhar e monitorar o Plano da Desinstitucionalização.  
1606 Prosseguindo a reunião passou para segundo ponto de pauta: Recomposição da Comissão  
1607 Intersetorial de Saúde do Trabalhador - CISTT. **O Senhor Presidente Ricardo Mendonça** disse que  
1608 na realidade desde o ano passado vem tentando recompor a CISTT. A representação dos gestores  
1609 foram os Conselheiros Cássio Garcia e Rosalvo de Oliveira que já foram empossados. Trazendo a  
1610 questão da história da Comissão e tem algumas coisas que precisa colocar, por exemplo, a  
1611 Comissão hoje está assim formada: Leonidia Laranjeira, Josivaldo Gonçalves, Silvio Roberto,  
1612 Rosalvo Oliveira, Cássio Garcia, Francisco José, Fernando Dantas, Marcos Sampaio, e Silvanete,  
1613 porém a Conselheira nunca foi indicada por este Conselho para ser membro da CISTT. Hoje um  
1614 erro material nas confecções das nossas atas. Na verdade, era o Conselheiro Moysés Toniolo; ele  
1615 saiu e foi indicado o Conselheiro Marcos Sampaio. A questão da Conselheira Silvanete. Então  
1616 houve um erro material neste documento. Disponibilizou para quem quisesse ter acesso na  
1617 Secretaria do Conselho, pois foi resgatado, desde a época do anterior Presidente Jorge Solla, até a  
1618 presente data, porque foi identificada a existência de um erro, conforme a própria CISTT  
1619 encaminhou o material para qual, a ideia é que a Mesa esteja trazendo a ampliação da CISTT. A  
1620 Mesa entende que a CISTT tem que ser ampliada. Informou que há pleitos da Conselheira Maria  
1621 Ângela da Mata, Marleide Castro, José Vasconcelos e Edson Morais. Entende poder ampliar, até  
1622 porque verificando os normativos do Conselho Nacional de Saúde e as legislações, essa Comissão  
1623 não precisa ser paritária. Colocar para o pleno certo se tem algum encaminhamento contrário com  
1624 relação a essa indicação. **O Conselheiro Francisco José** em relação à questão da paridade  
1625 enfatizou que a Resolução 493 do Conselho Nacional de Saúde é clara. Existe uma Resolução do  
1626 CES nº 07/2010, que trata da recomposição desta CISTT. A questão da paridade, que é uma  
1627 Comissão deste Conselho, tem que ser paritária, porque o controle social do SUS só pode  
1628 funcionar se for paritário. É preciso primeiramente entender que para a participação do Conselho  
1629 de Saúde em qualquer composição da Comissão, ela tem que ser paritária. Não pode ter cinco  
1630 gestores, um usuário e um trabalhador; não existe composição em relação à participação do  
1631 Conselho sem paridade. Assim é no Conselho Nacional de Saúde e nos Conselhos Estaduais e  
1632 Municipais de Saúde, caso contrário, ela não pode funcionar como instância do Controle Social  
1633 do SUS. Quanto à ampliação, para que ela ocorra, é preciso que os entes sejam motivados a  
1634 participarem. Exemplificou que a gestão tem uma representação apenas na Comissão, mas ela não  
1635 tem uma representação, porque nem esta representação participou ou participa das reuniões. O  
1636 Conselheiro que é o suplente que representa aqui a Secretaria de Meio Ambiente, até participou  
1637 de algumas reuniões este ano, fato histórico na gestão passada. Praticamente não apareceu

1638 nenhum representante da gestão. Qualquer que seja o setor ou segmento, usuário ou trabalhador,  
1639 que amplia a participação aqui terá que também ampliar a participação da gestão. Resta saber se a  
1640 gestão quer recompor e ampliar este lugar dentro da CISTT, porque hoje há uma representação de  
1641 gestão com titular e suplente, um de trabalhador e suplente duas de usuários com titulares e  
1642 suplentes e não necessariamente durante as cinco reuniões no ano, se fizeram presentes. Se  
1643 ampliar apenas para dizer que ampliou o espaço, que colocou a mais, está chamando atenção que  
1644 os segmentos estão interessados por essa ampliação, apresente os nomes das entidades para que  
1645 assim possa fazer a discussão e encaminhar essa ampliação da composição do que tem hoje. São  
1646 quatro representações do Conselho se tiver que ampliar, vai ter que ampliar para dobrar para oito  
1647 representações do Conselho. Significa dizer que terá quatro representações de usuários titular e  
1648 suplentes, duas representações e trabalhadores titulares e suplentes e duas representações da  
1649 gestão de titulares e suplentes. O **Presidente Ricardo Mendonça** falou que debruçou na cartilha,  
1650 fez até umas consultas jurídicas, antes de trazer esta questão e a cartilha feita pelo Conselho  
1651 Nacional de Saúde, fala da composição no último parágrafo e não cita em nenhum momento a  
1652 resolução do CNS de nº 453, mas fala de ampliação de participação, tanto de entidades que não  
1653 são do Conselho Estadual de Saúde, como de Conselheiros. Fez a leitura: “a composição deve ser  
1654 a mais representada possível, garantindo a presença de Conselheiros de Saúde titulares ou  
1655 suplentes, órgãos gestores ligados à política de saúde do trabalhador e da trabalhadora e Entidades  
1656 Centrais Sindicais, Confederações, Federações, Sindicatos, Associações de Moradores de Base,  
1657 representação de empregados e empregadores, Universidades independente, de fazer parte do  
1658 pleno do Conselho do Estadual de Saúde.” Portanto não necessariamente, deve ser seguida  
1659 paridade do Conselho de Saúde, ou seja, a questão dos 25%, Resolução do Conselho Nacional de  
1660 Saúde. Existe uma própria resolução que fala que não precisa ser paritária. Acha que precisa  
1661 assim, porque está tendo uma cobrança muito grande à mesa de várias entidades querendo  
1662 participar. Enfatizou que desejou chegar ao bom senso tentando fazer por duas vezes, convocou a  
1663 Coordenação, convocou a Secretaria para participar de reunião no mês de janeiro e fevereiro do  
1664 ano passado; isso está documentado e nenhum momento conseguiu resolver a situação. Citou a  
1665 situação da Conselheira Maria Ângela da Mata que não é membro da CISTT, pois não tem  
1666 resolução incluindo o nome dela. Disse que o atual Chefe de Gabinete falou que não vai pagar  
1667 nenhuma passagem para ela, por ela não ser da CISTT. Como é que justificar isso se ele está  
1668 correto? Isso é uma questão de ato administrativo. Ou então amplia e acha que não há dificuldade  
1669 nenhuma para o pleno ampliar até porque estamos vendo que na última Conferência em Brasília  
1670 avançou e muito. Só estamos abrindo espaço; só nós resolveremos uma situação que é nossa. A  
1671 comissão é nossa. Esclareceu ainda que a senhora Jacira Cândia não pode ser a Secretária da  
1672 Comissão, pois a Comissão é do Conselho. Citou que teve vários problemas na questão de  
1673 encaminhamento de documentação, porque a única Comissão do Conselho que não faz ata e o  
1674 Conselho Nacional de Saúde solicitou as atas para inscrever vocês para participarem da Câmara  
1675 Técnica e foram enviados incompletos, mas foram. Então vamos assim acertar o jogo  
1676 administrativo, ver como tocar; O coordenador toca bem, agora na questão do encaminhamento é  
1677 conosco. Concluiu o presidente. O **Conselheiro Moysés Toniolo** disse que nas Comissões do  
1678 Conselho Nacional de Saúde sempre ocorre uma vacância e pode ocorrer, inclusive por ausência  
1679 dos Conselheiros que deixam de participar, gera vacância naquela vaga. Só para entender, a  
1680 entidade perde a vaga muitas vezes se o Conselheiro não for participativo. Portanto, cabe também  
1681 uma verificação aqui por esta Mesa de como está a participação em geral em todas as Comissões.  
1682 Quando a Comissão tem um problema deste, no mesmo mês em que se identifica a vacância, já  
1683 tem que entrar no processo de indicação no Conselho Nacional para que imediatamente recompõe  
1684 a Comissão, pois as Comissões não podem ficar sem paridade. Todas as Comissões têm paridade.  
1685 Isso é um cuidado da Mesa Diretora e da Secretaria Executiva, porque se amplia as Comissões e,  
1686 até pelo que saiba a CISTT daqui, todas as suas Comissões, inclusive as suas reuniões. Tem uma  
1687 Comissão formalizada com nomes que são publicados, mas ela é aberta para todas as pessoas. As  
1688 pessoas podem participar, existe calendário de reuniões da CISTT em que as Comissões deveriam  
1689 estar socializando. Registrou que tem vontade de participar, mas não consegue por falta de  
1690 agenda. Agora abriu vaga, tem Conselheiro que não vai. Tem que ser trazido para o Conselho

1691 Estadual, deliberar a mudança das pessoas. Se as pessoas não vão, tem que verificar nas atas, no  
1692 controle de presença desta Comissão como é que está à participação, a frequência desses membros  
1693 e substituir os Conselheiros e Conselheiras que não estão efetivamente participando. **O**  
1694 **Conselheiro Francisco José** reiterou a palavra do Conselheiro Moysés Toniolo dizendo que se  
1695 baseia justamente no que está colocado enquanto Resolução do Conselho Nacional e Estadual. A  
1696 Resolução CES nº 07/2010, trata da CISTT que foi criada em 1996. Na criação teve problema,  
1697 pois não era paritária dentro do Conselho; eram 5 representantes da gestão, 1 de usuário e 1 de  
1698 trabalhador de saúde. Essa era a CISTT que existia no Conselho. Em 2010 depois da  
1699 recomposição do Conselho Estadual, esta Comissão também foi recomposta e uma nova  
1700 Resolução foi aprovada neste Conselho que está em vigor. Recentemente com a eleição e a  
1701 condução e a recondução de alguns Conselheiros, todas as Comissões foram revistas neste  
1702 Conselho. Referente à CISTT, infelizmente na hora de se colocar disponibilidade de vagas houve  
1703 o erro da condução do processo que se abriu vaga sem ter a vaga segundo a Resolução, porque se  
1704 o Conselheiro Moysés Toniolo não faz mais parte e se o Conselheiro Marcos Sampaio também  
1705 não fazia ou não queria fazer parte, eram duas vagas no segmento de usuários e mais nada para se  
1706 discutir. |A questão de se discutir uma recondução ou uma nova inserção de Conselheiros disse  
1707 que acompanha o Conselheiro Moysés Toniolo, primeiro que esta Comissão não é deliberativa  
1708 como é o Conselho Estadual de Saúde; Então ninguém vai lá para deliberar nada, quem delibera é  
1709 o Conselho. Citou ainda que todas as reuniões da CISTT são abertas e não é só para o Conselho,  
1710 são abertas a quem quiser participar da sociedade civil. A questão de participar da Comissão é só  
1711 ir lá e participar da reunião; agora o Conselho precisa ter uma representação na Comissão. Porém  
1712 se deseja discutir a participação do Conselho na Comissão, é outra história. Qualquer pessoa pode  
1713 participar da reunião, pois sempre foi aberta. Quanto à questão da Secretaria da Comissão, foi  
1714 escolhida entre os membros da CISTT que também é composta por membros do Conselho de  
1715 Saúde e a Comissão é permanente do Conselho. Ela é Intersetorial; então o coletivo da Comissão  
1716 elegeu a DIVAST, porque é a representação da Secretaria de Saúde do Estado, pois a gestão  
1717 enquanto Conselho tem o lugar dela que hoje é representada, como foi dito aqui pelo suplente do  
1718 Secretário o Conselheiro Cássio Garcia e pelo Conselheiro da Secretaria Meio Ambiente. Portanto  
1719 são duas vagas da gestão representante por Conselheiro; só que na composição da CISTT a  
1720 SESAB tem mais uma vaga que foi colocada à disposição da DIVAST - Diretoria de Saúde do  
1721 Trabalhador e da Trabalhadora da SESAB. Como esta diretoria foi eleita entre as partes da  
1722 Comissão, como secretaria da comissão, então se a pessoa sentada aqui é a secretária hoje, é  
1723 porque a Diretoria a colocou para representá-la na função e não cabe discutir isso, pois é uma  
1724 discussão da própria CISTT como um todo. Talvez possa ser encaminhada pelo Presidente do  
1725 Conselho essa situação, para que a CISTT discuta traga a necessidade de rever. A condição da  
1726 secretária está à disposição da Diretoria de Saúde do Trabalhador, por isso também o auditório é  
1727 cedido para a realização das reuniões na DIVAST, no Canela. Em relação ao que o Presidente trás  
1728 acerca da ampliação, reafirmou a importância e que ficaria bastante satisfeito caso possa acontecer  
1729 esta ampliação, mas fica preocupado quanto à paridade do Conselho; não é das outras Entidades  
1730 que compõem a CISTT e sim do Conselho de Saúde, porque qualquer Comissão do Conselho que  
1731 tenha participação de Conselheiro compreende e por conhecer as resoluções, precisa garantir a  
1732 paridade, pois o Conselho só funciona e todos sabem com a garantia da paridade entre os  
1733 representantes da Gestão, dos Trabalhadores e dos Usuários do Sistema Único de Saúde. O  
1734 **Presidente Ricardo Mendonça** entendeu que o Conselheiro Francisco José respondeu as perguntas  
1735 de todos. A Comissão é Intersetorial, é diferente de Comissão. Está escrito na cartilha, na 493. Irá  
1736 enviar para lá para rever esta situação. A Comissão é intersetorial e o Conselheiro acabou de  
1737 informar que foi a Comissão Intersetorial que escolheu Jacira como secretária. Disse que não  
1738 estava questionado em que cargo está investido. Arão e Poliana são servidores também. Os  
1739 Conselheiros ficam o tempo todo cobrando da Presidência e não tivemos capacidade de há um ano  
1740 resolver uma situação e agora que está trazendo a pendência. E o que acontece é que manda um e-  
1741 mail para a Presidência dizendo que o Presidente está inviabilizando a participação de pessoas  
1742 como na realidade, este pleno aqui não teve a capacidade de resolver, pois quando tirou falou para  
1743 se reunirem e decidirem quem queria participar da Comissão. Lembrou bem que esta reunião foi

1744 no HGRS. Se decidiram, marcou duas reuniões e ninguém compareceu, ao contrário. Está lá  
1745 registrado. Então assim, quando não emite uma passagem falam que o presidente está  
1746 inviabilizando a participação. Infelizmente não pode ficar na última por problemas pessoais, mas  
1747 é preciso resolver os que vocês conselheiros precisam e querem. A **Conselheira Leonídia**  
1748 **Laranjeira** comunicou que solicitou a Arão Capinam recuperar as atas de fevereiro, março e abril  
1749 de 2014 onde que foram deliberadas as recomposições e falam das ausências, das pessoas que não  
1750 estavam mais no conselho, e ela estava como membro da CISTT representando o CES. Afirmou  
1751 ter sido uma das substituídas e não entendeu por que o nome do Conselheiro Silvio Roberto está,  
1752 porque ficou como titular e o Conselheiro Josivaldo Gonçalves como suplente representando o  
1753 segmento dos trabalhadores. Frisou que sempre vai às reuniões e está lá a definir. Não entende por  
1754 que isso aconteceu, pois está na Ata a recomposição das substituições e bem claro. Lembrou  
1755 inclusive que o Conselheiro Silvio Roberto abriu mão porque estava em outras Comissões.  
1756 Solicitou recuperação da ata. A questão que o Conselheiro Moysés Toniolo levantou, se for  
1757 verificar não terá nenhuma Comissão aqui, porque a vacância é enorme. Salientou que todas as  
1758 suas ausências em 2014, até um período foram justificadas, se não estão justificadas devem foi  
1759 porque estava com seu pai internado; justificava inclusive extraoficial, todavia é preciso fazer um  
1760 levantamento total. O **Conselheiro Marcos Sampaio** falou que achava que a maior parte das  
1761 discussões estava se desdobrando para outro lugar. O presidente encaminhou para ampliação da  
1762 Comissão, porém o Conselheiro Francisco José enfatizou sobre a paridade. Se colocar de fato a  
1763 proposta que deveria ser uma Comissão que já tem muito tempo, uma Comissão que louva todas  
1764 as ações que têm feito. Agora, mesmo o encontro de trabalhadores que a Comissão fez, foi algo  
1765 ímpar, mas que precisa aproximar ainda mais a comissão do conselho, pois ela é do conselho;  
1766 precisa vir para dentro do Conselho. É necessário que as outras Entidades que a compõem sejam  
1767 conhecidas pelo Conselho, que elas compreendam que é do Conselho e precisam dialogar com o  
1768 Conselho. É preciso compreender que o Conselho Estadual de Saúde tem que estar à frente. Disse  
1769 que viu as ações, inclusive das Comissões que as pessoas questionavam á não participação do  
1770 Conselho Estadual de saúde, não que o Conselho não está indo se é uma comissão do Conselho.  
1771 Pediu que o Presidente solicitasse a participação de cada membro para se tornar radical, como é  
1772 que estava lá através das listas de presenças comprovando falta e ausência. Reformula, dá posse a  
1773 uma nova Comissão que vai tocar a vida; isso seria uma saída, a outra seria ao invés da entrar em  
1774 um debate, que pode ser um debate muito longo, é aprovar um entendimento, um consenso que  
1775 tem que ampliar. O único entendimento que tem é que diz que é com paridade e tem outro que  
1776 não necessita de paridade, mas que aprove a ampliação da Comissão porque está vendo o  
1777 problema de escassez de espaço e tem mais conselheiros querendo participar. No entanto, a  
1778 ampliação já é um consenso entre nós e que seja de ampliar de 4 para 8 e assim buscamos as  
1779 representações para participar e completar o número necessário. Agora de fato, uma preocupação  
1780 é necessária, não dar para ficar lá em plena conferência e tendo que mandar para os Conselheiros  
1781 participar das áreas técnicas e ter aquele estresse todo que teve lá, de que não tem ata. O  
1782 documento já foi, tem que ter alguém que de fato seja o guardião da história da Comissão e que  
1783 tenha uma secretária adjunta escolhida lá pela Comissão para tratar algumas questões. Precisamos  
1784 reformular e reforçar a ideia de que a Secretaria Executiva do Conselho, Conselho é um órgão  
1785 permanente, sendo eleito e ir embora, mas quem guarda a história no Conselho é a secretaria  
1786 executiva do Conselho; aí é preciso reforçar estas duas questões que são estruturantes. Sugeri  
1787 aprovar a possibilidade de ampliação da Comissão. A **Conselheira Maria Ângela** salientou que sua  
1788 solicitação para participar da CISTT se deu em reunião no HGRS. Ficou preocupada por conta da  
1789 ampliação sem antes levar para a Comissão e alterar o seu Regimento, porque tem um Regimento  
1790 embora ela esteja diretamente ligada ao Conselho Estadual. Este Regimento precisa ser alterado  
1791 quanto à sua composição, para não ficar desproporcional ou até não ficar à toa. Já que tem este  
1792 regimento vamos seguir este regimento. Falamos tanto neste processo regimental, então não  
1793 podemos agora desfazer de um regimento que esta Comissão tem. Sugeri que os atuais  
1794 integrantes da Comissão se debrucem para fazer esta alteração e tragam a este Conselho para  
1795 deliberação. Reiterou seu pleito para integrar à Comissão, já que têm duas vagas. Informou que  
1796 antes de ser conselheira fazia parte como convidada, discutindo a saúde do trabalhador há muitos

1797 anos. Quanto a questão dos documentos da secretaria lembrou que a reunião da CISTT acontece  
1798 na DIVAST e isso todos tinham conhecimento. É uma Comissão Intersetorial formada por  
1799 integrantes da Previdência Social, Fundacentro participando, Secretaria de Bem Estar do Trabalho  
1800 e Emprego e outras Entidades que não fazem parte do Conselho. É uma Comissão totalmente  
1801 diferenciada das outras comissões; única comissão que tem entidades que não participam do  
1802 Conselho; é por isso que é chamada de intersectorial. O **Conselheiro Francisco José** registrou que a  
1803 CISTT não realizou nenhum encontro dos nove encontros macrorregionais; são encontros da  
1804 rede de saúde do trabalhador e são de responsabilidade da SESAB, não é da CISTT. Ela foi  
1805 convidada como Comissão para ajudar a organizar, mas a responsabilidade dos nove encontros e  
1806 o custo é todo da SESAB, a partir da Diretoria de Vigilância e Assistência a Saúde do  
1807 Trabalhador. É preciso tomar cuidado com as informações colocadas, porque se informação  
1808 passar daqui não for à correta, a verdadeira teremos sérios problemas. O que a Comissão  
1809 encaminhou este ano no Conselho e o Conselho avaliou e aprovou foi o Plano de Trabalho da  
1810 Comissão, que inclusive tivemos uma última reunião ontem e estamos fazendo o relatório final  
1811 deste ano para, se possível, apresentar na próxima reunião deste Conselho. O Plano de Trabalho  
1812 da comissão veio para este Conselho e foi aprovado, está sendo tocado para o biênio 2017/2018;  
1813 foi à única atividade que pautamos no Conselho, até porque sabemos da dificuldade do que tem  
1814 sido trazer pauta para este conselho, dada as outras prioridades de discussões da área da saúde.  
1815 Fez este esclarecimento para deixar claro que não foi de responsabilidade da CISTT e nem ela  
1816 formalizou nenhum encontro este ano. Colocamos no plano de trabalho, mas o encontro que era  
1817 para este ano, devido as duas Conferências, dado o Encontro na RENAST, tivemos que jogar  
1818 deixar para o ano 2018 e tomara que tenhamos pernas e capacidade financeira de realizar este 2º  
1819 Encontro Estadual da CISTT, pois o 1º foi em 2016. O **Senhor Presidente Ricardo Mendonça**  
1820 disse que houve várias divergências aqui, e não trouxe para trazer várias polêmicas, e sim para  
1821 resolver as demandas que chegaram à Mesa. Não existe uma Resolução de recomposição e há  
1822 pleitos de algumas Entidades que estão querendo fazer parte. Falou ter o entendimento que pode  
1823 ser ampliada e acha que precisa. Então dará o encaminhamento de uma sugestão que o  
1824 Coordenador da CISTT traga para pautar neste CES na próxima reunião de janeiro, ampliar a  
1825 composição da CISTT, não só quanto à participação dos Conselheiros, mas de Órgãos e entes da  
1826 Sociedade Civil para fazer parte da Comissão. Colocou que assim está melhorando a proposta da  
1827 Conselheira Maria Ângela, já que como o Conselheiro Francisco José disse que tem uma  
1828 Resolução do Conselho e não está duvidando. Quanto à cartilha do Conselho Nacional de Saúde,  
1829 entende que o pleno tem autonomia de resolver determinados tipos de questões da Comissão  
1830 Intersetorial. Conforme foi sugerido pela Conselheira e entre outros de ampliar a participação de  
1831 Conselheiros paritariamente ou não, ou até de Instituições de fora que venham contribuir. O ramo  
1832 da construção civil, o ramo secundário aumentou, terciário aumentou; então precisa trazer uma  
1833 proposta de reformulação da Comissão. Essa é a proposta da Mesa, concluiu o Presidente. O  
1834 **Conselheiro Silvio Roberto** registrou que seu nome não era para constar nas listas das  
1835 representações da CISTT, porque tinha, por questão de coerência, em termos de quantidade de  
1836 participações em Comissões e coerência pelo fato do SINDSAUDE ter assento na CISTT, ficava  
1837 nas reuniões da CISTT em duas representações, embora estava com representações do Conselho,  
1838 mas era SINDISAÚDE e por conta disso, até hoje, inclusive chegou a falar com Letícia Nobre e  
1839 Jacira Cândia que solicitou sua substituição na CISTT. Propôs, por ser uma discussão que está  
1840 gerando algumas incompreensões e discordâncias e por a CISTT ser uma Comissão  
1841 importantíssima dentro do processo da saúde do trabalhador, transferir, devido também ao  
1842 adiantado da hora a continuidade desta discussão para a próxima reunião. Está propondo isso  
1843 porque quando causa controvérsia é interessante que se esgote a polêmica. Registrou ainda que  
1844 apresentará uma Moção de Repúdio a Assembleia Legislativa e quer apresentar com o pleno ainda  
1845 cheio. A **Conselheira Isadora Maia** enfatizou que, tanto a Mesa pode preparar estes  
1846 questionamentos e a necessidade de ampliação ou não e a Comissão também na próxima reunião  
1847 trazer a discussão e bater o martelo; se tendo uma necessidade de ampliação pelos motivos que  
1848 vão ser deliberados. Todavia a Comissão pode ter posicionamento diferente, ela apenas vai trazer  
1849 os encaminhamentos e a Mesa também preparar algo que pode ser feito para que justifique essa

1850 ampliação plausível, tanto a Comissão, como a Mesa, tendo tempo de demonstrar direcionamento,  
1851 mas até para ter o contraponto porque a Mesa tem sugestão de vários Conselheiros para  
1852 ampliação, e a Comissão pode ter entendimento diferente. O **Conselheiro Marcos Sampaio** disse  
1853 que seu encaminhamento era reforçando o que a Conselheira Maria Ângela defendeu logo mais  
1854 cedo, é que se tenha o Regimento e no mesmo da Comissão são previstas algumas questões. Esse  
1855 Regimento foi aprovado por nós, cabe também este pleno atualizar o Regimento ou a Resolução  
1856 ou o documento. Cabe ao pleno fazer a leitura destes instrumentos, que pelos questionamentos  
1857 colocados aqui, carece de uma revisada dos Conselheiros. Acha que na próxima pauta pode trazer,  
1858 conforme proposta da Conselheira Maria Ângela e já passa para os Conselheiros, aqueles que  
1859 tiverem contribuições, encaminhar à Secretaria Executiva e para Comissão. Que na próxima  
1860 reunião discuta o Regimento e propõe as atualizações necessárias e só após, fazer a ampliação ou  
1861 adequação, conforme esteja lá no Regimento. **A Conselheira Maria da Ângela** falou que quando  
1862 sugeriu que a Mesa recomendasse que a Coordenação da Comissão refizesse o Regimento, mas  
1863 também é para verificar primeiro se o Regimento comporta este tipo de alteração. E tem a questão  
1864 de ser intersetorial, pois tem outras Entidades que discutem Saúde do Trabalhador; é específica. É  
1865 a única Comissão que tem entidades que não fazem parte da composição do Conselho, mas que  
1866 discute Saúde do Trabalhador como a Fundacentro, Ministério da Previdência, Secretaria do  
1867 Trabalho. É muito importante a participação dessas Entidades, pois elas que nos dão esta garantia.  
1868 **O senhor Presidente Ricardo Mendonça** sugeriu encaminhar para Comissão, a Comissão faz todas  
1869 as recomendações, pois o Coordenador da Comissão tem um entendimento e a Mesa outro e é  
1870 preciso que o pleno entenda. Temos que ter a capacidade de resolver as coisas. **O Conselheiro**  
1871 **Francisco José** lembrou da situação do Conselheiro Lazaro Ribeiro. **O Senhor Presidente Ricardo**  
1872 **Mendonça** enfatizou mais uma vez que o Conselheiro Lazaro Ribeiro não quer ser indicado pelo  
1873 Conselho. **O Conselheiro Francisco José** colocou que é preciso ter a capacidade de resolver as  
1874 coisas entre a gente. Falou que a Conselheira Maria Ângela foi feliz quando disse que  
1875 infelizmente esta Comissão não depende só do Conselho, pois tem outros pares na Comissão que  
1876 precisam ser respeitados. Se a Comissão fosse só do Conselho, se só tivesse Conselheiros  
1877 resolvíamos aqui e agora. Disse ficar feliz por ter mais conselheiros interessados em participar e  
1878 que é preciso rever o que foi combinado neste Conselho anteriormente. Precisa saber quem são  
1879 estas Entidades ou as pessoas do Conselho que querem compor esta Comissão e assim trazer uma  
1880 proposta para o Conselho dizer se dá ou não para fazer. **O Senhor Presidente Ricardo Mendonça**  
1881 explicou ao Conselheiro Francisco José que era só resgatar e passar para todas as atas desde  
1882 quando teve a primeira reunião que o pleno não deliberou em virtude dele não estar presente; foi  
1883 uma solicitação do Conselheiro Fernando Dantas e que foi acatada. A outra reunião o Conselheiro  
1884 estava presente; é só resgatar. A Conselheira Maria Ângela da Mata, Conselheiros José  
1885 Vasconcelos, Edson Moraes, Marleide Castro, foram quem pediram naquele determinado  
1886 momento. Esclareceu ao Conselheiro Silvio Roberto que ele continua mesmo tendo pedido a  
1887 saída, porque só foi recomposta a parte dos gestores. Está esclarecendo ao pleno que é um pleito  
1888 dos Conselheiros e por isso está remetendo para a Coordenação da Comissão acatando a proposta  
1889 da Conselheira Maria Ângela, já que têm outros pares que não são conselheiros, que a  
1890 coordenação da Comissão apresente o estudo e seja debatido aqui no Conselho. Acredita que há  
1891 um consenso em relação a isso. **O Conselheiro Francisco José** falou que isso não era problema. **O**  
1892 **Presidente Ricardo Mendonça** disse que trouxe a proposta de ampliação para abrir o debate. Em  
1893 seguida passou a palavra para o Conselheiro **Silvio Roberto** que comunicou que fez uma proposta  
1894 e foi escrita com a ajuda da Conselheira Maria do Carmo e do Conselheiro Francisco José na  
1895 elaboração de uma Moção de Repúdio à Assembleia Legislativa da Bahia pela atitude que ela  
1896 tomou: Nós representantes dos trabalhadores e trabalhadoras, usuários e usuárias do Estado da  
1897 Bahia presentes à Ducentésima Quadragésima Oitava Reunião Ordinária do Conselho Estadual de  
1898 Saúde repudiamos veementemente a decisão da Assembleia Legislativa da Bahia em aprovar por  
1899 unanimidade a decisão de prorrogar até o ano de 2026 o uso do amianto no Estado contrariando  
1900 uma decisão do Supremo Tribunal Federal - STF, por entender que visa atender aos interesses do  
1901 capital industrial em detrimento da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras expondo o Estado da  
1902 Bahia a vergonhosa situação de uma afronta a uma vitória histórica dos trabalhadores e

1903 trabalhadoras, expostos ao amianto, contrariando a decisão do STF. A Moção foi aprovada por  
1904 unanimidade. Ficou decidido encaminhar a Moção para a Assembleia Legislativa e para o  
1905 governador recomendando a ele não assinar essa decisão da Assembleia Legislativa. O Senhor  
1906 Presidente Ricardo Mendonça deu por encerrada a 248ª Reunião do CES, e agradeceu a todos (as)  
1907 pela presença. Eu, Arão Capinam de Oliveira lavrei esta ata que será assinada após aprovação no  
1908 pleno do Conselho.

1909 Salvador, 07 de dezembro de 2017

1910

1911

1912 **Central Única dos Trabalhadores - CUT**

1913 Ricardo Luiz Dias Mendonça (Titular) \_\_\_\_\_

1914

1915 **Secretário Executivo do CES**

1916 Arão Capinam de Oliveira \_\_\_\_\_

1917

1918 **Secretaria de Saúde do Estado da Bahia;**

1919 Cássio André Garcia (Suplente) \_\_\_\_\_

1920

1921 **Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde Trabalho, Previdência e Assistência**  
1922 **Social no Estado da Bahia - SINDPREV**

1923 Célia Maria Alexandria de Oliveira (Titular) \_\_\_\_\_

1924

1925 **Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Sistema de Saúde**  
1926 **Mental – AMEA**

1927 Eduardo de Agueda Nunes Calliga (Titular) \_\_\_\_\_

1928 **Central dos Trabalhadores e Trabalhadoras do Brasil – CTB**

1929 Francisco José Sousa e Silva (Titular) \_\_\_\_\_

1930

1931 **Federação das Apaes do Estado da Bahia- FEAPAES - BA**

1932 Isadora Oliveira Maia (Titular) \_\_\_\_\_

1933

1934 **Associação de Defesa dos Pacientes Crônicos Renais do Estado da Bahia**

1935 José Vasconcelos de Freitas (Suplente) \_\_\_\_\_

1936

1937 **Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Estado da Bahia- FETAG-BA**

1938 João da Cruz de Souza Santos (Suplente) \_\_\_\_\_

1939

1940 **Centro Afro de Promoção e Defesa da Vida Padre Eziquiel – CAP DEVER**

1941 José Silvino Gonçalves dos Santos (Titular) \_\_\_\_\_

1942

1943 **Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Federal do Estado da Bahia - SINTSEF**

1944 Leonídia Laranjeira Fernandes (Suplente) \_\_\_\_\_

1945

1946 **Universidade Estadual da Bahia - UNEB**

1947 Márcio Costa de Souza (Titular) \_\_\_\_\_

1948

1949

1950 **Sindicato dos Assistentes Sociais do Estado da Bahia – SASB**

1951 Marleide Castro dos Santos (Suplente) \_\_\_\_\_

1952

1953 **Conselho Regional de Odontologia - CROBA**

1954 Maria da Conceição Sanches Passidomo (Titular) \_\_\_\_\_

1955

1956 **Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/DORT - CEAPLER**

1957 Maria Ângela da Mata Santos (Suplente) \_\_\_\_\_

1958 **Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – Regional Nordeste 3 Bahia e Sergipe - CNBB**

1959 Maria Helena Ramos Belos (Titular) \_\_\_\_\_

1960

1961 **União Brasileira de Mulheres – UBM**

1962 Maria Soraya Pinheiro de Amorim (Titular) \_\_\_\_\_

1963

1964 **Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – RNP**

1965 Moysés Longuinho Toniolo de Souza (Suplente) \_\_\_\_\_

1966

1967 **Um Representante Estadual do Fórum de Entidades do Movimento Antirracista Instituto**  
1968 **Kutala 'Nlecke**

1969 Marcos Antonio Almeida Sampaio (Titular) \_\_\_\_\_

1970

- 1971 **Um representante da BAHIAFARMA**  
1972 Paulo Sérgio Pereira Costa (Suplente) \_\_\_\_\_  
1973
- 1974  
1975 **União dos Negros pela Igualdade- UNEGRO**  
1976 Rubiraci Santos de Almeida (Suplente) \_\_\_\_\_  
1977
- 1978 **Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS – GAPA**  
1979 Rosa Beatriz Graça Marinho (Suplente) \_\_\_\_\_  
1980
- 1981 **Sindicato dos Trabalhadores em Saúde no Estado da Bahia – SINDSAÚDE - BA**  
1982 Silvio Roberto dos Anjos e Silva (Titular) \_\_\_\_\_  
1983
- 1984 **Associação Baiana das Pessoas com Doenças Falciformes – ABADFAL**  
1985 Tharcia da Purificação Machado dos Santos (Titular) \_\_\_\_\_  
1986
- 1987 **Associação dos Servidores Aposentados e Pensionistas da Previdência Federal na Bahia /**  
1988 **Casa do Aposentado e Pensionista - ASAP/CAP**  
1989 Valdete Francisca da Silva (Suplente) \_\_\_\_\_  
1990
- 1991 **Associação Cultural e Ambientalista dos Índios Tupinambá de Olivença**  
1992 Walney Magno de Souza (Titular) \_\_\_\_\_  
1993
- 1994 **Sindicato dos Trabalhadores em Santas Casas, Entidades Filantrópicas, Benéficas e**  
1995 **Religiosas e Em Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado da Bahia – SINDI**  
1996 **SAÚDE – Rede Privado**  
1997 Waldir Cerqueira dos Santos (Suplente) \_\_\_\_\_