Ata da 138ª Reunião Ordinária de 2006 CIB - Comissão Intergestores Bipartite

1

3 Ao quatro dias do mês de maio do ano de dois mil e seis, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da 4 Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro 5 Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. José Antônio Rodrigues 6 Alves - Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dr. Odilon Cunha Rocha - Coordenador Adjunto da 7 CIB e Presidente do COSEMS, Virgílio Figueiredo Abreu, Maria Nita Pinheiro Ferraz, Maria do Carmo 8 Tambone de Almeida, Humberto Barreto de Jesus, Mara Lúcia Conduru Loureiro e dos Suplentes 9 Lealdina Chaves de Barros, Edgar Lessa Crusoé, Ivonildo Dourado Bastos, Aldeci de Almeida Bezerra 10 Silva e Denise Lima Mascarenhas para a reunião da CIB. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador Adjunto declarou aberta à sessão, colocando em discussão e aprovação à ata da Reunião 11 12 136ª da CIB enviada anteriormente aos membros, que foi aprovada com as seguintes colocações do Dr. Humberto Barreto: página 9, linha 537, onde se lê "Dra. Márcia – Secretária de Santo Antônio de Jesus", 13 14 leia-se "Dra. Conceição Benigno". Dando início à ordem do dia, passou a palavra para Fábio Muccini da 15 Secretaria Executiva da CIB, para leitura dos expedientes: 1. Coordenação de Saúde Bucal – Habilitação do CEO Tipo I do município de Ruy Barbosa; CEO Tipo II com LRPD dos municípios de Vera Cruz, 16 17 Itaetê e Bom Jesus da Lapa, e Mudança do CEO Tipo I para CEO Tipo III do município de Camaçari, todos com parecer favorável da área técnica. 2. Conforme documentação encaminhada com cópia para o 18 COSEMS, a SUVISA/CESAT definiu o número de Centros de Referência Regional em Saúde do 19 Trabalhador - CEREST na RENAST/BA por Macrorregião e solicita aprovação desta CIB; 3. 20 21 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde solicita aprovação: a) Credenciamento de Servico de Reabilitação Nível intermediário de acordo com a Portaria 818/GM de 05 de junho de 2001, 22 23 para o Centro de Reabilitação Física Mãe Maria; b) Exclusão do Serviço de Reabilitação Física, no Hospital Municipal de Teixeira de Freitas. Em seguida, O Senhor Coordenador solicitou a manifestação 24 25 do COSEMS. Dr. Odilon Rocha informou quanto ao CEREST, o COSEMS em reunião de diretoria, identificou que existiam três cidades com possibilidade de agregar um novo CEREST na Bahia (Jacobina, 26 Guanambi e Itapetinga), porém após um detalhamento técnico feito pelo pessoal do CESAT, foi aprovado 27 que fosse criado no município de Jacobina, mas ficou a sugestão que o Estado fizesse um esforço para 28 que fosse criado mais um no município de Guanambi. Enfatizou que Jacobina foi escolhida em virtude da 29 30 grande quantidade de jazidas lá existentes, e de trabalhadores com lesões e também porque já houve um Centro de Saúde do Trabalhador. Após o pronunciamento do COSEMS, o Senhor Coordenador convidou 31 32 Dr. Edgar Lessa para fazer a apresentação da distribuição de equipamentos e veículos destinados à área de epidemiologia a serem repassados à SESAB e municípios, Iniciou, esclarecendo que a proposta de 33 distribuição foi enviada previamente pelo Ministério da Saúde e encaminhada ao COSEMS para 34 aprovação. Dr. Odilon Rocha colocou que foi discutido no COSEMS só que não deu tempo de trazer o 35 36 material escrito, mas garantiu que até segunda feira estará encaminhando o detalhamento dessa divisão de 37 todos os equipamentos, obedecendo aos critérios do próprio MS e da SESAB e criando um critério único 38 de distribuição de um carro utilitário para o município que apresentar melhor qualidade em termos de vigilância da saúde; aqueles que enfrentaram desafios maiores, mas conseguiram vencer; é uma forma de 39 40 premiar os municípios do Estado da Bahia pela sua competência. O Senhor Coordenador sugeriu que seja 41 feito esse encaminhamento para o primeiro tema da próxima pauta e Dr. Odilon comentou que como foi aprovado na reunião do COSEMS, poderia ser aprovado ad referendum para dar logo encaminhamento no 42 43 processo. O Senhor Coordenador sugeriu aguardar a manifestação da vigilância epidemiológica que caso 44 fosse favorável poderia ser aprovado ad referendum e Dr. Edgar Lessa informou que a vigilância epidemiológica já negociou previamente com o COSEMS e está de acordo com esta posição. Em seguida 45 convidou Dra. Maria Mazarello Franco Vilaça para apresentação do Plano de Contingência para 46 47 Pandemia da Influenza. Iniciou falando um pouco sobre a possível pandemia de influenza e explicou que existem duas vertentes, a Vigilância Epidemiológica da Influenza e a Pandemia. Na Vigilância 48 49 Epidemiológica da Influenza existem as unidades sentinelas que são colocadas em cada capital, sendo que aqui em Salvador são duas: o Quinto Centro de Saúde e a Unidade de Periperi, e a função dessas unidades 50 sentinelas é captar os pacientes com síndrome gripal e coletar material para fazer o diagnóstico do vírus 51 52 da influenza; quando o vírus é diagnosticado pelo LACEN, é levado para a FIOCRUZ e de lá vai para o 53 CDC aonde tem as vacinas que são feitas anualmente. A outra vertente é a pandemia. O grupo de

54 Influenza começou a trabalhar desde o ano passado na elaboração de um Plano. "Vigilância – Influenza – 55 Plano de Contingência: Influenza (gripe): Doenca viral aguda do trato respiratória, transmitida através das 56 secreções nasofaríngeas. Caracteriza-se por início súbito de febre, associada a calafrios, dor de garganta, 57 dores musculares, tosse. Agente etiológico: mal-estar, Myxovírus (Orthomyxovíridae). Potencial epidêmico e expressiva morbi-mortalidade. Desafio à Saúde Pública -58 políticas efetivas de prevenção e controle. O Vírus da influenza é natural das aves e passaria pelo porco 59 60 para depois chegar ao homem, mas o H5N1 está passando direto das aves para o homem; o grande 61 problema será quando houver uma mutação no H5N1 e começar a passar de homem para homem, aí sim 62 teríamos a pandemia. Três questões distintas para a saúde pública: a) Influenza sazonal - Problema 63 permanente; b) Gripe aviária - Problema atual; c) Pandemia - Problema futuro e incerto. Os estudiosos 64 acham que o surgimento dessa cepa pandêmica deverá acontecer nos Países Asiáticos e em três meses 65 chegará aqui na América. No cenário atual, tivemos de 2003 até 27 de abril deste ano, duzentos e cinco casos com cento e treze óbitos, ou seja, quase sessenta por cento dos casos foram a óbito. O Comitê 66 67 Estadual de Influenza foi montado no dia 17 de janeiro por vinte e seis instituições: Agência Nacional de 68 Vigilância Sanitária, Assessoria de Comunicação da SESAB, Centro de Recursos Ambientais, 69 Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde e suas Diretorias de Vigilância Epidemiológica 70 (DIVEP), de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA) e de Saúde do Trabalhador (CESAT), Defesa 71 Civil Municipal, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Diretoria de Vigilância Sanitária, Escola de 72 Veterinária/UFBA, Fundação Osvaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Hospital Especializado Otávio Mangabeira, Instituto Brasileiro de Meio Ambiente, Empresa Baiana de Infraestrutura Aero Portuária, 73 74 Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil, 75 Policia Militar da Bahia, Secretaria de Agricultura da Bahia, Secretaria de Educação da Bahia, Secretaria 76 Municipal de Saúde de Salvador, Sociedade Baiana de Infectologia, Sociedade Baiana de Pneumologia, 77 Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde, e Superintendência de 78 Planejamento e Monitoramento de Gestão e Descentralização de Saúde. Como são vinte e seis 79 instituições, foram divididos em quatro grandes grupos: o Grupo da Assistência, o Grupo da Vigilância, o 80 Grupo do Laboratório e o Grupo da Comunicação e Legislação. O nosso Plano Estadual tem uma coisa 81 diferente dos outros estados, ele está sendo feito junto com a Secretaria de Agricultura e trata de vários pontos como: Vigilância Epidemiológica da Influenza, Vigilância Aviaria, Objetivo do Plano de 82 83 Contingência, Antecedente da preparação do Plano, Aspecto Epidemiológico e o Risco de uma nova 84 Epidemia. O Plano é dividido em várias etapas e o primeiro objetivo é conter a possível epidemia, por 85 isso é um plano de contingência. Colocou também o impacto na rede hospitalar do SUS e o impacto na sociedade. Consequências indiretas da Pandemia: a) Alta mortalidade em presídios, creches e asilos; b) 86 87 Escolas interditadas e shoppings esvaziados; c) Grande índice de absenteísmo em empregos; d) Queda na 88 produção em todos os setores; e) Falta de alimentos no mercado; f) Esgotamento do estoque de máscaras 89 descartáveis no mercado; g) Aumento da criminalidade e saques a estabelecimentos comerciais; h) 90 Grande crise social. Lembrou que temos um Hospital de referência que é o Otávio Mangabeira, onde a 91 assistência está preparando para que tenhamos tudo estruturado para conter e a pretensão é de que todos 92 os hospitais regionais estejam preparados para receber os primeiros casos. O Plano também aborda os 93 seguintes tópicos: Períodos e fases de uma Pandemia de Influenza - OMS; Estrutura atual: Vigilância 94 Epidemiológica/Imunização; Fluxograma das informações para controle e monitoramento da Influenza; 95 Vigilância Animal: Instrução normativa nº 32; Vigilância Sanitária; Vigilância do Trabalhador; Rede 96 Laboratorial: Períodos e Fases; Assistência: Fluxos - Pré Hospitalar Fixo (Rede Básica), Pré Hospitalar 97 Móvel, Inter Hospitalar e Hospitalar; Biossegurança; Medidas de Engenharia; Medidas Administrativas; 98 Precauções de Isolamento; Transporte Interno de Paciente e Recomendações Gerais. Após a apresentação, 99 o Senhor Coordenador acrescentou que a SESAB criou um grupo de trabalho junto com a Secretaria de Agricultura do Estado da Bahia e vem fazendo o acompanhamento, principalmente dos locais onde tem 100 101 aves migratórias; isso tem sido feito pontualmente em três áreas principais do Estado, no baixo-sul, 102 extremo-sul e região norte próximo à fronteira com Sergipe. A princípio, a avaliação dessas áreas de 103 monitoramento nos deram uma certa tranquilidade, porque é feito levantando uma série de possíveis 104 patologias que seriam transmissíveis e esses percentuais, principalmente em comparação com a rota do 105 sul do país. Informou que está sendo discutida a possibilidade de criar alternativas de monitorar algumas 106 áreas migratórias de menor importância, mas que de qualquer forma estão próximas de grandes centros urbanos, que é o que acontece com Valença e com a região de Itaparica. Em seguida convidou Dra. Glória Pestana para apresentar os Projetos de Cirurgias Eletivas dos municípios de Vera Cruz (1ª etapa), Porto Seguro (2ª etapa) e Juazeiro (2ª etapa). Iniciou lembrando que anteriormente para que os municípios pudessem apresentar o Projeto de Cirurgias Eletivas teriam que ter no mínimo cinqüenta mil habitantes ou seu módulo ter cinquenta mil; na nova Portaria está colocado que todos os municípios que são referência de micro ou macro região poderiam apresentar o Projeto de Cirurgias Eletivas. No caso de Vera Cruz, o município pretende atender trinta e seis procedimentos ambulatoriais num período de seis meses, duzentos e trinta e dois procedimentos hospitalares, sendo contemplando num total geral de duzentos e sessenta e oito procedimentos solicitados (ambulatoriais + hospitalares), sendo que está se propondo a atender os municípios de Vera Cruz e Itaparica, totalizando um recurso no semestre no valor de R\$ 63.384,75 (sessenta e três mil, trezentos e oitenta e quatro reais e setenta e cinco centavos), que será dividido durante seis meses. Com relação a Juazeiro, o município está pegando a sua microrregião e alguns municípios da microrregião de Paulo Afonso, totalizando seiscentos mil habitantes, pretendendo realizar quatrocentos e quarenta e quatro procedimentos hospitalares, sessenta e um procedimentos ambulatoriais, num total de quinhentos e cinco procedimentos, com o recurso de R\$ 675.687,35 (seiscentos e setenta e cinco mil, seiscentos e oitenta e sete reais e trinta e cinco centavos) por semestre. Porto Seguro está se propondo a fazer cirurgias para o seu próprio município, num total de duzentos e vinte e sete procedimentos (ambulatoriais + hospitalares), com um recurso semestral de R\$ 158.456,25 (cento e cinquenta e oito mil quatrocentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos). Por fim, ressaltou que o município de Juazeiro também está contemplando em seu Projeto tudo o que já realizou na primeira etapa. O Senhor Coordenador colocou em discussão e Dr. Odilon Rocha lembrou que na última reunião foi deixado como indicativo das cirurgias eletivas, a renovação dos dados da cirurgia anterior e tem muitos municípios reclamando que estão dando o recurso do próprio município e não está tendo acesso a este tipo de clientela e questionou se seria a cirurgia incorporando aos mutirões. Dra. Glória Pestana esclareceu que é cirurgia eletiva incorporando próstata, catarata e varizes, mas a maioria inclui mais a questão da próstata. O Senhor Coordenador enfatizou que é preciso que haja a garantia de que aquelas pessoas relacionadas efetivamente fizeram a cirurgia. Dra. Glória Pestana ressaltou que nos primeiros projetos era importante que fossem mandados a demanda, a fila de espera com nome de paciente, identificação de documentação e qual a cirurgia que seria realizada, então tanto Vitória da Conquista quanto Porto Seguro que estão apresentando sua segunda etapa, encaminharam as listas das cirurgias que foram realizadas, com as AIHs que foram utilizadas, nome dos pacientes que realizaram as cirurgias e a data, inclusive colocou à disposição caso alguém quisesse ver no momento. Dr. Odilon Rocha colocou que gostaria de ter visto antes, e sugeriu que quando chegasse aqui pudesse ser visto antes da reunião, porque há uma reclamação muito grande e hoje significa R\$ 2,25 per capta de cada município que vai ser transferido para as cidades plenas, então é um resultado financeiro extremamente importante e que não são só cirurgias eletivas, pois na verdade esse projeto de cirurgias terminou penalizando o Nordeste que tinha uma per capta de R\$ 1,50 nas cirurgias de mutirão, terminou baixando para R\$ 1,25, então perde recurso porque quando no Nordeste tem atendimento excessivo é corrupção e quando é no Sul, aí é capacidade instalada, então na realidade fizeram o cálculo da cirurgia de mutirão sob o valor do SUS que é R\$ 1,15 e o nordeste que tem mutirão de R\$ 1,50 per capta, terminou sendo penalizado por R\$ 1,25. Ressaltou a necessidade do gestor opinar sobre isso porque algumas vezes o gestor nem sabia; tem vários municípios como Itaparica que está no mutirão de Salvador e no mutirão de Vera Cruz, por isso é preciso ver como foi isso e lembrar que existe um projeto de regionalização e os municípios devem autorizar a sua inclusão nos respectivos projetos. Dra. Glória Pestana informou que serão realizadas cinco oficinas sobre cirurgias eletivas, a primeira aqui em Salvador onde serão contemplados os municípios em plena, os pólos de micro e as DIRES e provavelmente será no dia quinze, vai ter uma em Ilhéus, uma em Barreiras, uma em Feira de Santana e outra em Salvador. Todos os municípios serão convidados para discutirmos e mostrarmos a importância do plano, como ele é feito, e a necessidade da participação ativa do gestor, cobrando que se realize. O Senhor Coordenador questionou se no Sistema DATASUS, após a chegada desse recurso e apresentação da listagem, não existe nenhum check list. Dra. Glória Pestana esclareceu que a AIH tem uma série numérica para cirurgias eletivas. Dra. Mara Lúcia Loureiro colocou que na primeira etapa do projeto de Juazeiro, segundo lhe foi apresentado, foi feito com a demanda reprimida existente no município e que já estaria tudo amarrado, com nome de paciente e número de AIH,

107

108

109

110

111

112

113

114 115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

e com relação à segunda etapa do projeto, considerou que os municípios realmente não são ouvidos, pois tem a sua demanda e há vários meses vem implorando pelas cirurgias e não são feitas e questionou sobre os critérios de prioridade dentro do município pólo que está fazendo essas cirurgias, como estão sendo utilizados, porque fica o paciente com quatro ou cinco meses na lista de espera, enquanto tem pacientes mais recentes que foram atendidos. Dra. Glória Pestana colocou que na segunda etapa não precisa mais do nome do paciente, precisa apenas da quantidade da demanda necessária, então os projetos podem estar sendo realizados semestralmente. A Secretária Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, Suzana Ribeiro, lembrou que seu município entrou agora na terceira etapa que foi aprovada na última CIB. Informou que no primeiro projeto o próprio MS orientou assim como a SESAB, que trabalhasse com a demanda reprimida porque era preciso identificar o usuário com o número do RG, enfim, definir por município; o segundo projeto foi feito da mesma forma, prestando conta de tudo porque inclusive quando venceu a primeira etapa o município continuou a executar os procedimentos cirúrgicos porque esperava que quando aprovasse fosse retroativo e não foi, aí veio a segunda aprovação e acabou entrando com recurso do teto dos municípios que estavam na plena, e agora na terceira etapa também foi encaminhada a listagem somente dos municípios que mandaram, ou seja, o município trabalhou com o projeto e foram poucos os municípios que participaram e finalizaram com sua lista, já na última portaria não é obrigatória a apresentação da listagem dos pacientes. Questionou como cruzar as informações com o sistema do que foi realmente executado. O Senhor Coordenador questionou se na apresentação do projeto, já que identificamos o paciente e a origem, os secretários dos municípios envolvidos não poderiam assinar juntamente, já que são poucos municípios e é muito fácil para o pólo trazer a autorização de encaminhamento dos outros, pois se todos concordassem provavelmente resolveríamos essa pendência. Dr. Odilon Rocha colocou que na realidade, o próprio projeto atual vem na margem da regionalização, tanto que a cidade pólo vai ficar com o recurso do conjunto da região, e isso precisa ser discutido, pois tem muito dinheiro chegando nas contas de municípios que não sabem nem o que fazer. Argumentou que muitos municípios fizeram o projeto que terminou sendo engolido pelo segundo, porque era mais importante ter o projeto da cirurgia eletiva porque o projeto da cirurgia de mutirão já estava organizado e agora existe uma desasistência nesse momento das cirurgias de mutirão, as cirurgias de cataratas que antigamente se faziam duas mil agora estão fazendo duzentas ou trezentas, e os municípios que estão pedindo a renovação estão tendo que esperar de dois a três meses para sair esse dinheiro. Portanto, é preciso um processo de negociação para depois ir para a regionalização, pois hoje esse recurso é importante porque vai entrar como fundo a fundo, não depende de produção, agora vai entrar aquele recurso no teto do município todo mês. A Secretária Municipal de Santo Antônio de Jesus, Márcia Rocha, colocou sobre as dificuldades ainda com a questão da liberação da série numérica para as APAC'S para as cirurgias de catarata, porque a informação que recebeu é de que é necessária uma série numérica especial. Dra. Glória Pestana esclareceu que APAC é a série numérica normal, o que tem uma série numérica específica é AIH – Autorização de Internação Hospitalar, para APAC o que mudou foi o código de alguns procedimentos que era um código de campanha e com a nova portaria é aquele código que é teto livre. Dra. Márcia Rocha argumentou não ter recebido esta informação. Dra. Joana Demarchi esclareceu que o que identificava a campanha de catarata era um número específico, uma vez o número específico sendo excluído e voltando a prevalecer o número do teto livre, se o município entrar na campanha fica sem controle de como identificar porque a AIH tem uma identificação específica, então uma das demandas que foram discutidas é como seria feito esse controle para quem precisaria de APAC, se existiria uma numeração específica, mas com isso não vamos deixar de autorizar. Para agilizar esse processo o setor está pensando em selecionar um intervalo de números para identificar que isso é campanha e avisar ao município que essa série que está destinada a ele é de campanha, porque o número dessa série é para ter um melhor controle, então se quando chegar para o município liberar para qualquer coisa, não vai adiantar porque não vai ter o controle. Enquanto o MS não resolve, porque o que faz a diferenciação é o código, estamos pensando em tirar um lote dessa numeração para distribuir apenas para catarata, mas se não estiver dentro de um projeto não vai poder usar a numeração específica, se não existe projeto, vai ser como qualquer outra cirurgia eletiva que se executa no município. Dra. Glória Pestana lembrou que quando foi feito o projeto anterior de Santo Antônio de Jesus ainda não tinha encerrado os mutirões, então é preciso ver se no projeto já foi contemplado catarata para poder ser autorizado, se não foi, tem que mandar uma lista para o MS. Dra. Márcia Rocha respondeu que o projeto contempla setenta cirurgias de

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179 180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

catarata e é essa a sua preocupação porque tem um prazo para cumprir essas cirurgias e se essa série especial de APAC não for liberada rapidamente, irá perder o prazo e poderá ser penalizada por causa disso. Dr. Odilon Rocha colocou que se o município tem no projeto de cirurgia eletiva as cataratas, já pode cobrar no código que saiu na nova portaria, só que quando vai colocar esse código, ele exige o APAC do projeto de cirurgia eletiva. Lembrou que em Santo Antônio de Jesus tinha um projeto de cirurgia eletiva da Santa Casa que eram os mutirões e teve o projeto de cirurgia eletiva do município que naquela época não incorporava nem próstata nem varizes, então se no projeto aprovado inicialmente tiver cirurgia de catarata, pode lançar assim porque a portaria tem validade a partir de março e a SESAB tem que emitir um APAC específico para isso. Dra. Márcia Rocha enfatizou que a informação que tem é de que não pode realizar cirurgias ainda porque não seriam computadas como sendo do projeto porque não tem essa série numérica e questionou se pode ou não realizar as cirurgias. Dra. Glória Pestana respondeu que a Secretária poderia procurar o setor na manhã seguinte para resolver isso. Em relação ao projeto de cirurgia eletivas ficou estabelecido, por consenso, que os municípios que tivessem CIBs Macro implantadas seriam devolvidos os projetos para as mesmas para aprovação nas regionais, os demais deveriam encaminhar a assinatura conjunta dos gestores dos municípios envolvidos no projeto. Dando prosseguimento à pauta, passou a palavra para Dra. Joana Demarchi para falar sobre a situação dos contratos do HPP -Hospitais de Pequeno Porte que iniciou apresentando a Portaria que saiu com os trinta e dois municípios que foram aprovados, relacionando o número de leitos e o quantitativo de dinheiro: atual da Contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte: municípios/estabelecimentos de saúde participantes da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte - PT GM/MS N°663 29/03/2006 (republicação de 26/04/2006): Água Fria, Bonito, Conde, Dom Basílio, Gongogi, Itaetê, Itagi, Itagimirim, Itatim, Itaquara, Jacaraci, Jussiape, Ouriçangas, Pintadas, Potiraguá, Presidente Tancredo Neves, Quijingue, Rafael Jambeiro, Ribeira do Amparo, Rio de Contas, Salinas das Margaridas, Santa Teresinha, São Felipe, Sítio do Mato. Unidades com pendências para atenderem critérios para contratualização: Pé de Serra, Nordestina e Amélia Rodrigues. Obs: Todas as unidades acima necessitam de adequação de acordo com os critérios mínimos para serem contratualizadas. O Plano Operativo de Amélia Rodrigues diz que teria que adaptar para ter vinte e um leitos, por enquanto só tem onze então faltam ainda dez, mas já está em processo de ampliação. Unidades com pendências para atenderem critérios para contratualização: Caturama e Vereda. O Senhor Coordenador pediu um aparte e informou que o município de Vereda teve problemas, foi suspenso o credenciamento durante um período e depois esse credenciamento voltou na expectativa de que ele tenha laboratório público ou na entidade vizinha, inclusive parece que tem pendência na auditoria. Dr. Odilon Rocha questionou a que tipo de serviço se refere quando diz que não possui serviço de urgência. Dra. Joana Demarchi esclareceu que este é um relatório completo de acordo com todos os critérios, pois alguns critérios tinham ficado adormecidos para que no decorrer do processo possamos atender todos os critérios que foram aprovados por esta CIB do que teria que ser o HPP e lembrou que ficou decidido que o laboratório pode ser um posto de coleta contratualizado funcionando na unidade. Enfatizou que daquela portaria dos trinta e dois municípios, fora estes cinco citados acima, todos já estão prontos para serem contratualizados, estão na DGE sendo elaborados os contratos. O Senhor Coordenador informou que a partir de segunda feira, os municípios que estiverem fora daquela relação dos trinta e três, já podem assinar o contrato com a DGE. Dra. Joana Demarchi prosseguiu sua apresentação com os municípios com unidades em análise na auditoria: Cipó, Elísio Medrado e Prado, que a auditoria já está dando um parecer hoje de que a questão desse não é a estrutura, pela estrutura ele está liberado pelo cadastro, o que ficou pendente é que desde a aprovação ficou que esses municípios só seriam liberados os valores financeiros após a auditoria. Enfatizou que essa relação estava no planejamento que são os municípios com Hospitais de Pequeno Porte que estão sendo avaliadas as propostas para elaboração do Plano de Trabalho: Abaíra, Aiquara, Alcobaça, Andaraí, Capela do Alto Alegre, Iaçú, Igaporã, Ipupiara, Itajú do Colônia, Itamaraí, Itanhém, Itiruçu, Lençóis, Marcionílio Souza, Mundo Novo, São Domingos, São Francisco do Conde, Serra Dourada, Tabocas do Brejo Velho, Várzea Nova e Nova Redenção. O pessoal do planejamento já recebeu estes municípios, já orientou o Plano Operativo, estes municípios já retornaram para discutir o Plano Operativo com seus secretários e prefeitos. Municípios com Hospitais de Pequeno Porte com plano de trabalho elaborado em análise no Ministério da Saúde: Governador Lomanto Júnior, Biritinga, Boninal, Conceição de Feira, Fátima, Serra Preta. Dra Joana Demarchi colocou que os municípios com

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

pendências no Plano de Trabalhos deveram procurar o Setor responsável. Apresentou os municípios de Canavieiras, Cravolândia, Ibirapua, Jaborandi, Piritiba, Rio do Pires, Santa Bárbara, São José do Jacuípe e Terra Nova com unidades que não vão atender a unidade dos Hospitais de Pequeno Porte conforme processos encaminhados para a SESAB. Quanto aos municípios de Irajuba, Mairi, Mucuri, Santa Inês, Santana, São José do Jacuípe e Terra Nova foram convocados e não compareceram. O Senhor Coordenador passou a palavra para o Secretário de Saúde de Amélia Rodrigues informou que a questão do Raio-X já está solucionada. Quanto à questão dos oito leitos houve uma licitação para complementar os leitos de obstetrícia o que gerou um problema de ordem administrativa no Hospital. O Senhor Coordenador perguntou se o problema dos oitos leitos já está resolvido, porque os trinta e três municípios que já estão autorizados pelo Ministério da Saúde o Estado já tem contrato próprio e que o COSEMS solicitou que fosse informado individualmente a cada município, o que já está sendo feito. Quanto à questão de Urgência e Emergência foi vencida na última reunião como foi vencida a questão do Raio-x, só não abriu mão da questão dos laboratórios o que não tem nada ver com a questão do município de Amélia Rodrigues que é só complementar cobertura de leitos. Dra. Ana Cristina Saldanha informou que novos municípios estão solicitando habilitação de Hospitais de Pequeno Porte, como Agustina, Anguera, Ipecaetá, Caém e Muritiba. Estes municípios possuem leitos e estão cadastrados no CNES faltando apenas ver o processo da contratualização. Pontuou que a principio não tem nenhum impedimento para estes municípios. O Senhor Coordenador solicitou do COSEMS ajudar a SESAB a acompanhar este processo com mais rapidez e velocidade. Dra Ana Saldanha pontuou que os quatro municípios, que são Ibipitanga, Itapebi, Pilão Arcado e Antônio Cardoso, estão pedindo para aderir ao HPP - Hospitais de Pequeno Porte, mas eles não têm unidade Hospitalar, as unidades que possuem são unidades de PSF funcionando dentro de uma estrutura que estes municípios pensam que têm condição de ser Hospital ou então tem unidade mista com leito de observação, mas não tem internamento. O parecer da SUPLAN quanto aos casos supracitados é de que não são pertinentes. Colocou esta questão para consenso e aprovação porque não ficou estabelecido como um critério na proposta apresentada. O Senhor Coordenador pontuou que não é critério e que em nenhum momento foi discutido esta questão na CIB. Dr. Odilon Rocha questionou a presença de alguém que trabalhe com Fundo Estadual de Saúde porque gostaria de saber se no teto do mês de abril do ano dois mil e seis já veio agregado este valor. O Senhor Coordenador informou que no mês de abril não veio agregado nenhum valor e que o Ministério da Saúde solicitou que o Estado encaminhasse todos municípios contratualizado e com suas respectivas documentações. Dr. Odilon Rocha pontuou que iria solicitar que este valor fosse agregado no Teto do mês de abril porque na portaria saiu que o efeito financeiro seria do mês de abril. O Senhor Coordenador solicitou esclarecimento de Dra. Joana Demarchi que informou que o Ministério da Saúde orientou que deveria ser repassado o recurso para o município, que o dinheiro seria destacado para instalar e que só teria validade a partir do momento que homologasse e encaminhasse o extrato e então o valor seria lançado na conta bancária. Chamou atenção que não seria retroativo. O Senhor Coordenador colocou que os municípios que querem aderir ao HPP e não possuem pendências estão aprovados. Convidou Dra. Joana Demarchi para apresentar o ponto de pauta acerca da contratualização de Hospitais Filantrópicos. Dra Joana Demarchi apresentou todo o histórico legal para fazer uma retrospectiva e informou que saiu a Portaria GM nº 1.721 de 21/09/2005 cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde; Portaria SAS nº 635 de 10/11/2005 estabelece o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS e define o modelo de alocação de recursos financeiros para ações ambulatoriais e hospitalares. Colocou que veio a CIB para buscar critérios porque a primeira portaria que tinha sido revogada mencionava algumas entidades filantrópicas sendo publicada a Resolução CIB nº 120/2005 de 29/11/2005 que estabelece os critérios para adesão; Resolução CIB nº 122/2005 de 29/11/2005 que homologa relação dos Hospitais que segundo os critérios estabelecidos pela CIB poderiam aderir a contratualização. Foi divulgado pelo Ministério da Saúde a relação dos hospitais Filantrópicos que puderam aderir ao Programa de Reestruturação e Contratualização e foi divulgado os valores financeiros referentes ao Incentivo de adesão a contratualização estabelecidos para cada Unidade -Portaria GM nº 172 de 26/01/2006. Informou que a Portaria GM nº 358 de 22 de fevereiro de 2006 que institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS. Pontuou que a portaria 172 de 26/01/2006 será republicada. Deu continuidade à apresentação, Portaria SAS nº- 166, de 13 de março

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284 285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

319 de 2006 foi prorrogada até 25 de maio de 2006, o prazo final para entrega ao Ministério da Saúde dos 320 contratos resultantes do processo de contratualização aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite -CIB, sob pena da perda do incentivo residual. A portaria SAS nº - 284, 18 de abril de 2006 define o fluxo 322 para operacionalização do processo de contratualização e sugere modelo de convênio ou contrato e de 323 plano operativo. Colocou que o prazo de entrega é dia vinte e cinco mais está em negociação com 324 Ministério da Saúde uma prorrogação deste prazo. Em seguida apresentou a metodologia do grupo de 325 trabalho para contratualização dos Hospitais Filantrópicos que adotaram um plano operativo a base de consultoria com anexo técnico, adaptando as normas vigentes, elaboração do modelo do Plano Operativo; 326 327 adequação do modelo do contrato as normas vigentes; avaliação do cadastro dos estabelecimentos de 328 saúde e da produção ambulatorial ou hospitalar dos últimos 12 meses; visita técnica para avaliação físico-329 funcional de alguns estabelecimentos; quatros oficinas de trabalho para apresentação do modelo do plano 330 operativo e orientação quanto ao preenchimento. Colocou que houve discussão técnica do plano operativo, com a participação de Entidades Filantrópicas, Secretários Municipais de Saúde e Diretorias 332 Regionais de Saúde, embasado no perfil da assistência, na política de atenção hospitalar Estadual e nas 333 necessidades da região em que o Hospital está inserido. Quanto à Cooperação técnica com os municípios 334 em Gestão Plena, reuniu com os mesmos para discussão e informação de qual a tecnologia que está sendo 335 usada, e que os Plenos que tiverem interesse em utilizar o anexo técnico que o Estado elaborou. Colocou 336 que a análise da inserção da unidade na rede assistencial baseado em situação cadastral; programação 337 Pactuada Integrada de 2003; programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNASS que será 338 lançada pelo Ministério da Saúde no mês de maio do ano de dois mil e sete; citou que tentou adiantar 339 junto com Ministério mais não foi possível, apenas conseguiu tira o padrão de conformidade que estava 340 na estrutura. Quanto ao levantamento das auditorias anteriores destas unidades, solicitando Relatórios de 341 supervisão das DIRES e análise dos planos operativos encaminhados pelas unidades até assinatura dos 342 contratos. Informou a lista dos Hospitais que já enviaram o Plano Operativo e estão em fase de análise: 343 Maternidade Maria Luíza Dias Láudano no município de Pojuca, Hospital Bom Samaritano em Riachão 344 do Jacuípe, Hospital Manoel Antunes e Hospital Santana em Serrinha, APMIU no município de Ubaíra, 345 Hospital Dr. Heitor Guedes de Mello em Valença, Hospital Nossa Senhora de Lourdes no município de 346 Antas, Hospital São João de Deus em Cachoeira, Hospital São Francisco em Campo Formoso, APMI de Castro Alves, Instituto Barão de Jeremoabo Maternidade em Cícero Dantas e Hospital Regional de 348 Conceição do Coité, Hospital São Francisco e São Vicente em Esplanada, Maternidade Manoel Martins 349 de Souza em Iguaí, Hospital Antônio Carlos Magalhães em Inhambupe, Hospital Regional São Sebastião 350 em Itambé, Hospital Cristo Redentor em Itapetinga, Hospital Regional Vicentina Goulart em Jacobina, Casa de Saúde e Maternidade Maria José de Souza Santos no município de Jaguaquara, Hospital 352 Gonçalves Martins em Nazaré, Hospital Regional de Poções em Poções. Esclareceu que o município 353 Campo Formoso quando da publicação da Portaria que divulgou o IAC saiu com valor menor do que 354 deveria, na verdade R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) a menos, conforme o Ministério da 355 Saúde será publicada uma nova portaria para correção destes valores. Quanto ao município de Castro 356 Alves, Barão de Jeremoabo, Maternidade Cícero Dantas, Hospital Regional de Conceição de Coité. 357 Chamou atenção que os Hospitais de São Vicente em Esplanada e a Fundação Spinola e o Hospital Santa 358 Luzia não receberam os 40% do recurso devido a problemas no CNES - Cadastro Nacional dos 359 Estabelecimentos de Saúde. Quanto aos hospitais com pendências para contratualização são: Hospital 360 Maternidade de Santo Amaro e Hospital Nossa Senhora da Vitória no município de Santo Amaro não enviou Plano Operativo preenchido, Hospital Nossa Senhora da Natividade em Santo Amaro com 362 pendência de processo na Justiça, Hospital Antônio Teixeira Sobrinho em Jacobina esta com Processo 363 Judicial, Hospital São Francisco no município de Campo Formoso. Quanto ao Hospital Regional de Rui 364 Barbosa não possui interesse em contratualizar. Em relação a este tema, ficou esclarecido que os 365 municípios em gestão plena devem encaminhar para CIB para aprovação e dos demais municípios o 366 Estado vão estar fazendo o encaminhamento em conjunto, após ser feito o plano operativo e demais 367 obrigações estabelecidas na portaria ministerial. O Senhor Coordenador pediu que Dra Joana Demarchi 368 desse informes sobre a solicitações de credenciamento da Macro Extremo Sul. Salientou que no processo 369 da PPI foi solicitado mais remanejamento que foi necessário a SESAB conferir com a planilha do Plano 370 Operativo. Chamou atenção que as pessoas que fizeram solicitações na PPI devem formalizar o pedido de credenciamento para ser dado o devido encaminhamento de acordo com o que foi aprovado na PPI de

321

331

347

351

361

372 remanejamento. Apresentou os municípios que encaminharam processo solicitando credenciamento: 373 Itanhém tem o pedido de credenciamento para Laboratório, Jucurucú pedido de credenciamento para 374 Hospital Dr. Paulo Souto, Hospital e maternidade Ana Lúcia Magalhães do município de Vereda que está 375 no HPP, Cline LABE do município de Mucuri, Hospital Santa Amélia do município de Nova Viçosa e 376 Prado que esta no HPP - Hospital de Pequeno Porte. O Senhor Coordenador informou que serão dados 377 informes à medida que a Programação Pactuada Integrada está sendo fechada. Dra Iracema Paim pontuou 378 que os municípios fecharam a PPI e encaminharam a planilha e dentro disto foi feito uma avaliação para 379 ver o que precisaria ser validado pelo cadastro de acordo com cronograma que foi pactuado no COSEMS. 380 Colocou que a avaliação foi feita em cima da FCES. Pontuou que já tem o resultado da PPI e que ainda não foi validado pelo cadastro. Em seguida convidou Dra. Paulo de Társio para apresentação da Proposta 382 da Rede Estadual e ou Regional da Assistência ao Paciente Neurológico. Dr. Paulo de Társo colocou que 383 foi publicada a Portaria 756/2005 que trata da nova proposta de habilitação e credenciamento da Alta 384 Complexidade, Alta tecnologia e Alto custo referente à atenção ao paciente neurológico. Informou que a 385 portaria considera as necessidades de regulamentar a atenção ao paciente neurológico, garante ao paciente 386 assistência de alta complexidade pela equipe multidisciplinar, vendo a necessidade de assistir o paciente, com doença neurológica uma estrutura hospitalar de alta complexidade. Pontuou que foram criadas duas 388 unidades; uma unidade Assistencial de Alta Complexidade ao Paciente Neurocirúrgico e um Centro de 389 Referência ao paciente Neurocirúrgico. Colocou que a unidade Assistencial de Alta Complexidade ao 390 Paciente Neurocirúrgico a portaria coloca uma unidade assistencial para cada 8.000 milhões de habitantes e o Estado da Bahia tem que ter 17 unidades assistenciais. Quanto aos critérios para uma unidade 392 assistencial ser habilitada tem que atender Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do Desenvolvimento, 393 Neurocirurgia da Coluna e dos Nervos Periféricos, Neurocirurgia dos Tumores do Sistema Nervoso, 394 Neurocirurgia Vascular e Tratamento Neurocirúrgico da Dor e Funcional. Informou que para uma 395 unidade ser credenciada tem que obrigatoriamente atender a Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do 396 Desenvolvimento, Neurocirurgia da Coluna e dos Nervos Periféricos, Neurocirurgia dos Tumores do 397 Sistema Nervoso, o atendimento de Neurocirurgia Vascular e Tratamento Neurocirúrgico da Dor e 398 Funcional são opcionais, além disto o serviço tem que ter uma Emergência e Urgência referida que atenda 399 procedimentos em neurologia o ambulatório tem que atender em média de 500 consultas ao mês em 400 neurologia e neurocirurgia, garantindo atenção pré e pós-operatória e ofertar exames de diagnose terapia como ECG, Ecodoppler arterial e eletro encefalograma. Quanto à questão do recurso Humano 402 preconizado pela portaria tem que ter o Médico responsável técnico com titulo de especialista em 403 neurocirurgia, dois neurocirurgiões, um neurologista clínico com residência médica e titulo de 404 especialista, um Enfermeiro Coordenador com um ano de experiência em neurocirurgia e fisioterapeuta. 405 Chamou atenção na questão da portaria na Rede Estadual é que a Sociedade Brasileira de Neurocirurgião 406 preconiza é um Neurocirurgião para cada cem mil habitantes que daria 10 Neurocirurgiões por 1.000.000 407 (um milhão) que daria 140 Neurocirurgiões no Estado da Bahia, mais a realidade e que temos 40 408 Neurocirurgiões no Estado da Bahia. Salientou que o Centro de referência de Alta Complexidade em 409 Neurologia a portaria coloca um centro de referência a cada 5.000 milhões habitantes e o Estado da Bahia 410 tem que ter 03 Centros de Referência. Expõe os critérios para ser um Centro de Referência tem que ser preferencialmente em Hospital Público e credenciado como Hospital de ensino; tendo que ter os serviços 412 de Neurocirurgia do Trauma e Anomalias do desenvolvimento, coluna e nervos, periféricos, tumores do 413 sistema nervoso, Vascular, da Dor e Funcional e Radioterapia própria ou referenciada. Citou que para ser 414 um Centro de Referência tem que fazer um ou mais dos serviços de Investigação e Cirurgia da Epilepsia, 415 Tratamento Endovascular, Neurocirurgia Esteriotáxica. Colocou algumas observações como na ausência 416 de procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia, o Gestor deverá utilizar processos operativos 417 interestaduais de regulação nas Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade. Procedimentos 418 eletivos de Alta Complexidade e Alto Custo deverão ser submetidos à autorização prévia do Gestor do 419 SUS. Pontuou os critérios para planejamento População a ser atendida; Necessidade de cobertura 420 assistencial; Mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra - referência; Capacidade técnica 421 e operacional de serviços; Série histórica de atendimentos realizados; Integração com a rede de referência 422 Hospitalar, Pré-hospitalar, Central de Regulação e demais serviços assistenciais. Apresentou o que o 423 Estado da Bahia tem de habilitado para tratamento Neurocirúrgico pela Portaria GM/MS nº 2920, de 424 09/06/1998 são Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral do Estado, Hospital Santa Isabel, Hospital

381

387

391

401

425 Espanhol, Hospital São Rafael, Hospital Santo Antonio, Hospital Aristides Maltez, Hospital Sarah 426 Salvador todos no município de Salvador e Hospital São José em Ilhéus, Hospital de Base Luis Eduardo 427 Magalhães, Hospital Manoel Novaes e Hospital Calisto Midlej Filho em Itabuna. Colocou que em cima 428 disto, apresentou uma planilha mostrando a necessidade da Rede de Neurocirurgia e Neurologia. 429 Mencionou que a próxima proposta da Organização da Rede é que estas Unidades Assistenciais e Centro 430 de Referência têm as condições técnicas e instalações físicas e componentes e recursos humanos exigidos 431 pela portaria que garanta tratamento neuro intervencionista ou neurológico em alta complexidade, 432 atrelado a Política Nacional Humanização. Pontuou que o prazo para instalação da Rede de Neuro no 433 Estado da Bahia será no mês junho quando completa o prazo estabelecido na portaria de cento e oitenta 434 dias. Dr. Paulo de Társio informou que foram formados grupos para discutir especificamente por macro e 435 serviços existente dos prazos para atingir a Portaria. O Senhor Coordenador agradeceu a Dr. Paulo de 436 Társio. Em seguida comentou a respeito da dificuldade da Rede por ter um número limitado de 437 Neurocirurgião no Estado da Bahia, chamando atenção que apesar nos investimento feito tem se 438 destacado os Hospitais Públicos que foi ampliado quase 100% o volume de neurocirurgia Estadual. 439 Pontuou que em determinado momento o Estado teve que fazer mutirões nos casos de Aneurisma e 440 Tumor. Salientou que os casos de aneurisma o Estado usou a rede Filantrópica no final do ano de dois mil 441 e três e decorrer do ano dois mil e quatro para atender zerando a fila. Colocou que está com a mesma 442 dificuldade apesar de ter disponibilizado os novos leitos para neurocirurgia. Chamou atenção que o 443 serviço de neurocirurgia praticamente que e feito na área de trauma não são pagos com o recurso da 444 tabela do SUS - Sistema Único de Saúde. Informou que está readquirindo uma serie de equipamentos que 445 deverá esta chegando nos próximos meses até o final do próximo ano que irá qualificar principalmente o 446 Hospital Geral Roberto Santos que é um hospital universitário. Colocou que já existe um 447 encaminhamento para o Hospital Clériston Andrade em Feira de Santana de forma agilizar este tipo de 448 procedimento. Salientou que as Portarias do Ministério da Saúde são extremamente rígidas, e que não tem 449 dinheiro novo; colocou que o dinheiro atual não nos permite pagar o que se consegue fazer com muita 450 deficiência. Dr. Paulo de Tarso colocou que a fala do Senhor Coordenador foi extremamente pertinente e 451 importante. Falou que foram colocados na Macro Nordeste oito serviços necessários, porém só tem sete, 452 mas que na realidade só tem dois, porque as unidades que cumprem efetivamente a portaria são o 453 Hospital Geral do Estado e o Roberto Santos, que as outras unidades fazem um ou outro procedimento. O 454 Senhor Coordenador falou que é uma realidade de Vitória da Conquista, que pega uma linha de trauma, 455 que ai no Hospital faz. Pontuou que também é remunerado de forma diferenciada, que não paga pela 456 tabela SUS, que não tem credenciamento SUS. Dr. Paulo de Tarso esclareceu que para credenciar de 457 acordo com essa portaria, na discussão que foi feita, que se for pego onde já tem serviços, em Vitória da 458 Conquista e Feira de Santana, que não vai conseguir porque não irá cumprir as três exigências que a 459 portaria coloca, porque ou só é feito trauma e a portaria exige mais. Dr Odilon Rocha falou que sua 460 preocupação é a questão da endovascular, que tem um custo extremamente importante e atrativo para os 461 setores médicos que vendem tecnologia e que os resultados algumas vezes não são tão tradicionais. Citou 462 que tem uma tendência da migração do quantitativo de recursos para endovascular provocando uma 463 diminuição de atendimento. Explanou que quando é falado de rede, fala-se que será discutido de pacto e 464 que o pacto ta tudo empurrado com a barriga. O Senhor Coordenador afirmou o pacto de gestão foi bem 465 recebido pela Secretaria de Saúde, mas que provavelmente não irá ser assinado com aquela diligência que 466 o Ministério da Saúde solicitou. Informou que houve uma discussão inicial, até um pouco superficial, 467 como deveria ser no primeiro momento, mas que o encontro que houve em Porto Seguro não sanou as dúvidas existentes por parte desta SESAB. Citou que há uma apresentação padrão que não dá alternativas 468 469 de discutir questões como essa; assim, não se podem ser resolvidos os casos de trauma, se irá ficar a vida 470 inteira sem conseguir credenciar nada até poder resolver tudo. Perguntou como isso será tratado mais 471 adiante, como os municípios irão se relacionar, de que forma podem ser agilizados os pactos de PPI. 472 Muitas vezes não é resolvido uma série de problemas pontuais e que depois não se consegue avançar de 473 uma forma mais definitiva. Falou que existiram problemas nos tetos de TRS (Terapia Renal Substitutiva) 474 do estado, tanto os municípios de gestão plena, como os municípios que não estão em gestão plena. 475 Explicou que era sempre feito um remanejamento de teto para isso, mas que no último fechamento de 476 faturamento existiram algumas divergências de faturamento, com um custo significativo. Deu como 477 exemplo o município de Salvador, que já deve estar abrindo o quarto turno do Hospital das Clínicas.

Informou que está entrando no quarto turno, mas que antes disso os tetos tiveram um aumento muito significativo e que sua preocupação é porque o valor foi muito significativo, o que pode estar sinalizando um possível erro no registro, mas que era necessário uma autorização da CIB, uma vez se confirmando esse erro, que seja feito o remanejamento de teto para que seja encaminhado ao Ministério da Saúde, porque os casos de TRS não podem esperar, que é recurso estratégico, não tira dinheiro de ninguém, mas que isso possa ser feito ad referendum da CIB. Salientou que na semana que vem com a publicação dos novos tetos, que se esse teto que o Ministério publicar não vier a atender as necessidades é preciso que seja feita a retificação a tempo, porque isso implica em uma situação grave. Ponderou que ocorreu isso há dois anos no município de Juazeiro, que parece que esse município só foi ressarcido por um convênio que foi celebrado dois anos depois entre o governo do estado e município. Esclareceu que quando se pondera acerca de dois municípios como Salvador e Feira de Santana isso dá um volume enorme e fatalmente o estado não irá suprir esse valor, por isso é preciso que seja discutido o teto a tempo de efetivar o pagamento, uma vez que a publicação de teto de FAEC não é retroativa. Explicou que é preciso que esteja com isso definido desde já, para que não sejam criados problemas de dissolução de continuidade nessa área. Ficou estabelecido o consenso para alteração do teto de TRS. O Senhor Coordenador pediu licença para um compromisso com o Governador do Estado da Bahia e que passaria para a pauta do COSEMS. Dando prosseguimento a reunião, o Coordenador Adjunto salientou a questão dos agentes comunitários, que tem tido uma orientação por parte de determinados setores da Secretaria de Saúde do Estado que não seria mais cabível o cadastro de novos agentes, aqueles suplentes. Falou que os municípios têm obedecido, mas que na ultima discussão que houve em Brasília, ficou estabelecido que a maior parte dos municípios no Brasil estão cadastrando as suplências que já existem, que estão substituindo, porque existe uma orientação que a emenda cinquenta e um não é auto-aplicável, que só será aplicável na medida que for regulamentada. Perguntou como fica esse vazio que existe atualmente. Dra. Efigênia Cardoso falou que isso causa até uma surpresa, porque é uma relação tão amigável com o COSEMS. Mencionou que ligou diversas vezes para o Ministério da Saúde e que do mesmo jeito que estão sem informações e foi dito pela SERGES, pelo Dr. Jorge Paiva, que a emenda não poderia ser aplicada. Tendo em vista que o MS tem dado informações divergentes, a SESAB solicitou que o MS publicasse uma nota técnica acerca do assunto. Salientou que foi dito que existe um tempo de adaptação e que será trabalhada nessa regulamentação. Disse que é preciso que seja discutido para que seja visto se será validada a seleção que já existe, que os municípios poderiam criar uma lei e mandar para a Câmara de Vereadores, criando os cargos de agentes e chamam ou que os municípios grandes têm outras formas de fazer isso. Explanou que existe uma resolução da CIB, que quando a portaria mil oitocentos e oitenta e nove foi editada, foi feita uma resolução dizendo que as seleções do estado ficariam por conta tanto do CES (Conselho Estadual de Saúde) como da CIB. Falou que agora com a política nacional da atenção básica, a portaria seiscentos e quarenta e oito coloca a possibilidade para que os municípios também possam fazer. Pontuou que já têm editais de municípios fazendo seleção. Informou que tem que ser decidido como será feito isso, se será realizado pelos municípios ou se irá continuar a ser coordenada pelo estado. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que não haverá como intervir na autonomia do município e que só na Bahia que houve um processo tão organizado na questão da contratação dos agentes comunitários, que nos outros estados, só boa parte dos municípios que fizeram da maneira que gostam de fazer. Salientou que atualmente, os municípios na questão da substituição, devem substituir sim, portanto a questão que estava sendo dada pela Secretaria da Saúde será recuada no sentindo do processo de suplência. Mencionou que há uma questão que são os novos contratados, que deve ser através de um processo seletivo ou através de concurso público, que em qualquer uma das situações, a pessoa tem que fazer uma lei municipal criando os cargos ou emprego público. Perguntou como seria esse processo seletivo, se cada município deve fazer o seu ou o Estado vai coordenar este processo. A Secretaria Municipal de Saúde de Curaçá, Mara Lúcia esclareceu que tem experiência dentro do programa e que foi coordenadora regional, porém enquanto técnica é totalmente contrária a essa questão, que a seleção deve permanecer com o estado, que não vê como os municípios podem assumir isso, porque todos sabem como isso irá funcionar se eles assumirem, que é contra a questão do concurso público, porque irá mudar totalmente o perfil do agente comunitário, que não irá poder ser limitado a questão de que ele resida no local, que então será aberto para que todo mundo tenha direito e que isso são coisas que vem sendo vivenciada desde quando foi criado o programa, não só a nível de Bahia, mas a nível de Brasil e que as experiências e os resultados estão ai para ser visto.

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

O Secretário de Saúde de Jacobina, Ivonildo Bastos, exclamou que tinha uma dúvida quanto a questão da contratação através de seleção ou de concurso, como é que irá ficar o município dentro do processo da lei de responsabilidade fiscal, onde é estabelecido um percentual máximo com gasto com pessoal. O Senhor Coordenador adjunto salientou que todos são irregulares, portanto essa questão terá que ter uma solução, que o que está sendo discutido pode ser feito sem sofrimento. Pontuou que é a questão de chamar os novos agentes e a suplência e fazer uma discussão mais aprofundada de como será tratada essa questão de incremento de novos agentes, que isso é o inicio da discussão. Mencionou que o CONASS junto de todos os COSEMS brasileiros emitiu uma nota bastante segura questionando a formação técnica do agente comunitário, contrário ao tema e colocando situações bastante pertinentes, como por exemplo, que esse processo de capacitação do agente comunitário deve continuar, mas que essa formação técnica teria que ser mais discutida, porque ela implica em aumento de salários imediato, porque na hora em que o agente comunitário virar técnico ele vai querer aumento e que isso dará um impacto muito grande na questão da lei de responsabilidade fiscal. Pontuou que essa discussão deve continuar na próxima reunião. Dra. Efigênia Cardoso informou que ficou sabendo que a regulamentação da emenda sairia em um curto espaço de tempo. O Senhor Coordenador Adjunto sugeriu que fosse colocado como assunto de discussão em cada macro, para que possa trazer uma opinião do conjunto de todos os municípios. Continuando a pauta do COSEMS, o Senhor Coordenador Adjunto superou o ponto que trata da contratualização dos hospitais filantrópicos, por já ter sido objeto de discussão e passou para os critérios a serem observados na revisão da PPI de dois mil e seis, que esses são necessários que seja discutido para que seja feita uma nova projeção e que é preciso estar junto para os primeiros impactos dos hospitais de pequeno porte. Pontuou que na revisão anterior foi dito que quem era cidade plena não perdia recursos. Falou que está com uma preocupação, que é necessário que isso seja discutido, que amadureçam as idéias junto ao estado. Salientou que com a mudança do governo estadual que a revisão da PPI deve ser feita de janeiro a março. Dra. Iracema Paim falou que já tem o resultado da PPI do extremo sul, que acha que esse amadurecimento que foi dito em relação ao HPP e ao hospital filantrópico tem que ser feito junto entre SESAB e COSEMS. Disse que tem um resultado de PPI onde o município está se propondo a aderir a HPP e foi participar da PPI e recebeu referência. Informou que se o teto da PPI dá seiscentos mil e o teto do HPP quatrocentos mil, que o município irá ficar com esses quatrocentos. Perguntou o que será feito com esses duzentos que foram pactuados. Salientou que é preciso que isso seja discutido e que quer discutir isso com o COSEMS antes de ir para discutir com a CIB macro do extremo sul. O Senhor Coordenador Adjunto falou que tem que ser marcado um dia para discutir a PPI, mas com algum resultado, porque esse resultado dará uma margem para que possa ver o que pode acontecer em outras regiões. Dando continuação a reunião, entrou no que ocorrer. Dra. Maria do Carmo comunicou sobre o seminário internacional que irá acontecer nos dias vinte e nove e trinta, logo após a missão de meio termo do Banco Mundial - Projeto Saúde Bahia. Dr. Edgar Lessa salientou que a campanha de vacinação do idoso, até o dia anterior a reunião, o estado já havia atingido quarenta e sete por cento, mas que a pretensão era atingir setenta por cento de vacinação e que essa vacinação é executada pelos municípios. Colocou que no mês de abril foi recebida uma missão da Organização Pan Americana de Saúde, que técnicos estiveram presente e realizaram uma supervisão ao programa de chagas e que no relatório final dessa visita foi indicado que a Bahia poderá ser certificada em relação a chagas. Comunicou que foi capturado um barbeiro na área metropolitana de Salvador e que estava infectado conforme dito pela FIOCRUZ. Salientou que isso esta na imprensa e que ocorreu no condomínio Alpha Ville, mas que todas investigações estão sendo feitas na área e as providências estão sendo tomadas. O Senhor Coordenador Adjunto explicou que o município de Lauro de Freitas foi à plena e fez um contrato de ente público, depois o estado achou que esse contrato foi muito nocivo e desfavorável ao município. Falou que esse contrato foi revisto, porém enquanto isso se passaram dois meses e que o município estava pleiteando era que o estado pudesse devolver através de um processo de convênio esses recursos. Informou que o município está fazendo uma solicitação ao estado desse tipo de coisa, que será por escrito para que seja notificado. Mencionou que o COSEMS acha que isso é uma coisa que pode ser feita, mas que quem tem que fazer é o estado. Dra. Maria do Carmo informou que foi feito um termo de ente público, no qual naquele momento foi discutido com toda a equipe da Secretaria, que eles compravam o que tem e o que não tem, que esse contrato pode ser visto mensalmente, que isso não é para Lauro Freitas. Falou que depois de dois meses a Secretaria Municipal de Lauro de Freitas demonstrou uma nova situação, que

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573 574

575

576

577

578

579

580

581

582

então não é questão de pagamento do retroativo, que foi feito um acordo assinado com o que foi comprovado. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que o conjunto COSEMS tinha várias reivindicações em relação a essa questão, só que se pactuou no conjunto dos secretários municipais que a situação da plena de Lauro de Freitas deveria ter um olhar especial nesse momento, que é a mesma coisa, que a plena de Salvador também teve um olhar especial, com alocação de cinco milhões de recursos pelo Ministério da Saúde. Disse que o que estava colocando era que existe uma condição com a plena de Lauro de Freitas o dinheiro que chegou não deu para pagar a produção, mas que em outros municípios tinha como passar calote, só que em Lauro de Freitas o dinheiro já vinha sendo descontado no teto. Dra. Maria do Carmo mencionou que voltaram, pediram nova negociação, comprovaram novos serviços próprios e foi revisto o Termo de Entes Públicos. O Senhor Coordenador Adjunto entende que deve ser formalizado este pleito junto a SESAB e este como Presidente do COSEMS assinaria junto. Informou que da mesma maneira que teve uma nova sensibilidade em outorgar ao município de Salvador um valor extra do TRS, que acha que o estado pode reavaliar. Dra. Iracema Paim pediu que fosse reforçado o cronograma do pacto de gestão, reafirmando que estão suspensos todos os seminários no mês de maio e que volta a discutir o novo cronograma para continuidade. Pediu que o COSEMS sentasse para fechar o novo cronograma da PPI, porque não foi cumprido o programa de PPI com exceção ao da macrorregião extremo sul. O Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 08 de junho 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, 04 de maio de 2006.

603 604

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

605	José Antônio Rodrigues Alves
606	Suplente: Lealdina Chaves de Barros
607	Odilon Cunha Rocha
808	Virgílio Figueiredo Abreu
609	Maria Nita Pinheiro Ferraz
610	Suplente: Edgar Lessa Crusoé
611	Maria do Carmo Tambone de Almeida
612	Suplente: Ivonildo Dourado Bastos
613	Humberto Barreto de Jesus
614	Suplente: Aldeci de Almeida Bezerra Silva
615	Mara Lúcia Conduru Loureiro
616	Suplente: Denise Lima Mascarenhas