Ata da 135ª Reunião Ordinária de 2005
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Ao primeiro dia do mês de fevereiro do ano de dois mil e seis, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. José Antônio Rodrigues Alves – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dr. Odilon Cunha Rocha – Coordenador Adjunto da CIB e Presidente do COSEMS, Virgílio Figueiredo Abreu, Maria Nita Pinheiro Ferraz, Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio, Maria do Carmo Tambone de Almeida, Lenise Lopes Campos Estrela, Oberdan Rocha Dias e dos Suplentes Lealdina Chaves de Barros, Osmundo Nogueira Gonzaga, Marta Rejane Montenegro Batista e Edgar Lessa Crusoé. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador Adjunto declarou aberta à sessão, colocando em aprovação a ata da Reunião 134ª da CIB entregue anteriormente aos membros, que foi aprovada à unanimidade. Em seguida passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Candice de Almeida Rocha Lêdo, para leitura dos expedientes: "1-Quantos aos municípios que estão pleiteando habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme NOAS 01/02, temos a informar que a situação permanece a mesma que foi informada na reunião passada: os municípios de Livramento de Nossa Senhora, Lauro de Freitas, Itabela e Salvador ainda encontram-se com pendências na documentação e Bom Jesus da Lapa o processo ainda se encontra na Auditoria; 1.1- Solicitaram revisão da PPI: SMS de Baianópolis, processo nº 0300050534387 e SMS de Igaporã, processo nº 0300060019553. Leitura do Parecer Técnico da COPAC/DIDES/SUDESC/SESAB quanto às solicitações: a) Baianópolis – "A cota de AIH do município de Baianópolis é de 120 AIH/mês conforme parecer da Coordenação de AIH da SESAB e o fluxo de AIH, (em anexo) apresenta uma média mês de 73 AIH e a cota da PPI 2003 é de 184 AIH/mês. O município não apresenta prejuízos com a situação observada. 16/01/06"; b) Igaporã – "Em anexo a programação de internação para o município de Igaporã e o fluxo do Tabwin no período de janeiro a novembro de 2005, confirmando o atendimento de pacientes de municípios que não efetuaram programação para Igaporã. Ciente dos dados, encaminhamos para discussão e revisão da PPI. 24/01/06"; 1.2- Projetos de Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO Tipo I dos Municípios de Amargosa e Jacobina, ambos com parecer favorável da Área Técnica da Saúde Bucal; 1.3- Solicitação da DCAS – Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde para Credenciamento do Centro de Atenção Pssicossocial – CAPS I do Município de Catu; 1.4- Adesão ao Termo de Ajuste e Metas – TAM dos Municípios de Barreiras, Itaberaba e Amargosa, após regularização das pendências informadas anteriormente; 1.5- Até o momento, apenas os Municípios de Tapiramutá, São Miguel das Matas, Campo Alegre de Lourdes e Brejões encaminharam o Plano Municipal de Saúde. A CIB tem recebido diversas ligações solicitando prorrogação do prazo de entrega do mesmo. Dra Candice Rocha informou que a COSIM passou a informação que o prazo de entrega para Relatório de Gestão e Plano Municipal será no final do primeiro trimestre, em trinta de março. Dra Lenise Estrela colocou que o prazo para entrega do Relatório de Gestão e Plano Municipal de Saúde foi discutido em reunião com COSEMS que irá ter o Pacto de Gestão até o mês de junho e que para os municípios fazer o Plano Municipal de Saúde irá depender do Pacto de Gestão que muda algumas ações, e por este motivo sugeriu que se prorrogue o prazo para trinta de junho do ano dois mil e seis. Salientou que não tem como fazer um Plano de Saúde e ficar fora à gestão do Plano de Gestão. Dra Maria do Carmo questionou se na próxima Tripartite já se tem o que irá ter de mudança. Dra Odilon Rocha pontuou que no dia dezesseis será assinado o termo que já foi aprovado e que está assinatura esta dando diretrizes, sendo necessário fazer a normatização de todas as mudanças que deverá ser feita entre os meses de maio ou junho. Citou que se muda a lógica da Atenção Básica de que a forma de prestação de contas sai da condição anterior para ser um Plano Municipal determinar será onde os municípios terão que alocar recursos. Dr Maria do Carmo colocou que a finalidade do Plano de Municipal e Relatório de Gestão é que os municípios derem conta ao ano do que foi cumprido ou não. Dra Lenise Estrela lembrou que foi decisão da CIB que o prazo para entrega do relatório de gestão será no dia trinta e um de marco e para o Plano. Ficou definido que o prazo para entrega do Plano Municipal de Saúde em trinta de junho O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Oberdan Rocha Dias informou que participou de uma oficina em Brasília que houve uma discussão de aproveita o Plano Municipal de Saúde para inverter esta situação porque o plano está vindo antes do orçamento para que tenha uma característica de ser mais objetivo quanto aos números para servir de base para alimentar e orçamento e próprio PPA que foi feito anterior ao Plano. O Senhor Coordenador Adjunto passou a Secretária de Saúde do Município de Jaguaquara Dra Adeilma questionou como ficam os municípios que entregaram o Plano. Dr. Odilon Rocha informou que cumpriu o prazo que estava estabelecido. Dra Adeilma colocou que diante da observação de Dra Lenise Estrela que para os municípios fazer o Plano Municipal de Saúde irá depender do Pacto de Gestão. Pontuou que os municípios que já entregaram o Plano poderiam encaminha um anexo acrescentando dado do Pacto de Gestão. Dr. Odilon Rocha colocou que os municípios irá que adequar o Plano à nova realidade fazendo um anexo. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra. Rita de Cássia Secretária de Saúde do Lauro de Freitas colocou que em relação à Gestão Plena o município de Lauro de Freitas que foi informada que todas as Secretarias fez o Termo de Entes Público após entrar na Gestão Plena; citou o como exemplo o município de Camaçari. Solicitou esclarecimento quanto à questão Termo de Entes Público. Dra Maria do Carmo Tambone esclareceu que não existia Termo de Entes Públicos, existia um contrato estabelecido entre o Município e o Estado, só no ano de dois mil e três foi estabelecido que o município para habilitar na Gestão Plena tem que já sair da CIB com Termo de Entes Público assinado e seu Teto definido para ser publicado no Diário Oficial. Dra Rita de Cássia questionou qual o encaminhamento a ser adotado com o Município de Lauro de Freitas com relação ao Termo de Entes Público e com quem da SESAB devo tratar este assunto. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que na próxima reunião da CIB talvez se tenha um outro pensamento na CIB não existindo o Pacto todos os municípios serão Gestão Plena, com critérios para regulamentação. Dra Maria Nita informou que Dra Rita Cássia teve uma reunião com a Diretora de Acompanhamento da Rede Própria avançou muito pouco. Esclareceu que o Termo de Entes Público não quer dizer que o município assuma a gestão do hospital e que pode está havendo um mal entendido porque a Gestão do Hospital continua sobre a gestão do Estado e o município passa a

compra os serviços que estão sendo oferecido pelo Hospital. Salientou que estava com a cópia da ata da ultima reunião e parece que este entendimento não houve por parte da Secretária de Saúde do Município de Lauro de Freitas e que a parceria do Estado e município existe no sentido de melhoria assistência no que diz respeito à necessidade da região. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que a questão do comando único e Central de Regulação foi à única parte que não houve um pacto entre o CONASS e COSEMS, porque os Estados não aceitava as normas como era colocada pelos municípios a questão de Gestão. Pontuou que são duas situações como não houve acordo o texto volta para a NOB; citou os Hospitais Universitários que estão inseridos nesta questão. Dra Rita de Cássia chamou atenção quanto algumas questões problemáticas de competência da Gestão Municipal que está acontecendo com relação ao Hospital Estadual que esta no Município de Lauro de Freitas. Pontuou que há falta de entendimento quanto a Gestão Municipal não havendo reconhecimento por parte do Estado; Salientou que Ações Vigilância Epidemiológica são realizadas pelo município que tem o dever de em determinadas situações ter acesso ao prontuário do Hospital o que na pratica isso não acontece. Dra Maria do Carmo Tambone solicitou para que seja agendado uma reunião com a SURAPS e SUDESC e o Município de Lauro de Freitas. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que o Projeto de Implantação do Centro Odontológico - CEO na reunião do COSEMS houve vários questionamento que gostaria que Dra Jaqueline Silva esclareça porque os municípios estão reclamando que não estão recebendo os recursos referentes à Saúde Bucal porque está sendo informado que é necessário primeiro encaminha para CIB. Dra Jaqueline Silva informou que quanto a Equipe de Saúde Bucal passou a fazer parte da Saúde da Família que existe um fluxo que precisa ser seguido e que alguns municípios não estão obedecendo, como qualificação da equipe através da área técnica da Saúde Bucal que e encaminhada a Bipartite que encaminha para DAB no Ministério da Saúde, nos casos que a equipe e implantada diretamente no SIAB -Sistema de Informação de Atenção Básica esta equipe não e reconhecida pela Diretoria de Atenção Básica do Ministério e o recurso não é repassado. Chamou atenção que muitas equipes só notação que não receberam o recurso três meses depois da implantada e quando querem o ressarcimento destes meses não tem direito porque o fluxo foi quebrado porque não tem como o Ministério pagar uma equipe que não estava qualificada para funcionar. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que existem processos de cento e cinqüenta e duas equipes que encerraram o ano de dois mil e cinco que não foram qualificadas. O mesmo solicitou que as DIRES seja informadas desta situação para que possa orientar os municípios. Dr. Oberdan Rocha citou como exemplo que fez o encaminhamento para o Ministério da Saúde e que foi informados que não está habilitado e que a DIRES encaminhou um ofício para o município solicitando cópia da ata informando onde a equipe foi implantada. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra Efigênia Cardoso colocou que os municípios pensam que Saúde Bucal faz parte da Equipe Mínima implanta e esquece de formalizar. Pontuou que quanto à questão das regionais a DPS pode reforça . Dra Jaqueline Silva informou que com relação aos informes que foi colocado de que ofício tem que vir solicitando uma qualificação e recente. O Senhor Coordenador Adjunto questionou se a possibilidade dos municípios recupera o recurso perdido. Dra Jaqueline Silva informou que não a nenhuma possibilidade de se recupera este recurso porque o TCU o que foi publicado em Portaria. Chamou atenção para informação que os municípios podem solicitar a qualificação e não necessariamente implantar; citou que o município tem sete PSF funcionando pode pedir a qualificação de sete equipes de saúde bucal e implantar à medida que tiver a necessidade. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que é necessário que a Secretaria forneça documentos as DIRES para que possa informar os municípios. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para a Secretária de Saúde de Ipirá Dra Orlandina informou que os computadores da Secretaria de Saúde de Ipirá foram roubados e que as equipes foram qualificadas em Outubro do ano dois mil e cinco e que encaminhou formulário solicitando ressarcimento do incentivo. Dra Efigênia Cardoso informou que não depende da SESAB o prazo quem dar é o Ministério da Saúde porque a SESAB apenas encaminha e cobra para o Ministério. O Senhor Coordenador Adjunto solicitou a presença de Dra Paulo Grabielli na próxima reunião da CIB para esclarecer duvida com relação ao CAPS no Estado da Bahia para os municípios. Dra Orlandina Secretária de Ipirá informou que solicitou implantação do CAPS tipo II com uma expectativa de ser sede de modulo porque esta agregada Baixa Grande e Pintada dando atendimento e medicação a estes pacientes destas duas cidades, que foi encaminhado o Processo para SESAB e Ministério da Saúde que já aprovou, e mesmo assim estou como CAPS I porque o Estado tem o CAPS de Ipira como CAPS I. Pontuou que não aceita porque o Ministério da Saúde já encaminhou o recurso de R$ 30.000.000,00 (trinta mil reais) que já foi gasto na construção do CAPS . Solicitou um posicionamento da CIB porque Dr. Paulo Grabielli informou que o município de Ipirá está apto para a implantação do CAPS tipo II. O Senhor Coordenador Adjunto passou para Dra Marta Rejane um documento referente ao CAPS do Município de Ibicarai solicitando a migração dos recursos de AID para residência Terapêutica. Dra Marta Rejane informou que irá averiguar as duas situações dos municípios de Ibicaraí e Ipirá e que na próxima reunião da CIB Dr. Paulo Grabielli irá esclarecer todas as duvidas. O Senhor Coordenador Adjunto informou que o município de Curaçá esta na relação que já recebeu dinheiro e saiu na portaria. Informou que no dia vinte seis de janeiro do ano dois mil e seis foi implantado a CIB Regional Macro Norte. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra Iracema Paim informou alguns pontos que houve na reunião do Extremo Sul que foi ótima com participação de 100% dos municípios da região que se reuniram pela manhã no CONER. Quanto à pauta de macro Extremo Sul foi revisão da PPI e Hospitais de Pequeno Porte que em função disto sugiram duvidas que foram solicitados para ser colocado na CIB Estadual como a questão dos Hospitais de Pequeno Porte alguns municípios mostraram preocupados em fazer adesão neste momento porque tem duvidas como irá se dar este processo com relação financiamento e reajuste. Pontuou que quanto SUDESC gostaria de ter uma reunião com COSEMS porque houve uma reunião com Ministério que sugiram varias dúvidas. Apresentou os questionamentos feitos pelos municípios do extremo sul; qual o prazo para adesão a proposta do HPP; o que irá acontecer com quem não aderir; e que tem situações de alguns hospitais com números de leitos que a própria proposta do HPP propõe ampliar ou só tem uma especialidade, e o questionamento foi quem trabalha com uma especialidade hoje que foi pensada como unidade pensada como uma retaguarda do PSF; questionou para o município aderir à proposta do HPP terá que ampliar a lei. Pontuou como Coordenadora da Macro Extremo Sul e representante do Estado sei que não é esta proposta do Estado. Questionou como

fica a questão das unidades que estão apontadas como HPP na hora da PPI; Os municípios poderão rever este contrato de metas uma vez que eles possam vir a ser referenciado na PPI ou hoje já são referencia para o SUS, como fica o contrato. Informou que os municípios solicitaram que o prazo para encaminha até o dia treze de fevereiro para o nível, e qual o prazo que a SESAB irá responder de acordo a reunião com nível central o prazo seria de vinte a trinta dias. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que o prazo estabelecido é de vinte dias e cinco dias para os municípios questionar. Dra Iracema Paim informou que os municípios colocaram que os Gestores estão tendo dificuldade de acesso aos Superintendente e Diretores e muitas vezes aos próprios técnicos e que solicitaram que a SESAB der um melhor acolhimento aos gestores dos municípios, outra pauta colocada no que ocorrer foi à questão do atendimento no município de Teixeira de Freitas segundo os municípios estão querendo fazer uma reunião com Teixeira de Freitas. Pontuou que precisa ser discutido mais com os municípios o que é a CIB regional e qual o papel da CIB Regional e do CONER. Dra Maria do Carmo Tambone pontuou que realmente é preciso esclarecer com os municípios e componentes do Estado que não estão entendendo qual o papel da CIB regional. Sugeriu que nas próximas reuniões das Regionais alguém da SESAB ou COSEMS fosse discutir qual o papel e objetivo da CIB Regional e informar qual o limite da Bipartite e que nos como membros da CIB Estadual vamos fazer. O Senhor Coordenador Adjunto chamou atenção que estamos implantando CIB Macro regionais e novo Pacto fala em colégio de gestores que seria todos os Secretários, e com isto o pacto irá criar Estado, Região e Município. Colocou que o projeto esta com o Ministério para que o Estado possa ter recurso para levar a discussão ao nível de Macro Região. Dra Maria do Carmo Tambone sugeriu que o COSEMS e a SUDESC agende uma reunião com Macro Extremo Sul e Norte convidando o Ministério para esclarecer todas as duvidas dos municípios. Colocou que na próxima Macro a instalação será já nesta perspectivas. O Senhor Coordenador Adjunto parabenizou a Dra Iracema Paim por ter direcionado muito bem a reunião da Extremo Sul discutindo questões como PPI e trazer proposta para CIB Estadual. Dra Iracema Paim comunicou que as reuniões da CIB da Macro Extremas Sul serão sempre dia de terça feira à tarde e pela manhã será a reunião do CONER estarão reunidos para discutir a pauta. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que a respeito do Processo dos Hospitais de Pequeno Porte devemos proceder da seguinte forma, os municípios que estão apitos a aderir e os que estão indecisos aguarde. Dra Iracema Paim sugeriu que estabeleça um prazo para os municípios que estão em duvidas para aderir ao HPP e os que não aderir qual será a posição da SESAB. O Senhor Coordenador informou que foi definido na CIB encaminha os Planos para analise e aprovação ao retorna formularia uma planilha de todos municípios elegível, o que já foi feito, e publicada no Diário Oficial. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que na revisão da PPI o município que tem 200 AIH pode ficar com 60 AIH; Salientou que os municípios têm que analisar o que é melhor. Informou que foi publicada a portaria dos Hospitais Filantrópicos com respectivos valores que cada entidade irá receber, no dia vinte e seis de janeiro no Diário Oficial. Colocou que na Bahia teve uma variação no município de Cachoeira que tinha uma projeção de receber R$127.000,00(cento e vinte e sete mil reais) de adesão e apenas recebeu R$ 30.000,00 (trinta mil reais), a Federação Baiana dos Hospitais irá intervir porque foi deixado de contabilizar quase 3000 AIH do município de Cachoeira, observando o total de AIH já contabilizarão 80.000 milhões em AIH. Informou que quando for creditado este recurso no fundo Estadual irá repassar para os municípios. O Senhor Coordenador Adjunto convidou Dra Cristina Camargo para apresentação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Colocou que o Programa PHPN foi criado no mês de junho do ano dois mil já tem cinco anos que a Secretaria do Estado esta trabalhando com Programa de Humanização no Pré-natal nos quatrocentos e dezessete municípios. Salientou que ainda não esta implantada em todos municípios da Bahia, porque não as razões de não ter adesão de todos municípios ao PHPN já que gera incentivos para os municípios esta capacitação de recursos para que algumas reações básicas possam ser implantadas e complementadas. Informou que tem cinco portaria que institui o Programa de Humanização no Pré-natal sendo que a portaria de número 09 (nove) é Termo de Adesão que deve ser preenchida pelos senhores Secretários de Saúde dos Municípios onde irá apresentar toda a sua rede Atenção Básica, Média e Alta Complexidade em relação a atendimento a Gestante e recém-nascido. Mencionou que o Programa de Humanização no Pré-natal tenta fazer uma vinculação da tensão obstetra em todos seus níveis de Complexidade com objetivo de garantir o acesso e melhorar a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal; salientou que cada portaria trata de um componente deste a Portaria 569 do acompanhamento ao Pré-natal que é um componente da Atenção Básica da assistência ao parto dando incentivo a mais no valor de R$40,00 (quarenta reais), puerpério voltando à atenção básica e da assistência neonatal voltada para o nascimento quanto também para primeira semana de saúde integral que é quando a criança volta atenção básica para iniciar seu crescimento e desenvolvimento. Pontuou que objetivos específicos captar precocemente a gestante os municípios deverá fazer antes de cento e vinte dias porque para que gere o incentivo de R$10,00 (dez reais) para os municípios é importante que faca a captação a unidade até cento e vinte dias; garantir o acesso da gestante aos diferentes níveis de complexidade da assistência sendo importantes exames de laboratório e que tenha no mínimo seis consulta de pré-natal efetuando exames básico e de média complexidade como HIV; estabelecer o vínculo entre o pré-natal e o parto; garantir a qualidade da assistência ao pré-natal e o parto. Chamou atenção para as Ações Essenciais do Programa primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gravidez; Realização de, no mínimo, 06(seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; Realização de 01(uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o parto; Aplicação de vacina anti-tetânica – dose imunizante – segundo esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; Realização dos seguintes exames laboratoriais; ABO –RhVDRL; Sumário de Urina;Glicemia; HB / HT ;Testagem Anti-HIV. Apresentou incentivo financeiro cadastramento da gestante antes do 4º mês de gestação; Incentivo: R$ 10,00 (dez reais) por gestante; conclusão da assistência pré-natal com 1 consulta puerperal; Incentivo: R$ 40,00 (quarenta reais) por gestante; Parto realizado em unidade Hospitalar; Incentivo: R$ 40,00 (quarenta reais) por gestante. Informaram quais as condições para adesão ao programa estar habilitado em alguma forma de gestão da NOB/96; estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal por parto; dispor de sistema de assistência do pré-natal, parto,

puerpério e neonatal devidamente organizado; atender a critérios básicos para o funcionamento da rede de serviços. Mostrou o sistema de informação SI pré-natal é um software desenvolvido pelo DATASUS, que possibilita o cadastramento e acompanhamento das gestantes do PHPN; deve ser utilizado por todos os municípios que fizeram adesão ao PNPH. Tem interface com o SIA/SUS e o SIH/SUS; Permite monitorar e avaliar as ações programáticas. permite o repasse do incentivo financeiro aos municípios. Salientou que é muito importante para assessoria para implantação, implementação e aplicação do PACS/PSF. Mostrou como funciona o Curso de especialização em Obstetrícia e Neonatologia para Enfermeiro, com atualização de Enfermeiros e Médicos Obstetras que trabalham nas unidades do Sistema Estadual de Referência a Gestação de Alto Risco; Treinamento em saúde Reprodutiva (Planejamento familiar e pré-natal).Colocou a disponibilidade de teste ANTI – HIV nas maternidades da rede estadual com Implantação dos Comitês Hospitalares para Redução da Mortalidade Materna; Investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil. Mostrou a implantação do Sistema Estadual de referência hospitalar do atendimento à gestação de alto risco. Informou que a distribuição de normas técnicas da assistência pré-natal, urgências e emergências maternas, gestação de alto risco/ministério da saúde. Colocou que os partos Humanizados têm como desafios participação ativa dos profissionais de diversas categorias; credibilidade na continuidade do programa; Definição da política de saúde local; Relação de poder dos profissionais com a parturiente. Dra Cristina Camargo informou que no Estado da Bahia tem trezentos e dois municípios que aderiram o PHPN e os outros municípios não aderiram por não ter capacidade instalada profissionais e laboratórios. O Senhor Coordenador agradeceu a Dra Cristina Camargo, e em seguida abrir para manifestação. Dra Balbina Lemos colocou que para o ano de dois mil e seis foi feito um diagnostico da situação de saúde da mulher no Estado da Bahia a partir de dados indiretos já documentamos e pretendemos irá para Superintendência para uma avaliação para que seja publicado que realmente em nível de foro e das regionais possamos junto com as micros regiões e os municípios fazer uma proposta de uma política de saúde para mulher no Estado. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra Rita de Cássia Secretária de Saúde de Lauro de Freitas questionou como esta sendo feito com os Hospitais Estaduais com relação PHPN. Dra Cristina Camargo informou que nos casos dos Hospitais do Estado o Gestor deve organizar sua rede com consonância com o PDR ver quais as unidades que pode colocar com referencia maior para atendimento a Gestação de alto risco que prever um pagamento diferenciado dentro da própria portaria. E entra em contato com o Diretor do Hospital para que seja feito um acordo e discutir na PPI. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra Maria Nita colocou a SESAB já vem discutindo e trabalhando desde do ano dois mil com Coordenação de Saúde da Mulher e que os Hospitais e Maternidades fizeram adesão ao PHPN à questão do hospital de Lauro de Freitas tem que ser retomada como já estamos discutindo para fazer uma revisão desta adesão. Colocou que o Hospital Menandro de Farias e atípico mudou a característica da obstetrícia e precisa fazer o perfil das unidades porque tem que ser referencia na região para atendimento de trauma ortopedia. Em seguida o Senhor Coordenador franqueou a palavra no que ocorrer Dra Lenise Estrela solicitou informações sobre o recurso do TFD internação que foi publicado que ficou de ser repassado para os municípios que não estão na Plena. O Senhor Coordenador informou que autorizou para roda de uma só vez Dra Marta Rejane para em vez de refazer o processo de recadastramento dos municípios que não estão em plena teria que fazer de forma unitária. Pontuou que deve ser recuperado este período perdido do TFD. Mencionou que talvez em determinado momento pagaria de imediato e em determinado momento rodaria duas fezes a produção porque o DATASUS não permite retroagir. Dr Odilon Rocha questionou se a possibilidade de este repasse do recurso ir direto para conta do município. O Senhor Coordenador colocou que administração pública qualquer pagamento pressupõe empenho e que a única maneira de fazer o pagamento do sistema único de Saúde para que justifique o gasto é produzindo o empenho que é o VEP. Quanto a CIA tem que roda unitariamente porque não ter como rodar VEP; chamou atenção que para pagar administrativamente tem que ter parecer da auditoria. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Raul Molina Secretário de Saúde de Cruz das Almas questionou os municípios já estão prontos. O Senhor Coordenador colocou que os municípios que já estão prontos têm pagamento de CIA números de CNES com CIA credenciado adaptando o valor dos 25% e passar. Salientou que os municípios novos e que apresenta dificuldades e fazer um CNES com vistoria fazendo apropriação pelos sub grupos para poder roda o sistema DATASUS e fazer o VEP. Dr. Raul Molina questionou se poderiam passar os municípios Credenciados. O Senhor Coordenador informou que os municípios credenciados podem passar. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra Marta Rejane colocou que o município credenciado tem uma questão técnica porque o CIA só permite fazer o orçamento aquele que já tem no cadastro capacidade instalada suficiente, e como a maioria dos serviços públicos municipais já tem credenciado 100% da sua capacidade instalada . Questionou onde vai ser colocado, porque o sistema não aceita se os municípios não têm capacidade instalada sobrando. O Senhor Coordenador passou para Dra Lenise Estrela pontuou que os municípios que não estão credenciados têm algumas questões a serem discutidas tais como o CEFET não tem agilidade e não responde; o cadastro não está atualizado. Dra Marta Rejane esclareceu que o trabalho que está sendo feito junto ao CEFET pesquisa de validação de base de dados do CNES com agregação de dados que são imprescindíveis para credenciamento, planejamento e aquisição de equipamentos de média complexidade I. Salientou que nunca houve uma revogação da portaria de seis de outubro do ano de dois mil e três que delega ao município a responsabilidade de atualização do Cadastro Nacional de Saúde de todas as unidades em seu território. Pontuou que o município tem a obrigação de enviar a cada dia vinte de cada mês a sua base de dados de Cadastramento Nacional de Saúde devidamente atualizada. Citou que a SESAB tem feito com CEFET um trabalho de validação e aprimoramento da base de dados que tem problema na inconsistência na coleta do registro de dado. Dra Lenise Estrela colocou que existem dois posicionamentos que quando o município solicitou revisão da PPI só poderia ser feito quando o CEFET passa-se a informação porque apenas a informação do município não seria valida. Dra Marta Rejane colocou que por conta da inconsistência dos municípios. Dr. Odilon Rocha pontuou que quando foi feito a PPI o grande problema foi o cadastro e na época o Estado informou que não conseguiu fazer porque o município foi incompetente para realizar o seu cadastro e com isto o município ficou dependendo do Estado. O Senhor Coordenador lembrou que quando foi feita a PPI em 2003, foram

recolhidos os dados referentes à capacidade instalada de cada município e uma vez implantada a PPI, assim que recebemos o dinheiro, pegamos todos aqueles municípios que tinham proposta de capacidade instalada para começar a fazer a mudança e 90% dos municípios ou não tinham profissional, ou não tinham os equipamentos como mamógrafo e ultra-som, para serviços que começavam a ter uma complexidade maior. Em sua opinião a culpa não era dos gestores municipais, pois muitas vezes eram unidades clínicas que já prestavam serviços de saúde e Santas Casas que chegavam e se manifestavam de que tinham um equipamento que muitas vezes pertencia a um profissional que ia colocar o serviço para funcionar na unidade, a ponto disso ter um impacto negativo especificamente no município de Jequié que foi prejudicado por um vizinho que fez uma pactuação excelente para ele sem ter nenhum equipamento de SAI. Não há necessidade de dizer qual o município, porque depois tentamos resolver o problema, mas aconteceu efetivamente, então é preciso dissociar isso da coisa do CEFET. Quando num segundo momento imaginamos que os municípios alimentariam o processo, encaminhariam a atualização cadastral e nós confirmaríamos os dados com o atendimento do CEFET, talvez tenha sido o nosso erro até agora, já que a nossa atitude é ao invés de estar sempre organizando a coisa para os mais interessados, para as pessoas que estão se aproximando mais e trabalhando aqui conosco, estamos tentando dar oportunidade a todos os quatrocentos e dezessete municípios e o que aconteceu foi uma enorme perda de tempo e dinheiro porque o CEFET chegava num determinado município e nunca atualizou dado nenhum, simplesmente o prestador de serviço daquela cidade entrega um disquete a ele, que se apropria daquilo e torna público quando é privado e alimenta o dado, então o CEFET estava chegando em determinados locais e não conseguia interlocução com o gestor local que às vezes respondia que nunca atualizou nada e ele tinha acabado de atualizar, quando na verdade foi o prestador que atualizou, e não conseguia nenhuma resposta do gestor local. Essa é uma realidade que não temos como negar, agora vamos imaginar o que é tudo isso em termos de produção de processos encaminhados para cá, depois isso tem que ser oficializado ao município; falta profissional, falta carga-horária, carga-horária incompatível, entre outros, e depois temos que devolver ao município para que este possa efetuar a atualização, se o gestor local já não consegue fazer a atualização, quanto mais sanar as pendências. Junto a isso também começou o regime de CNES, que de uma forma precipitada, o MS imaginou que o sistema poderia fazer a leitura de imediato e isso não aconteceu, aí caímos no CNES um, dois, três, quatro e já estamos na quinta versão com treze modificações do CNES que começou a ser alimentado, o próprio sistema não consegue absorver a quantidade de informação que é dada, então você faz uma modificação agora, não é assimilada no CNES, e logo em seguida você tem que ficar fazendo de novo três, quatro cinco e até seis vezes para que seja atualizada. Quando o impacto é muito grande, o pequeno município chama atenção da Secretaria porque deixou de receber recurso, a exemplo de São Félix que é uma cidade pequena, mas tem uma quantidade significativa de serviços especializados, aí a Santa Casa vem de lá, o Secretário também vem em cima e então nós atualizamos, mas o município pequeno que não teve oportunidade de fazer nem o primeiro credenciamento, termina ficando na saudade. Talvez nesse momento seja importante fazer, e é uma decisão difícil para o COSEMS, mas realmente precisa ser feito, é dar prioridade àqueles municípios que já tem proposta pronta e que já acompanhamos aqui, e não vai ter mais de trinta municípios, ao chegar e entregar o disquete tem que confirmar pelo CEFET. È preciso ter um bom vistoriador para poder dar velocidade a isso, se tem trinta municípios que se interessaram e se manifestaram, então vamos fazer dos trinta. Em sua opinião esse é o caminho, esta proposta extremamente organizada que estamos desenhando aqui no papel, já se mostrou falível porque tentamos fazer para todos e ainda tem o seguinte fato, depois que chegar o processo de uma microrregião toda aqui, na hora que se levanta as pendências às vezes cabe nova vistoria e aí tem que voltar. Citou o caso de Anagé que tem prioridade, tem teto, e o prefeito está aguardando sair, tem sete meses e só conseguiu trazer o resultado das pendências ontem e na realidade ele tem uma dificuldade de entendimento. Este é um caso em especial que o prefeito está cuidando para resolver, mas os municípios que estão na situação semelhante ao município de Itaetê que já apresentou e está tudo bem, vamos acabar com essa coisa de ficar esperando fechar uma macrorregião com quinze, dezoito, cinqüenta municípios, para poder resolver. É preciso começar a pinçar para responder de imediato ou então vamos ter muita dificuldade, não há dúvida de que quando começarmos a resolver aparecerão centenas de casos, mas é preciso que façamos isso até para gerar um interesse coletivo, agora é pontuar, se estabelecer uma data e fazer. Com relação ao caso das Santas Casas, informou que já fez consulta à Procuradoria e foi informado de que funcionará da seguinte maneira, o MS publica a portaria como publicou, e nela ele explica o critério que é com base no que foi faturado, então ele publica a portaria com os indicadores fazendo aquilo, passa o recurso para o Estado que estribado na portaria do MS, nem um centavo a mais nem a menos, repassa isso para as entidades, mediante uma portaria com critérios técnicos e cálculo que foi feito. Para estes cálculos a pactuação foi feita em setembro; outubro, novembro, dezembro, janeiro, quatro meses para fechar um universo de quarenta e cinco hospitais em todo o Estado da Bahia, imagine nós que temos milhares de prestadores de serviços para poder atualizar, aí é uma coisa muito diferente e vai demorar um bom tempo a contratualização de cada item desse para ser encaminhado ao MS, então não adianta criarmos alguns critérios estritamente generalistas, quando na hora de efetivar da forma mais prática possível, não podemos transformar isso numa invenção para efetivar pagamento. No que diz respeito ao que foi pactuado, é preciso dar uma resposta imediata aos municípios que procuraram e os que aparecerem ir se fazendo unitáriamente. É um absurdo o relatório do CEFET, por exemplo, na região do extremo-sul, às vezes eles corriam doze cidades e só conseguiam interlocução e voltar com os dados fechados de um ou dois municípios, não é possível ficarmos pagando diárias, transporte, translado de informações, disquetes, horas de computador, vim todo mundo para Salvador para chegar aqui fazermos um elenco de pendências e voltar para fazer uma microrregião toda de novo, assim vamos demorar muito tempo para aperfeiçoar totalmente o cadastro. Para solucionar de imediato a demanda municipal, poderia ser proposto desta forma, caso haja entendimento, mesmo sendo uma decisão inusitada, mas é preciso que aconteça assim para que haja uma reação mais prática da coisa. Citou como exemplo o tempo que existe a portaria na questão das cesarianas e ainda assim, o Secretário da Saúde do Estado continua recebendo visitas de Secretário perguntando o que é preciso para resolver a situação, e a resposta é que é necessário comparecer ao setor de cadastro com um ofício solicitando e é feito de

um mês para o outro. Se formos avaliar, temos um elenco enorme de municípios, pólos de microrregião, tendo AIHs glosadas mensalmente pelo sistema DATASUS para Parto Cesário porque basta um ofício fazendo a justificativa. Enfatizou que pouquíssimos municípios reclamaram e fizeram de imediato, em torno de cinco apenas, o restante não veio solicitar um direito que é seu, então uma portaria antiga de 2001 que tem quatro anos e ainda não conseguimos atender todos os pólos de microrregião, até porque cabe a eles a manifestação porque têm AIHs glosadas. Observou que a seleção desses municípios poderia ser feita pela listagem do HPP que já está pronta. A Secretária Municipal de Mutuípe, Maria Izabel Viana Ramos, observou que para atualizar a capacidade e a partir de agora para receber o recurso a mais do ambulatório será preciso aumentar a carga horária do profissional e isso será feito a partir de agora, como já foi pago outubro e novembro, e já estamos em fevereiro e será pago dezembro e janeiro, questionou se os municípios perderão os quatro meses já que agora é que iremos atualizar a capacidade. O Senhor Coordenador esclareceu que isso foi decidido em um mês e o recurso só foi recebido dois meses depois de forma globalizada, então também não houve uma agilidade do Fundo Nacional de Saúde de repassar o recurso ao Estado, é preciso que fique claro que não estávamos decidindo com o dinheiro na conta por isso demoramos meses para pagar, vai cair aí o mesmo critério do TFD, o município tem que atualizar e uma vez recebendo o primeiro mês poderemos criar um artifício o longo do ano para atualizar a FPO e num determinado mês aumentar, ou seja, este mês cobrar o período, pagar, para no mês seguinte retornar à situação anterior. Enfatizou que não outra maneira de fazer isso porque não é possível pagar sem empenho e terá que ser feito unitariamente isso, até porque na hora de consolidar esse dado de carga horária, primeiro o CNES tem que consolidar lá, e é preciso ter absoluta certeza que esse profissional não tem incompatibilidade em outra unidade, porque não é só o seu município que está atualizando e essa talvez tenha sido uma grande dificuldade nossa. Na verdade talvez tenha faltado ao DATASUS a sensibilidade de ter trabalhado da seguinte maneira, a algum tempo atrás tivemos uma atualização cadastral muito grande quando foi para fazer o DEPARA, se tivéssemos no passado quando se repetiu aquela experiência para implantação do Depara, trabalhamos com dois sistemas mais de um ano até o segundo sistema ficar totalmente atualizado e seguro; era o que o DATASUS deveria ter feito com o CNES, mas implantou de uma vez e aí obrigou essa quantidade de versões dentro de um sistema novo. O interessante é que essa angústia que agora está se manifestando aqui, naquele momento reclamou na CIT em reunião do CONASS e não viu ressonância absolutamente nenhuma de ninguém, parece que ninguém percebeu que este problema iria existir, inclusive chegou a questionar ao DATASUS se não tinha nenhum estado reclamando. Só quase dois ou três meses depois foi que alguns Secretários começaram a se manifestar quanto ao que estava acontecendo; estas modificações não deveriam ter sido feitas com a velocidade que aconteceram e agora temos cinco versões de CNES, sendo a última com treze modificações. Considerou que cabe ao COSEMS fazer uma proposta imediata e razoável de pegar os vinte e oito municípios que ainda não tem credenciamento e fazer pontualmente, os municípios que já são credenciados como o de Mutuípe, basta simplesmente fazer a atualização cadastral e acompanhar isso com Dra. Marta Rejane para podermos dar velocidade. Dra. Lenise Estrela sugeriu que fosse estabelecido um fluxo para informar aos municípios sobre quem vai procurar, onde e quando para deixar essas informações no COSEMS. Dra. Marta Rejane esclareceu que neste novo CNES que é base windows, na verdade já são dezenove alterações e informou que o CEFET já fez a pesquisa no Estado inteiro, inclusive até já prestou contas e o que estamos fazendo agora é a validação dessa pesquisa; o mais importante dessa pesquisa são os instrumentos que foram criados para credenciamento e para programação, porque o grande problema que tivemos na programação é que a base do CNES apesar de ter uma infinidade de dados não dá o suporte suficiente para que o gestor programe com segurança e diga que em seu município pode fazer tal procedimento, o CNES não dá essa segurança, então o grande objetivo do CEFET foi coletar os dados que o CNES não dá, mas que é preciso para a programação, para o credenciamento e também para a aquisição dos equipamentos de M1 que temos que ter a real situação dos cento e vinte e cinco municípios que são sedes de módulo. O Senhor Coordenador reafirmou que compreende a necessidade de fazer com todos, mas temos que fazer primeiro esses vinte e oito municípios e os outros terão que esperar mesmo porque não existe uma outra maneira de fazer; para quem já está credenciado e atualizado temos que criar uma mecânica de procura para que possamos fazer isso, como é o caso de Mutuípe. Dr. Odilon Rocha esclareceu que Mutuípe tem um hospital filantrópico que pode ou não aderir ao HPP. O Senhor Coordenador colocou que apesar dessa manifestação, temos uma enormidade de municípios que estouram seus tetos de PPI estupidamente. Dr. Odilon Rocha lembrou que tem também muitos municípios que tem pedidos novos, pertinentes, e que o incremento é muito pouco e colocou que aqueles municípios que tem um ambulatório e que tem estouro de teto, da mesma maneira que esse recurso novo quando veio, ele veio no sentido de recomposição dos tetos não de criação de serviços novos; fomos extremamente benevolentes porque temos um quantitativo de municípios aqui que quase não tem nenhum tipo de financiamento ambulatorial. O Senhor Coordenador concordou com Dr. Odilon e enfatizou que decisão da CIB foi no sentido de beneficiar exatamente esses municípios que estão credenciados com valores baixíssimos e não os que estão lá estourando duas ou três vezes o teto da PPI, foi exatamente para viabilizar isso aos que tinham pouco credenciamento, inclusive o exemplo que foi dado foi de municípios que tinham unidades funcionando 24 horas e sequer eram credenciados para serviços de urgência e emergência. Lembrou que na oportunidade se manifestou que muitos desses municípios não tinham recurso tecnológico de equipamentos para justificar a urgência e foi sugerido credenciar a especialidade, então temos de credenciar essa especialidade dos municípios que já estão credenciados e que tem a proposição e desses vinte e oito, o restante é o que vai aparecer depois e iremos tratando pontualmente, porque senão corremos o risco de não fazer nenhum, e mais, o dinheiro que chegou precisa ser consumido pelos mesmos, aqueles municípios que estão estourando o teto todo mês, que já tem extra teto de PPI e que fatalmente começam a receber o dinheiro novo que está chegando, essa é a verdade, porque como isso é uma coisa dinâmica, esse dinheiro não fica guardado dentro de um saco, como todo mundo vai apresentando o faturamento, tem muitos municípios que vivem uma situação adversa à de Mutuípe e que estão estourando o teto, extrapolam a PPI e acabam consumindo o recurso do outro. Dr. Odilon Rocha colocou que tem município que estoura o orçamento do teto através da instituição privada e tem lá uma instituição municipal que está com seu pedido

de credenciamento e teríamos que ter um olhar lembrando a constituição; vai acontecer que tem serviços que pediram, municipais, que colocou seu ultra-som e que tem lá a entidade privada que também tem seu ultra-som. Considerou que no Brasil inteiro ninguém tem coragem de ter esse enfrentamento político, não é só na Bahia não, ninguém tem coragem de tirar alguém para botar outro. Dra. Marta Rejane respondeu como sendo testemunha do gestor que é quem segura o problema, que quem tem vindo solicitação de município para serviço público que o dinheiro está no privado, o Senhor Secretário tem mandado tirar e tem sido tirado, chama o prestador, dá um prazo de trinta dias, diz que vai reduzir e tira do privado e coloca no público. Lembrou que o público para ser credenciado precisa cumprir portaria, norma técnica, tudo direitinho. A Secretária Municipal de Ipirá, Orlandina Nascimento, colocou que em Ipirá os serviços privados têm o recurso maior do que o município e tem coisas que são absurdas como, por exemplo, o credenciado para o hospital um atendimento a um paciente com queimadura. Questionou se dentro desse novo valor, pode aumentar sua quantidade dentro da unidade hospitalar e o Senhor Coordenador respondeu que ela deveria realmente pedir. Dra. Cristiane Macedo informou que a definição da alocação desse recurso novo tem que ter para onde, como estes vinte e oito municípios estão na proposta de HPP que só garante internamento, a proposta seria colocar isso para urgência e emergência, pois para atendimento e internação da HPP eles vão necessitar ter urgência. O Senhor Coordenador explicou que foi colocado que para poder entrar na HPP tem que ter urgência e emergência no SAI, então que esse recurso novo seja priorizado para urgência e emergência, isso é uma coisa redundante, tudo bem, mas se ele não tiver condição de botar na urgência e emergência e tiver especialidade, bota na especialidade. Dra. Lenise Estrela comentou que às vezes o município tem posto de coleta, mas não tem laboratório e tem tudo para urgência e emergência. Dr. Odilon Rocha argumentou que uma política de urgência e emergência também para o HPP, porque para ter um pediatra, no seu hospital exige que tenha um pediatra e no HPP não exige isso. O Senhor Coordenador informou que quem não tiver laboratório, tem um posto de coleta e tem que ter um contrato com a pessoa jurídica para montar o processo e fazer o credenciamento e afirmou que não consegue entender como estão pagando sem contrato. Relatou que essa semana aconteceu um caso dessa natureza, uma entidade pública municipal que o prefeito não tem co contrato, aí ele pega a produção daquele mês e paga a pessoa física de um analista e assim não há alternativa para fazermos o credenciamento, é necessário ele transformar essa pessoa física numa pessoa jurídica e efetivamente contratualizar normalmente. Enfatizou que não há problema nenhum em fecharmos isso com o contrato e priorizando a urgência e emergência. Dr. Odilon Rocha questionou como está caminhando a situação do SAMU na questão da contrapartida. O Senhor Coordenador esclareceu que quando fizemos a proposição e nos manifestamos para fazer a contribuição de 30%, foi feito em cima de um caixa efetivo que era feito pela Secretaria de Saúde que permitia repasse fundo a fundo porque era numa conta própria, existia uma conta que arrecadava fundos de taxas de vigilância sanitária e que não era utilizado para isso, e existia um recurso de remuneração municipal no município de Salvador, que era o ressarcimento da GIQ com um valor muito significativo; Salvador é o único município que tem esse convênio, o Estado paga a GIQ, existe um valor que somos remunerados. Quando pagamos o SAMU nos três últimos meses de 2004 seguimos algumas premissas, primeiro os municípios tinham que estar cumprindo a portaria e nossa comissão de urgência e emergência fazia o acompanhamento, então todos esses municípios que estavam cumprindo a portaria e que foram encaminhados, nós ressarcimos dentro daquela condição e a idéia era fazer isso de noventa em noventa dias e não mensalmente, até porque tínhamos que garantir o fluxo de recurso. Então, no ano de 2004 pagamos a remuneração de todos que cumpriram a portaria, foi um valor significativo e em dezembro antes do fechamento do ano, fizemos os pagamentos relativos a outubro, novembro e dezembro de 2004. No ano de 2005 nos tornamos credores de quase cinco milhões e meio de reais do município de Salvador, que daria o suficiente para pagar todo o SAMU do Estado, incluindo o SAMU da capital; não recebemos esse recurso e no final do ano, faltando oito dias para terminar o ano, Salvador pediu uma reconsideração da dívida alegando que queria descontar logo a parcela do SAMU, o que era justo, mas também alegando que tinha estouro de teto de média complexidade. Aí as contas voltaram para ser auditadas, e isso não pareceu de bom senso, porque uma boa parte dos gestores tem estouro de teto de média complexidade e o município de Salvador como um todo já tem mais de quatro milhões de reais que é dinheiro que deveria estar no interior e está sendo alocado na capital para financiar o teto de média complexidade. Salvador já é beneficiado com um convênio que o restante dos municípios não tem, mas não podemos tirar dinheiro de onde não tem, então estamos procurando regularizar essa situação porque dentro do orçamento da fonte trinta, teríamos que fazer uma repactuação para poder efetivar isso, teríamos que fazer isso com uma fonte própria da saúde, ou dinheiro do SUS que vocês bem sabem que não tem, ou esse recurso do qual sou ressarcido, não podemos é pegar recurso da vigilância e colocar na assistência que é a nossa outra fonte de recurso, resta a terceira fonte que é o ressarcimento municipal. Agora estamos redefinindo isso, a auditoria está refazendo todos os cálculos para consolidar a dívida, mas temos um valor significativo e continua o nosso compromisso de fazer esse ressarcimento aos municípios do SAMU; se não houver solução de continuidade de termos pelo menos uma programação de pagamento desses serviços, a nossa idéia é voltar aqui para discutir com a fonte trinta e aí cabe portaria e decreto do governador autorizando a pagar e não mais dentro do que tínhamos acordado anteriormente. Dr. Oberdan Dias questionou sobre a programação da contrapartida do último trimestre do PSF quanto aos restos a pagar. O Senhor Coordenador informou que abriu hoje o orçamento e já começamos a fazer os pagamentos, priorizando as pessoas que celebraram convênio e estão sem problemas de prestação de contas, estes já pagamos até terça feira e provavelmente o ressarcimento de PSF já comece a partir daí a entrar no núcleo. Informou que teremos uma reunião no município de Itaberaba na próxima sexta-feira e gostaria de abrir a possibilidade de reanalisarmos o teto de Itaberaba, então é interessante que os municípios da região fiquem sensíveis a isso para caminhar com a proposição; tivemos uma série de problemas, reportamos à CIB ao longo do ano, ouvimos o Secretário Municipal de Saúde e esse problema já tem quase três anos sem solução de continuidade. Em determinado momento na PPI de 2003 o município de Itaberaba foi beneficiado quanto á colocação, houve um esforço muito grande inclusive partindo do próprio COSEMS no sentido de alocar um recurso mais significativo no município, e os municípios não estão conseguindo ter uma resposta positiva a essa atitude, portanto, já está passando

do tempo de termos uma nova discussão. O tempo em que ficávamos aqui discutindo desabilitação dos municípios já passou, até diante de uma manifestação do Ministério da Saúde na última Tripartite e estamos aguardando uma nova portaria. Chamou atenção de que nesse processo de redefinição de tetos, temos que começar a dar uma agilidade, alguns estados conseguiram avançar de uma forma muito positiva, e São Paulo isso é quase automático, pois as CIBs fazem isso mensalmente, o Rio Grande do Sul também já faz isso mensalmente, e precisamos evoluir para podermos criar uma uniformidade de tratamento. Já conseguimos avançar em termos de entes públicos, as próximas discussões já são construídas em cima de compromissos, o que é muito importante. Quanto aos municípios, alguns esta semana solicitaram auditoria do SUS e tivemos que finalizar todas as auditorias de AIHs que estavam sob bloqueio, tem a auditoria de Salvador que envolve uma complexidade maior e vai começar a ser feita agora e a partir da próxima semana os municípios que estão com processo de gestão solicitando auditoria já vão receber a visita das comunidades. Alertou o pessoal da Chapada e deixou em aberto essa discussão para darmos continuidade na próxima CIB. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 02 de março de 2006 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Candice de Almeida Rocha Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 01 de fevereiro de 2006.

José Antônio Rodrigues Alves_____
Suplente: Lealdina Chaves de Barros_____
Odilon Cunha Rocha _____
Suplente: Osmundo Nogueira Gonzaga_____
Virgílio Figueiredo Abreu_____
Suplente: Marta Rejane Montenegro Batista_____
Maria Nita Pinheiro Ferraz _____
Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio_____
Suplente: Edgar Lessa Crusoé_____
Maria Do Carmo Tambone De Almeida_____
Lenise Lopes Campos Estrela_____
Oberdan Rocha Dias_____