

Ata da 159ª Reunião Ordinária do  
CES - Conselho Estadual de Saúde

Aos dezesseis dias do mês de dezembro de dois mil e nove, no Auditório João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos senhores membros do Conselho, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla - Presidente do Conselho, Déborah Dourado Lopes, Jedson dos Santos Nascimento, José Caires Meira, Maria da Glória Lima Cruz Teixeira, Mário José da Conceição, Rita de Cássia Santos do Couto e Silene Ribeiro Martins, (Conselheiros Titulares). Ana Maria de Oliveira Silva, Doraides Almeida Nunes Almeida Souza, Grace Yara Santos Amaro da Silva, Jorge Geraldo de Jesus Rosário, Luiz Delfino Mota Lopes, Maria do Carmo Brito de Moraes, e Washington Luis Silva Couto, (Conselheiros Suplentes), e a Sra. Elisabete Lima de Moraes – Coordenadora do CES, para a reunião do CES/Ba. Às 15:h17min o Senhor Presidente Substituto declarou aberta a sessão, justificou a ausência do Presidente Jorge Solla que sofreu um pequeno acidente e fraturou duas costelas, mas mesmo assim está aí fazendo alguns atendimentos porque infelizmente não pode modificar a agenda por se tratar de questões importantes. Daqui a pouco ele estará aqui prestigiando esta reunião. Colocou a ata da 158ª Reunião Ordinária do CES em discussão e votação, que foi aprovada à unanimidade. Em seguida passou a palavra para os conselheiros fazerem os informes das suas entidades. A conselheira Déborah Dourado Lopes informou que nos dias 07, 08 e 09 de dezembro foi realizado em Brasília o Seminário de Planejamento, foi a primeira vez que o Sistema Nacional de Auditoria fez uma Oficina de Planejamento envolvendo os três componentes, e que dois Estados apresentaram: o Estado da Bahia e o Estado de Mato Grosso do Sul, e dois Municípios: o de Salvador e de Pelotas. Foi uma Oficina inovadora na perspectiva de resgatarmos o que chamamos de Sistema Nacional e que a Bahia, quero aqui registrar, foi bem representada. As apresentações foram consideradas as melhores tanto do ponto de vista do Estado quanto do município, que Rosana apresentou uma Proposta de Planejamento Estratégico e que foi indiscutivelmente um momento inovador dentro do Departamento Nacional de Auditoria. A conselheira Maria da Glória Lima Cruz Teixeira comunicou que o Instituto de Saúde Coletiva concluiu agora entre setembro e outubro uma avaliação nacional sobre Sistema de Vigilância, o Brasil foi praticamente o primeiro país a enviar para a Organização Pan-Americana de Saúde essa avaliação que é uma das exigências do novo Regulamento Sanitário Internacional que chama RSI 2005. Queria pedir ao Conselho uma oportunidade para no próximo ano apresentar a avaliação nacional com destaque para o Estado da Bahia, apresentaríamos o nacional e mais a do Estado da Bahia que já fizemos também o relatório por Estado. Assim que for possível se for do interesse dos conselheiros apresentaremos aqui essa avaliação. O conselheiro Luiz Delfino Mota Lopes colocou que hoje sendo a última reunião do ano estamos com a expectativa de ver principalmente o nosso pedido que foi o tema sobre PPI, estamos contando com a presença do Secretário lá da Associação dos Hospitais Sr. Sandoval, que veio para participar do processo e entender melhor o processo da PPI. Ele também me passou a notícia de que quando chega final de ano os prestadores estão com muitos encargos financeiros, décimo terceiro, já fez contatos com a Prefeitura de Salvador a Secretária Municipal de Saúde, e que está prometendo pagar os prestadores antes do Natal. Gostaria de ver se a SESAB tem alguma gestão nesse sentido porque seria muito interessante não encerrar o ano sem receber os recursos que deixariam mais tranqüilos tanto os prestadores quanto os funcionários logo em seguida, os prestadores que vão receber a tempo. O conselheiro Mario José da Conceição saudou a todos e trouxe a notícia referente ao Fórum Social Mundial que acontecerá em Salvador, no período de 29 de dezembro de 2009 à 31 de janeiro de 2010. Convidou a todos para participarem das reuniões que estão acontecendo no Colégio Central, todas as quartas-feiras à partir das 14 horas. Para demais informações podem ligar para o telefone (71) 3328 – 6833. Fórum Social Mundial aqui em Salvador em 2010. O Senhor Presidente Substituto passou a palavra para a Sra. Elisabete Lima de Moraes - Coordenadora do CES para fazer a leitura das Resoluções da CIB - Comissão Intergestores Bipartite. 1. Resolução CIB nº 211/2009 - Aprova os critérios e fluxos para envio de proposta de projeto para aquisição de equipamentos e material permanente junto ao FNS, conforme Portaria MS nº 2.198/2009. 2. Resolução CIB nº 212/2009 - Aprova *ad referendum* alterações no teto financeiro do estado da Bahia, tendo em vista a Portaria GM 2.647 de 28/10/2009 que estabeleceu recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados. 3. Resolução CIB nº 213/2009 - Aprova *ad referendum* os projetos de solicitação de financiamento com vistas à aquisição de equipamentos para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização de unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e das Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Bahia, conforme Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. O Senhor Presidente Substituto reforçou que o Ministério da Saúde abriu para todos os municípios e também para os estados a possibilidade de contemplar projetos para a construção de Unidades de Saúde e também para equipamentos da Atenção Básica via sistema fundo a fundo, ou seja, sem a necessidade de realizar convênios. Os municípios já foram informados, e os municípios que quiserem podem utilizando o Sistema que já é conhecido de muitos porque desde dois mil e três que existe essa sistemática de fazer convênios, pelo menos as propostas via sistema, então é muito simples, muito prático de fazer. Então existe já essa possibilidade também de recurso fundo a fundo, mas continua ainda a parte convênial, não é Deborah? Ela tem conhecimento dessa área. Gostaria de aproveitar os Comunicados da Presidência, dizer e convidar a todos para no dia 21 deste teremos a inauguração do Hospital de Santo Antônio de Jesus, à tarde, estamos convidando desde às 14:00, mas deve acontecer às 16:00. Enfatizou que é muito importante e simbólico para quem já passou pelo Ministério como eu e Déborah que é servidora do Ministério, sabe o quanto de dinheiro entrou no hospital e quantas dificuldades tivemos para cumprir todas as regras e romper armadilhas de vários convênios que perduraram aí e que infelizmente prejudicaram a construção desse hospital que já tem mais de dezoito anos sendo construído. Era um compromisso nosso também de resolver esses problemas, será um dia de muita festa e esperamos que esse instrumento possa vir e muito contribuir para essa grande necessidade que

60 temos pela falta de leitos e muitas vezes nesse processo de descentralização da saúde. Todos estão convidados para a  
61 inauguração do Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus, dia 21 à tarde, na Cidade de Santo Antonio de Jesus. Em  
62 seguida passou a palavra para o Dr. Estevao Toffoli Rodrigues, Assessor da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da  
63 Gestão Regional, para fazer uma apresentação sobre a Situação da PPI – 1ª Rodada, que será enviada para todos os  
64 conselheiros por e-mail. A conselheira Doraides Almeida Nunes Almeida Souza mencionou que diante do que foi colocado  
65 está percebendo algumas incoerências: antes na nomenclatura o SUS só me classificava quatro clínicas nas minhas AIHs. Dr.  
66 Estevão Toffoli Rodrigues perguntou se a pactuação foi feita apenas de quatro clínicas? Mas, você registrava todas? A  
67 conselheira Doraides Almeida Nunes Almeida Souza respondeu que não poderia registrar cirurgia pediátrica porque lá não  
68 tinha essa especificação, ela entrava como cirurgia geral, então isso aí apagou a série histórica do prestador. Vocês se  
69 basearam numa série histórica na verdade onde só enxergaram clínica cirúrgica, clínica obstétrica, cirurgia pediátrica e clínica  
70 médica. Vocês não enxergaram as especialidades que aqueles prestadores estavam fazendo. Hoje no nosso município você vai  
71 dizer: cirurgia de hérnia, cirurgia de esôfago, nós fazemos, mas você não enxergou isso lá. Então as minhas AIHs de cirurgia  
72 de hérnia, de esôfago, etc, com certeza não ficarão no município, irão para outro. Dr. Estevao Toffoli Rodrigues perguntou por  
73 quê você está supondo que eu não enxerguei? A conselheira Doraides Almeida Nunes Almeida Souza respondeu pelo que ele  
74 colocou ali, que era apenas clínica cirúrgica geral. Dr. Estevão Toffoli Rodrigues respondeu que uma coisa foi o que  
75 pactuamos em dois mil e três, naquela época não diferenciávamos, agora toda vez que você registra a produção registra com  
76 uma causa de internação, e classificamos as causas de internação nas especialidades, então o que você fez de internação,  
77 cirurgia esofágica, por exemplo, apareceu como produção do seu município, só não apareceu o que não registrou produção, ou  
78 se não tinha o profissional ou tipo de leito registrado no CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde que fazia  
79 o filtro, por exemplo, quem queria registrar a produção de neo-natologia sem ter neo-natologista, o sistema acusava que não  
80 pode registrar porque não tem neo-natologista, e esse não tinha que aparecer mesmo porque não tem o profissional necessário  
81 para o registro, não aparece o registro, mas, todos os que registraram apareceram, tanto que temos produção no Estado da  
82 Bahia em todas as especialidades, não temos só nas gerais. Você está dizendo que seu hospital tinha cirurgia de esôfago, por  
83 exemplo, então se puxarmos aqui cirurgia de gastro no seu município terá produzido no mesmo, com certeza. Se você diz que  
84 tem a produção e registrou está na série histórica, está no SIH - Sistema de Informação Hospitalar, ele não perdeu a série  
85 histórica. Uma coisa é a pactuação que fizemos anteriormente sem diferenciar as especialidades. Agora, não registramos  
86 nesses últimos seis anos apenas em quatro clínicas, registramos em quatro blocos de clínicas, só que registramos em outros  
87 tipos de procedimentos. Até porque tem uma diferença, esse nome que damos aqui é um nome fantasia, estamos chamando de  
88 cirurgia geral determinado grupo de procedimentos. O Senhor Presidente Substituto agradeceu ao Sr. Estevao pela  
89 apresentação e convidou para compor a mesa presidencial. Salientou que foi uma atitude corajosa em abrir um processo de  
90 PPI que presa pela descentralização. Acho que a finalização que Estevao deu, retratou tudo aquilo que sempre sonhamos num  
91 processo democrático da construção do Sistema Único de Saúde. Hoje os processos de revisões não serão mais anuais, nem bi  
92 anuais, nem esperando seis anos como foi o processo parecendo *o Brasil à procura do hexa*, não vamos fazer mais dessa  
93 forma. Uma coisa importante é que os Colegiados de Gestão Micro Regional, gostaria muito que os conselheiros que ainda  
94 não compreenderam essa lógica, o que é um Colegiado de Gestão Micro Regional? São os gestores e mais a representação  
95 estadual que compõem a CIB, mas só que não é mais uma única CIB feita aqui em Salvador, feita todos os meses, teremos  
96 vinte e oito pequenas CIBs que estarão nas regiões, e por conhecer melhor cada região irão definir, por exemplo, na nossa  
97 região quando foi feita a PPI 2009/2010 não tínhamos lá neurocirurgia agora temos. Esse colegiado não mais o Secretário de  
98 Estado, não mais a CIB em Salvador, irá dizer: Precisamos de recurso para neuro cirurgia e a revisão é feita naquele momento  
99 neste colegiado. Isso é muito importante, rompemos com a lógica de que existe um dono do recurso no Estado da Bahia e esse  
100 dono a seu bel prazer define que não vai colocar recurso porque aquele serviço não me interessa, aí, não tenho medo nenhum  
101 em dizer para os senhores e senhoras independente de questões políticas ou não que muitas vezes acontecia. Se estrangula ou  
102 se eleva um serviço a depender das conveniências, então isso não vai mais acontecer porque o processo dos colegiados tem a  
103 sua autonomia, tem a sua lógica de funcionamento e não depende da vontade de nenhum gestor, ou seja, o processo de  
104 descentralização está dado, está construído e com certeza vamos consolidá-lo durante todo o período. Enfatizou que dentro  
105 desse grande modelo da PPI entendemos que não cabia mais definir apenas com as quatro grandes especialidades: Cirúrgica,  
106 clínica, pediátrica e obstétrica, e o gestor e o prestador ficarem a mercê de que foram pactuadas tantas AIHs num valor  
107 mínimo porque só pegou o valor das grandes e as grandes têm sempre um valor menor, e as especializadas como iríamos  
108 fazer? Acontecia muitas vezes de você ter um valor de AIH mínimo e ter que cobrir uma cirurgia de grande porte, de uma  
109 grande especialidade e você via seu teto sumindo por que você pactuava valores pequenos, mas em grandes quantidades.  
110 Então você não tinha, infelizmente era uma PPI que mascarava uma grande realidade nossa. O conselheiro Luiz Delfino Mota  
111 Lopes enfatizou que os prestadores de serviços no Estado da Bahia, principalmente aqueles que recebem diretamente do  
112 Estado, ou seja, ainda não houve a municipalização ainda em cada município, tem um grande receio e no momento que  
113 transcorreu a PPI o seu receio veio a se acentuar. Ele tinha um receio da prefeiturização, ou seja, pelo sertão afora da Bahia o  
114 prefeito tentando interferir politicamente para prestigiar prestador amigo ou que lhe era conveniente. Era uma coisa que o  
115 prestador tinha muito receio e muita dúvida. Recentemente ouviu essa ação que eu chamava de terrorista que se anunciava pelo  
116 município que a PPI ia diminuir o número de internamentos, que a PPI como você colocou só 60% foi pactuada, ficou claro  
117 para nós, esperamos o restante dos 40% para vermos como ficará cada cidade. Mas existia esse receio da prefeiturização e  
118 também da possibilidade de redução e não respeitando a série histórica, ou seja, aqueles pacientes que se dirigem à

119 determinados municípios porque sabem que serão atendidos, que terá seu tratamento viabilizado e que pode ser redirecionado.  
120 Ficou claro em parte, mas fica a minha preocupação acerca de qual o instrumento de ação dos prestadores, nós que estamos na  
121 linha de frente, vivenciando o *dia a dia* do município que historicamente funcionava, o prestador vinha batalhar o seu espaço.  
122 Hoje a ótica é diferente, os gestores municipais estão tendo a responsabilidade e tem que ser fiscalizados e olhados para não  
123 acontecer prefeiturização, para não prestigiar determinados prestadores em detrimento de outros, e estar também atentos para  
124 essas questões, como exemplo, os prestadores que já estão cadastrados no sistema e de repente vai chegar um gestor municipal  
125 e quer cadastrar outro prestador que presta o mesmo serviço com a mesma qualidade que sabemos que no SUS não tem  
126 diferença no preço, na hora das licitações do chamamento público, não existe concorrência por preço o preço é único, será por  
127 qualidade e de repente tem a mesma qualidade e uma administração vai querer prestigiar um grupo e descredenciar outro.  
128 Tudo isso os prestadores estão atentos, estão em suspense sem saber qual será a certeza que a SESAB dará nesse processo,  
129 pois não basta só o colegiado regional que está incipiente, que está se formando agora, que está começando a perceber, de  
130 repente ele não sabe ainda a ótica do Município de Cansanção que tem um prestador que presta serviço em Ultra-sonografia há  
131 vinte anos cadastrado ao SUS, mas o prefeito resolveu tirar de um serviço e colocar no outro porque ele acha que é “aquele”.  
132 Na verdade ele não está olhando o melhor ele está olhando a preferência pessoal. O que é que pode ser feito e como podemos  
133 fiscalizar? Já coloquei na reunião anterior quando formou os colegiados, acho que o prestador de serviço do Estado da Bahia  
134 deveria estar representado nem que não tivesse direito a voto, mas devia ter assento nesses Conselhos Micro Regionais para  
135 sugerir, discutir e até esclarecer dúvidas que venham surgir no âmbito dos prestadores. Acho que deveria estar lá sentado  
136 também um prestador de serviço só para dialogar e fazer vez a democracia e até levar ao colegiado como representante da  
137 classe um problema que está surgindo lá na Cidade de Monte Santo que não chega até aqui ao Conselho, e se não tiver um  
138 prestador para levar para a discussão e debate muitas vezes não chega a tempo. É bom deixar claro, é bom que a SESAB leve  
139 ensinamentos e conhecimento ao Conselho Regional que tem Secretário de Saúde que não estão realmente capacitados no  
140 processo, que estão começando a ver agora o processo, não estão bem capacitados, e mostrar ao Secretário de Saúde que tem  
141 uma ótica democrática no processo de Colegiado Regional, que a ótica democrática é que tenha o chamamento público, que  
142 tem que respeitar a série histórica a não ser que o prestador não esteja desempenhando o papel a contento. É muito bom deixar  
143 claro nos colegiados regionais que a SESAB e este Conselho estão de olho no processo, queremos fiscalizar o mesmo, para  
144 respeitar tanto a população quanto os prestadores que investiram em determinadas áreas e estão lá prestando serviços a  
145 contento àquela comunidade. Quero deixar esse alerta com relação a como deve acontecer a PPI, perguntar quando a mesma  
146 será definitivamente implantada e também se possível gostaríamos de quando finalizar essa rodada total da PPI. Nós  
147 conselheiros, servirmos até de porta-voz, de levar ao prestador, ao município e aos munícipes como ficará aquela microrregião  
148 e o que irá acontecer dali por diante, até que sejamos defensores do processo também, já que o mesmo vem para solucionar  
149 defasagem histórica, e quando será implantado a PPI. A conselheira Doraídes Almeida Souza mencionou que fazia suas as  
150 palavras de Delfino porque a PPI foi um processo tão democrático e transparente como vocês colocaram, mas, coloco uma  
151 crítica em relação a não participação dos prestadores. Sei que existe um anseio por parte da SESAB, também dos Secretários  
152 de Saúde que pode se transformar num balcão de negócios, entretanto existem municípios aí fora, existem especificidades  
153 que devem ser levadas em conta, como o Município de Campo Formoso, por exemplo, que conta apenas com um único  
154 prestador, como Delfino colocou, para que não haja a prefeiturização. Tivemos no ano passado eleição, onde muitos  
155 municípios foram trocados de gestão, e quem entrou muitas vezes nem conhece a realidade do município, da Saúde, as  
156 políticas públicas da Saúde. Alguns municípios que deram continuidade ao seu gestor antigo, esses sim conhecem, estavam  
157 por dentro dos programas, do que os municípios estavam fazendo, do que aquele prestador é capaz ou não, se está atendendo a  
158 contento ou não a sua população. Mas em muitos outros municípios que houve essa quebra de continuidade, acho que esses  
159 municípios e prestadores podem ter saído prejudicados nessa negociação por não terem tido a oportunidade de participar.  
160 Enfatizou sua preocupação com relação aos hospitais, no nosso caso da Federação das Santas Casas, os filantrópicos que são  
161 contratualizados, e como todos sabem, esta contratualização estabelece metas qualitativas e quantitativas, tanto de  
162 produtividade também, que na PPI não foi levado em consideração, deixou-se de seguir esse raciocínio do prestador receber  
163 por produtividade, e onde o mesmo recebe um valor fixo nessa contratualização. Diante desse panorama da PPI como é que  
164 vai ficar esse contrato da contratualização, porque foi assinado um contrato com um valor fixo onde teríamos que bater metas  
165 tanto quantitativas quanto qualitativas. No exemplo prático meu contrato está lá dizendo que tenho que atender 391  
166 internamentos e atendo 200, e esses 191 vou perder o recurso financeiro, não vou bater, vão diminuir 10% do meu recurso  
167 como está lá no final? É uma grande dúvida também dos prestadores filantrópicos. Com relação a esses pacotes que você falou  
168 na parte ambulatorial dos exames, foram agregados, e nessa agregação gostaria de saber se os valores, o recurso financeiro  
169 será somatório ou será feito também uma média que geralmente, infelizmente sabemos que sempre fica a menor do que se  
170 pagando individualmente esses exames. O hemograma custa R\$4,01 (Quatro reais e um centavo), a glicemia custa tanto, isso  
171 será somado ou também será feita uma média? O prestador de serviços que tem um laboratório já terá conflito, porque um  
172 paciente internado independente da quantidade de exames que ele vá fazer terá que receber aquele pacote. O prestador do  
173 serviço do laboratório não vai aceitar, vai querer receber pelo quantitativo. Sei que isso é uma negociação administrativa entre  
174 o prestador e o laboratório, mas, é um outro problema que os prestadores irão enfrentar, e em relação ao valor da AIH  
175 também. Fico preocupada porque como o Estevao colocou, sabemos que o valor médio da AIH hoje no Estado da Bahia é R\$  
176 400,00 (Quatrocentos reais), de clínica médica mais ou menos. Pelo menos no nosso contrato da contratualização também está  
177 esse valor, que é o valor médio de nossas AIHs. Se por acaso houver essa diminuição, porque ainda não temos a certeza se

178 haverá ou não, esses valores certamente serão repassados baseado no valor médio das AIHs. Já houve algum estudo em  
179 relação a isso, ou se haverá um aumento no valor médio dessa AIH, porque sabemos que o repasse do SUS financia somente  
180 65% dos custos de uma AIH. Esse valor médio de R\$ 400,00 (Quatrocentos reais) já é antigo. Como será esse repasse para os  
181 municípios, mesmo os que recebem direto do Estado ou não? A última pergunta que gostaria de fazer é em relação a essa  
182 autonomia que Washington falou sobre os colegiados. Concordo também com Delfino, eles ainda estão muito incipientes e  
183 principalmente essa autonomia como você falou. Se meu município não tinha raio x, olhe, nossa região colocou a ressonância  
184 magnética, vamos tirar. Onde é que estará esse recurso para que eles possam? O Sr. Estevao Toffoli Rodrigues respondeu que  
185 estará na reserva técnica. A conselheira Doraídes Almeida Souza enfatizou que vai depender de uma solicitação ao Estado e  
186 uma aprovação. O Senhor Presidente Substituto esclareceu que o colegiado define. A conselheira Doraídes Almeida Souza  
187 perguntou se essa autonomia desse colegiado seria uma coisa de imediato, porque nós que estamos na linha de frente  
188 conhecemos que existem processos burocráticos, principalmente se tratando de pagamento, refinanciamento, aumento de cota,  
189 porque é toda uma modificação. Imagine um colegiado, meu município implantar ressonância magnética onde nada foi  
190 previsto para aquilo lá, não foi alocado recurso nenhum para ressonância magnética e de repente meu colegiado diz que quer o  
191 recurso, e sabemos que existe um processo democrático. Isso se dará de forma imediata, ou após seis meses, um ano?  
192 Enquanto esse recurso não é alocado o que faremos, o serviço fica parado? O Sr. Estevao Toffoli Rodrigues respondeu que a  
193 primeira questão importante a destacar é qual foi a metodologia das rodadas microrregionais. Mais do que falar que  
194 defendemos que se mantivesse o fluxo, defendemos que não houvesse alteração da alocação de recursos, se não houvesse  
195 justificativa sanitária, mas do que isso, falar da metodologia que foi utilizada clareia mais. Por especialidade fizemos uma  
196 tabela de fluxo onde foram atendidos os pacientes desse município. Pontuou que 60% foi aqui nesse município mesmo, 10%  
197 lá, 20% lá, fizemos por especialidade qual era o fluxo dos pacientes aqui no município. Se 100% dos pacientes de  
198 determinadas especialidades eram atendidos naquele único hospital que tem no município, e tudo resolvia lá, a nossa sugestão  
199 e o trabalho no colegiado e na rodada foi exatamente a de fortalecer que ficasse os 100% lá, de acordo com o que chamamos  
200 de grau de resolutividade do serviço. Ressaltou que se era apenas 10% não queríamos que 100% do recurso ficasse no lugar  
201 que só resolvia 10% dos problemas. Indicávamos, sugeríamos que ficasse 10% dos recursos, ou seja, criamos uma  
202 metodologia que tentava valorizar o fluxo e isso servia de debate para o colegiado microrregional, mas, o colegiado tinha  
203 autonomia de definir uma possível alteração de fluxo se ele só resolvia 10% dos problemas. Só que o serviço mudou, na série  
204 histórica que contratou novos profissionais, abriu outra enfermaria. Falou que estava assumindo, e ele tem autonomia gestora  
205 para dizer isso, que não quero mais resolver só 10%, quero resolver 50% dos problemas de clínica médica dos municípios,  
206 assumo que só vou encaminhar 50% e não 90%. Deixamos isso que era a fala do gestor com a autonomia que tinha para essa  
207 situação. Segundo, quando será implantada a PPI? Quando acabar. Temos que acabar a Pactuação, fechar o teto, acabar a parte  
208 hospitalar que falta pouquinho, em janeiro acabaremos, fechar a parte ambulatorial que estamos prevendo para o começo de  
209 fevereiro e depois que fechar a parte ambulatorial é só fazer os ajustes para definir as reservas técnicas. Estamos prevendo  
210 para fevereiro ou talvez março por causa do feriado do carnaval fechar a PPI. A idéia era ter fechado agora, mas, por uma  
211 solicitação do COSEMS - Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde, por um tempo maior que precisamos para  
212 definir as rodadas, a parte ambulatorial tomamos um tempo maior. Assim que fecharem as pactuações já colocaremos na rua, a  
213 intenção é que seja o mais rápido possível. Vale lembrar que os pactos que estão sendo feitos agora só valem à partir do  
214 momento que esses tetos forem publicados. Tem gente que já está ampliando a pactuação com o município ou reduzindo de  
215 acordo com o que já foi pactuado, não só será fechado quando for aprovado na CIB, poderemos levar lá e fechar essa  
216 pactuação. Mencionou que as relações filantrópicas o Dr. Washington falará um pouco mais, mas temos a diretriz de manter  
217 exatamente o valor da contratualização dos hospitais filantrópicos contratualizados para a política nacional. Se tem trezentos  
218 mil a contratualização, estamos reservando trezentos mil para contratualizar. Isso inclusive faz parte do recurso da reserva  
219 técnica. Porque, às vezes por produção, só justificava duzentos mil, só que estamos reservando cem mil a mais, um pacote dos  
220 trezentos mil para financiar e manter os contratos já existentes. Inclusive esse exemplo que você deu, é um bom exemplo do  
221 que estamos querendo ampliar, que é exatamente essa relação com o prestador, seja ele público, filantrópico ou privado.  
222 Queremos passar para uma relação de contrato, de definir meta, objetivo, de definir o que desejamos. Não é produzir e o que  
223 for produzido se pagar. Isso é maluquice, e o que ainda é mais hegemônico; é o que mais existe, inclusive na relação entre os  
224 municípios e o Ministério da Saúde. É o repasse que custa de acordo com o que foi produzido. Sobre a programação que  
225 estamos fazendo, ela chega até uma etapa municipal. O próximo passo, assim que acabar a PPI, o município faz a  
226 programação intramunicipal. Por exemplo, Salvador terá dezenas de prestadores que terá que contratualizar internamente. Um  
227 município que só tem um hospital, as AIHs ficarem naquele município não tem segredo; é só naquele hospital. Mas, se  
228 tiverem dois hospitais, não tem que dizer quantas AIHs ficam em um ou outro hospital. Vale a pena fazermos recortes.  
229 Estamos encerrando essa PPI até uma etapa municipal, depois tem um desdobramento para a etapa intramunicipal. Quanto  
230 maior o município e a quantidade de prestadores, maior o trabalho intramunicipal. Isso só para falar dos agregados. Definimos  
231 os agregados com valor dos procedimentos muito próximos. Esse foi um dos critérios importantes para defini-los. Não íamos  
232 pegar um procedimento com um valor de quatro reais e colocar junto com outro que tinha um valor de duzentos e cinquenta  
233 reais, porque isso era horrível para a média do valor daquele agregado. Pegamos em média agregados que tivessem  
234 procedimentos com valores muito próximos para não dar distorção, pois trabalhamos com a média do valor do agregado. Mas  
235 a diferença absoluta entre o valor dos agregados é muito pequena. Isso foi o critério dos principais para definição os  
236 agregados, porque não podia pegar valor muito diferente. Outra coisa que tem uma diferença entre o recurso que

237 programamos, alocamos, em um momento de definição dos agregados e o pagamento do prestador. Uma coisa é que alocamos  
238 no teto municipal que será pago pelo Estado ou pelo próprio município, se tiver comando único, gestão plena pela NOAS -  
239 Norma Operacional da Assistência à Saúde, e outra coisa é o pagamento, o pagamento em outro momento. Fez o  
240 procedimento, está contratualizado ou não, a forma de pagamento depende da relação contratual que foi feita ou da relação  
241 existente entre o pagador e o ente que executou o serviço. Não é a mesma coisa. Não vou pagar o prestador pelo valor do  
242 agregado. Isso é a forma de alocação do recurso no teto do município. Depois, para ele pagar ao prestador, depende da relação  
243 que ele estabelece com o mesmo, ou que o Estado estabelece com o prestador se tiver essa objeção estadual. O valor médio  
244 das AIHs definimos por município. Cada município terá o seu valor médio. Isso é uma diferença em relação à PPI anterior.  
245 Em determinados momentos tivemos uma média de valor de AIHs para a cidade inteira. Não vamos trabalhar com isso, e sim  
246 com médias de AIHs por município e, essa média, é definida pelo que foi produzido em uma série histórica, que foi de janeiro  
247 a outubro de 2008. Por exemplo, a média de valor de AIHs de clínica médica do Estado inteiro geral é isso mesmo R\$ 400,00  
248 (quatrocentos reais). Agora a média do valor de AIH de Salvador, de clínica médica é de R\$ 900,00 (novecentos reais). A  
249 média do custo de uma internação em Salvador de clínica médica pela agregação de tecnologia, de procedimentos e etc., é de  
250 novecentos reais. Todavia não dá para você pagar quatrocentos reais para Salvador, e o mesmo valor para um município que  
251 gasta duzentos reais em internações, assim provocará grandes distorções. Um dos motivos é fazer o detalhamento nos vários  
252 tipos de especialidades, dar o valor diferenciado de AIH, e por município. Tivemos um impacto imenso no valor das AIHs de  
253 2003 para cá; o que foi programado em 2003 com certeza foi muito menor do que será programado agora no valor médio das  
254 AIHs, porque tivemos impacto de tabela, portaria, e o que será programado e alocado nos tetos dos municípios é um valor bem  
255 maior. Outra questão só para fechar o raciocínio, é que o recurso da AIH financia mais ou menos sessenta e cinco por cento do  
256 custo. Isso é o melhor dado que já ouvi. O dado que temos ouvido é que o custo de hospitais até trinta leitos, valor que ele  
257 recebe por AIH, paga de quinze a vinte e cinco por cento no máximo do custo do hospital. Para a rede estadual que é formada  
258 de hospitais maiores, de trezentos, duzentos, e às vezes quinhentos leitos, esse valor muda um pouco. Os que recebem a AIH  
259 porque incorpora a alta complexidade que a relação é melhor, paga mais ou menos quarenta por cento do custo da Unidade, só  
260 que ainda tem sessenta por cento, ou setenta, oitenta e cinco por cento do custo da Unidade que não está pago pela AIH. E  
261 essa, talvez, seja a principal justificativa de termos contratualização. Não dá para dizer que a AIH paga tudo, principalmente,  
262 aí vale o valor de destaque, para os hospitais públicos, pois o recurso fica para quem é o gestor da rede estadual, municipal ou  
263 federal, porque já temos contratualização de HPP e filantrópico que garante esse recurso a mais, mas não temos  
264 contratualização de público ainda como mecanismo comum. O Senhor Presidente Substituto ressaltou que essa PPI ainda não  
265 é a dos nossos sonhos. O que sempre pregamos, estando ou não aqui na condição de gestor, e até estando na condição ou não  
266 de gestor municipal, é que precisaríamos ter mais recursos para ficarmos mais livres e montamos uma metodologia, termos um  
267 plano onde pudéssemos de certa forma, colocar todos os mecanismos que acreditamos que poderíamos resolver alguns  
268 problemas como os de fraudes no sistema, dificuldades no próprio sistema de alimentação, interferências políticas, porque  
269 quando você pergunta se vamos evitar a prefeiturização ou até outras influências que ocorrem, não vamos fazer isso; a PPI não  
270 consegue. Vamos ter ainda dificuldades; muitas vezes do próprio prefeito que é dono de clínica, que sua esposa ou seu filho é  
271 dono de clínica também, e infelizmente, utiliza o poder para privilegiar esse serviço. Vamos continuar, porque esse problema  
272 Delfino, não é problema da saúde, e sim de ética, caráter, polícia. Passa pela Auditoria, e esta terá que fazer. Esse é o  
273 problema e não vamos resolver com o processo de PPI, mas, entendo que esta coragem, e gosto muito de utilizar este termo,  
274 porque seria muito prático para esta gestão chegar e falar que a coisa já está definida e não vamos colocar a mão em cumbuca.  
275 Deixa do jeito que está, vamos agregando os valores e a coisa vai indo. Na verdade levamos o poder para a ponta. Aí entendo  
276 a angústia de vocês quando falam que é algo que ainda está começando. É verdade, mas alguém tinha que começar. Não  
277 podíamos passar a gestão e dizer que colegiado microrregional não acontece, a questão da organização na região, pois  
278 entendemos que quem sabe da realidade é quem mora lá. Não é possível mais o gestor, mesmo com todo o seu conhecimento,  
279 acúmulo, não ter a capacidade, e queremos chegar em cem por cento de definir que não é daqui mesmo que defino as coisas e  
280 daqui vou fazer. Influência, infelizmente vai continuar, mas temos os instrumentos para que tudo isso seja denunciado,  
281 evitado, corrigido, fiscalizado, punido, e temos que utilizar da estrutura do SUS, do controle social, uma ferramenta  
282 importante, a nossa rede de conselhos temos que fortalecer o sistema de auditoria, as denúncias, a ouvidoria SUS tem que ser  
283 utilizada, para que corramos atrás desse prejuízo. Concordo plenamente com Delfino que temos que treinar os gestores; este  
284 governo também, esta gestão, não só estadual, como municipal que estão correndo atrás do processo de capacitar gestores,  
285 para que conheça a realidade. É difícil, não é simples, e esta apresentação de Estevão abre muito os horizontes, mas é o  
286 mínimo dos mínimos. Não me refiro a apresentação que foi belíssima, mas, o conteúdo e o acúmulo que temos que fazer, para  
287 conhecermos essa lógica toda do SUS impermeada de produções, códigos e subcódigos, que é muito complicada e a teia é  
288 muito grande. Respondendo à sua pergunta Delfino, de como vamos fazer para garantir, regular isso tudo, como regular o  
289 sistema, acho que é evitar privilégios. Primeiro, tem que ter processos licitatórios; aquilo que está na lei. Nesse caso  
290 chamamentos públicos. Alguns municípios, tive a felicidade de ser secretário em dois municípios, já fizemos há muito tempo  
291 chamamento público, processos licitatórios abertos para que todos participem. Assim como tem hoje injustiças com  
292 prestadores que podem estar desempenhando muito bem o seu serviço e não ser privilegiado, existe também o contrário.  
293 Prestadores que não fazem bem o seu serviço e continuam sendo privilegiados por toda uma circunstância e sistemática do  
294 processo. Muitos criticam a regulação. Todas as críticas são muito bem-vindas, mas queremos também que as pessoas dêem  
295 sugestão, porque não é brincadeira regular sem ter leito, vaga, profissional. O Conselheiro Caíres é do Sindicato dos Médicos

296 e sabe do déficit de especialistas e profissionais, não só na área médica, como em outras áreas que precisamos. É Política de  
297 regulação; é política da revisão da PPI que precisamos ter e irá acontecer a qualquer momento. É claro que ninguém vai  
298 chegar ao CGMR - Colegiado de Gestão Microrregional e dizer que a partir de agora o município tal terá um serviço de TRS -  
299 Terapia Renal Substitutiva ou hemodiálise. Não é assim, pois existe uma política para a área de alta complexidade em Terapia  
300 Renal Substitutiva. Fala que o serviço tem que ter uma população X, que não pode ter um serviço no raio de tanto. O centro  
301 cirúrgico pronto está definido e a partir daquele momento recebe aquele recurso. Não tem mais o que fazer, não tem mais  
302 nenhuma burocracia a fazer. Existe a diferença daqueles que têm políticas específicas que são políticas nacionais que definem  
303 como são as regras, e aqueles que estão abertos. Estamos rezando para que apareça o profissional, a capacidade tecnológica, e  
304 também para que tenhamos condições de executar o procedimento em qualquer lugar na Bahia. Apareceu, tem que estar  
305 aberto. Não cabe mais esperar. O cara coloca o serviço, vem toda a burocracia, não é feito o pagamento, o profissional vai  
306 relutando, fala que tem que ir embora porque aqui não dá para sobreviver e vocês que são dessa área perdem profissionais,  
307 porque falam que veio aqui para ser um especialista, cabeça-pescoço, mas, estou vendo que estou trabalhando aqui há seis  
308 meses e não consigo, porque vocês me mandaram parar de fazer cirurgia cabeça-pescoço, e estou aqui fazendo pequenos  
309 procedimentos porque a Unidade hospitalar não está recebendo. Não cabe mais este tipo de coisa. Isso acaba com esse  
310 processo. Por fim, para não ficar muito maçante, os hospitais filantrópicos, e a conselheira Doráides mesmo perguntou como  
311 ficam as contratualizações, estas vão ser revisadas, porque a idéia nossa é que, na minha opinião, não sei se concordam, quem  
312 mais está sofrendo com isso são os hospitais de pequeno porte, principalmente os que são da rede pública, pois na verdade,  
313 esses serviços, muitas vezes, sofreram um processo de depreciação. O que ocorreu nos pequenos municípios, principalmente  
314 na rede pública, pois a rede privada tem aquela lógica de que o serviço tem que se pagar, tem que ser autosustentável. Ou seja,  
315 tenho que produzir, ter qualidade, e ao mesmo tempo receber esse recurso e investir na Unidade. E o municipal muitas vezes,  
316 fica naquela política da ambulância terapia. Tenho aqui o meu pequeno hospital, venho aqui, passo o paciente, coloco na  
317 ambulância e mando para um município maior. E esse hospital fica em um círculo vicioso. Se você coloca mais gente para  
318 dentro do hospital, aumenta o faturamento, mas se aumenta o faturamento, aumenta as despesas. Aí tem que reduzir as  
319 despesas, mas se fizer isso não há faturamento. Fica aquele círculo vicioso. Temos que contratualizar, pois o contratualizar  
320 nada mais é do que dizer que tem capacidade aqui nessa região de fazer X e receber X. Sentam os gestores e falam para todos  
321 colocarem aqui e cumprirem essa meta. Aí anda. Se não está batendo a meta, senta e revisa. Se está chegando no teto,  
322 extrapolando, tendo prejuízo, senta e revisa. Então, não vamos colocar empecilhos para processo de revisão de metas de  
323 contratualizados. Muito pelo contrário, o nosso grande sonho, nossa grande meta é que tudo seja contratualizado. Primeiro  
324 porque estamos nos capacitando para fazer o processo de cobrança, porque é muito difícil você ter um hospital com “n”  
325 indicadores e cobrar para os indicadores infecção hospitalar, taxa de rotatividade e internamento, quantos dias uma pessoa  
326 ficou para tal procedimento, e o padrão nacional é um, dois dias e a pessoa fica dez dias porque o profissional não liberou,  
327 porque o hospital não teve capacidade devido a alguma greve, por isso ou aquilo, porque faltou o oxigênio, ou o gestor sumiu;  
328 enfim. Todos que militam na saúde sabem que são inúmeros fatores. Acreditamos muito, e vou concordar novamente com  
329 Delfino. Voltar aqui, o processo concluído é utilizar deste Conselho também para absolver no final do processo orientações de  
330 toda esta política de regulação, revisão, contratualização. Acho que esse tripé será fundamental para a sobrevivência desse  
331 sistema e temos muito a contribuir. A última pergunta que deixei para o final é porque não há participação dos prestadores  
332 nesses Fóruns. A CIB é a Comissão Intergestores Bipartite. A CIT Comissão Intergestores Tripartite, também. Não só os  
333 prestadores, mas os trabalhadores, usuários, questionam sempre porque não participem desses Fóruns. O SUS a cada ano  
334 que passa começa a surgir questionamentos, indagações como essas. Não vou cair no erro de dizer que não cabe. Pode ser que  
335 no momento agora ainda não consigamos enxergar, ou pode ser que no momento agora ainda não tenhamos os mecanismos  
336 mais adequados para garantir uma excelente participação, mas não sou contrário, e também não vou ficar acima do muro.  
337 Neste momento ainda não caberia. Há ainda muitas distorções, inclusive entre os próprios gestores. Temos que ter  
338 instrumentos e espaços democráticos sim, mas que não emperrem. Fico muito preocupado quando o pessoal cria. Ah, vamos  
339 criar além dos Conselhos de Gestão Microrregional as CIBs regionais, os Conselhos microrregionais. Precisamos ter um  
340 dinamismo. Agora concordo que tem que ser alimentado, para ser avaliado. Temos que ver se cabe uma experimentação de  
341 verificar como poderia ser esse processo de participação, porque vocês são parceiros. O sistema não é totalmente público,  
342 filantrópico e nem totalmente privado. É complementar, mas entendemos que a responsabilidade dos gestores ainda tem um  
343 peso muito considerável e, por isso esses espaços ainda são muitos restritos. Concordo fazer esse processo de amadurecendo e  
344 é uma idéia inovadora que dá para fazer uma defesa muito grande. O conselheiro Luiz Delfino abrindo um parêntese na fala  
345 do senhor Presidente Substituto, enfatizou que está vendo o Hospital do Subúrbio com um modelo de trabalho totalmente  
346 inovador. O Senhor Presidente Substituto respondeu para o Conselheiro Caíres que não cabe o Conselho votar, isso é uma  
347 decisão de gestor, mas passou pelo Conselho. O conselheiro Luiz Delfino completou que é um modelo novo de gestão o  
348 Hospital do Subúrbio e que o prestador privado está sendo incluído no processo. Não sei se entendi bem se é esse aspecto.  
349 Cada vez mais mostra a importância desse setor, do prestador, em estar participando desse processo. Declarou que sua  
350 sugestão foi muito tímida inclusive foi como observador, mas assento como observador, para não haver o constrangimento do  
351 prestador estar lá como pessoa para tentar direcionar. Repito, como observador até sem direito a voto, mas observador. O  
352 Senhor Presidente Substituto salientou que em todas as rodadas tiveram prestadores. Participei de duas. Houve até problemas  
353 com alguns prestadores, mas como tem problemas com prestador, tem com gestor também. Foi aberto a todos, é claro dentro  
354 do espaço, quem faz o processo da pactuação são os gestores, mas temos muito a caminhar. Precisamos ter idéias como essas,

355 a vontade de estar querendo sempre escutar e garantir espaço para que todos façam. Informou que a PPI provavelmente vai  
356 voltar a entrar em pauta no mês de fevereiro, em ritmo de carnaval. Nas próximas reuniões do Conselho, inclusive na de  
357 janeiro quem tiver mais questionamentos pode trazer, pode acionar via *site*, mandar e-mail, e procurar a DIPRO. Agradeceu ao  
358 senhor Esteveao, levar os nossos abraços para todos os membros. Sabemos que o trabalho é duro, vocês terão ainda muito a  
359 percorrer, mas entendemos também que ele é necessário para o sistema. Em nome deste Conselho agradecemos a sua brilhante  
360 apresentação e volte aqui também para nos dar este retorno. A Sra. Fátima Guirra, coordenadora do Programa de Imunização e  
361 Vigilância Epidemiológica das Doenças Imuno Preveníveis saudou a todos e ressaltou que seriam trinta minutos para falar um  
362 pouco da situação atual da meningite e dando ênfase para a meningite meningocócica. Peço licença a vocês para colocar um  
363 pouco a perspectiva em relação à viabilização da vacina meningocócica para os menores de cinco anos de idade. Informou a  
364 disponibilização no *site* o Boletim Epidemiológico semanal atualizado das meningites, o comportamento dela, a distribuição  
365 espacial, os grupos de maior risco e também as medidas de controle. É claro que mesmo instituindo essa vacina mantém todas  
366 as medidas de controle, como Educação Permanente, Articulação, a Quimioprofilaxia será necessária porque lembramos dessa  
367 multicausalidade e que existem treze sorotipos do meningococo, da Neisseria meningitidis. Lembramos que além do C,  
368 também tem a B e a Y na Bahia, obrigado. A sua apresentação sobre a meningite foi encaminhada por e-mail para todos os  
369 conselheiros O Senhor Presidente Substituto agradeceu e elogiou a apresentação da Sra. Fátima Guirra. O conselheiro José  
370 Caires Meira colocou à disposição dos conselheiros que tiverem interesse que possam pegar um exemplar da Revista Luta  
371 Médica. Informou que o SINDMED/BA realizou nos dias 04 e 05 de dezembro de 2009 o 2º Congresso Médico do PSF,  
372 reunimos o SINDMED, promovemos um congresso importante para discutir questões, e pontuamos inclusive questões  
373 técnicas como as imunizações e vacinas que foi a Dra. Jaci Andrade, infectologista do Hospital Couto Maia e da Universidade  
374 Federal da Bahia. Quero ressaltar para a ata do CES, e para quem tiver interesse em ouvir a informação, porque é uma parcela  
375 importante para os profissionais de saúde, e tivemos a oportunidade de discutir nesse congresso. Isso não foi o ponto central  
376 do congresso, mas achamos que esse foi um assunto que tinha que constar na pauta da programação. Queria fazer um  
377 comentário Fátima, que seria interessante o CES ter alguns dados, o levantamento que vocês devem ter de quantas pessoas são  
378 vacinadas no setor privado, acho que tem condições de ter essa informação porque é importante, os conselheiros são  
379 formadores de opinião, e *vira e mexe* estamos sendo solicitados para darmos uma opinião e temos que diminuir o alarme, o  
380 temor a assombração, o medo que faz parte da vida, claro. Acho que é interessante ter esses dados. Mencionou que alguns  
381 profissionais de saúde têm solicitado sobre a possibilidade de serem vacinados, por estarem expostos mais que a população. A  
382 conselheira Maria do Carmo Brito de Moraes mencionou que foi mostrado no quadro que a meningite meningocócica C teve  
383 um aumento significativo à partir de 2006 e 2007. Qual a hipótese mais provável desse aumento significativo da meningite  
384 meningocócica tipo C, já que é uma coisa muito importante e interessante em sabermos? A outra preocupação é acerca do que  
385 Caires colocou com relação à vacinação dos trabalhadores de saúde, que é uma preocupação legítima até pela exposição.  
386 Gostaria de saber também quando e como é que vamos acalmar a angústia dos pais, pois há uma necessidade de se fazer uma  
387 divulgação muito forte, as pessoas chegando às clínicas com os filhos, comprando e aquela ansiedade toda, porque é uma  
388 doença que mata, é uma coisa que é fatal. Temos dois espectros que rondam a criança e a juventude que são: A violência  
389 urbana e agora as doenças que estão matando, e com relação à questão da faixa etária. Teremos muitos embates e até  
390 justificativas plausíveis, compreensíveis para que as famílias e os pais fiquem mais tranquilos com relação à determinação das  
391 faixas etárias. Acho que essa preocupação deve ser levada em consideração pela equipe e por todos nós que militamos, talvez  
392 sejamos também porta vozes para estar acalmando as pessoas que temos mais contatos. Além de ser trabalhadora da área de  
393 saúde milito no Movimento de Pessoas com Deficiência, e as famílias com as crianças com deficiência estão apavoradas com  
394 o Síndrome de Down, temos que dar uma resposta para tranquilizá-las. A conselheira Doraides Almeida Nunes Almeida Souza  
395 colocou que ficou muito feliz e tranqüila quando a mesma fez a somatória ali que mais de um milhão e trezentas crianças  
396 serão vacinadas. A quantidade de doses que o Governo do Estado está trazendo, um milhão e meio, esperamos que sejam  
397 suficientes para o ano de 2010, será mais do que suficiente. Gostaria de parabenizar essa iniciativa do governo porque  
398 realmente a Bahia é o segundo estado a ter colocado, está com essa iniciativa de colocar a vacina contra a Meningite C no  
399 calendário da criança, o primeiro estado foi Minas Gerais para crianças até dois anos de idade, aqui já estamos mais  
400 avançados, as crianças ser até os cinco anos. Citou um caso específico que aconteceu no Hospital São Francisco de Campo  
401 Formoso, não sei se tem alguém aqui do LACEN – Laboratório Central, parabenizar essa equipe porque tivemos um caso de  
402 Meningite C diagnosticado no nosso hospital, e a resposta disso foi muito rápida, talvez porque o Estado tenha treinado um  
403 laboratório lá específico para essa coleta, se não me engano tem um transporte específico, um acondicionamento, e não foi em  
404 criança graças a Deus, foi um rapaz de vinte e sete anos de idade, achamos que iria demorar muito porque os médicos  
405 diagnosticaram na sexta-feira pela manhã, ele entrou na sexta-feira de madrugada, e isso foi feito pela manhã, foi  
406 encaminhado para cá urgentemente, a resposta veio no sábado. Isso para nós do interior que ficamos à 400 km de distância foi  
407 uma vitória muito grande, graças a Deus ele não faleceu, foi feito o tratamento a Dires tinha a medicação. Parabenizo a  
408 equipe do LACEN porque muitas vezes ouvimos críticas que os exames que mandam do interior demoram, e não tem  
409 resultados, enfim parabenizo o Estado por essa iniciativa. A conselheira Maria da Glória Lima Cruz Teixeira mencionou que  
410 queria fazer suas as palavras de Doraides porque realmente a ansiedade que um profissional de saúde pública passa, por ter um  
411 evento dessa natureza com essa letalidade, e não dispormos de um instrumento efetivo de controle que até bem pouco tempo  
412 não dispúnhamos, não era só a Bahia, mas era muito porque essa vacina é nova e enfrentamos eventos dessa natureza num  
413 passado recente e não dispúnhamos de nenhum imunobiológico, porque a onipotência do homem criou a idéia de que não

414 morreríamos mais por doenças transmissíveis, doenças infecciosas, e isso não é verdade, não só morrem no terceiro mundo  
415 como morrem no nosso que é emergente, como morrem também num país desenvolvido, porque temos armas para muitas  
416 doenças mas para outras não dispomos dessas armas. Criaram essa onipotência, principalmente vindas dos países centrais nas  
417 décadas de 60 e 70, quando foram sintetizados os principais antibióticos e as principais vacinas, colocou-se em nossas cabeças  
418 que não enfrentaríamos mais epidemias de doenças transmissíveis, e foi visto que isso era uma *balela* porque desde não só do  
419 advento da AIDS, mas de toda a reemergência de uma doença, por exemplo, que se pensava banal que é dengue, e que o  
420 mundo inteiro inclusive o mundo desenvolvido está sofrendo, muita gente morrendo e não temos um vacina nem uma droga  
421 contra a dengue, não temos um anti viral de um vírus que já circulava há séculos e séculos. É como se a tecnologia fosse  
422 resolver tudo, e isso está no nosso imaginário, porque fomos criados pensando que não teríamos mais problemas de doenças  
423 infecciosas para os nossos filhos, novas doenças estão surgindo e muitas vezes muito mais graves. Esse meningococo tipo C,  
424 como disse Fátima, tem um potencial de provocar epidemias explosivas muito grandes, por mais que tentemos acalmar a  
425 população, é legítimo que ela esteja apavorada porque quem está tendo filho hoje nasceu na década de 70 e viveu o pânico que  
426 tivemos de ter filhos naquela época. Hoje felizmente temos esta vacina que é muito cara para o Sistema Único de Saúde e que  
427 o Governo do Estado resolve para tentar minimizar. Isso é que tem que ser claro, vamos minimizar reduzindo a transmissão no  
428 grupo mais vulnerável, protegendo as nossas crianças, é impossível impedirmos, quebrar esse ciclo de transmissão porque  
429 nota-se que apesar de ser maior a circulação nas crianças e em adultos jovens ela está circulando em todas as faixas etárias, e  
430 não é possível, não é para o Brasil e nem é para a Bahia. Nenhum país desenvolvido faz uma campanha da magnitude que a  
431 Bahia vai fazer. Quando eu soube disse: Meu Jesus, como estamos nos adiantando, crescendo, veja na literatura qual foi o país  
432 que fez contra a meningite tipo C conjugada, uma vacina que a dose está custando em torno de US\$ 30, para aplicar um milhão  
433 e meio. Vamos gente minimizar a circulação, porque o meningococo está nas nossas gargantas, e o portador dito sadio não  
434 sabemos quem é. Não podemos pensar que com a vacina vamos resolver tudo, porque temos que continuar com aquela idéia  
435 de que criança com febre na época que está tendo meningite e dengue precisa estar sobre vigilância, precisa ser levada porque  
436 é isso que vai salvar, não só a criança como o adulto, o que salva é o atendimento precoce, seja de meningite ou de dengue.  
437 Temos que continuar porque quando fazemos uma ação dessa natureza as pessoas relaxam pensando que estarão livres, e não  
438 estamos livres das doenças transmissíveis não. Quero parabenizar a SESAB, sabemos o que significa aplicar além de todas as  
439 outras vacinas de rotina nesses municípios, são quatro ou cinco campanhas embutidas no primeiro semestre de um ano,  
440 sabemos o que significa esse esforço do SUS. Temos que nos mobilizar e *no boca a boca* acalmar em parte porque temos que  
441 estar atentos a qualquer febre que apareça à partir de sempre, não é à partir de agora não, é à partir de sempre temos que estar  
442 vigilantes. Aquela antiga idéia de vigilância, colocar sob vigilância cabe também à população, e levar precocemente para  
443 evitar o óbito. O que queremos evitar mesmo é a doença e especialmente o óbito. O Senhor Presidente Substituto mencionou  
444 que já escutou duas pessoas falarem que somos loucos sobre a campanha da vacinação. Acho que a Campanha da Rubéola que  
445 é chamada a grande campanha mundial, que é a maior campanha que o mundo já fez, estamos somente aguardando a China  
446 fazer, que vai virar com os bilhões de chineses e aí sim. Mas toda a tecnologia, todo o avanço que o SUS traz para a nossa  
447 população, é muito bom escutar de todos sem muitas vezes aquilo que aparece na mídia, que é a parte ruim da coisa, porque  
448 perguntam: porque não vacinam todo mundo? Eu quero ver vacina para todo mundo! Esse negócio de vacinar um milhão e  
449 meio só de crianças até os cinco anos, e os de seis, e os de sete anos? As pessoas não trabalham com a realidade, com a  
450 possibilidade de fazer aquilo que é verdadeiro. Sabemos que é um esforço, estaremos vacinando treze sorotipos para um.  
451 Minha colaboradora do lar perguntou que dia vai chegar a vacina? Falei a da C? Está chegando. Ela perguntou C, então tem de  
452 A a Z? Respondi não, são 13 quase que chega, está chegando na metade do alfabeto e a das outras vão providenciar quando,  
453 para nós? É a idéia do que você falou, que a tecnologia dar conta de tudo. Na verdade o que precisamos é ter esse cuidado,  
454 verificar os sinais, que não cabe para mim que sou apenas administrador, e sim para quem lida com isso todos os dias, eu vou  
455 cuidar da logística. A Sra. Fátima Guirra ressaltou que é uma questão do que está acontecendo mais especificamente no Brasil.  
456 Se colocarmos um cenário epidemiológico das meningites e das doenças meningocócicas, e ver o comportamento da década  
457 de 90 até agora, veremos que predominantemente o meningococo C era da Região Sul e Sudeste, e claro que na época em  
458 1989 quando estava estourando uma incidência em São Paulo superior a quatorze/por cem mil habitantes, o único recurso  
459 viável naquele momento era a quimioprofilaxia, como continua sendo a quimioprofilaxia. Com o deslocamento muito rápido  
460 das pessoas, começa a pintar esse mapinha da Bahia em relação aos casos do meningococo C. Lembro que estava trabalhando  
461 em Camaçari quando aconteceu o primeiro caso lá na Via Parafuso, que surgiu em 2002, já o primeiro caso depois em algum  
462 distrito aqui de Salvador. Ele tem esse comportamento até porque como diz Glória Teixeira, a bactéria coloniza na  
463 orofaríngea, 10% dessa população alberga essa bactéria, e como pega de pessoa a pessoa com essa secreção orofaríngea,  
464 essa forma de comportamento nosso também ajuda, ambiente fechado, conglomerados, todas essas facilidades, principalmente  
465 deslocamentos, as possibilidades de ir e vir rapidamente dessas pessoas de um lugar para outro. Em todo o Norte e Nordeste  
466 está mudando esse comportamento, está vindo hoje predominantemente o meningococo C, e tanto no Sul, Sudeste mantém o  
467 C, porque São Paulo conviveu com o meningococo C, de uma forma endêmica sem instituir a vacina, porque a população tem  
468 a meningite como um maior problema, para qualquer meningite independente de ser vírus ou bactéria é um problema de saúde  
469 para aquele indivíduo, e para a família e comunidade. É muito difícil estabelecermos um controle porque tem todas as  
470 emoções e toda uma situação do valor que é dado para essa situação que é a meningite. Temos que manter o trabalho,  
471 aprimorar e enriquecer essa questão dos parceiros, o trabalho de comunicação com a mídia, educação permanente, o  
472 esclarecimento real bem claro em relação da transmissibilidade e de como a causalidade dessa meningite. Lembrando para

473 toda a população que a vacina apesar dela carregar um buster de excelência, ela também permite a imunidade coletiva  
474 chamada de imunidade de rebanho, isso já dá para nós uma possibilidade entre 20% a 30% de indiretamente estarmos  
475 protegendo o adulto, é um grande ganho também. Os estudos feitos no Reino Unido, na Dinamarca, eles conseguiram junto  
476 com a quimioprofilaxia mais a vacina estabelecer um declínio do meningococo C nessas regiões. É todo um trabalho, temos  
477 que garantir uma logística macro, porque a rede de frio do Estado foi feita em 1999, com a capacidade de dois milhões de  
478 vacina, hoje recebemos em torno de três milhões, predominantemente tínhamos metade de vacinas que poderiam ir para a  
479 câmara negativa e a outra metade para a câmara positiva, hoje a maioria é da câmara positiva. Estamos vendo toda essa parte  
480 de logística, não basta ter dinheiro e decisão política, temos que ter também essa estrutura e enfrentar esse desafio de uma  
481 forma coerente e segura do que se está fazendo e o que é possível fazer. Ousar uma população a mais é o risco de não termos  
482 vacina seqüenciada porque crianças menores de um ano de idade terão a necessidade de fazer doses subseqüentes, e  
483 colocamos também no projeto o que esperamos 90% dessa cobertura com a taxa de abandono menor de 03% porque temos a  
484 vacina rota vírus que foi implantada em 2006. Temos a maior taxa de abandono na Bahia, a criança que toma a primeira dose e  
485 não volta para tomar a segunda dose, isso acontece num nível muito alto. A vacina é uma cepa do rota vírus que leva a morte  
486 em menor de 01 ano de idade. O Senhor Presidente Substituto perguntou voltaria com quanto tempo? A Sra. Fátima Guirra  
487 respondeu que na mesma seqüência, ela fechou com a menor de 05 anos em dezembro, já em janeiro começa a ser instituída  
488 no calendário básico em menor de 02 anos, ela estabelece na rotina. É uma campanha também estranha para nós porque hoje o  
489 nome está dizendo que é um curto período, você está concentrando todos os esforços para disponibilizar o produto. Estamos  
490 fazendo uma largada porque tem essas questões das especificidades dessa vacina que é o meningococo C conjugado, e  
491 também essa confusão da polissacarídica. O Ministério da Saúde só trabalha a polissacarídica em caso de surto, e mesmo  
492 assim com bastante cuidado porque ela só tem a memória imunológica para 02 anos e só é para o tipo A e C, e o meningococo  
493 A, não está circulando agora em nosso meio. A Sra. Elisabete Lima de Moraes mencionou que a grande preocupação de Sílvio  
494 é que pelo segundo mês consecutivo ele não pode emitir o parecer, então ele enviou este ofício para nós: “Ilustríssima Sra.  
495 Elisabete Lima de Moraes - Coordenadora do CES da Bahia. Prezada Sra., tendo em vista a necessidade imperiosa de  
496 participar do processo de eleição da nova Diretoria da Delegacia Sindical SINDISAÚDE/Ba, do município de Vitória da  
497 Conquista, na tentativa de evitar possíveis conflitos durante o processo eleitoral, o que pode causar prejuízos ao movimento  
498 sindical. Venho solicitar mui respeitosamente, o adiantamento da apresentação do Parecer da Prestação de Contas da SESAB,  
499 referente ao 2º Trimestre de 2009. Outrossim, quero esclarecer tanto o Parecer quanto o Relatório estão concluídos. Gratos  
500 pela compreensão, manifestamos o nosso apreço, o nosso carinho”. O Senhor Presidente Substituto depois de ter ouvido a  
501 correspondência enviada pelo conselheiro Sílvio Roberto dos Anjos, consultou os demais conselheiros se haveria a  
502 necessidade de fazer uma reunião extraordinária ou colocariam na ordinária? Ficou decidido que ficaria para a próxima  
503 reunião de janeiro. A Sra. Elisabete Lima de Moraes apresentou a proposta do Calendário das reuniões do CES para 2010, que  
504 os conselheiros receberam por sedex, que foi aprovado por unanimidade. O Senhor Presidente Substituto agradeceu a  
505 colaboração do conselheiro Mário que agilizou o processo de votação. O conselheiro José Caíres salientou que ficou muito  
506 satisfeito porque está vendo a Rosa Ceci aqui presente do Setor de Recursos Humanos, porque temos que voltar a fazer as  
507 cobranças, e o CES tem que cumprir este papel. Acho que a ata, a documentação é a comprovação de que nós representantes  
508 dos trabalhadores estamos aqui sem esquecer, sabemos que a função do conselho, do Controle Social não é exclusivamente o  
509 palco para defendermos as questões específicas dos trabalhadores, mas é que vou lembrar que também nesse Congresso que  
510 realizamos nos dias 04 e 05 no Hotel Pestana, tivemos a satisfação e a honra de podermos contar com presença em uma das  
511 mesas o palestrante Dr. Jairnilson Paim, que aqui somos gratos pela sua participação lá no nosso evento. Ele fez importantes  
512 observações, de que se não resolvermos o problema, não é ficar com esse negócio de recursos humanos viu Rosa, são  
513 trabalhadores, profissionais da saúde. Se o Gestor Público, o Ministério do Planejamento a coisa é bem mais em cima; a nossa  
514 cobrança é diretamente com Washington, porque é ele que sempre está aqui. Então, se não valorizar os servidores, os  
515 profissionais da saúde, o SUS não avança. É claro que temos que repetir sempre isso Dr. Jedson, meu colega que também é  
516 conselheiro aqui neste importante órgão do controle social. Perguntou ainda o Conselheiro Caíres se os 280 nomes da GID,  
517 que ainda não saíram, se sairiam nesta folha. O pessoal tem me cobrado muito isso, e ela sabe disso. Questionou também  
518 quanto ao problema dos médicos do Hospital de Juazeiro; parece que eu estou repetindo sempre as mesmas coisas, e não é  
519 para isso estar acontecendo. Vou aqui lembrar, até porque vou citar novamente o seu nome Dr Jedson, eu disse desde a minha  
520 primeira participação aqui, que somos contra a terceirização na saúde, isso é inadmissível, não temos tido força de fazer  
521 movimentos sociais suficientes para podermos barrar. Mas Washington os onze médicos do Hospital de Juazeiro, por conta da  
522 terceirização, transferência do hospital para o IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, até hoje não foram colocados  
523 para atuarem; são médicos *sesabianos*, incorporamos ao dicionário uma nova palavra, são os médicos efetivos da SESAB.  
524 Não está em extinção porque com o nosso esforço, entramos no concurso público, deste ano, então estamos voltando foram  
525 609 (seiscentos e nove) médicos esperando tomar posse, aí já é um outro assunto que está na ordem do dia. Todos os dias eu  
526 recebo telefonemas de colegas médicos e a abordagem nos hospitais é: e aí, Caíres como é que vai ficar o concurso público  
527 que o Sindicato lutou tanto? Infelizmente estou diante de uma situação de decisão judicial, uma decisão de uma juíza, uma  
528 desembargadora, e quero que o CES também se posicione, como órgão importante, mandando viu Elisabete, um memorando,  
529 uma notificação à desembargadora, não sei se compete isso a ela, mas ao Tribunal de Justiça, e à Procuradoria Geral do  
530 Estado, qual é posicionamento da PGE – Procuradoria Geral do Estado? Já recorreu? Eu não sei. Por que não recorreu? Já  
531 recorreu? Então ótimo. Esta manifestação é necessária, não estamos em extinção por isso. Porém esses onze médicos precisam

532 ser reincorporados à rede própria da SESAB. Então é sobre essas duas coisas que Rosa irá falar. Outra questão levantada pelo  
533 Conselheiro Caíres foi sobre o Hospital do Subúrbio. Lembrou ter falado na reunião que Solla estava no Plenarinho da  
534 Assembléia Legislativa, de que tem dados de que o argumento de que a Lei de Responsabilidade Fiscal, é o problema, porém  
535 não teve a resposta. Acho que o CES deve cobrar do Secretário, que a Secretaria de Finanças - SEPLAN, mas com  
536 propriedade, porque as informações que tenho são de pessoas que trabalham na Secretaria da Fazenda, e que provam por  
537 elementos que não há justificativa para o Hospital do Subúrbio ser transferido para uma gestão com o argumento de que vai  
538 impactar na Lei de Responsabilidade Fiscal. Vou repetir: no 1º Quadrimestre atingiu-se 45,3 do limite dos gastos correntes  
539 com todo o pessoal, para o cálculo da Lei de Responsabilidade Fiscal; o limite é 48,6, e 45,3 estão muito distante. Só para  
540 vocês terem uma idéia, a folha de toda a saúde, gasta 7,05; então se um hospital a mais, jamais incorporaria um valor, mas eu  
541 não tenho os dados, não sou economista, não ando na SEFAZ, não tenho elementos; agora acho que o CES tem que responder  
542 a isso, ainda mais que a arrecadação dobrou. O Governador Jaques Wagner inclusive tem comemorado na imprensa de que  
543 conseguimos sair da crise, e a arrecadação melhorou Isso é importante, temos que comemorar isso inclusive, e aí comemorar  
544 também colocando o Hospital do Subúrbio em concurso público chamando os médicos e os demais servidores que fizeram o  
545 concurso Washington, que tenho fé, sou devoto de Senhor do Bonfim, e de Oxalá, sou portanto místico, que ainda  
546 chamaremos os concursados e no próximo ano, chamaremos um número maior para o Hospital do Subúrbio inclusive. Outra  
547 coisa que disse que estava vinculada, é sobre a Maternidade da José Maria de Magalhães Neto. É importante que as pessoas  
548 ouçam isso, um número específico de médicos neonatologistas encaminharam Delfino um documento às entidades médicas  
549 porque no dia 20 eles estão se desligando O Senhor Presidente Substituto informou que ainda não ocorreu esta lotação correta,  
550 mas já entra janeiro com a lotação que tem que ser dentro do Estado, quer seja trabalhando na DIRES ou HEMOBA, e como  
551 *sesabianos*, eles terão esse direito. Caso algum queira ir trabalhar, ficar à disposição também, iremos fazer. Com relação a  
552 concurso público, nosso secretário Jorge Solla já chegou, mas informo que já encaminhamos a defesa. Na verdade não foi uma  
553 defesa, porque a decisão judicial veio bloqueando o processo do concurso, solicitando informações. Todas essas informações  
554 foram recolhidas, repassadas à Procuradoria Jurídica. Doutora Ana Beatriz encaminhou na sexta-feira da semana passada, e  
555 Dr. Solla já solicitou uma agenda com a desembargadora para inclusive, conversarem e resolver o problema do concurso  
556 público. Sobre a lei de responsabilidade fiscal que foi o último questionamento que o conselheiro Caíres fez no Plenarinho, de  
557 que os números que ele tem conhecimento da lei de responsabilidade fiscal, não batem com os números que a Secretaria e o  
558 Governo como um todo divulgam. Ele pede que possamos na próxima reunião pautar e que tenhamos a capacidade de estar  
559 discutindo e trazendo novamente em volta a questão da lei de responsabilidade fiscal, mesclando também o gasto da saúde  
560 com o pessoal, porque o entendimento que o Conselheiro Caíres nos relatou, é que existe viabilidade na Secretaria de Saúde  
561 colocar com os concursados os novos hospitais que estamos a implementar na Bahia. O Senhor Presidente propôs a  
562 participação da Secretaria de Administração para apresentar, porque tem os dados que a Secretaria de Administração passa,  
563 então quem pode ter mais autoridade para discutir o assunto é a própria. O Senhor Presidente Substituto reiterou que  
564 convidaria a Secretaria de Administração do Estado para que a mesma possa aqui apresentar esses números na próxima  
565 reunião. Por fim, o Dr. Caíres também relatou que um grupo de neonatologistas, a partir do dia vinte de dezembro terá os seus  
566 contratos reincididos. Gostaria que o Dr. Caíres repetisse para que o secretário se colocasse. O conselheiro Caíres relator que  
567 tem claro conhecimento deve estar preocupado com isso, mas, é que o Dr. Washington pediu para esclarecer às pessoas. Os  
568 colegas trabalham através de uma terceirizada, no caso o Hospital Santa Izabel, na Santa Casa de Misericórdia e que os  
569 quarenta e dois médicos neonatologistas estão se desligando do hospital por conta de mudança administrativa. O documento  
570 foi encaminhado ao Sindicato, e ao CREMEB. Os médicos se reuniram no Sindicato em que os profissionais, uma vez que se  
571 trata de uma pessoa jurídica, eles têm o direito de escolher o seu comando, a sua coordenação. Diante disso, houve impasse na  
572 condução, não cabe ao mérito detalharmos os problemas, mas o papel do Sindicato é trazer e tentar buscar com o gestor, que é  
573 responsável pela assistência que, no caso, é a Secretaria de Saúde e os Conselheiros precisam saber desse problema antes de  
574 repercutir na imprensa e, quando repercutir, já terem informação, do ponto de vista em que é a transferência de comando do  
575 serviço; e isso não foi do agrado do conjunto dos médicos. Portanto esses colegas procuraram o Sindicato. Dissemos que  
576 iríamos conversar com o secretário para que o mesmo possa inclusive, ver como também fazer a interlocução da provedoria da  
577 Santa Casa de forma que não haja problema, porque o Sindicato não quer que isso aconteça. O que queremos e lutamos é que,  
578 tendo profissionais da rede, concursados, certamente esse tipo de problema não ocorreria. Mas, isso já está sendo um processo  
579 existente que é a terceirização, queremos que não haja conflitos entre os médicos e que gere problemas da população contra os  
580 médicos também, porque vai acabar causando esse sentimento. O Senhor Presidente esclareceu para o Conselheiro Caíres, que  
581 está acompanhando esse processo e acredita que não terá esse nível de dificuldade. O Conselheiro Mário Conceição  
582 mencionou que trazia um abraço do presidente da UGT – União Geral dos Trabalhadores Álvaro Rios, sabendo que hoje é a  
583 última reunião do Conselho de 2009. O presidente da UGT também nacional Ricardo Patá mandou um abraço para todos os  
584 nossos colegas, desejando sucesso em 2010. O presidente do Conselho e secretário Álvaro Rios, também presidente da UGT  
585 me solicitou que fizesse uma visita ao Dr. Jorge Solla, o mesmo está aqui, ia até o seu gabinete, pois soube que estava pouco  
586 adoentado e pediu que fizesse essa visita e desejasse melhoras, porque a Bahia precisa muito dos seus serviços com muita  
587 garra. A UGT e a FENASDETRAN receberam um chamamento da Organização Mundial de Saúde na questão das mortes  
588 externas sobre acidentes de trânsito. E com isso a Bahia está na frente criando um comitê de estudo e ações para o trânsito.  
589 Esse comitê é formado pela UGT, FENASDETRAN - Federação Nacional das Associações de DETRAN, DETRAN –  
590 Departamento Estadual de Transito, SEBRAE Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas, Sindicato das Auto Escolas,

591 ABRAMET - Associação Brasileira de Medicina de Tráfego, SINDAUTO - Sindicato dos Trabalhadores, Diretores e  
592 Instrutores de Auto-Escolas, ABCMI – Associação Brasileira dos Clubes da Melhor Idade, TRANSALVADOR e a Central  
593 dos Conselhos Comunitários de Segurança Pública do Estado da Bahia. Já de imediato estamos propondo um seminário no  
594 Fórum Social Mundial Temático Bahia. Tem inclusive o apoio do Governo da Bahia nesse seminário. Convidamos vocês para  
595 nos dias 29 a 31 de janeiro de 2010 estarem participando conosco desse seminário. Levaremos propostas e discutiremos a  
596 questão dos acidentes e mortes no trânsito, pois estamos achando que estão acontecendo muitas mortes e o Governo gastando  
597 muito com pessoas envolvidas em acidentes de trânsito. Pretendemos fazer um projeto e apresentar propostas para a  
598 diminuição dos acidentes de trânsito não só na Bahia, como também no nosso Brasil. O conselheiro Jedson Nascimento  
599 mencionou que como seu nome foi citado duas vezes, tinha que se manifestar. Inicialmente concordando com as palavras do  
600 conselheiro Caires no que diz respeito a uma política de valorização dos salários dos profissionais de saúde pelo Estado,  
601 entendendo que isso talvez seja um dos grandes estímulos para que exista uma maior qualificação e um deslocamento de  
602 profissionais para os cargos públicos. Em segundo lugar, mais uma vez, falo aqui, parabênizo a Secretaria de Saúde pelo fato  
603 de um discurso meu que já é antigo neste espaço com relação ao estímulo e regulação das vagas de residências médicas. Faço  
604 mais uma sugestão que é o estímulo aos estudantes de medicina para que conheçam as áreas críticas, para que as vagas não  
605 fiquem sobrando como estão, particularmente terapia intensiva que não conseguimos preencher nem as vagas dos inscritos por  
606 ano e muitos deles abandonam. É necessário trabalhar isso junto às faculdades. Estive afastado nesses últimos meses, minha  
607 suplente que esteve presente nas reuniões do Conselho, porque estava organizando o Congresso Brasileiro de Anestesiologia,  
608 na qual tivemos a presença de algumas pessoas como o Dr. Solla e Caires que abrilhantaram o nosso evento. Foram sete mil  
609 pessoas circulando aqui em Salvador por conta desse evento e tivemos discussões muito interessantes que eram do interesse  
610 do Estado. Agradeço todo o apoio que a Secretaria deu ao evento e seguramente por ter sido um evento internacional, os  
611 elogios vieram de todos os lados. As pessoas que participaram gostaram muito e representamos bem a Bahia na minha  
612 especialidade, no caso a anestesiologia. O Senhor Presidente agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão, e  
613 agendando a próxima reunião para o dia 28 de janeiro de 2010, quinta-feira, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar, eu  
614 Elisabete Lima de Moraes - Coordenadora do Conselho de Saúde, lavrei a presente ata, que será assinada pelo Senhor  
615 Presidente do CES e pelos senhores conselheiros, após lida e aprovada. Salvador, 16 de dezembro de 2009.  
616 Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Presidente do CES \_\_\_\_\_  
617 Elisabete Lima de Moraes – Coordenadora do CES \_\_\_\_\_  
618 Ana Maria de Oliveira Silva \_\_\_\_\_  
619 Déborah Dourado Lopes \_\_\_\_\_  
620 Doraides Almeida Nunes Almeida Souza \_\_\_\_\_  
621 Grace Yara Santos Amaro da Silva \_\_\_\_\_  
622 Jedson dos Santos Nascimento \_\_\_\_\_  
623 Jorge Geraldo de Jesus Rosário \_\_\_\_\_  
624 José Caires Meira \_\_\_\_\_  
625 Luiz Delfino Mota Lopes \_\_\_\_\_  
626 Maria do Carmo Brito de Moraes \_\_\_\_\_  
627 Maria da Glória Lima Cruz Teixeira \_\_\_\_\_  
628 Mário José da Conceição \_\_\_\_\_  
629 Rita de Cássia Santos do Couto \_\_\_\_\_  
630 Silene Ribeiro Martins \_\_\_\_\_  
631 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_