

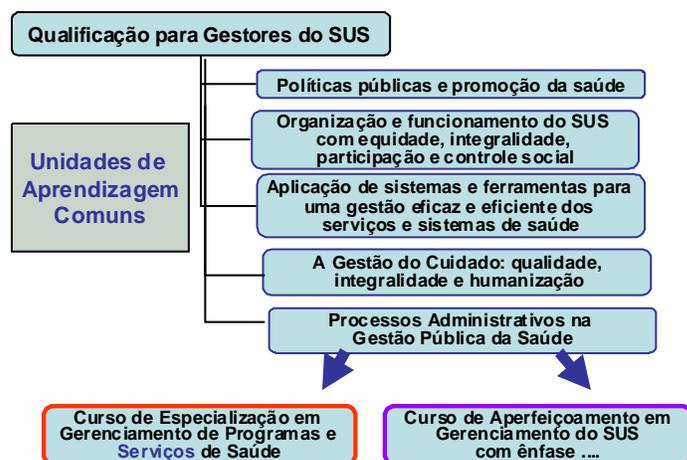
Aos vinte dias do mês de novembro do ano de dois mil e oito, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Eduardo José Farias Borges dos Reis e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão colocando em discussão e aprovação a ata da 166ª Reunião Ordinária, encaminhada anteriormente aos membros, que foi aprovada à unanimidade. Dando início à ordem do dia, O Senhor Coordenador efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data, 80 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 Foi encaminhado à Secretaria Executiva da CIB o Relatório de Auditoria e Parecer Conclusivo, referente à Auditoria de Gestão realizada no município de Nova Redenção; 1.3 Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios que aguardam avaliação do CGMR para levar pleito à CIB: Caldeirão Grande, Quixabeira, Barreiras, Livramento de Nossa Senhora, Guanambi, Várzea do Poço, Umburanas, Miguel Calmon, Morro do Chapéu e Itapicuru; 1.4 Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios que encontram-se com pendências de documentos na CIB ou DIPRO: Araçás, Ilhéus e Catu; 1.5 Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios que solicitaram arquivamento do processo na CIB ou DIPRO: Cipó e Esplanada. Em seguida, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral À Saúde – SAIS/DA B/DA E/DGC: 1.1 Credenciamentos: **Aprovados**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	NASF Tipo I	Nazaré
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Araçás
	02 ESB Modalidade I	Nova Viçosa (unidades 03 e 11)
ACS – Agente Comunitário de Saúde	05 ACS	Governador Mangabeira

1.2 Adesão ao Programa Saúde na Escola. Carolina da DAB informou que os municípios de Abaré, Aramari, Iaçú, Ibicaraí, Ichú, Mundo Novo, Tanquinho e Teodoro Sampaio entregaram todos os documentos necessários e os municípios de Água Fria, Boa Vista do Tupim, Iaçú, Igaporá, Iuiú, Lagoa Real, São José do Jacuípe, Uruçuca e Utinga, ainda estão com pendências no Termo de Adesão, na Ata do CMS ou no Plano de Ação. O Senhor Coordenador sugeriu a aprovação do conjunto das solicitações e o posterior encaminhamento da DAB para o Ministério da Saúde, à medida que sejam resolvidas as pendências. – **Aprovado**; 1.3 Adesão ao Programa de Compensações de Especificidades Regionais: Carolina da DAB informou que um conjunto de municípios já aderiram na primeira e segunda etapa e agora para formalizar a terceira etapa de adesão, os dez municípios que aderiram ao componente 1 referente à Fundação Estatal são Abaré, Glória, Teofilândia, Santa Luz, Iramaia, Formosa do Rio Preto, Serra do Ramalho, Lençóis, São Domingos e Saubara. Ressaltou que na medida em que foram aderindo, houve um reajuste dos valores que será publicado no sítio virtual da DAB e já está sendo encaminhada a lista com esses novos valores para o Ministério da Saúde. – **Aprovado**. Dr. Emerson Garcia informou ter encaminhado a documentação e questionou por não constar o nome de seu município. Carolina esclareceu que aqueles que aderiram anteriormente estão sendo contatados para ver se há ainda alguma pendência, mas já foi encaminhado para o Ministério da Saúde. Informou ainda que entrou hoje no Fundo Municipal de Saúde o pagamento da compensação, mas como não houve um entendimento de como foi feito o cálculo que deveria ser retroativo a abril, estão entrando em contato para esclarecer. 2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIV EP: 2.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da FUNA SA, cedidos à SESAB – **Aprovado**. Dra. Lorene Pinto esclareceu que a FUNA SA criou uma comissão coordenada pela Coordenadora de Recursos Humanos aqui na Bahia para começar a analisar a questão da municipalização destes servidores e alertou aos gestores municipais e diretores regionais de que todos serão envolvidos no processo, pois não podemos deliberar sozinho sobre isso já que o vínculo empregatício destes servidores é com a FUNA SA, assim, serão organizados seminários regionais para fazer essa discussão local e definir quem pode ser municipalizado e quem fica com as funções de coordenação regional e supervisão, desta forma, os gestores municipais e diretores regionais também darão anuência nesse processo, até porque sabemos que alguns gestores têm interesse em receber os servidores e outros não e isso não pode ser impositivo. Dando seguimento, o Senhor Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: 1.1 Curso Nacional de Qualificação para Gestores do SUS em parceria com a ENSP. Dra. Marília Fontoura iniciou a apresentação informando tratar-se de um Curso para Qualificação de Gestores do SUS, uma proposta nacional que está sendo coordenada pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Como aqui na Bahia já temos uma proposta com o ISC para qualificação de gestores municipais, esta proposta é de que seja para gestores intermediários, entendendo estes intermediários como uma ação intermediária de gestão, ou seja, uma ação que pode ser desenvolvida tanto pelo pessoal de nível médio como de nível superior. A ENSP apresentou uma proposta e em cima dela nós fizemos algumas sugestões que já foram encaminhadas, mas só serão validadas se houver aprovação na CIB. Este curso está todo montado para a distribuição de vagas através dos Colegiados de Gestão, ou seja, é também uma estratégia político-pedagógica não só para valorizar o trabalhador, para qualificar a gestão do SUS, mas também para fortalecer a regionalização. “Curso para Qualificação de Gestores do SUS: 1. Parcerias – Idéias - força: 1.1 Parcerias: Ministérios da Saúde, ENSP CONASEMS, COSEMS, SESAB (EESP, DGE, EFTS); 1.2 Idéias Força: a) Adoção do conceito de aluno equipe- o público alvo não é o aluno isolado, mas sim equipes gestoras; b) Fortalecimento da política de regionalização da atenção à saúde; c) Incentivo às práticas inovadoras de gestão; d) Democratização e ampliação do acesso a processos de qualificação (valorização do trabalhador/gestor e fortalecimento da gestão no SUS). 2. Informações gerais: inserção, promoção, tipo, foco, modalidade: a) Esta inserido no “Programa Nacional de Capacitação Gerencial em Saúde”. E na Bahia, é parte da implantação da UNASUS-BA; b) Componente da qualificação

63 de quadros de gestores da política nacional de saúde, do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e se articula com o
64 Plano Regional de Educação Permanente do Pacto de Gestão do Ministério da Saúde; c) nível de aperfeiçoamento, com
65 180h (com possibilidade de ampliação para 360 para os participantes graduados com certificação pela EESP); d) foco a
66 regionalização da atenção à saúde; e) modelo de educação a distância (EAD), garantir oferta de formação para todas as
67 regiões brasileiras. 3. Finalidades: a) Favorecer a qualificação da gestão, através da qualificação e valorização de
68 trabalhadores que atuam na gestão ou gerenciamento INTERMEDIÁRIO de ações, processos ou programas nas diversas
69 esferas e áreas que compõem o SUS-BA; (para os Gestores Municipais já tem uma proposta em parceria com o ISC-UFBA);
70 b) Promover a qualificação dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como pressuposto o
71 conhecimento e a experiência adquiridos pelos gestores que compõem o SUS e o processo de trabalho da gestão pública da
72 saúde; c) Oferecer oportunidade de qualificação a trabalhadores do SUS-Ba que atuam no gerenciamento de processos,
73 programas ou ações no plano intermediário da gestão pública de saúde; d) Contribuir com o aprimoramento da qualidade da
74 atenção a saúde através da qualificação da gestão. 4. Justificativa: a) A diversidade e complexidade dos processos de gestão
75 em um sistema de saúde descentralizado; b) O cenário federativo brasileiro, a extensão político - geográfica da Bahia e o
76 contexto de novas administrações municipais; c) A necessidade de reorientação do modelo de atenção no SUS; d) As
77 questões acima, dentre outras, impõe, para a gestão a necessidade de um constante desenvolvimento de estratégias,
78 conhecimentos e uma permanente atualização em ferramentas políticas - gerenciais, a fim de que possam responder às
79 novas exigências conjunturais; e) Compreensão do papel da SESA B enquanto parte de um Estado e de um governo que
80 assume a responsabilidade política e social no apoio aos municípios, entendendo que esta relação federativa, é fundamental
81 para o desenvolvimento da Bahia de todos nós; f) A ação de qualificação dos gestores não se descola da totalidade da
82 política do Estado e da SESAB. 5. Objetivos: 5.1 Geral: a) Proporcionar o desenvolvimento de capacidades para a gestão
83 dos diferentes níveis do SUS, na perspectiva de formar equipes gestoras, referenciadas na regionalização da atenção à
84 saúde. b) Específicos: Ampliar as capacidades profissionais pertinentes à gestão, colaborando para o fortalecimento
85 institucional; Contribuir para a constituição e fortalecimento de equipes gestoras de caráter regional; Promover, a partir da
86 prática, a reflexão acerca dos conteúdos essenciais e inerentes à gestão; Contribuir com o desenvolvimento de políticas de
87 educação permanente, (aluno-equipe, regionalização, EAD). 6. Critérios de Seleção: está inserido num das áreas de práticas
88 abaixo: 6.1 Redes de Atenção à Saúde – Atenção Oncológica, Hemorredes e Urgência e Emergência, Laboratórios Públicos
89 e outros; 6.2 Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 6.3 Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e
90 Hospitalar; 6.4 Programas de Atenção à Saúde; 6.5 Atenção Básica; 6.6 Vigilância Sanitária Municipal e Estadual; 6.7
91 Fundos Municipais e Estaduais de Saúde; 6.8 Vigilâncias em Saúde (epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e
92 ambiental); 6.9 Planejamento e Programação em Saúde; 6.10 Comunicação social, Jurídica, Engenharia e Arquitetura
93 Hospitalar e Engenharia Clínica. Obs: Para cada uma dessas áreas práticas poderia haver a agregação de uma Unidade de
94 Aprendizagem, dando especificidade aos diversos processos de trabalho e os que trabalham com a gestão do trabalho e
95 educação permanente terão curso específico. 7. Nº de envolvidos: a) Alunos: 379 vagas (ENSP) + 1000 (SESAB) = 1379
96 vagas distribuídas com 417 municípios, 31 DIRES, 29 CGMRs e entre as Superintendências e setores estratégicos da
97 SESA B (podemos incluir mais 600 a 1000 se a EFT apoiar) = 2379 alunos; b) Tutores: 13 (ENSP) + 50 (SESAB)
98 selecionados por edital público com definição de perfil e papel de mediadores de aprendizagem EAD; c) Coordenadores:
99 Coordenação compartilhada (EESP, DEFTS, DGE, COSEMS); d) Coordenação estadual: SESAB/EESP (Marília Fontoura -
100 Sanitarista, mestre em educação), COSEMS, EFTS e) Coordenação Pedagógica EAD – Marcelle Paim da EESP; e quem
101 mais? e) Coordenação administrativa DGE – e quem mais? 8. Estrutura do Curso: a) Estruturado em quatro unidades de
102 aprendizagem (com possibilidade de incluir mais duas) - Podendo incluir outras unidades para atender as necessidades
103 setoriais e regionais; b) Modalidade EAD – semipresencial. c) Organização curricular considera: atuação gestora, funções e
104 ações chave, capacidades para o desempenho dos alunos-equipe; d) A estrutura curricular poderá ser ajustada para atender
105 as demandas regionais e das áreas de ação específicas no âmbito do SUS-BA. (cada área ficará responsável para formular
106 “sua” Unidade de aprendizagem específica. 9. Unidades de Aprendizagem (UA): a) Políticas públicas e promoção da saúde -
107 Desenvolver e implementar políticas de saúde na perspectiva da promoção da saúde, nos diferentes territórios; b)
108 Organização e funcionamento do SUS com equidade, integralidade, participação e controle social - Desenvolver políticas de
109 organização de sistemas de saúde adequadas aos princípios e regras do SUS, capazes de responder às necessidades de
110 saúde da população em diferentes escalas geográficas; c) Aplicação de sistemas e ferramentas para uma gestão eficaz e
111 eficiente dos serviços e sistemas de saúde - Desenvolver atividades que permitam aos gestores o uso eficaz e eficiente dos
112 recursos disponíveis nos serviços e sistemas de saúde, contribuindo positivamente para o aperfeiçoamento da saúde da
113 população sob sua responsabilidade; d) A Gestão do Cuidado: qualidade, integralidade e humanização- Garantir a oferta de
114 serviços de saúde com qualidade, de forma humanizada e integral. 10. Unidades de Aprendizagem (UA)
115 A serem agregadas à proposta da ENSP: a) Processos administrativos na Gestão Pública da Saúde – compreender a
116 legislação sobre administração pública em geral e conhecer os procedimentos práticos e institucionais dos processos
117 administrativos em um sistema público de saúde (40h); b) Projetos de Intervenção e investigação como estratégia para
118 organização do processo de trabalho - Conhecer elementos da prática de investigação e o processo de construção e
119 implementação de projetos de intervenção no cotidiano de trabalho (40); c) TCC como estratégia para organização e
120 Avaliação de práticas gerenciais - desenvolver e apresentar sob orientação, um trabalho de conclusão de curso que seja
121 efetivamente relacionado ao processo e organização do ambiente de trabalho do aluno (100h). 11. Bases político-
122 pedagógicas: a) O trabalho como princípio educativo; b) Opção pela educação a distância, no modo semipresencial; c)
123 Ancoragem do processo pedagógico nos significados e práticas vivenciados pelos alunos e respectivos processos de
124 trabalho; d) Respeito e o resgate dos saberes prévios dos sujeitos; e) Estreita relação entre teoria e prática e
125 desenvolvimento da autonomia, da crítica e da criatividade; f) Resolução de problemas do cotidiano incentivando o uso dos
126 diversos saberes (disciplinares, campos de conhecimento, práticas sociais, atitudes e valores); g) Interação de modo a
127 possibilitar ao aluno-equipe o desenvolvimento de novas capacidades sociais e profissionais; h) Mediação interdependentes:
128 o material didático, o ambiente virtual de aprendizagem, o sistema de acompanhamento acadêmico-pedagógico e a
129 tutoria/orientação da aprendizagem; i) Articulação entre aprendizagem Individual e coletiva e entre desenvolvimento pessoal

e organizacional. 12. Material didático – pedagógico: a) As 4 primeiras Unidades de aprendizagem, produzidas pela ENSP e as 3 últimas a serem produzidas pela SESAB; b) Baseado na idéia de “ambiente” de aprendizagem; c) Articulação dos recursos virtuais com a mediação da tutoria, contribuindo para a construção do conhecimento, estimulando a competência coletiva do aluno-equipe; d) Situações-problema como estratégia pedagógica referidas às intencionalidades das Unidades de Aprendizagem, visando o desenvolvimento de projetos de grupos que intervenham na qualidade da gestão na saúde, no âmbito dos territórios ou espaços de trabalho; e) Mídia impressa, o CD-ROM e a WEB serão as ferramentas utilizadas para veiculação do material didático do curso. 13. Tutoria, apoio pedagógico e Orientação de Aprendizagem: a) Tutores: são profissionais com experiência no campo da saúde e da educação, formados para agir como educadores de trabalhadores de saúde e atuam como facilitadores/mediadores da aprendizagem; b) Apoio Pedagógico – será realizado por profissionais com conhecimento ou experiência em processos EAD e na construção de processos de Educação Permanente e atuarão, especialmente junto à coordenação do curso com vistas a garantir direcionalidade político pedagógica e ajustes nas tecnologias EAD utilizadas; c) Orientador de aprendizagem - acompanha a trajetória do tutor, sendo o responsável por sua formação permanente e desenvolvimento satisfatório frente aos objetivos do curso. É um profissional com qualificação no campo da educação e/ou da área específica do curso que domina o projeto e faz as mediações necessárias, acompanhando a qualidade na resposta às necessidades apresentadas pelos alunos-equipe, além de fortalecer o elo entre os tutores e a coordenação pedagógica. 14. Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA): a) Ferramenta tecnológica para ampliação da interatividade entre os sujeitos e do acesso a materiais complementares, assim como de inclusão digital; b) Nas 4 primeiras UA será usado o AVA utilizado pela ENSP, a partir do software Virtual Institute of Advanced Studies Knowledge (VIASK); c) Nas 3 UA subseqüentes, proposta pela SESAB, será utilizado o Moodle que é de domínio público e já vem sendo usado pela EESP em diversos cursos; d) Ambas são ferramentas para o processo educativo e possibilitam contato permanente entre os alunos-equipe, tutores, coordenadores, orientadores e a equipe do acompanhamento acadêmico-pedagógico. 15. Coordenação e acompanhamento do processo de implementação do curso: a) Envolve formação dos atores que compõem a estrutura de gestão do curso, cuja função é coordenar e apoiar sua execução: coordenadores nacionais, regionais e estaduais; b) Dará sustentação aos orientadores de aprendizagem, tutores e alunos-equipe no acompanhamento e desenvolvimento da proposta do curso nos diferentes contextos de sua implementação, em âmbito estadual e nacional; c) A ser melhor definido na CIB junto com os gestores municipais – COSEMS. 16. Distribuição dos níveis de gestão; a) Coordenação Nacional do Projeto está a cargo da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), cabendo a esta instituição a responsabilidade pela implementação do curso e o seu acompanhamento, com o apoio do Grupo de Trabalho (GT) formado pelo Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS; b) Na esfera Estadual contará com a coordenação estadual composta pela EESP, EFTS, DGE e COSEMS e com uma coordenação Pedagógica pela EESP articulada com a coordenação nacional da ENSP; c) No âmbito regional do Estado o CGMR deverá indicar um coordenador para atuar em articulação com a coordenação Estadual, facilitando e viabilizando o processo de qualificação na região. Buscará desenvolver outras articulações regionais que se fizerem necessárias para uma articulação em REDE. 17. Potencialidades do compartilhamento e articulação em Rede: a) A articulação em Rede poderá ser fator de viabilização de uma participação em diferentes e fundamentais ações para a execução desse curso, em âmbito nacional/estadual/regional; b) Poderão compartilhar desde a inscrição e seleção das equipes gestoras à indicação de tutores, coordenadores locais e/ou regionais, exercendo o papel de articulador com as instituições de origem dos alunos-equipe, ampliando as possibilidades de uma ação regionalizada, interinstitucional e articulada com o controle social; c) Realização em Rede do curso envolvendo Estados, regiões e as instituições que compõem o SUS em todo o país, por meio dos Pólos de Apoio Descentralizados (PADs), de coordenação regional/estadual e base de apoio docente, acadêmico e administrativo; d) Fortalecimento das relações/redes de cooperação entre as Escolas do SUS, organizações de serviço e profissionais-alunos, mediadas pelas novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), possibilitando a qualificação dos trabalhadores/gestores/alunos. 18. Estruturação: a) Disponibilização dos Editais de Seleção de Tutores e Alunos para as Instituições de Ensino e CIB; b) Pactuação de responsabilidades e elaboração de cronograma de recrutamento, seleção e execução do curso; c) Apresentação e discussão do perfil e indicação dos Coordenadores Regionais (CGMRs), Estadual e Orientadores de Aprendizagem; d) Apoio às Equipes Regionais e articulação de uma rede de pessoas e instituições para apoiar o processo de qualificação em larga escala; e) Seleção de Tutores e indicação dos coordenadores regionais pelos CGMRs; f) Oficina de Formação de Tutores/Mediadores de aprendizagem; g) Capacitação dos Orientadores de Aprendizagem, Coordenadores Estadual e Regionais; h) Apoio e orientação às equipes técnicas para formulação das unidades de aprendizagem específicas. 19. Execução / Desenvolvimento: a) Oficinas regionais – Formação de tutores e coordenadores regionais; b) Momento presencial; c) Interação por meio de tecnologias e ambientes virtuais de aprendizagem; d) Acompanhamento durante a execução do curso; e) Relatórios e produção de conhecimentos a partir do próprio processo de qualificação; f) Construção de Indicadores para avaliação do processo educativo (apoio da UNB); g) Realização da mostra dos TCCs e Encerramento conjunto com certificação dos 2379 participantes. 20. Qualificação para Gestores de SUS – Desenho:



Qualificação para Gestores do SUS

Unidades de Aprendizagem Específicas

Curso de Especialização

Projetos de Intervenção e investigação como estratégia para organização do processo de trabalho

TCC como estratégia para organização e Avaliação de praticas gerenciais

Obs: Cada área técnica, com o apoio das escolas e assessoria, formulará uma unidade específica.
Sugestão COSEMS(Marta R)

Curso de Aperfeiçoamento

Gerenciamento Redes de Atenção à Saúde –Atenção Oncológica, Hemorredes e Urgência e Emergência, Laboratórios Públicos e outros

Gerenciamento das ações de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;

Gerenciamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Programas de Atenção à Saúde

Gerenciamento Atenção Básica

Gerenciamento das Vigilâncias em Saúde

Gerenciamento Orçamentário e de Fundos de Saúde

Planejamento e Programação em Saúde

Comunicação social, Controle Social e Ouvidoria

Dra. Marília finalizou a apresentação enfatizando que os processos construídos com o dinheiro público não podem ser privados, nem mesmo de uma instituição pública, têm que ser públicos e abertos, inclusive não foi muito bem vista na reunião com a ENSP por ter afirmado que a Bahia só vai aceitar se depois o processo ficar disponibilizado para qualquer município e o estado utilizar, ou seja, se não for de domínio público, não interessa para nós. Dr. Washington Couto questionou sobre o recurso do PA C e Dra. Marília confirmou que a ENSP está oferecendo para o Brasil todo, pois lá no PA C da aceleração, dentro do Mais Saúde, tem uma parte para capacitação de pessoal também. Dr. Washington Couto relatou que a UFBA está fazendo uma discussão de um modelo parecido que é a idéia do bacharelado interdisciplinar, que tem a parte comum e se faz essa derivação que é um pouco da lógica adotada em muitos países no ensino superior, onde a pessoa pode fazer a opção de sair de um bacharelado que não vai habilitá-la para ser um médico, enfermeiro ou odontólogo, mas pode já ir para um mestrado, doutorado ou uma especialização com aquele básico. Considerou o desenho muito interessante e a lógica de especializar também, porque muitas vezes criamos o profissional que é genérico, que entende de tudo, mas na verdade temos deficiência em várias áreas e enfatizou que a idéia de especializar não significar estar reduzindo e sim estar fortalecendo em outras áreas, o que é muito importante para o nosso Sistema, pensar de uma maneira mais ampla. Dra. Marília Fontoura pontuou que neste modelo podemos juntar as duas coisas, a necessidade do conhecimento global do SUS e a especificidade, porque pensamos que todo mundo sabe tudo e não é bem assim, às vezes algumas pessoas fazem certas propostas que parece que não conhecem a realidade do SUS. A representante de Lauro de Freitas, Valéria Dantas, questionou se o Colegiado de Gestão Regional está como um mediador das discussões, pois esta é uma forma da coordenação do Colegiado fortalecer a discussão e conhecer como está organizado o sistema de saúde de cada município. Dra. Marília Fontoura esclareceu que para a distribuição das vagas está sendo proposto que se faça uma distribuição macrorregional e a regional irá decidir como distribuir suas vagas, e a tutoria deve ser indicada e também um coordenador regional, então o CGMR terá o poder de indicar, distribuir vagas e assumir a responsabilidade junto conosco para fazer a coordenação do curso a nível regional, sem que seja necessário criar outros caminhos, com o apoio das DIRES e das universidades. Reafirmou que a idéia do curso é de que tudo passe pelo CGMR a fim de fortalecer a regionalização. A Secretária Municipal de Saúde de Ubaitaba, Ana Cristina, parabenizou pela apresentação e relatou estar fazendo um curso à distância que além de interagir com outros colegas gestores, possibilita a troca de experiências regionais o que é bastante interessante devido à enorme diversidade da Bahia. Dra. Lorene Pinto concordou e reiterou a colocação de Dra. Marília quanto à questão do domínio público do que é dinheiro público, ressaltando a necessidade de negociar com a ENSP, pois com a experiência obtida com os facilitadores da educação permanente no processo anterior, não tivemos um bom resultado e parte disso creditou à forma de trabalhar, pois ou eles disponibilizam as bases para que possamos estender a cobertura do programa no estado, ou vamos construir a nossa porque senão corremos o risco de um montante de recurso imenso como foi aquele de tutores da educação permanente com os facilitadores e não conseguimos finalizar o processo. Lembrou que investimos muito nos profissionais do grupo saúde que sempre estão nas ações finalísticas, mas sabemos também da importância de quem está na atividade meio, então os profissionais de nível médio ou superior que estão nessas atividades também precisam entender a lógica do sistema, saber o que é o processo de construção do Sistema Único de Saúde, que é a nossa dificuldade do dia a dia. Às vezes, por exemplo, trabalham no orçamentário ou no financeiro e não sabem nem porque estão neste meio de campo, por isso é fundamental envolver também o pessoal da área administrativa e é preciso que isso esteja explícito, pois mesmo o curso estando disponível, alguns ficam inibidos de se candidatar porque pensam que é só para os profissionais da área de saúde. Pontuou ainda que pela nossa experiência com os facilitadores da educação permanente, um curso nessa dimensão e com um número de participantes nesse volume, precisa ter critérios de inclusão para garantir a continuidade, a finalização e o compromisso com essa formação; não pode ser uma coisa de jogar para cima e quem pegar vai ser incluído, é necessário ter compromisso porque senão o curso não termina gasta muito dinheiro, não

263 chega ao final e aí não podemos garantir o impacto que esperamos com ele. Sinalizou ainda a necessidade de começarmos
264 a fazer as reuniões setoriais já pensando nas unidades específicas. A Secretária Municipal de Saúde de Dias D'Ávila, Marta
265 Rejane Montenegro, parabenizou pela proposta, ressaltando que esta é uma briga antiga com tudo o que é desenvolvido por
266 algumas instituições para o SUS que terminam virando know-how privado da instituição e não do SUS, que é o que
267 necessitamos, por isso precisa realmente ser disponibilizado com toda a tecnologia para que possamos incorporar e replicar.
268 Parabenizou o grupo e considerou um avanço a tentativa de compatibilizar as necessidades do Sistema e estamos num
269 processo de aprendizado bastante significativo, inclusive a última parte refletiu a preocupação com os gestores
270 intermediários, aqueles que trabalham no nível central das Secretarias de Saúde que muitas vezes estão alijados do
271 processo geral por várias questões, seja porque não estão na porta ou porque não estão vivenciando a assistência, e
272 acabam ficando à margem do processo de construção e na hora de contribuir, contribuem bem menos porque não estão
273 compreendendo o que está sendo construído. Dra. Suzana Ribeiro parabenizou o grupo pelo trabalho e à representação do
274 COSEMS que esteve na atividade, que foi fundamental para que pudéssemos chegar a esta proposta final. Considerou que
275 quando o trabalho é democrático e coletivo, claro que ele é mais demorado, mais difícil, tem mais embate e mais discussão,
276 mas o produto final sai sempre melhor e muito mais enriquecido. Assim, após apresentação na reunião do COSEMS pela
277 manhã, foi consensuado pela Diretoria, não existindo nenhuma discussão do ponto de vista técnico nem da estrutura da
278 apresentação, a única questão levantada foi com relação aos critérios conforme colocado por Dra. Lorene, que não serão
279 decididos nesse momento, mas deverão ser pactuados aqui na CIB para que cheguem aos CGMR e sirvam de orientação
280 para construção do processo. Outra coisa importante também colocada é a questão da base, que na verdade é o espírito, é o
281 que vai materializar o processo, então se essa base fica atrelada à ENSP, precisamos ter clareza de até onde vamos e qual
282 o espaço que nos será permitido para que possamos construir e avançar também enquanto estado. Isso é fundamental,
283 porque na verdade nós é que temos a condição de fazer uma leitura crítica das nossas necessidades e poder agregar isso
284 dentro da base, e é importante que isso esteja bem estabelecido para que não tenhamos outra vez a experiência frustrante
285 que tivemos com o processo dos facilitadores e tutores de educação permanente, conforme citado por Dra. Lorene, que
286 acabou ficando no meio do caminho nem dizendo a que veio. Afirmou que o COSEMS se sente extremamente contemplado,
287 até porque esta questão da qualificação da gestão regional foi uma proposta da diretoria como um todo desde o início da
288 gestão, e aqui encontramos uma forma clara de colocar o processo para avançar e materializar através não só dos gestores
289 municipais como também dos técnicos. Ressaltou mais uma vez a excelência do trabalho e desejou que nas próximas
290 pactuações possamos alcançar este nível de discussão e consenso e que o fechamento desta proposta seja comum à todas
291 as outras. Dra. Marília Fontoura finalizou lembrando que no dia 28 está marcada uma oficina que até hoje não foi confirmada
292 e que já deveríamos levar mais ou menos prontas essas decisões que precisam ser incorporadas no termo de compromisso
293 e se houver a garantia da ENSP de começar em janeiro já poderemos dividir e começar nosso processo de seleção para os
294 instrutores. A ENSP concordou, até porque foi a condição dada pelo Ministério para disponibilizar o recurso. Relatou que o
295 Ministério havia informado que se poderia disponibilizar tantas vagas quanto forem possíveis desde que o custo da
296 preparação dos tutores e o custo dos tutores fossem assumidos. Relatou também que um projeto já foi enviado para o
297 Ministério da Saúde, pois na portaria nº 196 algum recurso já foi reservado para o custeio desses tutores. Informou que está
298 tudo articulado para que tudo ocorra bem, uma vez que as áreas técnicas não irão ficar sobrecarregadas e a compreensão
299 de que a área administrativa têm que estar a frente é tão grande que está apontando a DGE para fazer parte da coordenação
300 do curso para dar esse caráter de participação. Sugeriu que se escolhesse algum integrante do COSEMS fosse indicado
301 para ficar como coordenador, assim como a DGE e os outros setores que vão dividir esse processo. O Senhor Coordenador
302 colocou em votação sendo que a proposta apresentada foi aprovada e convidou ao Senhor Alexandre a apresentar o plano
303 estadual de educação permanente. O Senhor Alexandre pediu desculpas pela ausência da Superintendente Isabela Cardoso,
304 que por motivos superiores precisou se ausentar. Dando continuidade o Senhor Alexandre comentou que apesar do título da
305 apresentação ser plano de gestão do trabalho e educação permanente, seria apresentada apenas uma parte deste plano,
306 devido ao prazo de entrega para o Ministério da Saúde está curto, que é a parte referente à portaria nº 1996, e o restante do
307 plano vai continuar sendo discutido e elaborado para fechamento das ações. Explicou que especificamente precisou-se
308 fazer a apresentação devido a urgência em se enviar a proposta para o ministério. Lembrou que na última reunião da CIB
309 já foi apresentado um pouco desta discussão do plano estadual pela superintendente e pela diretora Maria Caputo.
310 Comentou sobre a competência da Superintendência de Recursos Humanos que é dar o Apoio aos Colegiados de Gestão
311 Regional de cada uma das nove macro-regiões do Estado, na elaboração do Plano Regional de Gestão do Trabalho e da
312 Educação em Saúde. Explicou sobre a metodologia utilizada, que foi uma comunicação direta a partir de materiais de
313 subsídios que já se haviam levantando tanto das conferências municipais de saúde, como da conferência estadual, assim
314 como a própria oficina diagnóstica do plano estadual de saúde. Relatou que foi encaminhado um material para os
315 quatrocentos e dezessete municípios, conforme especificação abaixo: 1. Documento pontuando os conceitos de Gestão do
316 Trabalho e Educação Permanente a fim de afirmar a importância da construção do Plano e executar as ações propostas na
317 Política Estadual de GT e EPS; 2. Instrumento orientador (passo a passo) no levantamento das necessidades de GT e EPS
318 municipais. Documentos de referência: Plano Municipal de Saúde, Conferências Municipais de Saúde e Plano Plurianual; 3.
319 Período para encaminhamento da proposta de GT e EPS do município: 22/09/2008 (via e-mail) e 10/10/2008 (via correio).
320 Dando continuidade, informou que 40 municípios levantaram as necessidades de GT e EPS, que foram os municípios de
321 Abaré, Alagoinhas, Antas, Barra do Rocha, Barréiras, Brejões, Brumado, Cafarnaum, Camaçari, Campo Formoso, Catu,
322 Chorrochó, Condeúbas, Curaçá, Dias D'Ávila, Ibicuí, Ilhéus, Ipecaetá, Iramaia, Itanagra, Itapicuru, Livramento de Nossa
323 Senhora, Maracás, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Mortugaba, Mulungu do Morro, Muquém do São Francisco, Nova
324 Redenção, Paripiranga, Remanso, Ribeira do Pombal, Salinas das Margaridas, Santo Antonio de Jesus, São Domingos, São
325 Sebastião do Passé, Sento Sé, Tabocas do Brejo Velho, Valença, Várzea Nova, Vitória da Conquista. Além disso, algumas
326 microrregiões conseguiram construir o plano, a partir de discussões dos planos microrregionais. Relatou que por fim, na
327 última reunião da CIB, com ainda não se havia definido a comissão estadual que vai cuidar dessa pauta da educação
328 permanente e da gestão do trabalho, foi tirada uma comissão para poder discutir e fazer a apresentação desse ponto
329 específico da portaria nº 1996, conforme segue: Joseane – Amargosa/CIB; Emilio – Amélia Rodrigues/CIB; Marta Rejane –

330 Dias Dávila/CIB; Stela – Jequié/CIB; Alexandre – Assessor/SUPERH; Catarina – EFTS/SUPERH; Gesilda – EES P/SUPERH;
 331 Ana Neusa – DA RH/SUPERH; Maria Caputo – DGTES/SUPERH. Explanou sobre o que se definiu de ações identificadas e
 332 até então apresentadas pelo grupo de trabalho, conforme quadro abaixo:
 333

CURSO	VAGA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA	RECURSO
Especialização Técnica em Registro e Produção de Informação e Saúde	90	Trabalhadores do SUS-BA de nível médio inseridos na área de registro da rede pública hospitalar	240 h	150.000,00
Especialização Técnica de Informação em Saúde	150	Profissionais de nível médio da rede SUS Bahia (Núcleos de RH, DIRES e Municípios)	224 h	300.000,00
Aperfeiçoamento em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde	500	Profissionais de nível médio da rede SUS Bahia (Núcleos de RH, DIRES e Municípios)	180 h	600.000,00
Formação de Facilitadores para o curso de Registro e Produção de Informações e Saúde	25	Facilitadores do curso de especialização Técnica em Registro e Produção de Informação e Saúde	100 h	125.000,00
Atualização em Técnico de Laboratório em Saúde Pública	60	Profissionais inseridos nos serviços de laboratório da rede LACEN/BA	180 h	50.000,00
Oficinas para Formação de Facilitadores para o Controle Social	500	Trabalhadores, gestores e usuários do SUS-BA e professores do ensino médio	40 h	298.000,00
Oficinas de Educação Popular	840	Trabalhadores do SUS e Gestores	40 h	252.000,00
Mestrado Profissional	15	Profissionais da Rede SUS		391.000,00
TOTAL PARCIAL				2.166.000,00

334
 335
 336
 337

O Senhor Alexandre informou que foi dada uma atenção especial aos profissionais intermediários, pois foi uma necessidade que estava bastante evidente e foi focada como uma necessidade. Dando seguimento informo sobre a parte do recurso específico colocado para nível superior, conforme quadro a seguir:

CURSO	VAGA	PÚBLICO ALVO	CARGA HORÁRIA	RECURSO
Estágio de Vivência no SUS	500	Estudantes		500.000,00
Curso de Gestão do Cuidado	150	Profissionais dos NASF, hospitais e Centros de Referência do SUS/BA		340.000,00
Curso de Gestão Hospitalar	150	Trabalhadores das Unidades da Rede Pública Hospitalar SUS/BA		300.000,00
Seminários Humaniza - SUS	09	Trabalhadores, gestores, usuários do SUS-BA e Universidades		360.000,00
TOTAL PARCIAL				1.500.000,00
TOTAL GERAL				3.666.000,00

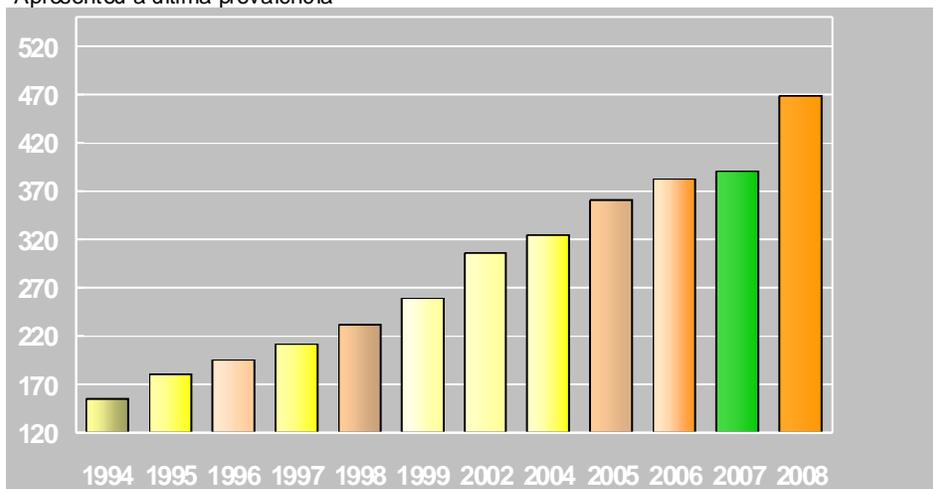
338
 339
 340
 341
 342
 343
 344
 345
 346
 347
 348
 349
 350
 351
 352
 353
 354
 355
 356
 357
 358
 359
 360
 361
 362
 363
 364
 365

Informou que o público direto envolvido em torno de três mil trabalhadores fazendo o processo de formação mais os seminários que darão em média cem participantes, esse valor poderá chegar quatro mil pessoas. Comentou sobre a questão do estágio de vivência, pois há alguns processos que estão acontecendo, como o PROSAÚDE, implantação das diretrizes curriculares, os processos de integração da rede de educação e trabalho, e outros processos que precisam dos estudantes cada vez mais envolvidos, organizados, debatendo e para isso eles precisam conhecer a realidade do Sistema Único de Saúde, não só nos centros onde os mesmos fazem a formação mais também por todo o interior no Estado, nos menores municípios e municípios de médio porte. A Senhora Suzana Ribeiro abriu as inscrições para fala e relatou que essa apresentação foi discutida pela manhã na reunião do COSEMS, destacou algumas questões centrais, como a questão do Aperfeiçoamento em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde, que é uma questão fundamental, mas sugeriu também que se poderiam ter mais profissionais fazendo um curso de aperfeiçoamento de cento e oitenta horas, desde que se construa um conteúdo programático que dê conta das demandas da demanda do profissional. Relatou que existem muitos gestores que são de nível médio que podem estar neste curso como se têm também gestores de nível superior que não tiveram oportunidade de fazer um curso na área de gestão. Sugeriu em se abranger esses gestores, necessitando apenas rever alguns critérios e analisar de que forma isto seria possível. Comentou que tem que ficar claro que esta apresentação trabalha na linha dos recursos voltados ao nível médio, mas no momento em que se apresenta a proposta, a mesma faz referência ao mestrado profissional é para o pessoal de nível superior. Sugeriu também que no próximo ano seja feito um trabalho para aquisição de mais recursos para se fazer mais turmas de mestrado profissional na área de gestão. Informou que na área de educação, com essa mobilidade e com a proposta da universidade aberta, amplia muito mais o conhecimento, mas é extremamente positivo um mestrado profissional na área da gestão, pois ele traz a possibilidade do profissional que está em serviço, repensar, fazer a análise crítica da prática e propor uma intervenção direta no município na área da gestão, pois isto qualifica ainda mais a gestão e faz os gestores repensarem o SUS de forma crítica e proponha uma intervenção direta assim como as posições já tomadas na prática. Sugeriu em se aproveitar o momento e pensar como construir novas propostas para dois mil e nove e se poder ampliar um número de turmas de mestrados que não seja pequeno e fazer um trabalho mais articulado e qualificado. O Senhor Alexandre reforçou que esta apresentação trabalha com recursos da portaria nº 1996, ressaltou também que no GESCOM, foi apresentada uma proposta de convênio de dois milhões de reais para fazer a formação de dois mil e setecentos gestores, entre nível superior e médio. Comentou que este é o curso de capacitação gerencial que o Ministério fez a apresentação, nos fez a sugestão, e a SESAB devolveu a proposta. Relatou que já existe

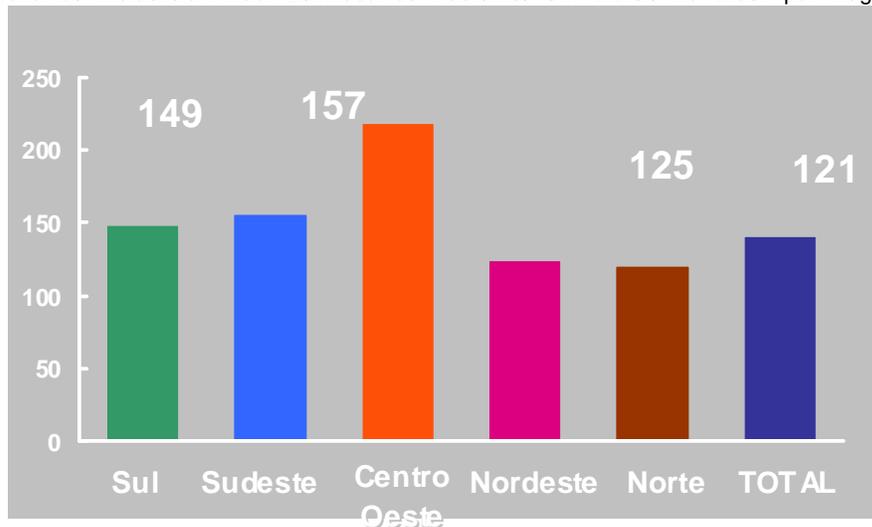
este recurso de dois milhões que já está garantido. Informou que além deste recurso, para o próximo ano há outros dois recursos provenientes do PAC para fazer a formação de gestores sendo um para implantação do pacto e o outro é um recurso para ser garantido na gestão do trabalho e educação permanente, que é um outro curso para fazer a articulação de redes no Estado. Informou que uma parceria importante que se está estabelecendo é com o Ministério Público, para fazer o curso de direito sanitário que vai envolver diversos fatores na área jurídica. Dr. Emerson Garcia questionou quanto à questão do nível médio dos estagiários de vivência no SUS - Sistema Único de Saúde que são acadêmicos para aluno de qualquer área e Universitário, ou vamos começar definir por critério de Instituição Pública primeira depois as Filantrópicas e por último a privada. Dr. Alexandre Ramos colocou que quando a SUPERH estava amadurecendo este projeto se pensou primeiro as quatorze profissões na área da saúde, mas nada impede se quisermos pensar, avançar e refletir; deu como exemplo estudantes de Direito e Administração que venham a atuar nesta área; citou não ter nenhum problema porque está começando com público. E que a SUPERH estará fazendo este debate junto com Município e COSEMS porque a ideia é fazer que este recurso seja passado fundo a fundo para que os Municípios possam ajudar a construir esta proposta. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que é importante o que foi colocado por Dr. Emerson, mas acha que não deve ser o centro. Salientou que temos que reavaliar porque depende muito das Instituições por que vem dos Diretórios Acadêmicos, sendo fundamental esta linha porque irá dar um suporte para os Municípios que recebe. Deu exemplo do Município de Vitória da Conquista e via de regra recebe quarenta e seis estudantes de Medicina da UFBA no início de semestre. E os estudantes fazem mobilização com apoio do CREMEB e o município custeia alimentação e alojamento, e que algumas vezes a universidade consegue o alojamento por uma semana os estudantes de Medicina da UFBA. Pontuou que é uma experiência importantíssima que é a partir aí que começa a abrir o horizonte dos graduandos para o SUS - Sistema Único de Saúde. Sugeriu que seja apresentado isto para a Universidade e à medida que os projetos aparecerem a CIB priorize dentro da linha do que é Público, Filantrópico e Privado, mas acha que não devemos seguir a mesma regra da compra-oferta de serviço, até mesmo da lógica das Universidades; deu exemplo o PET Saúde que esta saindo primeiro com as Universidades Públicas e depois Filantrópicas e em seguida as Privadas. Pontuou que o foco é exatamente daquele que traz uma proposta que seja consistente. Dr. Emerson Garcia lembrou que foi aprovado na Conferência Estadual de Saúde e que nós estamos sempre deixando alguma coisa passar; citou a questão do profissional de saúde que formasse na Escola Pública iria está tendo prioridade na questão da prestação do serviço, serviço obrigatório e tudo que foi decidido e que nós não conseguimos resgatar até o momento. E quando levantar a questão do estagiário na vivência do SUS - Sistema Único de Saúde vai investir no acadêmico que irá para Rede Privada e em especial o Médico. Exclamou que são estas complicações que pontuam na visão de melhoria da qualidade. Dra. Marta Rejane Montenegro sugeriu um encaminhamento com relação à formação de facilitadores que foi apresentado 525. Questionou se é possível tecnicamente e viável ter um eixo base na formação de Facilitadores como foi feito na ENSP, uma base para formar Facilitadores e depois entrar na especificidade. Explicou que está questionando para que não tenha ao longo do processo que formar novos facilitadores ou as mesmas pessoas tenham que fazer outro curso de facilitador porque o Município é tão pequeno que o Gestor só tenha uma pessoa com perfil para ser multiplicador e mande ela sempre. Colocou que assim podemos otimizar a utilização do recurso. Dra. Maria José Camarão pontuou que nesta questão que foi levantada por Dra. Marta Rejane, se podemos estar ampliando este número vinte e cinco ou diminuindo, mas depende da estimativa e depois podemos fazer adequação do que seja mais viável. Pontuou que é possível, não vê problema nenhum. Dra. Stella Souza, Secretária Municipal de Saúde de Jequié, colocou que foi contemplada com a fala de Dra. Marta Rejane, na verdade a equipe do COSEMS, a Comissão que esteve presente nesta discussão. Sugeriu que a partir da aprovação ou não que já fosse criado os critérios para seguir a linha da Rede Pública. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que fosse remetido para a Comissão criar os critérios e apresentar na próxima CIB. Dando continuidade. Dra. Suzana Ribeiro comunicou que em conversa com Dr. José Bonifácio da CGEP informou que tem um recurso da Educação Permanente que será empenhado nesta semana para parte da Gestão Estratégica que pode ser agregado e os municípios podem apresentar um projeto para repassar fundo a fundo para o Estado com finalidade de acolhimento para os novos Gestores; citou que este recurso chega a torno de R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) a R\$ 200.000,00 (Duzentos mil reais). Solicitou para Alexandre Ramos da COGEP para pensar nesta questão porque vai de encontro à proposta de acolhimento do COSEMS para o ano de dois mil e nove, que pretende iniciar no próximo ano. Propôs fazer o trabalho análogo de acolhimento dos novos Gestores para trabalhar a discussão do pacto e da Gestão qualificada no Sistema Único de Saúde. O Senhor Coordenador abriu para discussão, não havendo objeção foi aprovado por todos os Membros. Dando continuidade a reunião. O Senhor Coordenador informou que os pontos de pauta da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS; 2.1 Apresentação do Projeto de Cirurgias Eletivas de Santo Antônio de Jesus. 2.2 Portaria GM/MS 2.076, de 02 de outubro de 2008, que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro da Assistência Ambulatorial e Hospitalar (Média e Alta Complexidade) dos Estados e do Distrito Federal; 2.3 Portaria GM/MS 2.152, de 10 de outubro de 2008, que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia; 2.4 Portaria GM/MS 2.298, de 10 de outubro de 2008, que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios; 2.5 Portaria GM/MS 2.381, de 10 de outubro de 2008, que estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para fortalecimento da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Solicitou para ir para pauta da próxima reunião da CIB. Dra. Suzana Ribeiro informou que discutiu na reunião do COSEMS com Dra. Conceição Benigno e Dr. Andrés Alonso para que na próxima semana no dia vinte e cinco, a Comissão que já discutiu no primeiro momento retorne para rediscutir com área técnica até porque na reunião que aconteceu na quarta-feira para estabelecer os critérios às portarias o grupo entendeu que nem todos os critérios que foram levantados estavam contemplando na contra proposta apresentada. Pontuou que para não polemizar e a discussão se prolongar e não chegar a um consenso, então decidimos remeter e trazer no próximo dia quatro do mês de dezembro, na reunião da CIB, uma proposta de consenso pactuado para que possamos avançar. Exclamou que tem um desafio pela frente não é tão fácil por envolver recurso financeiro. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro para apresentar a pauta do COSEMS; Propostas de Ação a serem apreciadas e referendadas pela CIB, conforme Portaria SV/S/MS nº 079 de 23/09/2008: Núcleo de Promoção de Atividade

Física e Saúde: Programa Ação e Saúde Guanambi; Proposta Movimenta Cruz das Almas II: Incentivo a prática de Atividades Físicas e Teatro Móvel: Conduzindo a Cultura da Paz, do município de Cruz das Almas; Projeto Vida Saudável do Município de São Félix. Acrescentou Dias D'Ávila, Ubaitaba e Santo Antônio de Jesus. Dr. Emerson Garcia solicitou inclusão do município Amargosa conforme solicitação da Secretária Joseane que irá apresentar a documentação a SESAB amanhã dia vinte e um do mês de novembro. Dra. Suzana Ribeiro informou que estes projetos estão sendo apresentados a CIB só para referendado porque o edital já foi aprovado pela SVS. O Senhor Coordenador pontuou que todos os projetos aprovados pela SVS Ministério da Saúde sejam referendados pela CIB. Dra. Suzana Ribeiro deu continuidade Credenciamento/habilitação do UNACON com serviço de Cirurgia Oncológica, Serviço de Oncologia Clínica e Serviço de Hematologia no Hospital D. Pedro Alcântara. O Senhor Coordenador pontuou que todas as portarias ficaram para próxima reunião inclusive a de oncologia. Propôs que este ponto ficasse para próxima reunião para ser tratado junto com a discussão da rede de oncologia da locação dos recursos de oncologia. Dra. Denise Mascarenhas colocou que não há problema, mas gostaria de saber qual foi o parecer da área técnica porque tem prazo. Pontuou que é bom ter conhecimento, se houver pendência para solucionar, na próxima discussão já esta solucionada. O Senhor Coordenador informou que as pendências são de conhecimento de todos, o Hospital não tem Urgência e Emergência, UTI não é Geral e isto terá que ser discutido aproveitando a discussão da portaria inclusive da locação dos recursos que estão previsto. Dra. Denise Mascarenhas argumentou que o parecer da área técnica não condiz com que o Senhor Coordenador colocou que o Hospital não tem Urgência e Emergência, UTI não é Geral. Solicitou o registro que a área técnica expusesse o parecer para Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana porque até o momento não foi comunicado sinalizando esta pendência porque o último documento que foi solicitado da Secretaria de Feira de Santana já foi entregue a SESAB. O Senhor Coordenador questionou a Dra. Denise Mascarenhas se já esta funcionando a Urgência e Emergência. Dra. Denise Mascarenhas informou que Urgência e Emergência estão funcionando. O Senhor Coordenador questionou se o ponto socorro já esta funcionando. Dra. Denise Mascarenhas informou que o Ponto Socorro, Urgência e Emergência estão funcionando e o UNACON está todo pronto, a oncologia e a U.T.I é Geral com toda produção e visitada pela Equipe Técnica. O Senhor Coordenador solicitou para agendar uma visita da equipe técnica no Hospital de Feira de Santana e comprovar que a Urgência e Emergência e U.T.I Geral estão funcionando. Explicou que não é informação da Direção do Clériston Andrade que quando pede para encaminhar um paciente para U.T.I tem a informação que a UTI não é geral e quando precisa resolver pendências não é atendido. Dra. Denise Mascarenhas colocou que pode encaminhar a produção do Hospital Clériston Andrade para CIB verificar. O Senhor Coordenador pontuou que a produção não é problema, o importante é a visita da área técnica para comprovar que a UTI é Geral e a Urgência e Emergência funciona e que o dinheiro que o Ministério da Saúde alocou no teto para o Hospital Dom. Pedro de Alcântara está chegando ao Hospital Dom. Pedro de Alcântara. Dra. Denise Mascarenhas questionou a Sra. Laura da DICON – Diretoria de Controle, sendo informado pela mesma que a visita da equipe técnica já foi realizada. Informou que já tem um relatório da Equipe Técnica. Sra. Laura da DICON informou que já foi encaminhado. O Senhor Coordenador informou que o relatório sobre as questões específicas da quimioterapia e radioterapia está feito. Salientou que é preciso superar a pendência que existem em muitas reuniões da CIB é que o Hospital Dom Pedro de Alcântara não tem Pronto Socorro funcionando e que a UTI não é Geral e que o dinheiro que o Ministério alocou no ano dois mil e sete, não chegam a este Hospital. Solicitou para DICON que sejam apresentadas na próxima CIB estas pendências. Dra. Denise Mascarenhas pontuou que é preciso apresentar as portarias destas alocações para CIB. Enfatizou que não são estes os pareceres da equipe técnica da SESAB encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Sugeriu que as Equipes Técnicas se unam e dêem um só parecer. O Senhor Coordenador pontuou que tem em mãos o Relatório da Auditoria que fala que o Hospital Dom Pedro de Alcântara até hoje não recebe o recurso que foi locado, a UTI não funciona como UTI geral e sua porta de entrada não está funcionando como unidade de Urgência e Emergência. Dra. Conceição Benigno informou que a Diretora de Controle Dra. Cláudia Almeida está em Brasília por caráter de emergência e mandou uma técnica da DICON nesta CIB. Comunicou que a DICON irá atender esta solicitação pensando os pareceres que já existe, inclusive o parecer da Auditoria e vamos discutir o assunto junto com a Rede de Oncologia, como já foi colocado pelo Coordenador da CIB. Explicou que foi Dra. Claudia Almeida quem emitiu os pareceres e não está presente quando retornar iremos discutir juntos. Dra. Suzana Ribeiro passou a palavra para Dra. Stella Souza Secretária de Saúde de Jequié. Pontuou sobre a questão do UNACON e Oncologia em ficar para próxima reunião da CIB. E que também terá reunião da Câmara Técnica de Oncologia no dia vinte e um do mês de novembro que estaremos discutindo algumas questões que será apresentada na próxima reunião da CIB. Solicitou que Dr. Emerson Garcia como membro do COSEMS a representante na reunião da Câmara Técnica. O Senhor Coordenador colocou que Dr. Emerson Garcia é voluntário. Dra. Suzana Ribeiro deu continuidade a pauta do COSEMS; Portaria nº 220 de 30 de janeiro de 2007 que regulamenta a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Informou que no ano dois mil e sete, foi assinada a portaria do Ministério que define e regulamenta a contribuição institucional com repasse automático fundo a fundo dos municípios para autorização do Fundo Nacional repassar para CONASEMS. Pontuou que foi colocado em pauta na CIB para aprovar que todos os municípios do Estado da Bahia a partir desta resolução CIB passem a fazer suas contribuições através da autorização e cessão de crédito diretamente para o Fundo Nacional. Pontuou que é importante para os Municípios porque tem gerado algumas discussões e demanda que o COSEMS não tem tido condição de fazê-lo. Explicou como é feito hoje a contribuição institucional é pago através de boleto em duas parcelas semestrais; citou que com esta proposta em vez do Município ter que fazer empenho, autorizar e fazer processo. Pontuou com esta proposta fica com o repasse mensalmente e automaticamente o valor total e calculado em cima das mesmas regras do CONASEMS. Colocou que a discussão da tabela ficará para futuro prevalecendo à tabela atual e o repasse será fundo a fundo mensalmente, ou seja, sai na portaria autorização anual e recolhido 1,12 a cada mês. Enfatizou que isto é importante porque garante a manutenção do COSEMS e o fortalecimento das vices regionais porque a cada movimento que consegue garante a contribuição dos Municípios fundo a fundo e não retoma para suas vices regionais. E que os Colegiados de Gestão daquela macrorregião vão sair mais fortalecidos porque vão ter uma organização administrativa do CONER da regional do COSEMS articulada a Secretária Executiva e ao Colegiado de Gestão Micro Regional facilitando muito a relação institucional

500 dos COSEMS com cada Secretário porque terá um foro direto de atuação e interlocução que é a sua representação na
 501 Macrorregião. Propôs que aprove a Resolução CIB para que todos os Municípios passem a partir de então a contribuir desta
 502 forma seguindo a Portaria nº 220. Pontuou que o trabalho do COSEMS será buscar cada município para assinar o Termo de
 503 Adesão e encaminharmos para o CONASEMS e Fundo Nacional. Informou que os municípios de Gestão Plena ou aqueles
 504 que estão com Comando Único do Pacto de Gestão são fundo a fundo diretamente do Fundo Municipal e os que estão sobre
 505 Gestão Estadual, a autorização vem para o fundo e vai para o fundo Nacional e antes de haver o repasse para o fundo
 506 Estadual já sai à parcela do município para o CONASEMS. Dra. Suzana Ribeiro colocou em aprovação. O Senhor
 507 Coordenador informou que todos os Estados já regularizaram isto. Abriu para votação. Foi aprovado por todos os membros.
 508 O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Ana Cristina Secretária de Saúde de Ubatuba que questionou se terá um
 509 prazo para adesão este ano dois mil e nove. Dra. Suzana Ribeiro informou que a resolução sairá logo e já é direto, e cada
 510 vice-regional irá está passando o Termo de Adesão para nas reuniões dos Colegiados de Gestão os Secretários irem
 511 assinando e encaminhar para COSEMS. O Senhor Coordenador colocou no que ocorrer Habilitação do município de
 512 Palmeiras para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental. Abriu para aprovação, não houve discordância. Aprovado.
 513 Dando continuidade. O credenciamento das Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Riachão do Jacuípe. Colocou
 514 em discussão, sendo aprovado. O Senhor Coordenador apresentou o informe da DIPRO – Diretoria de Programação e Apoio
 515 à Gestão dos Sistemas Municipais de Saúde, no dia vinte oito do mês novembro ocorrerá seminário de mobilização do curso
 516 de Qualificação em Gestão Regionalizada do SUS. O Senhor Coordenador convidou Dra. Tereza Martins para apresentar
 517 habilitação do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais de Irmã Dulce como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em
 518 Oncologia – UNA CON. Dra. Tereza Martins, médica Nefrologista e Coordenadora da Câmara técnica de Nefrologia. Colocou
 519 que tem como proposta um serviço intra-hospitalar de nefrologia em Salvador no Hospital Santo Antônio. Pontuou que o
 520 pedido tem como base toda legislação vigente que inicia na portaria GM / MS Nº 1168, de 15 de Junho de 2004 que institui a
 521 Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal. Pontuou que a mesma resgata o conceito de integralidade que
 522 vai da prevenção da doença básica até assistência na média complexidade e posteriormente a oferta de TRS. E que a partir
 523 disto, o Ministério da Saúde, através da portaria SAS / MS Nº 211, de 15 de junho de 2004 e posteriormente a Portaria SAS /
 524 MS Nº 432, de 06 de junho de 2006, determina às SES que adotem providências para organização e implantação das Redes
 525 Estaduais e Regionais de Assistência em Nefrologia. Colocou que em base desta legislação e do PDR que iremos apresentar
 526 nossa proposta para ser avaliada pela CIB. Lembrou a relevância da doença renal crônica porque é uma doença com
 527 característica de epidemia com incidência e prevalência crescentes; elevada morbidade e mortalidade; elevado custo do
 528 tratamento dialítico e elevado custo do transplante renal. Mostrou dados recentes 87.000 pacientes mantidos em diálise e
 529 36.000 pacientes transplantados renais. Chamou atenção à reduzida qualidade de vida e o gasto de mais de dois bilhões de
 530 reais a ano mantendo pacientes em TRS. Apresentou a última prevalência em diálise no Brasil:
 531 Apresentou a última prevalência



550 Taxa de Incidência Anual Estimada de Pacientes em Diálise no Brasil por Região baseada no censo SBN 2008:



566

567 Solicitou a CIB que fizesse a avaliação em relação a proposta de ampliação da rede da macro leste porque quando é
 568 avaliado a população da macro leste é feita baseada na Portaria do ano de 2002 que estabelece como parâmetro que a cada
 569 100.000 habitantes, devemos prever que quarenta pacientes podem ter doença renal crônica e precisar de TRS. Mostrou
 570 com base nos cálculos estimados feitos, quantos pacientes na região leste teriam que ter acesso a TRS hoje. Informou que
 571 foi previsto em torno 1787 se estiver pensando na taxa de prevalência que foi colocada de 40 por 100.000 ou 400 por
 572 1.000.000 milhão. Informou que na macrorregião leste tem 1834 pacientes; salientou porque tem mais do que o previsto,
 573 porque tem Salvador, e sabemos como é a capital, os pacientes que não tem assistência adequada no interior terminam
 574 procurando a capital.
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608



MACRO	MUNICÍPIO	SERVIÇOS DE NEFROLOGIA / consultas Nefrologia
LESTE	SALVADOR	CLINI – RIM CLINICA NEPHRON-ITAPUÁ / BARRIS: INED/ 49 CLINICA SÃO MARCOS CLINICA SR. DO BONFIM HUPES/ 4842 HGRS/ 3657 HGAN/ 5850 HP HE/ 35 HSR/ 913
	CAMAÇARI	NEFROVIDA
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	CLINICA DO RIM/ 445
NORDESTE	ALAGOINHAS	HEMOVIDA
CENTRO-LESTE (1)	FEIRA DE SANTANA	CLÍNICA SENHOR DO BONFIM/775 IUNE/ 76
	Serrinha	Clínica Luiz Andrade Silva
NORTE	JUAZEIRO	CLINEFRO/721
	PAULO AFONSO	CLIRENAL
CENTRO-NORTE	JACOBINA	CLINEHL
SUL	ILHEUS	CAR

EXTREMO-SUL	IT ABUNA JÉQUIE EUNÁPOLIS	ST ^a . C. MISERICÓRDIA CENTRO DE DOENÇAS RENAI S/ 207 CLINICA ST ^a . CRUZ/
SUDOESTE	VITÓRIA DA CONQUISTA	NEPHRON/ 571 CLINICA URO/ 529
OESTE	BARREIRAS	UNISANG

609
610

Colocou que a prevalência na Macrorregião leste é superior a 40 como está sendo mostrado nos gráficos. Informou que temos 14(quatorze) serviços sendo 12 (doze) localizado em Salvador e 2(dois) nos outros municípios.

MACRORREGIÃO	POPULAÇÃO	PACIENTES ESTIMADOS (1)	PACIENTES EM TRATAMENTO OHD	SERVIÇOS DE NEFROLOGIA				CENTROS DE REFERÊNCIAS	
				EXISTENTES	NECESSIDADE DE (2) PACIENTE / SERVIÇO		DÉFICIT. PACIENTE / SERVIÇO		
					80	200	80	200	
CENTRO LESTE	2.107.245	843	567	03	10	04	07	01	-
CENTRO NORTE	769.742	308	83	01	04	01	03	-	-
EXTREMO-SUL	711.535	285	167	01	04	01	03	-	-
LESTE	4.468.281	1787	1834	14	22	09	08	(- 05)	-
NORDESTE	790.359	316	112	01	04	01	03	-	-
NORTE	1.013.068	405	312	02	05	02	03	-	-
OESTE	847.500	339	64	01	04	01	03	-	-
SUDOESTE	1.713.547	685	289	02	09	03	07	01	-
SUL	1.659.393	664	430	03	08	03	05	-	-
TOTAL	14.080.640	5.632	3.858	28	70	25	42	02	-

611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622

NOTA: (1) Utilizado parâmetro – 40 pacientes/ 100.000 habitantes (Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002); (2) Utilizado parâmetro _ 1 Serviço / 80 pacientes _ 1 Serviço / 200 pacientes; (3) Excesso de oferta de serviço na Macrorregião Leste quando foi considerado 1 Serviço / 200 pacientes. Chamou atenção que a portaria fala que os serviços devem atender entre 80 a 200 pacientes; pontuou esta deve ser a capacidade dos serviços. Citou que nos casos dos municípios que são muito pequenos, de 80 pacientes para atender, irá necessitar ter um número maior de serviço e por outro lado se o município tem serviço grande que atendem 200 pacientes o número será reduzido. Informou que fez o cálculo de serviço nesta macrorregião dando uma média de atendimento de 144 pacientes, mas pensando no que a portaria coloca que são 80 pacientes, nós precisaríamos ter se fosse serviços pequenos 22 serviços, com isto hoje temos 14 serviços, estamos com déficit de 8 serviços. E pensando em serviços grandes precisaríamos ter 9 serviços e estaríamos tendo uma sobra de 5 serviços. Salientou que estamos vivendo uma epidemia e cabe ao Estado estar preparado para enfrentá-la. Apresentou a Rede Estadual de Assistência em Nefrologia: Serviços de Nefrologia na Macrorregião Centro Leste.

Município	Serviços de Nefrologia / Macro Leste	HEMODIÁLISE			
		Nº de Máquinas	Nº de Pacientes SUS	Nº de Pacientes Convênio	Nº Total de Pacientes
Camaçari	NEFROVIDA	35	101	0	101
S. Antônio de Jesus	CLÍNICA DO RIM	30	152	8	160
Salvador	CLÍNICA SÃO MARCOS	26	106	29	135
Salvador	CLÍNICA Sr. DO BONFIM	53	251	37	288
Salvador	CLINIRIM	35	196	1	200
Salvador	HOSP. ANA NERY	22	132	0	132
Salvador	HOSP. ESPANHOL	26	90	47	137
Salvador	HOSP. PORTUGUÊS	27	58	47	105
Salvador	HOSP. SÃO RAFAEL	16	30	35	65
Salvador	HUPES	20	38	0	38

Salvador	INED	24	101	49	150
Salvador	HGRS	21	172	0	172
Salvador	NEPHRON / ITAPUA	39	160	44	204
Salvador	NEPHRON / BARRIS	67	280	47	327
TOTAL		441	1867	344	2214

623 Pontuou que em Salvador, os Hospitais Português, Espanhol e São Rafael que são Filantrópicos, chamam atenção que no
624 serviço máximo para atender 200 pacientes é preciso ter 35 máquinas; salientou o que acontece nestes hospitais com
625 capacidade máxima para atender, eles trabalham com 26,27 e 16 máquinas, e os pacientes/convênio o que equivale muitas
626 vezes a 50 % dos atendimentos destes hospitais filantrópicos, com isto o SUS - Sistema Único de Saúde não consegue está
627 contando com 100% destas vagas, só com 50% das vagas nos Hospitais Filantrópicos. Colocou que o Hospital Roberto
628 Santos atende todos os pacientes. Informou que tem um trabalho muito interessante do Dr. Paulo Rocha nefrologista onde
629 observou há quase dois anos os pacientes que chegava à Emergência do Hospital Roberto Santos e precisava de TRS -
630 Terapia Renal Substitutiva sendo quase metade proveniente do Interior do Estado e a distância que estes pacientes teriam
631 que está percorrendo para chegar até os centros. Exclamou que isto alerta em está revendo a Rede como um todo e com isto
632 sensibilizando para que possamos ver alternativas. Chamou atenção para os números de pacientes nos serviços que são
633 privados que fazem por convênio. Deu exemplo da Clínica São Marcos, 29 pacientes/convênio, Senhor do Bonfim, 37
634 pacientes convênio, Clínica INED que é uma clínica pequena com 150 pacientes, sendo 49 pacientes/convênio. Pontuou que
635 a mudança do perfil da INED sendo reduzidas as vagas SUS - Sistema Único de Saúde e ampliada o número de vagas para
636 convênio. E a clínica NEPHRONI em Itapua com 47 pacientes e NEPHRONI Barris com 47 pacientes/convênio, ou seja, um
637 grande percentual destas máquinas se imagina que é só atendimento SUS e na realidade não é só SUS tem muitos
638 pacientes de convênio dialisando. Pontuou que por conta do que foi apresentada é necessário avaliação e aprovação da CIB
639 para construção de um serviço intra-hospitalar de nefrologia no Hospital Santo Antônio. Mostrou o que tem no Hospital Santo
640 Antônio obedece a Portaria SAS nº 432 e RDC 154, de 06 de junho de 2006 (consultas em Nefrologia e Diálise Peritoneal);
641 Porta Aberta de Urgência e Emergência; Hospital de retaguarda de Leitos de Nefrologia e Transplante Renal. Pontuou que é
642 necessário que o Hospital Santo Antonio reveja seu número de ambulatório de nefrologia que atualmente é somente 1
643 ambulatório adulto por semana e 1 ambulatório de criança já que o hospital tem pretensão de ter um serviço nefrologia.
644 Colocou que precisamos do Hospital Santo Antônio porque é outra porta aberta porque iremos deixar de ter só Roberto
645 Santos e Ernesto Simões que não tem serviço de diálise ficando sobrecarregado. Chamou atenção que devemos tentar usar
646 o potencial do Hospital Santo Antonio na questão de está atendendo os pacientes em caráter de Urgência e Emergência.
647 Propôs que podemos está pactuando posteriormente com Santo Antônio, ser referenciado como Hospital de retaguarda, ou
648 seja, ver a viabilidade de leitos específicos de Nefrologia cumprindo o que o Hospital já esta credenciado para Transplante
649 Renal e o que ainda o Hospital não vem realizando. Colocou que entende o porquê não vem realizando Transplante Renal
650 porque não tem o serviço de nefrologia tornando o processo mais difícil. Finalizou a apresentação agradecendo a todos. O
651 Senhor Coordenador agradeceu a Dra. Tereza Martins pela apresentação. Em seguida passou a palavra para Dra. Lorene
652 Pinto. Solicitou esclarecimento porque fica preocupada, 20 máquinas no hospital Público só atendendo 38 pacientes no caso
653 do HUPES e porque só funciona um turno. Enquanto o Hospital Roberto Santos tem 21 máquinas com 172 pacientes, o outro
654 com 20 máquinas só com 38 pacientes sendo um Hospital público com bastante ajuda no SUS do Estado. Pontuou
655 precisamos mexer nisto. Fez outro questionamento, se os serviços que têm estas máquinas são exclusivos para o SUS
656 porque não mexer nos 344 que são pacientes de convênio ocupando a vaga do paciente do SUS, se são exclusivas, porque
657 na apresentação ficou entendido que seria máquinas disponibilizadas. Colocou que quando tem os problemas na Terapia
658 Renal Substitutiva à porta onde quebra e os pacientes batem é o SUS - Sistema Único de Saúde. Dra. Tereza Martins
659 informou que a situação do HUPES é delicada e que já esteve no HUPES em conversa com o Coordenador e até já fomos
660 ao Ministério Público, mas o Coordenador argumenta que precisa de uma estrutura administrativa que o HUPES não possui,
661 por isto não há condições de ampliar o serviço. Concordou plenamente no que foi colocado por Dra. Lorene Pinto. E quanto
662 as máquinas não são exclusivas SUS - Sistema Único de Saúde. Dra. Marta Rejane pontuou que não tem nada contra um
663 credenciamento de um Hospital Filantrópico que é 100% SUS não tendo nenhum tipo de convênio SUS com mais de 1000
664 leitos. Sugeriu que a primeira coisa a fazer é uma CIB gestora com critério se não está sendo utilizado pelo SUS
665 descredencia deixando credenciado o que efetivamente está sendo utilizado pelo SUS porque irá constar no CNES dele o
666 que é privado e SUS. Questionou o que referia a portaria que habilitou hospitais como Hospital de ensino. Dra. Tereza
667 Martins pontuou em relação a ser porta aberta. Dra. Marta Rejane lembrou que na portaria consta que todos eles têm que ter
668 porta aberta. Colocou que a Regulação tem dificuldade de colocar o paciente em qualquer hospital que não nos que seja
669 Urgências e Emergências do Estado: HGE, Roberto Santos e Ernesto Simões em Salvador depois das 16h30min até 07h nos
670 fins de semana e feriados. Chamou atenção é preciso discutir isto é muito serio. O Senhor Coordenador informou que em
671 curto prazo tem possibilidade de incorporar dois serviços nos municípios de Brumado que está em fase final de organização,
672 Senhor do Bonfim e Guanambi que está em processo embrionário de implantação com atraso, Jacobina, em processo de
673 ampliação, Teixeira de Freitas, em processo de ampliação, Valença também tem projeto, mas tudo isto são projetos em
674 curso. Quanto ao Hospital Santo Antônio é um projeto e não um credenciamento, o que a CIB vai aprovar é a inserção do
675 Hospital na rede estadual de Assistência em Nefrologia O Senhor Coordenador pontuou quanto a questão do serviço do
676 hospital da UFBA, já propôs em ir ao Ministério Público Federal junto com Reitor e Diretor do Hospital, ficou de marcar uma
677 audiência no Ministério Público Federal. Colocou que o Hospital da UFBA alega que tem uma decisão do Ministério Público
678 Federal que a Universidade não pode contratar novos profissionais terceirizados e que para funcionar os dois turnos precisa
679 de profissional. Comunicou que o hospital da UFBA nunca teve serviço de emergência e que não é uma situação que teve e
680 foi fechada. Informou que o reitor manifestou interesse em reunião com SESA B, SMS e Ministério da Saúde onde a
681 universidade se propôs a assumir o 5ª Centro de Saúde como porta de entrada de Urgência e emergência para o complexo
682 do Hospital Edgar Santos. E na ocasião a SMS não demonstrou interesse imediato; Salientou que a UFBA continua
683 sinalizando esta possibilidade porque no Hospital das Clínicas não tem espaço para montar um serviço de Urgência e

684 Emergência, tendo que construir ou empregar em outra unidade esta porta de entrada. Quanto ao Hospital Roberto Santos,
685 na semana passada, tinham 40 pacientes internados por causa da ausência de vagas para fazer Terapia Renal Substitutiva.
686 Pontuou que todos pacientes do Estado que não consegue vaga vem para o Roberto Santos e como é fator de migração
687 depois que eles conseguem a vaga se mudam para Salvador. Solicitou ajuda dos Secretários Municipais de Saúde com
688 relação a esta questão em identificar e encaminhar estes pacientes que estão próximo de Serrinha para a Clínica de Serrinha
689 que tem vaga disponível de TRS. Dr. Geraldo Mazela pontuou que a questão da prevenção tem que ser cobrada do
690 município de Salvador porque não é possível que Belo Horizonte tenha 560 PSF e que Salvador tenha 104 funcionando.
691 Questionou de como podemos estabelecer meta para realização de transplantes. Dra. Tereza Martins colocou que
692 futuramente irá procurar os Secretários Municipais de Saúde porque a idéia do Estado é está fazendo uma qualificação com
693 pessoal da Atenção Básica no sentido de está revendo a doença renal crônica com foco em prevenção de doença renal
694 crônica. Dr. Emerson Garcia informou que participa do núcleo do GT e na apresentação Dra. Tereza Martins falou muito
695 pouco. Salientou que gostaria que o Secretário Municipal de Saúde de Salvador estivesse presente porque Salvador é um
696 problema sério de responsabilidade de Gestão com relação à questão da Renal porque tem havido reuniões do GT e Gestor
697 de Salvador que tem assento não comparece. Chamou atenção quanto à quantidade de recurso que é destinado para
698 Salvador e os municípios ficam deprimidos tendo que encaminhar o paciente para Salvador, se não o Secretário Municipal
699 vai para cadeia. Questionou qual a ampliação da TRS para os municípios do Estado para que os pacientes não venham para
700 Salvador. O Senhor Coordenador concordou com a colocação de Dr. Emerson Garcia que é importante porque no ano
701 passado a SESA B com grupo técnico vem buscando investimento e serviços que tenham interesse implantar no interior
702 mapeando a oferta atual e qual a capacidade. Citou que feito isto foi apresentada a empresas que tem Clínica em outros
703 Estados que quisessem vir para Bahia. Deu exemplo a ampliação de Jacobina que o Estado vendeu o interesse e a
704 prefeitura abriu a licitação e a empresa entrou e ganhou; pontuou que espera que ocorra. Colocou que na questão do projeto
705 de Juazeiro está discutindo a implantação de outro serviço porque quando usar toda capacidade do serviço do Hospital de
706 Juazeiro irá precisar de novos serviços de TRS. Salientou que não basta credenciar novos serviços de TRS, ou o Estado
707 investe para reduzir o risco do paciente em entrar em insuficiência renal, ou a velocidade de novos pacientes será muito
708 maior do que qualquer capacidade do Estado de investimento. E que Saúde da Família tem um peso forte nisto, mas o
709 serviço que é referência regional precisa estar atento com serviço de Urgência e Emergência para fazer identificação precoce;
710 citou que o conjunto da Rede tem que entrar neste circuito. Comunicou que o serviço de TRS do Hospital Roberto Santos é
711 terceirizado e que a SESA B preparou um processo de licitação para substituir e quatro empresas concorreram. E que a nova
712 terceirizada atenderá com 35 máquinas ampliando o atendimento. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que é preciso fazer uma
713 reflexão sobre esta questão da Nefrologia. Questionou enquanto CIB que poderia deliberar em relação à questão do Hospital
714 Santo Antônio porque tem algumas questões que estão postas e não consegue compreender como iremos continuar
715 permitindo que o Estado seja onerado neste sentido e que o SUS não tem resolutividade porque quando vê os Hospitais
716 como no Espanhol, Português e São Rafael com número pacientes SUS e Convênio. Pontuou que as colocações de Dra.
717 Lorene e Dra. Marta Rejane estão corretas. Quanto à questão da Urgência e Emergência não consegue conceber que
718 Hospitais como Universitário, Espanhol, Português e São Rafael não tenha porta de urgência, só com referência, só interna.
719 Solicitou que seja remetida a questão do Hospital Santo Antônio para dentro da Câmara Técnica e trabalhe tudo de uma vez.
720 O Senhor Coordenador propôs aprovar o projeto do Hospital Santo Antonio e remeter a discussão para Câmara Técnica
721 porque apresentação de Dra. Tereza Martins foi muito positiva para mostrar estas lacunas, tendo que o Estado se debruçar
722 sobre isto fazendo um esforço de todos os Gestores no sentido de viabilizar um acompanhamento mais rigoroso desta Rede;
723 chamou atenção dos municípios em Gestão Plena que tem serviço, tem que reunir com a câmara técnica e discutir o
724 diagnóstico que Dra. Tereza Martins fez vendo que proposta será feita para cada situação e articulando algumas alternativas.
725 Pontuou que tem várias questões que devem ser vistas: a oferta de consulta, CEPD que é baixa. Dra. Tereza Martins colocou
726 que a perspectiva de um serviço de Nefrologia no Hospital Santo Antônio vai além desta questão que foi colocada porque é
727 um serviço intra-hospitalar com porta aberta. Dra. Suzana Ribeiro informou que vai ter uma discussão dia oito e nove do mês
728 de dezembro em Brasília sobre a questão da contratualização dos Hospitais Filantrópicos e Hospitais de Ensino. O Senhor
729 Coordenador propôs para ser remetida a Câmara Técnica da Rede Nefrologia o serviço no Hospital das Clínicas da UFBA
730 que tem capacidade de fazer duas vezes mais. Informou que a SESA B já cedeu 200 servidores ao Hospital das Clínicas só
731 esta funcionando um turno. O Senhor Coordenador informou que não havia possibilidade do Estado colocar mais funcionário
732 no Hospital Universitário Professor Edgard Santos - HUPES. Informou que gostaria de propor a Secretaria Municipal de
733 Saúde que, a partir do concurso REDA que a mesma realizará, forneça uma parte desses profissionais e aloque no HUPES
734 para garantir a assistência neste serviço para garantir o funcionamento nos outros dois turnos. O Senhor Coordenador
735 relatou que a gestão deste recurso está com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. A Senhora Suzana Ribeiro
736 questionou se poderia ser feito um encontro de contas juntamente com a contratualização, a qual foi respondida pelo Senhor
737 Coordenador que sim. Lembrou também que a gestão está com o município, que este recurso é pago por produção, e essas
738 questões que foram abordadas podem ser negociadas. A Senhora Suzana Ribeiro informou que poderia indicar uma
739 recomendação da CIB formal, para o município de Salvador, no sentido de apoiar esse processo junto ao Hospital
740 Universitário. O Senhor Coordenador concordou e relatou ainda que já existem as máquinas de hemodiálise, e o serviço já
741 está em funcionamento, sendo que todo o impasse é de caráter pessoal. Informou também que a UFBA está impedida de
742 contratar profissionais terceirizados, devido a uma decisão do tribunal de Contas da União e do Ministério Público Federal, no
743 entanto, a Universidade Federal da Bahia – UFBA, não está impedida de receber profissionais cedidos de outras instituições.
744 Informou que não tem mais como justificar mais profissionais cedidos do Estado para o HUPES, sendo então a saída uma
745 outra instituição assumir essa parte. A Senhora Suzana Ribeiro ressaltou que vale a pena destacar que o Hospital é
746 universitário e público, portanto não entendia por que essa proposta para o município de Salvador possa abrir nenhuma
747 precedência em relação a nenhum prestador privado, e queria deixar essa colocação registrada, pois poderia suscitar essa
748 questão em um outro momento. Continuou a fala constatando que a relação exposta é uma relação entre entes públicos não
749 havendo nenhum risco de suscitar para dentro de outros prestadores privados qualquer mobilização neste sentido. A
750 Senhora Marta Rejane informou que concordava com a Senhora Suzana Ribeiro no sentido de rever os contratos de metas

751 de ambas as partes e sugeriu a câmara técnica para fazer um estudo com relação ao número de máquinas mostradas na
752 apresentação qual seria a capacidade potencial de atendimento de todos os serviços. Informou também que todo hospital
753 tem completo interesse em ser habilitado na Alta Complexidade, pois esta habilitação valoriza o hospital junto a ANS.
754 Explanou sobre a situação crítica mostrada na apresentação e relatou que enquanto não se resolve esta situação os
755 pacientes do interior passam dificuldades por que têm dificuldade de fazer uma diálise. Explanou também sobre o Hospital
756 Ana Nery, que prestava grande apoio na época que era do Estado, pois quando a regulação estava com mais dificuldades
757 com relação à diálise, entrava-se em contato com o hospital e conseguia-se uma diálise de urgência. Informou que
758 atualmente está muito difícil conseguir uma diálise de urgência no Hospital Ana Nery, decorrente da mudança de gestão do
759 Hospital. O Secretário Municipal de Saúde de Eunápolis informou que no seu município há o serviço de alta complexidade de
760 hemodiálise, e informou que há máquinas, há vagas, mas faltam recursos. Relatou que já houve a mobilização necessária
761 para viabilização desses recursos, pois o município tem capacidade instalada para atender. Informou também que atende
762 pacientes do município de Minas Gerais, que modificam o endereço para então poderem ser atendidos no seu município,
763 além de pacientes de outras macrorregiões. Explanou que mensalmente o município está investindo entre trinta e quatro, e
764 quarenta mil reais, que para um município que está em recuperação como o município de Eunápolis, é uma situação
765 extremamente crítica. Relatou que pode se notar também que esta questão não é só um problema de vagas, mas é um
766 problema de realocação de recursos. O Senhor Coordenador relatou que o serviço do Hospital Ana Nery estava fechado, e
767 atualmente estão analisando a ampliação da oferta. A Senhora Marília Fontoura informou que, com relação aos pacientes de
768 convênios, independente de qualquer resolução que venha a sair, eles existem, eles têm que fazer hemodiálise e os serviços
769 disponíveis são esses, não havendo muitas opções. A Senhora Suzana informou que o que está sendo proposto é deixar
770 claro o que é do SUS e qual é o quantitativo que vai se dispor por mês. A Senhora Lorene Pinto, informou que gostaria de
771 compartilhar uma preocupação em relação a esta fase de transição que se está vivendo no momento, que é a questão de
772 municípios que estão fechando unidades e dispensando equipes de saúde da família e agente de controle de endemias.
773 Informou que há regiões onde não há mais nenhuma equipe atuando, tanto da atenção básica quanto de agentes de controle
774 a endemias. Relatou que queria compartilhar um encaminhamento, pois já foi iniciado um levantamento, através das
775 regionais, o qual será enviado para o Ministério Público. Pois esses municípios não estão deixando de receber o repasse de
776 recurso e se precisa tomar uma providência. Relatou que recentemente um município tinha fechado cinco unidades de
777 saúde, demitindo cinco equipes completas e todos os agentes de endemias na região de Senhor do Bonfim. Explanou que
778 esta situação está acontecendo também na região de Paulo Afonso, pois a diretora da Dires encaminhou um documento
779 sobre esta situação. O Senhor Coordenador propôs que, com o apoio da bipartite, e o apoio do COSEMS, todas essas
780 situações sejam mapeadas e encaminhada para o Ministério Público juntamente com uma denúncia para que sejam
781 adotadas as medidas cabíveis. O Senhor Geraldo Magela acrescentou que há municípios próximos de Teixeira de Freitas
782 que estão fechando inclusive hospitais. Informou que há situações onde o paciente tem que viajar mais de cem quilômetros
783 para ter um parto normal. O Senhor Emerson explanou que no município de Inhambupe, do qual ele é Secretário Municipal
784 de Saúde, logo após o término das eleições dois dos médicos do Programa Saúde da Família – PSF pediram demissão, e o
785 mesmo, como secretário de saúde, não pôde fazer nada. Relatou também da dificuldade de contratação de novos
786 profissionais devido à lei de responsabilidade fiscal. O Senhor Coordenador informou que o foco desse levantamento era os
787 municípios que fecharam hospitais inteiros, como foi colocado pelo Senhor Geraldo Magela, que demitiram todos equipes de
788 saúde da família, demitiu os agentes de endemias, ou seja, situações desse tipo. A Senhora Suzana informou que esse
789 levantamento se daria de forma eficiente visto que ele engloba os casos mais graves. O Senhor Coordenador informou que a
790 Diretoria de Atenção Básica – DAB fica responsável de mapear a situação do Programa Saúde da Família, a DAE, a situação
791 da rede hospitalar do interior do Estado, e a Vigilância o que diz respeito aos agentes de controle de endemias e as situações
792 do gênero serão encaminhadas ao Ministério Público e aos meios de comunicações possíveis. A Senhora Suzana Ribeiro
793 informou que, com relação à portaria número 220, gostaria de pedir o apoio da Dires para se fazer a mobilização junto aos
794 municípios. Explanou também que com relação aos Colegiados de Gestão Microrregional – CGMR gostaria de propor ao
795 Senhor Coordenador para que se possa retomar a questão do pacto de gestão, podendo ser definido no mês de dezembro
796 um plano de ação e planejamento para se começar a discussão com relação ao pacto de gestão. Relatou também da
797 preocupação em relação aos indicadores, pois se faz a discussão de políticas, de financiamentos e outras situações, mas os
798 indicadores da atenção básica, da vigilância sanitária, e não está se conseguindo fazer o acompanhamento mais próximo,
799 pois mesmo que a área técnica da SESAB esteja fazendo o acompanhamento, mas o COSEMS têm que estar atuando
800 também nesse sentido. Relatou da necessidade de se fazer políticas que dêem impacto diretamente na vida do cidadão com
801 a reversão dos indicadores, pois não se trata só do financiamento, pois é preciso saber aonde o dinheiro está sendo investido
802 e o que de fato ele está conseguindo fazer na vidas das pessoas. Comentou também sobre a situação da fundação estatal, a
803 qual foi feita uma sinalização da DAB por algumas reuniões que já foram postas, com relação à lei autorizativa da assembleia
804 e alguns municípios já conseguiram avançar com suas leis municipais, mas por conta do período de transição de governo
805 alguns que perderam as eleições não vão poder encaminhar porque não vão ter como aprovar. Explanou também sobre a
806 fundação inter-federada, onde os municípios são co-instituidores, mas para sê-lo, o mesmo tem que garantir a aprovação da
807 lei, pois no momento em que o projeto de instituição da fundação estatal for aprovado, junto com os municípios, é preciso que
808 a lei autorizativa dos municípios seja garantida para que eles sejam pares no processo. Relatou também que segunda a
809 Diretoria de Atenção Básica - DAB, até o momento, dos cento e trinta municípios que já assinaram o termo de adesão,
810 apenas doze aprovaram a lei. Constatou que a SESAB terá que fazer um movimento para garantir um número maior de
811 municípios sejam co-instituidores e essa situação passa pela questão da lei autorizativa. Propôs que se agendasse uma
812 discussão breve, que poderia acontecer na próxima reunião, para se montar uma estratégia conjunta entre COSEMS e
813 SESA B, para que esta questão seja garantida ainda no primeiro trimestre do ano de dois mil e nove. Relatou que está se
814 encontrando dificuldades, pois haverá mudança de gestão em alguns municípios e se essa questão não tiver a atenção
815 necessária, os municípios que assinaram irão ficar inviabilizados de fazê-lo em um primeiro momento, e para o COSEMS
816 seria interessante que esse conjunto de municípios que assinaram o termo de adesão sejam na sua grande maioria
817 instituidores da fundação junto com a SESA B. Comentou que isso fortalece o processo e faz com que se avance mais rápido

818 nessa questão. Sinalizou que gostaria de indicar esse movimento para ainda no mês de dezembro fazer e traçar um plano de
819 ação. Comentou também sobre o seminário de urgência e emergência que o companheiro Geraldo Magela vem colocando e
820 que já têm uma indicação com o apoio da Superintendência de Regulação em Saúde - SUREGS, o qual deve envolver
821 também a Superintendência de Atenção a Saúde – SAIS, e também a Rede Própria, para que se possa fazer ainda em
822 janeiro, comentou que talvez não se desse conta do acolhimento, pois esse acolhimento é um sentido mais amplo, mas seria
823 interessante fechar essa agenda para se fazer um seminário de urgência e emergência mais propositivo, pois não há
824 condição de se ficar discutindo um problema que já é conhecido a sua existência. Informou que a idéia era fazer um plano de
825 ação conjunto onde se possam recuperar os termos de compromisso de urgência e emergência que foram assinados, fazer
826 uma avaliação nesse sentido juntamente com os municípios e o Estado e que se possa avançar ainda mais. Explanou sobre
827 esse movimento que está ocorrendo atualmente, de demissão sumária, o qual está refletindo nos municípios pólos,
828 acumulando as portas de urgência dos mesmos, refletindo também nos hospitais regionais, que superlotam e assim como na
829 rede municipal as estruturas privadas ou filantrópicas também não conseguem absorver a demanda, o que acarreta nos
830 problemas da não assistência. Relatou que se precisa avaliar essas questões com cuidado e garantir efetivamente uma ação
831 conjunta entre COSEMS e o Estado. O senhor Coordenador concordou que o COSEMS combinasse uma data para se fazer
832 a reunião que foi proposta pela senhora Suzana Ribeiro. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a
833 sessão, e confirmou a próxima reunião ordinária para o dia 04 de dezembro de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não
834 havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores
835 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de novembro de 2008.

836
837 Jorge José Santos Pereira Solla _____
838 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____
839 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
840 Lorene Louise Silva Pinto _____
841 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
842 Andrés Castro Alonso Filho _____
843 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
844 Washington Luis Silva Couto _____
845 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
846 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
847 Denise Lima Mascarenhas _____
848 Angeli Santos Matos _____
849