Ata da 136ª Reunião Ordinária de 2006
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Ao dois dias do mês de março 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 Conceição Queiroz Oliveira Riccio, Lenise Lopes Campos Estrela, Oberdan Rocha Dias e dos Suplentes Lealdina Chaves de Barros, Osmundo Nogueira Gonzaga, Edgar Lessa Crusoé, Rosa Virgínia Fernandes e Ivonildo Dourado Bastos. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta à sessão. Em seguida passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Candice de Almeida Rocha Lêdo, para leitura dos expedientes: 1. A Auditoria informou quanto aos processos dos municípios que foram habilitados na reunião extraordinária em Gestão Plena do Sistema, que em Salvador e São Félix não existem mais pendências, Bom Jesus da Lapa houve um contratempo e a auditoria ainda está sendo realizada e Lauro de Freitas ainda apresenta algumas pendências, mas está em prazo para defesa do município; 2. Habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde do município de Itabela que já está tudo certo com a documentação, faltando apenas o parecer da Auditoria; 3. Termos de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento dos Municípios de Cristópolis, Ipirá, Chorrochó e Wanderley, com parecer favorável da Coordenação de Saúde da Mulher; 3. Projetos de Implantação do Centro de Especialidade Odontológica – CEO Tipo I do município de Itanhém e CEO Tipo II com LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária do Município de Itapetinga, ambos com pendências; 4. SUVISA: a) Transferência para o Fundo Estadual, do recurso Federal referente ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica conforme solicitação feita pela Secretaria Municipal de Saúde dos municípios de Itagimirim e Taperoá; b) Transferência para o Fundo Municipal de Saúde, do recurso Federal referente ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica conforme solicitação feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Ubaitaba; 5. Credenciamento dos CAPS dos municípios de Curaçá, Caculé, Casa Nova, Cândido Sales, Senhor do Bonfim e Tremedal, todos com parecer favorável da área técnica. Após a leitura, o Senhor Coordenador colocou em discussão e aprovação. Quanto ao município de Itabela, após discussão e pronunciamento da Auditora Vera Carvalho que informou ter realizado uma auditoria de Gestão da Atenção Básica na última semana de outubro e constatou que de uma maneira geral o município encontra-se apto para adesão ao pleito, foi aprovado a consenso a habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde do município de Itabela. Quanto ao município de Lauro de Freitas, a Auditora Zora Ruth Lacerda informou ter realizado uma auditoria da Gestão da Atenção Básica e enfatizou que a atenção Básica do município ainda está muito desestruturada; após breves comentários, efetuou a leitura do parecer conclusivo: “Concluímos que o município encontra-se com a atenção básica ainda desestruturada, com deficiências e não conformidades importantes que comprometem sua gestão; pelo tempo de habilitação deveria estar com o nível de atenção estruturada e avançando na implementação de novas ações e serviços”. Finalizou afirmando que o parecer da Auditoria é de que o município necessita de um tempo para adequar e estruturar a atenção básica para pleitear a habilitação na Gestão Plena. O Senhor Coordenador lembrou que como está dentro do prazo, o município pode responder à Auditoria e considerou interessante que nesta resposta seja feito um termo se comprometendo a sanar estes pontos. A Secretária Municipal de Saúde de Lauro de Freitas, Rita Rego, lembrou que logo ao assumir foi feita uma auditoria de gestão e o relatório pode demonstrar o quanto o município vem avançando e argumentou que no relatório atual consta o quanto foi contratado de Agentes Comunitários, já foi feito todo o treinamento, outras ações foram aumentadas, mas em termos de equipes não é possível aumentar neste momento. O Senhor Coordenador enfatizou que a proposta é para ao responder à Auditoria, coloque cada ponto pendente levantado com um prazo que lhe for conveniente para cobri-los. Dra. Rita Rego concordou em acatar a proposta, mas deixou claro que em sua opinião alguns pontos levantados pela Auditoria não são impedimento para seu município se habilitar na Gestão Plena e questionou qual município possui todos os leitos necessários para sua população e a cobertura que é requerida; desafiou os municípios que estão em Gestão Plena a demonstrarem sua cobertura total, inclusive Salvador, do que é realmente necessário para passar para a Plena. Dr. Odilon Rocha comentou que os municípios que estão pleiteando a Plena realmente às vezes têm alguma dificuldade no entendimento com a Auditoria, pois estes processos são muito passíveis a alterações de acordo com determinadas situações. O Senhor Coordenador lembrou que a auditoria visitou o município de Lauro de Freitas, mas não houve tempo hábil para encaminhar a vistoria e o município responder, por isso tivemos que apresentar aqui para que ficasse pré-pactuado até o processo de resposta, e assim podermos encaminhar. Enfatizou que, além disso, não há nenhum impedimento quanto ao município, inclusive as datas podem ser aprazadas pela própria Secretária. A consenso, deverá ser acatada a recomendação do Senhor Coordenador e se mantém o encaminhamento. Dr. Odilon Rocha questionou quais as pendências referentes aos Projetos de Implantação dos CEO – Centros de Especialidades Odontológicas e LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária solicitados. O Sr. Fabiano Pires Neves, Coordenador de Saúde Bucal de Itanhém informou que as pendências são a solicitação oficial do município devido à transição de Secretários de Saúde, mas hoje já assumiu um novo gestor e na próxima segunda feira a solicitação oficial já estará sendo encaminhada para a área técnica da Saúde Bucal. Dra. Jaqueline Silva comentou que estas são pendências que o Estado faz questão de que sejam respondidas, mas para o processo de forma geral não tem nenhuma importância maior, pois são sempre pendências que poderiam ser resolvidas em um outro momento e que não interferem tecnicamente no Projeto. O Senhor Coordenador sugeriu e a consenso foi aprovado que na medida em que os projetos forem sendo encaminhados e as pendências vencidas, sejam feitos os encaminhamentos. Dr. Odilon Rocha parabenizou o município de Ubaitaba pelo “De Volta Pra Casa”, do recurso da Farmácia Básica que depois de tanto tempo passando recurso do município para o Fundo Estadual, hoje estamos vendo um recurso saindo do fundo estadual para o município. Com relação à questão dos CAPS, questionou porque o município de Senhor do Bonfim está na pauta, já que foi aprovado anteriormente quando foram sanadas todas as pendências. Comentou que não há clareza de como está sendo feito esse fluxo dos

pedidos dos CAPS e muitos municípios estão reclamando que entre o recurso federal que chega do incentivo e o credenciamento, algumas vezes está levando de oito a nove meses, portanto, sugeriu que fosse feito pelo setor competente, um fluxo para esclarecimento sobre todo o processo, desde o pedido até a implantação do CAPS. Dra. Lenise Estrela lembrou que há uma proposta de que se pague o retroativo e considerou necessário rever em especial a questão de Ipirá, Jacobina e Santo Antônio de Jesus. Dr. Odilon Rocha lembrou que na reunião passada uma pessoa da Coordenação Odontológica relatou que havia muitas equipes funcionando e que estas não receberam o recurso porque não foram certificadas, na oportunidade, Dra. Jaqueline informou que o Ministério da Saúde - MS não estaria mais querendo pagar retroativo. Só que no documento do pacto tem um formulário para essas questões quando não existe o pagamento, o que significa que devemos fazer uma solicitação ao MS que pague a todos esses municípios retroativos também. Dr. Paulo Gabrielli esclareceu que a sistemática de acompanhamento dos CAPS obedece a seguinte ordem: o município faz um ofício solicitando a implantação de um CAPS; como ficou acordado anteriormente na CIB, ao fazer a solicitação o município deverá encaminhar ao mesmo tempo um Projeto Terapêutico; a Coordenação de Saúde Mental analisa esse Projeto Terapêutico e se for considerado pouco consistente, entra em contato com o município indicando um curso de Introdução à Clínica do CAPS que é feito nos três CAPS Docentes Assistenciais aqui de Salvador que são os CAPS de Águas Claras, Liberdade – Infância e Adolescência e Pernambués – Álcool e Drogas; se o Projeto Terapêutico for considerado consistente é feito um contato com o município orientando como deve proceder para implantar um serviço de CAPS, sobre as modalidades de atendimento intensivo, não intensivo, semi-intensivo, sobre a alimentação dos pacientes para que possam passar o dia no serviço, sobre a questão técnica de oficinas terapêuticas e assim sucessivamente; é avisado ao município que quando entrar em funcionamento dessa forma, devem solicitar por ofício uma vistoria técnica que será agendada em trinta dias que á a recomendação do MS, porque antes desse período não dá para ver o que realmente está acontecendo no CAPS, pois existem perguntas no questionário que necessita saber número de pacientes, encaminhamento dos pacientes para a área da atenção básica, para hospitais e emergências e isso não se pode fazer antes de trinta dias de funcionamento. Relatou que tem sido feito em alguns casos até com vinte dias, a depender do número de solicitações que são feitas, se tudo corre bem e fica tudo plenamente aprovado, é o relatório da visita técnica é encaminhado para o Cadastro, que é quem encaminha para a CIB. Deixou claro que a Coordenação de Saúde Mental não encaminha para a CIB, pois há um ofício da Superintendente Dra. Marta Rejane dizendo que a parte da Coordenação de Saúde Mental termina na Área Técnica que encaminha para o Cadastro, que é quem fica responsável pela coleta da documentação necessária, pela verificação da categoria profissional dos profissionais, currículo, alvará de Vigilância Sanitária, CNPJ, dentre outros, e de posse de toda a documentação encaminha para a CIB. Com relação a Senhor do Bonfim, comentou que deve ter tido algum equívoco com essa mudança de orientação, já que realmente tinha sido encaminhado anteriormente e já tinha inclusive uma liberação de recurso para um convênio. Antigamente a Coordenação de Saúde Mental coletava todos os documentos e encaminhava para o MS, só que havia a dificuldade de avaliação com muita clareza e precisão sobre os profissionais que estavam no serviço e sobre a constituição de equipes técnicas, mas mesmo assim era encaminhado ao MS, se houvesse alguma pendência, seria verificada posteriormente. Considerou que realmente a maneira mais correta é indo pelo Cadastro que tem mais condição de avaliar todo o processo antes de mandar para o MS. Com relação a Ipirá, informou que o município não cumpre um critério populacional para ser CAPS II conforme foi solicitado, pois não tem mais de setenta mil habitantes. O parecer foi de que o município pode implantar CAPS I e o Estado não pode decidir se pode ser CAPS II ou não com o critério populacional, que é o único critério restritivo para implantação de serviço, abaixo de setenta mil habitantes, quem decide isso é o MS, o que podemos fazer é consultar o MS sobre essa possibilidade, havendo uma justificativa consistente, com dados epidemiológicos que demonstrem a necessidade de um serviço para fazer o atendimento, o MS avalia e se considerar isso adequado ele credencia, até então não há noticia de que tenha ocorrido no Brasil este tipo de procedimento, pois geralmente eles obedecem ao critério populacional. Dr. Odilon Rocha questionou se o processo de Ipirá já estava em Brasília, porque na medida em que o município mandou um pré-projeto e o MS depositou na conta do município os trinta mil reais, considera-se ele já deu uma pré-aprovação. Dr. Paulo Gabriela informou que tem uma Portaria de nº 245 que diz que o município pode pedir diretamente ao MS o recurso sem passar nem pela Coordenação de Saúde Mental; tem uma lista com dezesseis municípios que o MS está solicitando intervenção da Coordenação de Saúde Mental para a devolução dos recursos, pois receberam e não implantaram o serviço, só que nós não participamos desse encaminhamento, então quando o MS encaminha trinta mil reais como CAPS II para o município de Ipirá, é porque não consultou a Coordenação de Saúde Mental. O Senhor Coordenador solicitou que Dra. Joana Demarchi observasse quanto a Senhor do Bonfim, o porque está sendo encaminhado pela segunda vez. Com relação aos CAPS relatou que houve casos em que o município recebeu o recurso e o MS não publicou portaria; só tomamos conhecimento porque o município veio até o Fundo Estadual de Saúde procurando a contrapartida estadual mostrando que tinha recebido o recurso. Em determinado momento começamos a receber processos de volta do MS pedindo análise da coordenação técnica; lembrou que foi discutido nesta CIB que se poderia encaminhar todos os projetos para Brasília e muitos daqueles projetos foram pagos quando ainda não tínhamos análise. O que parece mais lógico é realmente analisar via Coordenação, passar para o Cadastro que recolhe os documentos e passa para a CIB e aí encaminhamos para Brasília. Dr. Odilon Rocha manifestou sua preocupação porque o processo de descentralização vai fazer com que o processo seja todo julgado novamente na Bahia, só vai para Brasília para uma publicação simples; algumas vezes o processo entre a chegada aqui e o primeiro dinheiro que chega no município leva entre oito a nove meses. Dra. Joana Demarchi informou que o processo de Ipirá chegou hoje no Cadastro. A Secretária Municipal de Ipirá, Orlandina Nascimento, enfatizou que não consegue entender porque só chegou agora no Cadastro, já que a informação da Coordenação de Saúde Mental é de que foi enviado ao cadastro no dia 16 de fevereiro, e agora já não importa mais se vai ser CAPS I ou II, o importante é conseguir o cadastramento. Dra. Joana Demarchi colocou que foi feito pelo número de vistorias que estão sendo refeitas, como se fosse um referendo, inclusive perguntou a Dra. Candice se seriam colocados alguns outros que já tinham sido publicados naquela

lista grande anterior que saiu com pendências e com intenções, se deveria reafirmar aqui na CIB a partir do momento que tivesse sido feita a vistoria técnica e resolvido as pendências. Todas essas unidades que vieram tinham a vistoria técnica recente, o caso de Ipirá não chegou nem a ser colocado na CIB porque tinha essa discussão técnica. O senhor Coordenador sugeriu que se por ventura o problema estiver resolvido, poderemos trazer na próxima reunião só para confirmar a aprovação ad referendum e damos o encaminhamento normal. Dra. Joana Demarchi ressaltou que o problema é que Ipirá está pedindo um CAPS II; parece que o parecer é favorável para CAPS I, então a pendência que estava na área técnica era para essa definição, por causa da população, do consenso se poderia ter ou não consórcio para agrupar a população. O Senhor Coordenador colocou que todos aqueles processos que foram para Brasília, aparentemente estão sendo analisados e devolvidos um por um para que seja feita vistoria e isso vai sobrecarregar a Coordenação de Psiquiatria. Dr. Odilon Rocha lembrou que aprovamos uma lista de municípios elegíveis para CAPS, e concordou que em virtude de todas essas dificuldades é necessário estabelecer que quando seja para credenciamento, ao invés de esperar a reunião da CIB se faça ad referendum para ver se anda mais rápido e apenas informe na reunião seguinte, conforme sugestão do Senhor Coordenador, que foi aprovada a consenso. Dr. Odilon Rocha questionou se seria necessária uma manifestação por escrito do município de Ipirá informando que quer o CAPS I e Dra. Joana Demarchi respondeu que segundo a área técnica, seria bom fazer uma correspondência para que seja anexada ao processo. A Secretária Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Márcia Rosa, colocou que no caso de seu município a vistoria foi feita em outubro, já está em funcionamento há cinco meses, mas também não consta na relação para credenciamento e a informação é de que foi enviado para o Cadastro em 11 de novembro de 2005. Dra. Joana Demarchi informou que não está no Cadastro. Dr. Paulo Gabrielli comentou que vale à pena verificar o que está acontecendo porque em seu controle consta que foi encaminhado ao cadastro em 17 de novembro de 2005. Dra. Suzana informou que no Cadastro consta que os processos de Santo Antônio de Jesus e Feira de Santana estão na DAS, mas ao entrar em contato foi informada por Cristina da DAS que estão no FESBA. O Senhor Coordenador enfatizou que o encaminhamento tem que ser primeiro com o Cadastro para depois ir para o FESBA para pagamento do incentivo. Dr. Odilon Rocha questionou se não poderíamos mandar o quantitativo das cento e noventa equipes pedindo o reembolso dos atrasados. Dra. Jaqueline Silva relembrou que existe uma planilha de retroativo que está no pacto e existem situações em que pode ser pedido o retroativo, exceto as equipes que não foram previamente qualificadas; a resposta do MS é que quando pedimos uma qualificação de equipe, fica registrado em portaria que aquele município pode ter um determinado número de equipes a serem implantadas e implanta se quiser e quando puder. Esta qualificação diz ao Tribunal de Contas da União até quanto o município pode receber, e ele recebe pelas que forem implantadas, mas se ele não pedir a qualificação, ele não tem como pagar retroativo porque não existiu um teto financeiro para pagar aquelas equipes naquela oportunidade. Dr. Odilon Rocha afirmou que não entende, pois o qualificado não significa que estava atendendo, e esse recebeu, agora aquele que está lançando a produção no SIAB não recebe. Dra. Jaqueline Silva esclareceu que é como se ele não tivesse tido autorização para funcionar e está funcionando mesmo assim. O Senhor Coordenador argumentou que vivemos uma fase em que houve uma concentração muito grande, o MS imaginou que poderia nos programas especiais analisar todos os processos, antigamente se mandava um check list com toda a análise que já tinha sido feita e isso já demandava uma demora significativa dentro da Secretaria; no momento que o MS centralizou a atividade e criou uma série de coordenações técnicas para analisar caso a caso para publicação, se manda desde o título de especialista até alvará de vigilância, enfim, o processo praticamente completo, em alguns casos de alta complexidade vai um processo completo mesmo para ser analisado lá. Imaginemos o Brasil inteiro mandando estes processos, é praticamente impossível conseguirem analisar em tempo, então como pagar uma coisa de forma retroativa que não tem portaria, com base nos dados do SIAB, para fazer isso o Tribunal de Contas tem que reconhecer, porque senão cabe devolução de recurso. Dra. Jaqueline Silva comentou que na verdade existe a produção, mas não existe a autorização para funcionar. O senhor Coordenador enfatizou que a única maneira de fazer isso é com um documento novo do pacto em que se está imaginando que vamos conseguir colocar todo o FAEC dentro da mesma estrutura do pagamento normal acabando com as gavetinhas e de forma que possamos encaminhar também o check list, é a única maneira que temos de resolver isso, pois se não for assim não será possível pagar uma coisa que não está publicada. Quem está acompanhando o desempenho do MS na análise dos processos está vendo a dificuldade para se fazer isso; citou como exemplo a questão de Jacobina que houve o maior empenho para resolver o problema da nefrologia de lá e demorou um ano e dois meses para conseguir ser resolvido e ainda foi publicado com uma pendência. Dr. Odilon Rocha argumentou que existem dois critérios de avaliação, o de PSF e o de Saúde Bucal, quando o município é certificado, se for lançado na produção à quantidade de Saúde da Família que pode ter com todos os profissionais, vem o pagamento, já na Saúde Bucal não. O Senhor Coordenador esclareceu que na Saúde Bucal está sendo exigido como se fosse uma atividade de FAEC, com uma publicação específica de portaria para o funcionamento da atividade e só uma mudança no comportamento do MS é que vai fazer com que possamos receber esse recurso. Dra. Lenise Estrela comentou que tem municípios que foi publicado e que não recebeu. Dra. Jaqueline explicou mais uma vez que todo município pode ter em Saúde Bucal quantas equipes de PSF já estiverem implantadas e não o teto de PSF, por exemplo, se o município tem hoje dez equipes de PSF implantadas ele pode vir a ter dez equipes de Saúde Bucal, mas não é obrigatório, pode se implantar quantas quiser, mas pode pedir a qualificação para as dez equipes imediatamente e ir implantando à medida em que ele for conseguindo profissionais ou tendo interesse em faze-lo, o que não pode é começar a ampliar sem ter pedido essa qualificação e só pode pedir essa qualificação se o PSF estiver funcionando a mais de trinta dias, porque a Saúde Bucal não é a equipe mínima, é na verdade inclusa em uma equipe que já funcione. Enfatizou que este fluxo não pode ser mudado e a planilha de retroativo vem com uma portaria definindo que no caso de não qualificação não pode receber o retroativo. Dra. Candice Ledo informou que os municípios de Conceição da Feira, São Domingos, Aiquara, Tanquinho, Nordestina, Fátima, Morpará, Sátiro Dias e Itanhém também já estão aptos para aderir ao HPP. Dra. Rosa Virgínia Fernandes comentou que na verdade o processo está muito lento no MS e todos os municípios que vieram aqui fazer o

plano já foram encaminhados e por enquanto só houve retorno quanto ao do município de Conde, que já está no Cadastro para verificação de documentos e logo será chamado para assinar o contrato, no total já foram enviados para o MS vinte e oito planos operativos daqueles oitenta e um municípios que passaram aqui na CIB. O Senhor Coordenador lembrou ter solicitado ao MS já que não tem uma portaria definidora que encaminhe de forma que não fique faltando muito documento, porque existe uma portaria hoje que tem tudo como se fosse um hospital e como a idéia original era uma reconversão de hospitais que já existissem e o próprio MS admite que pode flexibilizar essa atividade, o que solicitamos ao MS foi que ele estabeleça critérios mínimos para que não fiquemos encaminhando os municípios e eles devolvendo diligências pedindo mais documento, então, que de uma forma simplificada ele absorvesse imediatamente estes processos. Vamos fazer inclusive uma proposta de encaminhamento dos processos de uma forma bem simples, daquilo que julgamos que efetivamente não pode faltar, e se o MS concordar fazemos o encaminhamento de uma forma automática. Dando prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador convidou Dra. Raylene Barreto, diretora da DIVISA para apresentação do Plano Diretor de Vigilância Sanitária – PLANDEVISA e Dra. Conceição Riccio informou que neste momento a instância federal através da ANVISA está começando a discutir a elaboração de um Plano Diretor para a área de Vigilância Sanitária o que é bem interessante porque apesar de haver uma política executada, não há uma política formulada definitiva, e este processo de discussão está se dando com as Coordenações Estaduais e representação do COSEMS; aqui da Bahia estão participando Dra. Raylene e Dr. Humberto e existe uma proposta para que seja também discutido com os Estados. Salientou que no Estado da Bahia tem um Plano Diretor elaborado para a área de Vigilância da Saúde com conteúdos de Vigilância Sanitária, que foi revisto no ano de 2003 já na atual gestão quando o estado passou para a Gestão Plena, e não podemos desconsiderar para elaboração deste Plano Diretor o Plano Estadual. O PLANDEVISA traz referência às diretrizes para o Plano Diretor do Estado, todo o levantamento de problemas e identificação de necessidade tanto para o eixo de gestão de financiamento como para organização de sistema e também para infraestrutura na área de Vigilância da Saúde. Dra Raylene Barreto iniciou sua apresentação colocando que o Brasil está iniciando um processo de discussão da elaboração do Plano Diretor na área de Vigilância Sanitária agora em março e cabe aos Estados até maio deste ano encerrar as discussões e elaborar um relatório final para contribuir no PLANDEVISA. “Plano Diretor de Vigilância Sanitária: Discussão no Âmbito Estadual. 1. Núcleo Organizador do Estado da Bahia: a) Composição: SESAB, COSEMS e ANVISA; b) Papel: Conduzir o processo de discussão estadual, criando estratégias para viabilizar o debate no Estado, incluindo as esferas Federal, Estadual e Municipal; c) Estratégias de discussão/Atividades programadas: Elaboração do Plano Operacional / ANVISA; Oficinas macrorregionais; Oficina Estadual; Apresentação do relatório das discussões locais na CIB e CES; Encaminhar relatório final para a Comissão Organizadora Nacional; Discussão do PDVISA na CIT e CNS. 2. Propósito do PDVISA: Ser instrumento de eleição de prioridades estratégicas em VISA conferindo maior visibilidade e incremento de poder de ação à VISA. 3. O Documento-base para a elaboração do PDVISA: Introdução – A VISA no contexto do SUS: Articulação entre as esferas de gestão; Construção da intersetorialidade; Complexidade do campo; Bases conceituais e jurídicas; Estrangulamentos e avanços. 3.1 Eixos de discussão: 1. Organização e gestão do SNVS, no âmbito do SUS; 2. Ação regulatória: vigilância de produtos, de serviços e de ambientes; 3. A Vigilância Sanitária no contexto da atenção integral à saúde; 4. Produção do conhecimento, pesquisa e desenvolvimento tecnológico; 5. Construção da consciência sanitária: mobilização, participação e controle social. Eixo 01 - Organização e Gestão do SNVS, no âmbito do SUS: Diretrizes Agregadoras: a) Reafirmação do caráter indissociável da Vigilância Sanitária, enquanto componente do SUS; b) Reclassificação das ações de Vigilância Sanitária, sob a ótica da responsabilidade sanitária com a definição do elenco básico, para subsidiar a descentralização da gestão e das ações; c) Definição das relações e responsabilidades sanitárias das três esferas de gestão, estabelecendo formas de articulação e execução de ações de vigilância sanitária de forma integrada e consoante com os princípios do SUS; d) Fortalecimento da capacidade de gestão da VISA em todas as esferas de governo; e) Estruturação de um Sistema de Informação Nacional, que subsidie o processo de gestão do SNVS; f) Desenvolvimento de mecanismos de gestão do trabalho e de qualificação profissional em Vigilância Sanitária; g) Integração ao SNVS, da vigilância sanitária em ambientes de trabalho; h) Incentivo à participação social. Eixo 02 - Ação Regulatória: Vigilância de Produtos, de Serviços e de Ambientes: Diretrizes Agregadoras: a) Implementação de ações de caráter intersetorial; b) Incorporação do princípio da precaução como um valor fundamental para as ações de vigilância sanitária, para a avaliação de novas tecnologias e para a tomada de decisões, de forma a proteger e promover a saúde da população; c) Sistematização dos conhecimentos produzidos dentro do próprio SNVS a partir das ações de registro, fiscalização e monitoramento, dentre outras; d) Promoção do acesso sistemático aos conhecimentos científicos pertinentes às ações de regulação para os profissionais da área; e) Promoção de mecanismos de disseminação ampla, rápida e sistemática das comunicações de risco sanitário à população; f) Articulação entre as diversas esferas de gestão para a definição de prioridades da regulação sanitária e execução das ações de VISA; g) Estruturação dos Laboratórios de Saúde Pública, em rede regionalizada e hierarquizada, segundo a complexidade das ações e as necessidades regionais e locais, com o desenvolvimento de tecnologias de comunicação para permitir a troca ágil de informações; h) Promoção de ações estratégicas que contribuam para o desenvolvimento nacional. Eixo 03 - A Vigilância Sanitária no contexto da Atenção Integral à Saúde: Diretrizes Agregadoras: a) Articulação permanente das ações de Vigilância Sanitária nas distintas esferas de gestão; b) Articulação política permanente da Vigilância Sanitária e da Atenção Básica nas três esferas de governo; c) Incorporação da discussão da Categorização das Ações de Vigilância Sanitária, considerando o território e a transcendência do risco sanitário, com vistas à integralidade da atenção à saúde; d) Qualificação dos trabalhadores de saúde, visando o princípio da integralidade nas ações da Assistência e da Vigilância Sanitária. Eixo 04-Produção Do Conhecimento, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico. Diretrizes Agregadoras: a) Criação e implementação da política de produção de conhecimento em vigilância sanitária, no âmbito do Sistema Único de Saúde; b) Fomento à produção de conhecimento e ao desenvolvimento tecnológico, voltado para o aprimoramento do SNVS e dos serviços e ações que o compõem, na perspectiva da diversidade de abordagens metodológicas; c) Incorporação e utilização do conhecimento

acerca dos avanços biotecnológicos em saúde, com ênfase na análise, monitoramento e gerenciamento da biossegurança, considerando as implicações e repercussões no campo da bioética e da ética em pesquisa. Eixo 05 - Construção da Consciência Sanitária: Mobilização, Participação e Controle Social: Diretrizes Agregadoras: a) Promoção de espaços compartilhados de atuação, envolvendo outros setores de governo comprometidos com a produção de saúde, construindo assim práticas de articulação intersetorial; b) Promoção de ações que contribuam para elevar a consciência sanitária da população, desde a identificação de riscos, até a compreensão do funcionamento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo os aspectos de democratização da informação, transparência e mecanismos de escuta da sociedade; c) Promoção do acesso e da transparência da informação em vigilância sanitária, visando a contribuir para a qualificação da Administração Pública e ampliação do seu comprometimento com a participação popular e a gestão participativa.Finalizou a apresentação colocando que esta é a base das discussões, mas se o Estado considerar importante, é possível incluir mais algum eixo ou não discutir um destes eixos. Informou que entre abril e maio serão realizadas as oficinas macrorregionais e também a oficina estadual, tentando consolidar o Plano Diretor do nosso Estado e que serão também agregados à discussão, toda a área da Assistência, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Laboratório, pois a idéia é envolver as áreas que estão trabalhando com a Vigilância Sanitária". Dr. Odilon Rocha comentou sobre o Plano Diretor de Vigilância à saúde dos municípios que pela primeira vez está tendo um processo democrático da ANVISA. Dra. Lenise Estrela considerou a questão da Vigilância ainda muito preocupante e com relação aos municípios acha que estamos engatinhando. Relatou ter participada de uma reunião no município de Seabra com vários promotores da região e não era uma função com os Secretários Municipais, foi um movimento específico da Promotoria onde estavam ditando a legislação na questão da carne e lhe preocupou a exigência de que tem que só pode abater em Barreiras, de Seabra para Barreiras ou de Seabra para Feira de Santana, a ausência de um abatedouro na região e ficou preocupada também com a geração de um problema social porque são mais de duzentas pessoas que sobrevivem disso e desse jeito vai acabar a criação de gado pelo pequeno produtor. Afirmou que sempre convida a ANVISA para ir ao seu município e comentou que não tem linha de financiamento e não tem ação sem financiamento, portanto, é preciso se fazer uma linha de financiamento e não ficar só no papel o que deve ser feito e o que é bonito para se manter saudável. Lembrou que em nenhum momento foi colocado pela Promotoria Pública que a Vigilância Sanitária está inserida no SUS. Considerou necessário repensar sobre isso para ver como se pode resolver, pois em seu município, com R$ 0,25 (vinte e cinco centavos)/ano não é possível fazer nada, já que paga R$ 1.000,00 (mil reais) ao seu Técnico para fazer a Vigilância Sanitária do município e muito pouco tem avançado. O Senhor Coordenador concordou com as colocações e considerou que nesse aspecto a ANVISA nos últimos anos descolou da realidade e o Ministério Público se reporta diretamente à área de Vigilância e não recorre nem ao gestor, as manifestações têm sido dessa natureza e muitas vezes as portarias se tornam complexas até para um governo estadual conseguir cumprir, quanto mais as estruturas municipais. Com relação à questão da Vigilância no que diz respeito à área de alimentos, é de responsabilidade da Secretaria de Agricultura e não nossa, o Ministério Público faz uma certa confusão e encara como ação de saúde, quando muitas vezes não podemos nem utilizar o recurso da saúde e por outro lado, mesmo o ministério público que acompanha o SIOPS, fiscaliza e veta qualquer ação de gasto via saúde na área de alimentos. Informou que tentamos aqui em determinado momento, flexibilizar inclusive recursos do TAM no sentido de apoio e nessa área o máximo que conseguimos foi liberar treinamento para aquelas prefeituras de maior porte, não conseguimos flexibilizar nada para a atividade de investimento na infraestrutura para abate de gado, e mesmo que consigamos, se resolver o problema da infraestrutura, os municípios em geral mesmo os de porte médio, não tem condições de fazer a manutenção mesmo que agente garanta toda a infraestrutura porque isso é hoje feito através de produtores. Aquela opção anterior de fazer o acompanhamento e tentarmos amadurecer um treinamento específico para a área na Vigilância Sanitária para acompanhamento de vacinação, de cobrança de fluxo de gado, e fazer isso junto com a IBDA, não é aceito pelo Ministério Público e as ações judiciais têm sido bastante recorrentes e não há conhecimento de nenhum município que tenha ganho nenhuma ação. Dra. Conceição Riccio enfatizou que a inserção da Vigilância sanitária no contexto do SUS é algo que realmente tem preocupado muito; com a criação da ANVISA como uma agência independente, já podemos ver alguns estados também fazendo esse movimento o que tem preocupado muito, mas até na reunião que houve no Ceará no Seminário dos Secretários se viu que os Secretários ficaram felizes de imaginar que possam ter uma Agência de Vigilância, o Amazonas tem Agência de Vigilância da Saúde descontextualizada das demais áreas, a proposta de Vigilância Epidemiológica também de certa forma era de sair para criar uma agência independente. Contou que na Conferência onde foi representante nacional e Coordenadora da Conferência, uma das coisas por que mais brigou foi a posição da ANVISA nesse sentido e considerou que neste momento de discussão envolvendo os municípios é extremamente importante lembrar que na Legislação Sanitária de Estado e Nacional não atuamos por exemplo no comércio informal que só é reconhecido a nível de município, a questão do comércio da carne e do abate de carne é competência da área da agricultura, mas no município está tudo misturado, na verdade termina indo para ser uma responsabilidade. Pontuou que a ação de vigilância sanitária é uma ação de fiscalização, que é uma ação que a partir da fiscalização irá propiciar a discussão nas áreas competentes para fazer as adequações. O Senhor Presidente perguntou se não teria como ser feito junto ao Ministério Público. Salientou o caso especifico de Seabra, que os dois pontos são Feira de Santana e Barreiras, que no caso de municípios que tiverem a cem quilômetros do local de abate seria estabelecido uma política de vigilância para que fosse dado um suporte de controle dos animais abatidos. Conceição Riccio informou que em termos de acompanhamento não vê dificuldades nisso. O Senhor Coordenador falou que isso seria o caso de ver uma proposta junto ao Ministério Público Estadual, que ninguém vai conseguir resolver isso com promotor local. Pontuou que achava que era o caso de se deslocar, tentar junto ao Ministério Público Estadual desenvolver uma proposta de atenção na área de vigilância, disponibilizar alguns técnicos que não construam nada impossível, mas, alguma coisa que possa ser colocado para funcionar sendo criterioso e estabelecer esses pontos de abate há mais de cem quilômetros. Mencionou que isso vale, que pode fazer isso junto a Procuradoria do Estado e tentar estabelecer uma lei de diálogo para isso. A Dra. Conceição Riccio

pontuou que não cabe que cada município tenha sua área de abate. O Senhor Coordenador interrompeu salientando que na região de Seabra e que depois vem Irecê não é tão próximo. A Secretária Municipal de Saúde de Irecê, Kátia Brito, informou que Irecê passou por esse processo em Outubro do ano passado, quando a promotoria interviu, através de ação conjunta com a ADAB (Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia) de fiscalização, que o município passou por uma dificuldade financeira imensa e que hoje a região está numa situação financeira dificílima porque a poupança que os agricultores tinham era o gado para ser abatido e plantar, então ninguém pôde vender o gado da região, já que o abatedouro mais próximo era o de Ruy Barbosa e que para transportar esse gado até lá era equivalente ao preço do gado. Informou que foi encaminhado para a DIVISA (Diretoria de Vigilância Sanitária) um termo de conduta que o promotor do município encaminhou para o município, estabelecendo o número de visitas e o que a vigilância sanitária deveria fazer, se não fizesse multas diária de salário mínimo, tudo especificado. Pontuou que há quinze dias recebeu outra notificação, porque foram recebidas denúncias de que o município estava recebendo carne que não tinha sido inspecionada. Mencionou que discutiu que isso não é de responsabilidade do município fiscalizar o abate clandestino e sim da Secretaria de Agricultura e que o município está sendo bombardeado de forma constante. O Senhor Coordenador perguntou como estava o comércio. A Secretária Municipal de Saúde de Irecê, Kátia Brito, respondeu que toda a carne consumida hoje no município está vindo de Barreiras. O Senhor Coordenador falou que é uma proposta, que pode tentar negociar isso com o Ministério Público, mas que, fatalmente ele vai impor prazos, mas que também é impossível construir uma unidade dessas em cada município ou em cada pólo de micro, porque na hora que uma unidade dessa for construída, a prefeitura não terá condições de manter. A Secretária Municipal de Saúde de Irecê, Kátia Brito, pontuou que não sabia quantos acompanharam quando houve na região, o grito do sertão que teve uma dimensão grande e foi exatamente em função dessas questões, onde foi conseguido junto ao Ministério Federal intervir no Ministério Publico para dar um relaxamento em relação às essas questões na região. Informou que existe proposta de emendas de bancada para que se construa abatedouro na região. O Senhor Coordenador perguntou quem iria manter essa unidade. A Secretária Municipal de Saúde de Irecê, Kátia Brito, respondeu que tem uma cooperativa no município de Jussara que é para abate de caprinos e ovinos e está tentando ampliar isso para que seja abatido o bovino também. Informou que a região de Irecê sofre imensamente com isso. O Dr. Ivonildo Dourado Bastos mencionou que essa questão do abate está em todo o estado da Bahia, que Jacobina não difere do problema, que vem enfrentando inclusive liminar judicial determinando prazos a serem cumpridos nesse sentido. Foi feita uma associação do prefeito, tentando fazer um matadouro regionalizado ou na pior das hipóteses um entreposto para que possa ser recebida a carne inspecionada e assim ser distribuída. Falou que esse processo não é só por parte do Ministério Público, mas também por parte da ADAB, que vem intensificando as ações no abate e no transporte da carne, leite por conta de portaria federal. Informou que está existindo pareceria da ADAB com o Ministério Publico para pressionarem os municípios para resolverem os problemas. Pontuou que o Estado através da Secretaria de Agricultura já deixou claro que não constrói matadouro. Salientou que existe a ameaça de acontecer o que aconteceu em Irecê, ou seja, busca a carne inspecionada em Barreiras ou Feira de Santana. Mencionou que é uma ação que está acontecendo na Bahia toda, que o Ministério Público está instrumentalizado para fazer isso de forma uniforme em todo o estado, que Jacobina tem uma liminar e o prazo dessa liminar foi prorrogado e certamente o município não vai poder cumprir porque o município não tem condições de construir e manter um matadouro, que certamente o município de Jacobina vai passar pelo o que Irecê passou e está passando. O Senhor Coordenador informou que é preciso terminar esse assunto. O Senhor Oberdan Dias disse que gostaria de completar as palavras do colega, que seria interessante buscar um encontro com Dr. Pedro Barbosa. O Senhor Coordenador informou que o Ministério Público aciona os órgãos de vigilância, então no momento que ele começa a pressionar a Secretaria de Agricultura, a Secretaria tem que começar a responder à pressão que o Ministério Publico faz. O Senhor Oberdan Dias falou que na região sudoeste, por exemplo, houve uma rejeição inicialmente e foi conseguido estender o prazo. Salientou que a situação de acordo com essa portaria do Ministério da Agricultura número trezentos e um, que enquadra esse tipo de matança de acordo com o número de habitantes da região, o tipo de matadouro, que o município não comporta a manutenção. Pontuou que o Secretário na época condicionou fazer essa distribuição de que cada município teria colocado uma câmara fria que receberia para manter essa carne em bom estado, mas que mesmo assim o estado não teve a capacidade de financiar toda essa estrutura para os municípios. Mencionou que o leite, de acordo com outra portaria do Ministério, também vai sofrer uma fiscalização. O Senhor Coordenador falou que quanto ao leite, a portaria é a mais antiga e não cabia a discussão. O Senhor Edgar Lessa salientou que não iria apresentar o plano de contingência que está sendo elaborado. Falou que o Ministério apresentou em novembro de dois mil e cinco, um plano de contingência nacional para essa eventualidade. Mencionou que no mundo inteiro, apenas quatro paises haviam preparado o plano de contingência e que os demais estão sendo preparados para esse evento. Iniciou a apresentação dizendo que a Influenza é uma infecção viral aguda do sistema respiratório causada pelo Vírus Influenza, de distribuição global e elevada transmissibilidade, sua principal complicação é a pneumonia, que é responsável por um volume significativo de internações hospitalares. Informou que o vírus da influenza é composto de RNA da família do Ortomixovirus, tipos A, B e C. e que os de maior morbidade são A e B e maior mortalidade é o tipo C. Salientou que existem três questões distintas para saúde pública que são a influenza sazonal, que é a que ocorre todo ano, todo ano tem surtos de gripes; a gripe aviária que é o problema atual e a pandemia dessa gripe que será um problema futuro. Salientou que esse vírus da gripe, ele passa da ave para o homem e sempre usa como hospedeiro intermediário o porco. Mencionou que o porco é um grande misturador de todas as epidemias. Mostrou um quadro dos grandes surtos de epidemias de gripe e disse que em um século ocorrem cerca de quatro grandes epidemias no mundo. Informou que as principais que ocorreram no século passado foram a “Gripe Espanhola”, “Gripe Asiática”, “Gripe de Hon Kong” e a “Gripe Russa”. Pontuou que ultimamente todos têm visto a “gripe do frango”, que é uma nova variável dessa cepa do vírus da influenza A, que tem a sua formulação de H5N1, que são glicoproteínas que quando se arrumam assim provocam uma nova cepa que podem trazer problemas para os humanos quando passam para eles. Informou que para se ter uma idéia de como esse vírus está circulando no mundo, salientou que

cento e sessenta e nove pessoas, até o mês de fevereiro foram infectadas por esse vírus, diretamente do frango ou de uma ave para o ser humano. Mencionou que desses infectados, noventa e um faleceram, ou seja, sua letalidade é altíssima, mas que ainda não há casos desse vírus passando de humano para humano, mas que se isso ocorrer, começará a ocorrer à disseminação dessa epidemia que irá ocorrer o mundo inteiro. Mostrou como esse vírus circula no mundo através das aves migratórias, que no Brasil houve uma chance do cruzamento dessa linha vermelha com o cruzamento de aves oriundas do hemisfério norte. Pontuou as condições biológicas para emergência de uma nova cepa pandemia do vírus influenza; intercâmbio de genes da cepa aviária H5N1 com genes de cepas humanas em indivíduos duplamente infectados; mutação adaptativa da atual cepa aviária H5N1, que resulta da passagem sucessiva de uma cepa aviária no organismo humano. Encerrou sua apresentação e falou que é importante que a área assistencial e a de regulação tenham que se preparar nesse plano de contingência, que está se trabalhando com todos os setores. O Senhor Coordenador pontuou que não gostaria de colocar em discussão, porque acha que isso é o caso do COSEMS colocar algumas pessoas em contato com a Vigilância e poder trabalhar para poder apresentar um plano de contingência mais forte. Ficou estabelecido que na próxima reunião seria apresentado este plano. Convidou a Dra. Joana Demarchi para apresentar a definição para credenciamento para serviços de cardiologia. **A Dra. Joana Demarchi informou que o procedimento endovascular extracardíaco e sub-eletro-fisiológico, que mandou grupos, unidades com mais endovascular do que o parâmetro pedia. Que o parâmetro é um serviço para cada quatro milhões. Salientou que o Ministério falou que fossem feitos critérios para que fossem elegidos de três a quatro serviços no estado. Falou que os critérios estabelecidos foram; hospitais de ensino habilitado pelo MEC (Ministério da Educação de Cultura) e pelo Ministério da Saúde, uma vez que a portaria diz que só esses hospitais que são habilitados no ensino são considerados hospitais de referência; contemplar prioritariamente hospitais públicos, e depois os hospitais filantrópicos que oferecem todos os conjuntos de procedimentos; os hospitais filantrópicos com maior produção nos anos de dois mil e quatro e dois mil e cinco. Salientou que de acordo com esses critérios foram escolhidos:** Hospital das Clinicas, Edgar Santos, o **Hospital Ana Nery**, Roberto Santos e o Santa Isabel. **Para eletro fisiologia foram estabelecidos três critérios**; **hospitais de ensino habilitado pelo MEC (Ministério da Educação e Cultura) e Ministério da Saúde, contemplar prioritariamente os hospitais públicos e hospitais filantrópicos que ofereçam todos os conjuntos de procedimentos, mas que a questão da produção não entrou porque esse procedimento não era muito credenciado e não tinha como ser feito o histórico. Então ficaram** os hospitais Edgar Santos, **Ana Nery** e o Santo Isabel. O Senhor Coordenador informou que o Hospital Santa Isabel trabalha já trabalha há mais de cinco anos. A Dra. Joana Demarchi falou que ele faz todos os grupos e tem o maior número de procedimentos. O Senhor Coordenador pontuou que é o único hospital que faz todos os grupos. A Dra. Joana Demarchi mencionou que eletro fisiologia como ele não tinha muito credenciamento, ele optou por todos os grupos, que é universitário, publico e que também está fazendo todos os grupos. Dra. Lenise Estrela pontuou que não para os pacientes dos SUS (Sistema Único de Saúde). A Dra. Joana Demarchi informou que ele está sendo habilitado pela nova portaria e que isso não quer dizer que ele está totalmente credenciado, assim como o Santa Isabel em eletro fisiologia não quer dizer que ele está, mas que ele está concorrendo a fazer. Então está precisando de uma definição, que por isso que foram colocados os processos para que fossem definidas algumas coisas para dizer que irá sair os credenciamentos. A Dra. Lenise Estrela falou que dentro dessas coisas do Hospital das Clinicas, poderia colocar para atender. **O Senhor Coordenador falou que na contratualização nova do Hospital das Clinicas, estaria tirando uma parte do credenciamento do Hospital Ana Nery de cardiologia, cedendo para o** Hospital **das Clinicas, no intuito que ele passe a fazer por plano de metas. Chamou a atenção dizendo que o hospital que mais produz serviços nessa área é o Santa Isabel, que faz mais volume há mais tempo. Mencionou que há um hospital que não está fazendo o serviço e foi incluído, porque existe a idéia de ser feita a implantação e existe o projeto para isso. É o Hospital Roberto Santos e que o Hospital Ana Nery que na verdade já está com a estrutura pronta com previsão de inauguração para esse mês.** Salientou que teria que haver recurso novo para contratação desse serviço. Foram encaminhados outros serviços de cardiologia, que é o de Itabuna, Vitória da Conquista e Feira de Santana, para análise do Ministério da Saúde. Falou que seria preciso definir novos técnicos para que pudesse ser feita a contratação desses serviços, mas o único hospital da rede privada que está ai é o Santa Isabel, que é o que faz mais volume. Dr. Odilon Rocha pontuou que a questão dos hospitais das clinicas, é que até está funcionando, mas perguntou quem tem direito a aquele acesso. Que geralmente é um hospital privativo para funcionários da casa, parente dos doutores, pessoal que trabalha nas fazendas, que na realidade não é uma coisa transparente, a não ser que já tenha entrado agora na regulação, mas que para achar uma vaga no Hospital das Clinicas, é uma coisa extremamente difícil. O Senhor Coordenador falou que não é bem assim, que na verdade o que existe no Hospital das Clinicas é um processo de organização. Deu como exemplo que eles começaram a receber uma série de pacientes no mês de janeiro e que simplesmente quando chegou no carnaval os residentes saíram todos, que aí ficaram sem receber praticamente paciente nenhum. Que foi muito mais fácil colocar paciente no Santa Isabel e no Hospital Português, fazer encaminhamento no Português do que encaminhar para lá. Dr. Odilon Rocha lembrou que ainda não teve a greve, que sempre tem duas vezes por ano. O Senhor Coordenador falou que não significa dizer que o recurso vai ficar lá, já que no momento que ele não atende, é possível fazer a inclusão de novas unidades, mas que não pode deixar de correr disso. A Dra. Joana Demarchi salientou que a própria portaria justifica que ele entre. O Senhor Coordenador convidou a enfermeira Dulce Meire para fazer a apresentação da rede de gestão de alto risco. Dra. Dulce Meire falou que iria reapresentar a rede de gestação de alto risco que já tinha sido apresentada, mas que precisou de uma revisão, devido à necessidade de inclusão de alguns serviços e também porque quando foi aprovada anteriormente, ainda era com o PDR (Plano Direto de Regionalização) com seis macros, então está sendo considerada essa nova proposta com o atual PDR. Salientou que o objetivo é de aprovar a revisão da rede assistencial de gestação de alto risco, considerando o PDR atual e a necessidade de inclusão de novos serviços de referência, visando ampliação do acesso e qualificação da assistência. Pontuou que essa rede que foi aprovada

e baseada na portaria nº 477 do Ministério da Saúde de mil novecentos e noventa e oito, que discute sistema estadual de referência hospitalar para atendimento da gestante de alto risco. Mencionou que na CIB foi pela resolução nº 56/98 de vinte e cinco do onze de mil novecentos e noventa e oito, que aprova o sistema Estadual de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco. Logo em seguida, em dezembro, foi publicada a portaria 3457/98 de sete de dezembro de mil novecentos e noventa e oito, que constitui o sistema estadual de referência hospitalar para atendimento da gestante de alto risco (oito unidades aprovadas). Esclareceu que as unidades aprovadas foram; Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Ana Nery, Hospital Geral Clériston Andrade, Maternidade Tsylla Balbino, IPERBA, Hospital Geral Eurico Dutra, Hospital Regional de Guanambi, Fundação Fernando Gomes. Mencionou que foi organizada a rede de duas formas, para poderem caracterizar dentro da rede o que os municípios satélites teriam como responsabilidade. Falou que os municípios satélites que não possuírem unidades hospitalares deverão realizar ações pertinentes à atenção básica (pré-natal), por meio do PACS/PSF ou outras unidades responsáveis pela atenção básica, tendo a capacidade de realizar a identificação e o acolhimento à gestante com alteração de risco à gestação e proceder aos encaminhamentos necessários; os municípios satélites que aderirem à Política de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) ou que possuírem Unidade de Retaguarda de PSF, deverão realizar além do pré-natal, parto normal de risco habitual e procedimentos de média complexidade M1, sendo capazes de identificar a gestante de risco e proceder aos encaminhamentos necessários. Salientou que os municípios que aderirem à política de hospitais de pequeno porte, que hoje já tem vinte e oito municípios se manifestando, que aqueles que aderirem ou possuírem unidades de retaguarda do PSF, deverão realizar além do pré-natal, o parto normal de risco habitual, procedimentos de risco M1 e deverão ser capazes de identificar a gestante e proceder aos encaminhamentos necessários. Informou que os municípios de sedes módulos deverão realizar pré-natal com parto normal e procedimentos de média complexidade M1, sendo capazes de identificar a gestante de risco e proceder aos encaminhamentos necessários, sendo referência para os municípios satélites; deverão, portanto, possuir unidades de atendimento no primeiro nível de complexidade para atendimento com observação vinte e quatro horas e/ou internação de acordo com protocolos estabelecidos. **Pontuou que nos municípios pólos de microrregião, deve haver unidades de referência secundária capazes de realizar procedimentos de média complexidade M2, contando com assistência à gestação de risco: berçário de cuidados intermediários, parto-cesárea, unidade transfusional e unidade de apoio diagnóstico. Salientou que nos municípios referências para a macrorregião, eles deverão contar com unidades de referência terciária que, além dos procedimentos de M2, deverão ser capazes de operacionalizar os procedimentos de M3 e de alta complexidade, unidades de apoio diagnóstico e transfusional, contando com UTI geral e neonatal. Informou que os casos que necessitem de cuidados especiais, para evitar a ocupação indevida de leitos hospitalares, poderão contar com Casas de Apoio, que deverão ser implantadas na área do próprio hospital ou em um anexo, com a capacidade de monitorar essas gestantes, intervindo nas intercorrências com a agilidade necessária. Falou que a rede foi arrumada de acordo com o PDR que assim tentam responder quando é desejoso incluir novas unidades, como é o caso da maternidade que será referência para todo o Estado, a José Magalhães Neto. Falou que é argumentado que pela rede que já teria sido aprovada, que o Ministério já teria habilitado as unidades secundárias naquele momento e esse hospital não estava incluso, mas que naquela época era outro PDR. Informou que na relação dos hospitais que foram habilitados, o Hospital Ana Nery, foi aprovado na CIB, mas não foi habilitado pelo Ministério, porque não tinha estrutura no momento, mas que ele está sendo encaminhado e trabalhado para ser referência para cardiologia**. A Dra. Lenise salientou que gostaria de saber, especificamente na macrorregião de Itaberaba, onde será a referência de gestação de alto risco. A Dra. Dulce Meire respondeu que a proposta tem algumas unidades que não tem M2, M3, mas que dentro da proposta, algumas unidades terão investimento. Falou que está proposto que as unidades tenham o mínimo do necessário no momento, mas que será necessário sofrer investimento. Dr. Odilon Rocha salientou que houve um financiamento para as unidades intermediárias e perguntou onde estavam essas unidades, se elas funcionam, se estão na rede, se fazem parte do PDR. Pontuou que na Fundação Fernando Gomes e no Hospital Clériston Andrade tem fases que funciona tudo e tem fases que não funciona nada. Perguntou como é que fica o paciente. O Senhor Coordenador informou que nos dois hospitais citados, que a Fundação Fernando Gomes, funciona normalmente. Dr. Odilon Rocha mencionou que está perguntando sobre a Fundação, mas que o Clériston Andrade, é do seu conhecimento que recebeu e levou um tempo imenso sem fazer nada. O Senhor Coordenador falou que o Clériston Andrade recebeu uma unidade do Ministério, que não foi esse governo, foi o anterior, o governo federal, que recebeu como se fosse uma UTI neonatal e tinha apenas um respirador neonatal, que foi anunciado que a UTI poderia ser considerada se quer berçário de alto risco. Dr. Odilon Rocha informou que foi vendida a idéia de que os pacientes de alto risco seriam referenciados lá. O Senhor Coordenador informou que agora pode ser referenciado para lá, porque agora já existe lá um berçário de alto risco, UTI pediátrica, tem toda a estrutura e já foi reestruturada e que já está recebendo pacientes. Pontuou que o grande desafio é que não se continue a engarrafar as unidades de alto risco com parto simples. Que um estudo recente colocou que o Hospital Roberto Santos praticamente não tiveram vagas nos seus leitos obstétricos, que a grande maioria dos partos foram normais que foram transferidos na sua maioria por cidades pólos de microrregião, fazendo encaminhamento principalmente nos finais de semana como se fossem partos de cesárea. Salientou que quarenta por cento desses partos foram partos normais, que pode se imaginar o que é isso em termos de ocupação de leitos e na distribuição de pacientes, que é extremamente complicado trabalhar dessa maneira. Pontuou que no IPERBA não é diferente, mas que principalmente isso é no Hospital Roberto Santos. Informou que teve um processo analisado pela manhã, uma cidade que se esforçou muito para ter uma unidade hospitalar, que reconhece o investimento que o município fez em determinado momento com o apoio do governo estadual, que num período curto de tempo depois que começou a funcionar com sua unidade obstétrica, esse município transferiu pelo menos trinta por cento dos seus partos. Foram transferidos para hospitais da capital quase todos eles, que chegou diagnóstico até de tumor. Salientou que é preciso que seja chamada a atenção porque as pessoas se apegam em alguns serviços de alta complexidade imaginando que seja a

grande solução, mas que não é, porque no momento que se começa a analisar os dados que existem de encaminhamento de pacientes há trezentos, quatrocentos quilômetros da capital para unidades de alto risco e se consegue detectar que não é nada que justifique a transferência, isso preocupa bastante porque acaba colocando em risco a vida de quem realmente precisa daquele leito. Dr. Humberto Barreto pontuou que fica surpreso com a Fundação Fernando Gomes, embora seja uma instituição que esteja funcionando normalmente, mas que gestação de alto risco o surpreende bastante, que é um das maiores fornecedoras do parto de alto risco para a maternidade do Hospital Manoel Novaes. Mencionou que o fato da Fundação Fernando Gomes e a Maternidade da Mãe Pobre não terem pediatra de plantão, que isso é uma coisa que o deixa surpreso. A Dra. Dulce Meire informou que a Dra. Maridete Santos poderia esclarecer melhor essa situação. Dra. Maridete Santos mencionou que foi instituído em mil novecentos e noventa e oito, através de uma portaria do Ministério da Saúde, mas que na verdade foram duas portarias; uma vinha com critérios para que as maternidades tivessem ou alcançassem a habilitação para gestação de alto risco e a outra viria com o incentivo de custeio para o parto e o ato médico dessas maternidades. Falou que para inclusão foram trabalhados alguns métodos, deu como exemplo a região que tinha o maior número de morte materna, que na época eram Guanambi e Vitória da Conquista. Informou que a primeira portaria trazia recursos para investimentos para equipamentos e capacitação, que houve um convênio com a UFBA e foram capacitadas enfermeiras com o curso de especialização em neo-natalogia, que não havia nenhum leito de UTI neo no estado, público haviam cinco leitos credenciados, que então foi estruturado com o recurso dessa portaria. Informou que a primeira UTI foi no Roberto Santos, que ele ficou habilitado com unidade terciária. Informou que Guanambi não atendia obstetrícia no Hospital porque tinham outros hospitais que atendiam obstetrícia e então foi estruturado para que Guanambi atendesse alto risco. Pontuou que no oeste não havia unidade, que tinha Eurico Dutra que era um hospital super deficiente, que conseguiu implantar uma semi-intensiva neonatal e foi capacitada a equipe para atender, porque na verdade o estado em mil novecentos e noventa e oito não tinha unidade estruturada para atender esses critérios da portaria. Falou que o Clériston Andrade é um hospital de ensino, que na época ele não tinha UTI neo, havia um berçário que atendia, uma UTI de cinco leitos adulto, que foi trabalhado muito capacitação de equipe e ainda investiu em equipamentos de neo-natologia Informou que com um trabalho intenso, em dois mil e dois, conseguiu habilitar as dez. O Senhor Coordenador mencionou que a Climério de Oliveira não usa a sua capacidade instalada, mas que usa pelo menos quatro leitos, que a maternidade da Mãe Pobre, da Fundação Fernando Gomes em Itabuna diminui para menos da metade o número de leitos, que talvez por isso, esteja encaminhando bastante para o Manoel Novaes, mas que o berçário de alto risco dele continua sempre cheio. A Dra. Márcia, secretaria de Santo Antônio de Jesus, informou que dava plantão no Manoel Novaes, até abril do ano de dois mil e cinco, como pediatra neo natologista e que foi uma angústia muito grande, que a Maternidade da Mãe Pobre foi credenciada antes, recebeu recursos do REFORSUS e recebeu todos os equipamentos que o Manoel Novaes recebia, mas que eles não conseguiram recursos humanos para o funcionamento da UTI neo natal. Pontuou que eles têm os pediatras que vão até lá, prescrevem os pacientes e vão embora, isso até abril, mas que não sabe se isso mudou de lá para cá. Mencionou que todos os pacientes são referenciados para o Hospital São Lucas e o Hospital Manoel Novaes, que o Manoel Novaes atende a toda referência da região, fazendo os partos normais, simples e complicados; todos são encaminhados para o Manoel Novaes. Salientou que eles não tinham recursos humanos, que isso é um problema que existe no estado todo, que o grupo do Manoel Novaes é credenciado por um grupo de nove médicos que resolveram fazer sua qualificação com recursos próprios, mas que eles não tinham recursos humanos para tocar a UTI. O Senhor Coordenador mencionou que em visita ao Hospital Novaes, esteve com os médicos, alguns deles já trabalhando na Fundação, que eles reduziram o número de leitos e que o berçário estava completo. Dra. Rosa Virgínia mencionou que surge uma pergunta básica quando ver essa formação dessas redes. Disse que está com um hospital em construção, na microrregião de Santo Antônio de Jesus, que vê essas redes se formando e ignorando a própria existência dessa unidade em construção. Salientou que considerando também que essas redes estão se formando, não somente com unidades já implantadas e funcionando, que elas estão sendo consideradas para investimento. Perguntou se esse hospital próximo de uma finalização, como ficará já que as redes parecem que estão ignorando a existência nesse sentido, se isso poderá ser revertido ou poderá chegar a um ponto de ter um hospital gigante construído e não ter possibilidade de entrar nessas redes. O Senhor Coordenador falou que para a rede ser construída, é preciso ter uma capacidade instalada mínima ou alguma coisa credenciada para poder avançar. Salientou que se já é proposto que o Hospital Clériston Andrade, que não tinha respirador para todos os leitos e que na verdade tinha o berçário de alto risco, mas não tinha UTI neonatal credenciada. Falou que a situação hoje é outra, mas que pelo menos havia uma capacidade instalada de serviço. O Senhor Coordenador perguntou se a dúvida é quanto à inclusão do Ezaú Matos. A Dra. Suzana Ribeiro falou que é o reconhecimento da rede hierarquizada e qual é a perspectiva não só do Ezaú Matos, mas do Hospital Regional através desse processo, porque apareceu na Sudoeste somente Guanambi que já estava dado, que já fazia parte dessa estrutura, mas que efetivamente não tinha resolutividade. Que aí vai tudo para Vitória da Conquista ou vai para o municipal. Perguntou qual são as perspectivas para a região sudoeste de incluir o Ezaú Matos e o regional. Falou que o Esaú Matos já é habilitado como hospital de referência. Dra. Rosa Virgínia pontuou que foi levado o desenho da rede para ser feito uma reavaliação, porque já tinha sido aprovado na CIB (Comissão Intergestores Bipartite) em mil novecentos e noventa e oito, e dentro desse novo desenho isso que foi colocado está totalmente contemplado. Salientou que não foge da lógica de reforçar enquanto ter alta complexidade os pólos da macro, que é o caso de Vitória da Conquista, que tem um hospital de referência para gestação de alto risco. Falou que isso já está contemplado e será referendado, porque essa rede vai para o Ministério da Saúde para ser referendado. A Dra. Dulce Meire pontuou que esse processo de organização da assistência é muito dinâmico, que esse processo de rede assistências nunca vai se consolidar completamente estará sempre dinâmico. Informou que agora entende que com a questão do pacto de gestão, isso sofrerá novas alterações, que em um futuro próximo isso será discutido de novo, porque terá necessidade inclusive de rever o PDR (Plano Diretor de Regionalização). **O Senhor Coordenador salientou que não tem nada que não possa ser modificado, que as vistorias, principalmente de**

análise de berçário de alto risco e UTI neonatal, que isso tem sido feito de forma muito cuidadosa. Chamou a atenção dizendo que não sabe por qual motivo não foi encaminhado o credenciamento das UTI´s já implantadas. Informou que no hospital regional de Jequié, no hospital de Guanambi e no **Hospital Ana Nery**, que já estão em funcionamento e precisam de aprovação da CIB. **Falou que no Hospital Ana Nery ainda está funcionando parcialmente, porque é unidade de cardiologia e estão com os leitos disponíveis para cardiologia, por enquanto estão sendo internados pacientes clínicos em geral,** o hospital de Jequié são cerca de nove leitos e o hospital de Guanambi que são cinco leitos de UTI. Pontuou que todos esses leitos são adultos e tipo dois. Passou a palavra para Cristiane Macedo, para falar do calendário da revisão da PPI. (Programação Pactuada Integrada). Dra. Cristiane Macedo mencionou que o COSEMS passou essa proposta através do ofício cento e vinte de dois mil e cinco. Salientou que essa proposta que foi passada está totalmente furada e propôs que fosse refeito um calendário para a revisão da PPI. O Senhor Coordenador sugeriu que uma equipe da SESAB e COSEMS se reuniria para estabelecer um novo cronograma. Depois seriam feitas as planilhas e encaminhadas para a SUDESC que fariam uma análise, veriam da consistência dos dados e depois o CADASTRO iria emitir um parecer acerca dos serviços que os municípios estavam se propondo a ofertar. Ficou ressaltado que todos os serviços seriam referenciados pelo cadastro, para garantir que não ocorressem furos na PPI, como ocorreu em 2003, onde os municípios se propuseram a fazer serviços que não dispunham. A sugestão do Coordenador foi acatada por todos e a SUDESC, Superintendência de Regulação e o COSEMS ficaram cientes de seus compromissos. O Senhor Coordenador convidou Dr. Odilon Rocha para apresenta a pauta do COSEMS que solicitou posicionamento da SESAB quanto à Política de Saúde do Sistema Penitenciário no Estado da Bahia. O Senhor Coordenador informou que houve uma reunião que ficou definida varias questões assistências como contratação do pessoal fica a cargo do Estado sendo o mínimo necessário para o funcionamento da Assistência. Colocou que existem duas propostas na área de Atenção Básica; citou que é extremamente complexo que o município fazer dentro da Penitenciária posta que foi apresentada pela Vigilância e outras ações que já estão sendo feita, e que o processo de multiplicadores dentro do sistema identificar possíveis presidiários que possam fazer o trabalho de Agente Comunitário de Saúde visitando as selas, identificando os casos e levando para medicação. Informou que os oitentas profissionais seriam contratados Enfermeiros, Auxiliar de Enfermagem. Salientou que existiu uma discussão quanto ao salário que fica muito diferente do salário Estadual tendo que contrata emergencialmente via Associação Baiana de Medicina. Dr. Odilon Rocha questionou se o Estado implantou as equipes de saúde penitenciárias, e como está. Dra. Efigênia Cardoso informou que foram contatadas cento e vinte pessoas e que não ficaram, até o termino do contrato. O Senhor Coordenador colocou que agora ira contrata um quantitativo menor de pessoas treinadas fazendo um processo de identificação com salário diferenciado que possa incentiva a atividade. Pontuou que com isto ira ter alternativo de efetivamente aquele profissional que não puder ou não se adaptar ao serviço possa ser substituído rapidamente. Citou que no sistema REDA - Regime Especial de Direto Administrativo quando se faz encaminhamento do funcionário e extremamente complicado porque se o mesmo não deseja ser transferido, a SESAB não tem como fazer a transferência porque foi identificado nas DIRES número de funcionários indisponíveis para ir a algumas áreas e todos recusaram, por este motivo o Estado esta contratando fora com instituição que garanta a assistência e que possamos substituir este Funcionário no momento que não cumpra a execução do plano. Quanto à questão da identificação do profissional Agente Comunitário nos presidiários irá ser discutido mais adiante porque eles têm direita a remuneração e no momento não ser sabe como iremos fazer isto. Citou outro aspecto importante é que uma grande dificuldade até nos Hospitais Públicos Estaduais a questão da retaguarda para internamento e que temos hospitais na Rede Filantrópicas que não recebe os pacientes mesmo que venha de ambulância; salientou que o município de Salvador é muito difícil. Colocou como exemplo o Hospital Geral e algumas experiências vividas no Hospital Osvaldo Mangabeira são coisas episódicas, e que a continuidade para garantir a integralidade da Assistência esta com muita dificuldade porque é comum os Profissionais se recusarem a atender. Pontuou que não tem nenhum artifício legal que obrigue atender porque é muito complicado colocar na enfermaria com quatro ou cinco leitos e todos os outros pacientes se recusarem a ficar na enfermaria; lembrou que antigamente existia enfermaria nos grandes Hospitais com leitos específicos para atender estes pacientes não dando conta da quantidade de paciente que se tem o mesmo acontece com pacientes de psiquiátricos. Pontuou que o pacientes só consegue ficar na emergência dos hospitais quando se trata de internamento recusam atender fazendo com que o Estado obrigue a rede pública Estadual à interna o paciente. Colocou que tem como expectativa que os oitentas profissionais novos contratos possamos resolver os problemas futuros e que os relatórios médicos que saiam dos presídios seja mais fidedignos.Em seguida o Senhor Coordenador franqueio a palavra no que ocorrer e passou a palavra para Dra. Kátia Secretária de Saúde do Município de Irecê colocou que esta aguardando retorno da solicitação que foi documentado e entregue na audiência com Secretário de Saúde do Estado no dia dois de maio com uma proposta de criar nova macro ou referencia a região de Irecê ao município de Feira de Santana.Salientou que a situação da região de Irecê é uma questão política o Secretário de Irecê não vai ao município de Itaberaba, e que Irecê participou das reuniões e ficou definido que irecê iria para Juazeiro que depois foi revisto que não teria condição. Lembrou que a Resolução 68/2004 onde se formou a oitava macro sem a discussão previa com as região e os Prefeitos quando assumiram a Gestão alguns municípios ficaram sem Secretários de Saúde. Pontuou que a primeira solicitação para revisão de criar uma nova macro foi datada de dois de janeiro porque não se tem nenhum fluxo com Itaberaba. Colocou que já existe uma possibilidade de unir Xique-Xique, Irecê E Jacobina para se formar uma nova macro porque a dificuldade de concluir a PPI e que é consenso da União dos Prefeitos da região de não senta com a região de Irecê para discutir qualquer que seja o assunto. O Senhor Coordenador convidou Dr. Odilon Rocha que informou esta a par do problema que na reunião do COSEMS foi discutido esta questão. Colocou que no momento da discussão do PDR ficou um vario grande na região de Irecê e que em nenhum momento ficou estabelecido que iria colocar fluxo de atendimento em lugar algum. Salientou que todos os fluxos estão em Irecê que teve o maior ganho de recurso junto Alagoinhas porque toda região de Irecê pactuou com município de Irecê com toda região de Seabra pactuou com município de Seabra preferencialmente as cidades que não tinha credenciamento de SUS algum tendo uma

quantidade de recurso alocado muito importante.Chamou atenção que a discussão tem quer na CIB Estadual porque é aqui que Constituímos o PDR - Plano Diretor de Regionalização; citou que lutamos pela independência do SUS e Secretários. Questionou que não consegue entende porque o questionamento do Município de Irecê porque o único município que recebeu o recurso para pólo foi Irecê. O Senhor Coordenador informou que o PDR - Plano Diretor de Regionalização não foi feito pelo Secretário de Saúde do Estado, sim pelo entendimento da CIB no inicio só existia sete regiões que foi discutido debatido entrando em consenso fazer a macro na área central do Estado pelo hiato de serviço que existia até porque se suscitasse a discussão de possíveis investimentos. Pontuou que não consegue defender a proposta de Irecê fazer a captação de recurso porque como define o fluxo se foi como pólo de micro. Questionou como ira fazer uma macro região que só tem um pólo de micro; citou ter que forma um conjuntos de micro regiões com a base populacional para estabelecer uma área de oferta de serviço; citou que Irecê esta no caminho certo, de ter implantação de serviço expandindo atividades e que o Estado na época da PPI comentou esta questão, com relação a investimento a região de Irecê é quem tem mais, Questionou como aumentou o recurso de custeio de cada município ou principalmente do município de Irecê porque ao se impor como pólo o município não tem está se situando com a região. Citou como exemplo ser mais fácil Irecê conseguiu recurso negociando com a região central do Estado ou negociando Feira de Santana. Pontuou que é mais fácil negociar com a região central. Colocou que o importante é ser pólo porque o desejo de Irecê de associar ao município de Feira de Santana esta proposta deve partir do consenso do COSEMS de estabelecer. Citou não vendo problema apenas acha que estrategicamente para agora e futuro a melhor maneira de fazer e pegando os municípios que tenha menos recurso que Irecê e não partindo para se consorciar com um município com mais recurso, investimentos e oferta de serviços, porque estes municípios sempre irão absorver os recursos do pólo de toda região. Pontuou que se o município de Irecê na época da PPI estivesse negociado com Feira de Santana fatalmente não estava recebendo o mesmo recurso que recebe hoje, seria menos, até porque o município de Feira de Santana expõe uma regulação absorvendo vários recursos. Chamou atenção que o município de Irecê cabe analisar e decidir, bem existe uma decisão política, que vamos ver tecnicamente iremos fazer porque tem que passar na CIB. O Senhor Coordenador pontuou que o PDR do Estado não é feito pelos pólos. Dra. Kátia Brito falou que a questão não é técnica e sim política, que já tentou explicar isso. Informou que o último documento que foi entregue ao governador, é como a união dos prefeitos de Irecê estivesse se sentindo de deixar correr, porque ninguém dar uma resposta, que diversos documentos foram encaminhados e ficaram sem retorno, mas que não é um retorno para a Secretaria e sim para a união dos prefeitos. O Senhor Coordenador pediu que entendesse a situação dele, que fosse imaginada uma reunião com Feira de Santana dizendo para não pactuar Feira de Santana. Sugeriu que primeiro tem que haver um consenso dentro do COSEMS, que pode fazer esse trabalho junto aos prefeitos, mas que é interessante que quando eles vêm tratar do assunto, eles vêm em conjunto, mas que quando vem individualmente, eles não tocam no assunto. Dr. Odilon Rocha que na realidade os municípios tem todo o direito de pleitear determinadas situações. Falou que não é político e que não é candidato a nada, tem a possibilidade de ter a opinião sobre esse fato. Achou que desde do inicio, esse fato tem sido colocado de maneira política e que essa questão de maneira política, ele é radicalmente contra, que todos os seus votos dados tem sido votos que não tem tido questões políticas e sim questões técnicas. O Senhor Coordenador pontuou que a questão de ser criada uma macrorregião é mais uma questão política dos prefeitos da região, pelo que Dra. Kátia Brito está colocando, que é uma coisa para ser discutida, mas que não tem nem base populacional, que o processo tem que passar pela negociação dos municípios e pela. Que aí já começa a dificuldade. Disse que parece que a grande saída é o pólo de Irecê migrar, que aí teria que ser dado um salto geográfico e migrar para região de Feira de Santana, que para isso teria que ser discutido. Falou que teria que ser avaliado de uma forma bem madura e que Kátia Brito é a grande líder desse processo, porque os municípios que estão no seu entorno, são municípios que ou tem pequenos hospitais ou não tem hospital nenhum. Que deve estabelecer uma discussão com o COSEMS para ser visto se pode ser feita uma proposta, porque não adiantar ficar numa indecisão. Mencionou que todas as vezes que foram generalizadas as questões, ocorreram problemas. Falou que quando o Ministério da Saúde soltou que poderia ser encaminhados todos os CAPS para Brasília, foram encaminhados todos para Brasília e todos estão voltando, que tudo vai ter que ser passado pela CIB. Salientou que é preciso organizar a questão, mas que essa questão venha do COSEMS até porque a questão é bem municipal. Informou que no momento que essas questões no momento em que foram decididas, não foi suscitado por ninguém, que admite que em alguns momentos chegou até a forçar a barra, mas que com eles foi uma coisa muito natural. Perguntou para Odilon Rocha se não teria ter condições de ter entendimento. Falou que está uma briga quixotesca por nada. Dra. Lenise Estrela disse que vai com imenso prazer conversar com os prefeitos, que o que está faltando é diálogo com os prefeitos. O Senhor Coordenador salientou que depois que haja entendimento entre as secretarias municipais, que não tem problema nenhum de ir lá. Falou que é muito mais fácil acender uma chama lá, do que ficar discutindo isso de peito aberto. Dra. Lenise Estrela pontuou que nas duas micros não vê nenhum problema em discutir Irecê, que leva a micro de Seabra e a micro de Itaberaba, que faz parte da macro. Que vai todo mundo sem problema, é só marcar a data. O Senhor Coordenador perguntou se a Dra. Kátia Brito articularia isso, mas que acha uma bobagem isso, se relacionar com cidade maior, que é ruim. O Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, marcou a próxima reunião para o dia seis de abril de dois mil e seis e deu como encerrada a reunião. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 06 de abril 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, 02 de março de 2006.

José Antônio Rodrigues Alves_____
Suplente: Lealdina Chaves de Barros_____
Odilon Cunha Rocha _____
Suplente: Osmundo Nogueira Gonzaga_____

Virgílio Figueiredo Abreu_____
Suplente: Maricélia Moraes Macedo_____
Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio_____
Suplente: Edgar Lessa Crusoé_____
Suplente: Rosa Virgínia Fernandes_____
Lenise Lopes Campos Estrela_____
Suplente: Ivonildo Dourado Bastos_____
Humberto Barreto de Jesus_____
Oberdan Rocha Dias_____