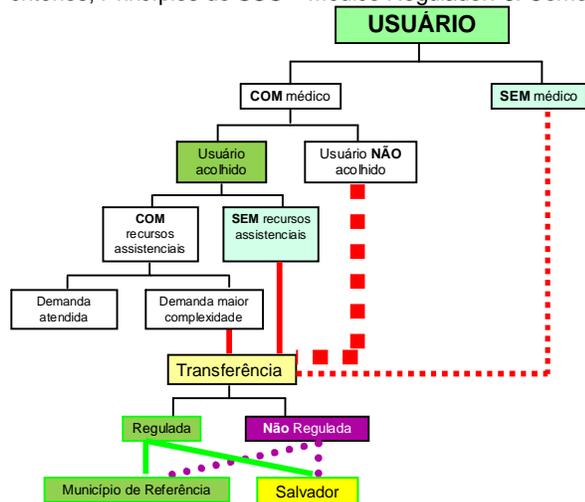
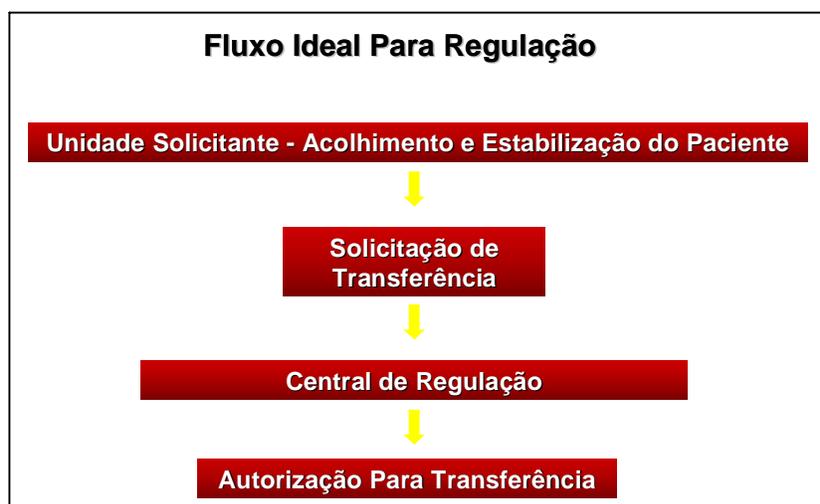


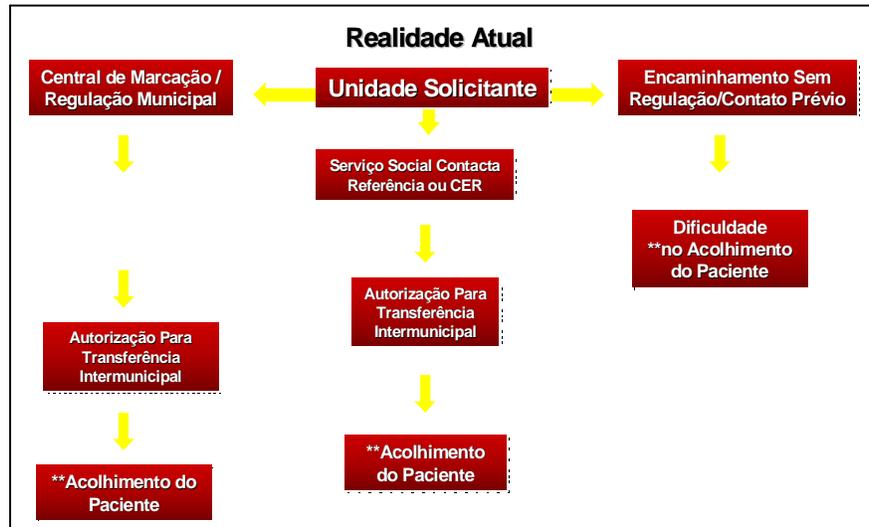
Aos oito dias do mês de maio do ano de dois mil e oito, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Emerson Gomes Garcia e Wilson Martins Mendes. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão efetuando a leitura dos informes da Secretaria Executiva da CIB: 1. Relação dos 88 (90) municípios que já encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB: Abaíra, Alcobaça, Amélia Rodrigues, Angical, Antas, Antônio Cardoso, Aporá, Baixa Grande, Barreiras, Boa Vista do Tupim, Bom Jesus da Lapa, Brotas de Macaúbas, Bonito, Camaçari, Candeias, Canudos, Catolândia, Coaraci, Conceição do Almeida, Conde, Cruz das Almas, Dás D'Ávila, Dom Macedo Costa, Elísio Medrado, Feira de Santana, Filadélfia, Firmino Alves, Gandú, Ibiassucê, Ibicuí, Ibitiara, Igrapiúna, Iguai, Ilhéus, Inhambupe, Irecê, Itaquara, Itaguaçu da Bahia, Itajuípe, Itapitanga, Jaquaguara, Juazeiro, Lagoa Real, Lajedinho, Livramento de Nossa Senhora, Macajuba, Madre de Deus, Maiquinique, Maragogipe, Mirangaba, Muquém do São Francisco, Nova Ibiá, Nova Redenção, Nova Soure, Nova Viçosa. Olindina, Palmeiras, Paratinga, Piatã, Pindobaçu, Poções, Porto Seguro, Quijingue, Rafael Jambeiro, Remanso, Riacho de Santana, Ribeira do Amparo, Santa Cruz Cabralia, Santa Cruz da Vitória, Santa Terezinha, Santo Amaro, São Desidério, São Domingos, São Felipe, São Miguel das Matas, São Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara, Sento Sé, Serra Dourada, Simões Filho, Sítio do Mato, Tabocas do Brejo Velho, Tapiramutã, Teolândia, Tremedal, Uruçuca, Várzea da Roça, Vitória da Conquista e Wenceslau Guimarães. 2. Relação dos 6 municípios que enviaram apenas a ata de aprovação do Relatório de Gestão 2007 pelo Conselho Municipal de Saúde para a CIB: Érico Cardoso, Itaetê, Jequié, Rio do Antônio, São Félix, Tanquinho. 3. Relação dos 27 municípios que encaminharam também os Relatórios de Incentivo Financeiro Estadual do Programa Saúde da Família 2007 para a CIB: Água Fria, Alcobaça, Amélia Rodrigues, Aporá, Baixa Grande, Catolândia, Canudos, Coaraci, Feira de Santana, Glória, Ilhéus, Inhambupe, Itaetê, Itapicuru, Lagoa Real, Madre de Deus, Nova Redenção, Olindina, Paratinga, Rafael Jambeiro, Santa Cruz da Vitória, Santa Terezinha, Mirangaba, Serra Dourada, Simões Filho e Tremedal. Em seguida, o Senhor Coordenador convidou para tomar posse como membro titular da CIB, representante do COSEMS, Dr. José Carlos Raimundo Brito – Secretário Municipal de Saúde de Salvador. Dando início à ordem do dia, convidou Dr. Ricardo Gouveia para apresentar o único ponto de pauta da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde: “Urgência e Emergência, e Regulação no Estado da Bahia: 1. Regular: Sujeitar a regras; dirigir; regradar; encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar por meio de disposições; regulamentar; estabelecer regras para; regularizar; estabelecer ordem, parcimônia; acertar; comparar; estar conforme; trabalhar ou funcionar com acerto, precisão, regularidade; servir de regra; dirigir-se, guiar-se, orientar-se; adequar demanda e oferta de serviços. 2. Princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. 3. Regulação: a) Central de Marcação – Consultas, Exames, Procedimentos (SMS); b) Pré-Hospitalar – SAMU (SMS); c) Pré-hospitalar fixo (SESAB/SMS); d) Central de Leitões (SESAB). 4. Divisão de Macrorregiões de Saúde: Em cada computador da Central Estadual de Regulação encontramos um mapa com as nove macrorregiões e com toda a PPI, assim, quando chega um pedido de qualquer região da Bahia, temos condições de procurar o recurso mais adequado para aquela solicitação no município mais próximo de onde se encontra o doente, não necessitando de deslocamento. 5. Regulação – Normatização: Portarias e Resoluções, dando ênfase à Portaria n.º 2048/GM Em 5 de novembro de 2002 e à NOAS SUS 01/02 Portaria MS/GM no 373 Em 27 de fevereiro de 2002, além de outras. 6. Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS: a) Gestor Estadual: gestão e regulação do sistema intermunicipal, coordenação da PPI, garantia de acesso da população referenciada, acompanhamento e apoio aos municípios em suas funções. b) Gestor Municipal: fortalecimento da função gestora, comando sobre prestadores – cadastro e contratualização, programação, controle e avaliação de prestadores, participação na PPI e articulação com outros municípios. 7. Regulação – Objetivos: a) Garantir a equidade no acesso à rede hospitalar; b) Contribuir para a reorganização da rede SUS – organizar o fluxo de pacientes de acordo com a disponibilidade na rede; c) Grau de complexidade dos serviços – Respeitar hierarquia para otimizar recursos – da menor para a maior complexidade; d) Regionalização/Referência – Serviço previamente comunicado – Regulação; e) Métodos, critérios, Princípios do SUS – Médico Regulador. 8. Como seria o encaminhamento ideal do paciente/usuário:



68 Comentários: Num local com médico, o usuário pode ser acolhido ou não acolhido. Muitas vezes, diante de uma baixa quantidade
69 de recursos que tem a oferecer, o médico sequer deixa o paciente entrar na unidade e tenta fazer alguma coisa para melhorar seu
70 estado de saúde para que este possa prosseguir viagem. Neste caso o paciente simplesmente não é acolhido e é encaminhado na
71 mesma ambulância ou no mesmo recurso com que chegou até a unidade inicial. Quando o usuário é acolhido, podemos ter uma
72 unidade com recursos assistenciais na qual a demanda é atendida ou necessita de uma maior complexidade para o seu caso,
73 assim, através da central de regulação, solicita-se a transferência do paciente que é regulado e vai para um município de
74 referência de qualquer região do estado da Bahia que possa oferecer o recurso mais adequado, ou quando não conseguimos o
75 recurso adequado a nível regional ele é encaminhado aqui para Salvador. Ocorre também que este paciente mesmo sendo
76 acolhido e tendo uma demanda de maior complexidade, a transferência é efetuada de uma maneira não regulada, ou seja, ele
77 pode ir para um município de referência e não conseguir o atendimento, e pode vir para Salvador ficar entre um hospital e outro,
78 tentando fazer com que este paciente seja acolhido. Destacou como problemas não só essa parte do usuário não acolhido, como
79 essas transferências não reguladas após o acolhimento, e o município que mesmo não tendo um serviço médico não comunica
80 sequer que aquele paciente está sendo direcionado para algum outro serviço para um atendimento, uma super lotação que está
81 cada dia mais difícil e todos sabemos a dificuldade do atendimento e a super lotação das unidades que se encontra aqui em
82 Salvador. Tentamos acolher todos os que chegam, mas o que muitas vezes acontece é que recebemos queixas quase que
83 diariamente na central de regulação, um paciente que mesmo vindo referenciado, estava num leito com seus entes queridos,
84 quando chega aqui tem que ir para uma unidade de emergência no máximo com um acompanhante e para quem tinha todo um
85 nível de atenção, cuidado e carinho, chegar a um ponto como esse já gravemente enfermo, não consegue auxiliar muito, nem a
86 parte psicológica, nem a parte física. Imaginamos como seria um fluxo ideal: Demanda espontânea ou referenciada – Acolhimento
87 do paciente e avaliação médica inicial – Estabilização do Paciente – Solicitação de Transferência – Central de Regulação –
88 Remoção do Paciente após Autorização da Central de Regulação – Hospital. Infelizmente ainda há alguns lugares em que
89 chegamos com o paciente devidamente referenciado para aquele local e o mesmo não é acolhido da maneira adequada; onde
90 quer que ele esteja, com a quantidade de recursos suficientes ou não, tem que ser proporcionado ao paciente uma estabilização
91 mínima e somente após a estabilização é solicitada a transferência, ou seja, é encaminhado um relatório que pode ser por fax ou
92 até por um telefonema caso a unidade não tenha melhores condições, inclusive são acolhidos até relatórios verbais, que são
93 traduzidos para o sistema com os dados do paciente e com o número do CREMEB que deveria estar lá com o carimbo do médico
94 que atendeu. Em seguida a solicitação de transferência é encaminhada a uma central de regulação. Somente após a autorização
95 da central é providenciada a remoção do paciente que é encaminhado ao hospital. 9. Resolução CFM nº 1.672, de 09 de julho de
96 2003: a) II – Pacientes com risco de vida não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com
97 obrigatoria avaliação e atendimento básico respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e
98 específicas para cada caso. Comparando com os Aspectos Éticos do Código de Ética Médica que diz quanto ao Médico
99 Transferente: Art. 2º - ...agir com o máximo zelo..., Art. 29º - ...imprudência, negligência; Art. 57 - Deixar de utilizar todos meios
100 disponíveis.... b) III – “Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação
101 mínima de um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que
102 seja tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à
103 permanência do paciente no local de origem. Comparando com os Aspectos Éticos do Código de Ética Médica que diz quanto ao
104 Médico Transferente: Art. 45º – Deixar de cumprir normas emanadas pelo CFM; Art. 21º – é direito do médico indicar o
105 procedimento adequado... c) VIII – A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até
106 que o paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. ...a responsabilidade para o transporte, quando realizado por
107 ambulância tipo D, E ou F é do médico da ambulância, até sua chegada ao local de destino e efetiva recepção por outro médico.
108 10. Fluxo ideal para Regulação:



11. Realidade Atual:



12. Encaminhamento Sem Regulação – Implicações: a) Desorganização da Rede SUS; b) Risco para os Pacientes; c) Dificuldades para o Controle/Avaliação; d) Responsabilidades – Médico, Gestor – Solicitação do Ministério Público. 13. Resolução CFM nº 1.672, de 09 de julho de 2003: a) V - Todas as ocorrências inerentes à transferência devem ser registradas no prontuário de origem; b) VI - Todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o relatório deve ser também assinado pelo médico receptor; c) Art. 2º - Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas. Comparando com os Aspectos Éticos do Código de Ética Médica que diz quanto ao Médico Responsável Técnico/Gestor: Art. 17 - O médico investido em função de direção tem o dever de assegurar as condições mínimas... Finalizou a apresentação com a citação de Ayrton Senna: "Se você quer ser bem sucedido, precisa ter dedicação total, buscar seu último limite e dar o melhor de si mesmo." Colocou ainda que muitas vezes acontece uma má interpretação por um problema de falta de comunicação de ambos os lados, pois geralmente não se dá o retorno a quem está solicitando, de todo o procedimento que está sendo feito, da tentativa de arrumar vaga em todos os hospitais que as disponibilizam para que a Regulação possa encaminhar os pacientes. Considerou ainda que ao invés de Médico Regulador, já estão se autodenominando Médico Suplicador, pois suplicam vagas, suplicam atendimento, suplicam para que os colegas que ainda têm algum reforço que possam oferecer àquele paciente gravemente enfermo os utilizem e façam de qualquer jeito tudo o que for possível, pois não nos livramos da responsabilidade de ter aquele paciente sob nossa guarda simplesmente pelo fato de termos encaminhado um relatório para a Central de Regulação ou porque já determinamos que este paciente foi transferido, e depende muito de cada um, não só quem está prestando atendimento como também dos gestores em proporcionar a maior quantidade possível, dentro das suas possibilidades, para que o atendimento seja feito da maneira mínima necessária para que possa dar dignidade ao paciente de ser transferido de maneira adequada. Relatou que a carga de trabalho tem sido extrema, a procura por vagas é diária e enfatizou que os pedintes não são só aqueles que ficam na Central de Regulação pedindo pelos doentes, todos nós estamos regulando, todos nós estamos envolvidos e temos apenas um interesse em comum que é a saúde do usuário do Sistema SUS, portanto, não existe nenhuma vocação de todo o pessoal envolvido na Central de Regulação de que estes pacientes devam ser única e exclusivamente atendidos em seus municípios, pois sabemos da condição de cada um, e diante do que se apresenta, sabemos que há que se ter um maior esforço de nossa parte e precisamos ver o que ainda pode ser feito para que o usuário possa ser atendido da maneira adequada no seu próprio município. Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a Dr. Ricardo Gouveia pela apresentação e comentou que este é um tema que angustia a todos, por isso foi proposta esta CIB extraordinária, para tratar desta pauta exatamente por representar a dimensão de um problema estadual que não está somente centralizado em Salvador, mas se repercute em todas as macrorregiões e em todos os pólos de macro. Ressaltou que precisamos realmente garantir a efetivação dessa rede e para isso precisamos discutir e sermos antes de tudo propositivos, ou seja, a intenção da reunião de hoje é criar um espaço de discussão onde municípios e Estado possam olhar na mesma direção e construir um caminho conjunto, pois não dá para entrar numa disputa interna dentro da macrorregião onde os municípios responsabilizam uns aos outros, sejam grandes ou pequenos, seja pela questão da atenção básica ou pela falta de resolutividade da urgência e emergência que acaba formando um efeito cascata, ou pela ausência da participação ou da omissão de cada um dos entes federados responsáveis pela execução da política, ou ainda que cada macro brigue uma com a outra e principalmente os municípios do interior com a capital. Ressaltou a necessidade de parar com isso e ter um outro olhar; sabemos que nada é intencional, mas às vezes entramos num processo de falta de resolução quando temos a angústia de ter o paciente/usuário no nosso hospital, seja na capital ou no interior e queremos sempre buscar a resolução do problema, mas sem perder de vista a responsabilização de alguém. Citou o que a Dengue nos ensinou recentemente no Rio de Janeiro, chega um momento que não dá para ficar jogando a responsabilidade para outros, precisamos assumir que a responsabilidade é conjunta, se temos problemas na urgência e emergência hoje no estado, nós todos temos que agir, estado, municípios e união. Lembrou a questão do financiamento do sistema que é uma discussão eterna e também a operacionalização do sistema com muitos pontos a serem discutidos, inclusive na reunião do COSEMS foram levantados alguns pontos e apesar de ter sido um debate um tanto longo, algumas questões foram centralizadas na discussão a exemplo da resolutividade da atenção básica, das contratualizações das Santas Casas que fazem parte do nosso sistema e quando uma delas entra numa convulsão interna ou fecha a porta da urgência

197 ou faz qualquer tipo de comprometimento na oferta de assistência seja de leito ou de porta de entrada, obviamente que
198 compromete nosso sistema municipal. Destacou que trabalhamos com o que dispomos no município, mas precisamos garantir ou
199 pelo menos criar condições para ter não só incorporação tecnológica, capacidade instalada, enfim, toda uma série de fatores que
200 precisamos ter como pré-requisitos porque na verdade a regulação faz parte do sistema, mas tem o papel de regular e não vai
201 garantir o que não existe, então nós enquanto gestores é que temos que sentar para discutir quais são as nossas limitações e o
202 que podemos fazer juntos para construir esse caminho. Considerou que tudo isso passa pela questão das filantrópicas, pela rede
203 privada conveniada, pela discussão de políticas mais efetivas no sentido de fortalecer a atenção básica, de pensar em alternativas
204 que em conjunto dêem um retorno mais rápido e que ajudem a potencializar como é o caso da internação domiciliar e dos leitos de
205 retaguarda. É realmente um grande desafio, mas antes de tudo precisamos ter a responsabilidade de entender que essa é uma
206 ação conjunta e não podemos continuar agindo como nas últimas reuniões da CIB quando abrimos a discussão e geralmente é um
207 município responsabilizando o outro, ou responsabilizando o estado, ou o próprio estado cobrando muitas vezes em relação ao
208 comportamento do gestor. Essa é uma dívida histórica da Bahia que agora precisamos procurar sanar, são décadas de
209 comprometimento nesse sentido, mas está na hora de colocar essas diferenças na mesa só que não no sentido de transformar em
210 arenas políticas discussões que são também técnicas e que precisam ser privilegiadas. Vamos juntos construir nosso caminho,
211 assim poderemos abrir um novo horizonte para que possamos encontrar as saídas e as soluções mais do que necessárias. Quem
212 está no interior passa angústias diárias em relação a isso e quem está na Regulação também, quem está na regulação dos
213 municípios de macro passa pela mesma situação, proporcionalmente menor, mas situações semelhantes quando não temos leito,
214 quando temos pacientes que precisam de tratamento na área de alta complexidade, de internamento cirúrgico, de uma
215 neurocirurgia, de uma cirurgia cardíaca, enfim, tudo isso que discutimos sempre aqui sobre essa imensa demanda reprimida.
216 Vamos pensar para além da atenção básica, do fortalecimento da rede hospitalar e média complexidade, dos prestadores,
217 filantrópicos, privados, enfim, temos também que construir nossa rede de alta complexidade e para isso precisamos principalmente
218 de investimento, de recurso financeiro para viabilizar essas estruturas, mas uma coisa não funciona sem a outra, pois se não
219 tivermos qualificação técnica, condição de operacionalizar as ações e a determinação da gestão aliada ao financiamento, não
220 avançaremos. São ações que muitas vezes se pode avançar e depois ter uma limitação, mas principalmente se não tivermos
221 disponibilidade, disposição e responsabilidade de construir esse caminho, não tem recurso financeiro que resolva o problema, pois
222 nosso problema é muito maior do que o financiamento. Exemplificou com um problema ocorrido na UTI Neonatal do seu hospital
223 municipal, onde a equipe de neonatologia argumentou que nem um caminhão de medicamentos, de dinheiro e de material médico
224 e cirúrgico adiantaria para resolver o problema, pois passava também pela equipe e pela organização do processo de trabalho.
225 Ponderou que se direcionarmos esse olhar na dimensão do que estamos discutindo em urgência e emergência não muda de
226 forma alguma, a leitura é exatamente a mesma, assim, precisamos ter esse mesmo olhar para além do financiamento, e pensar
227 que o nosso processo de organização de gestões municipais do próprio estado é fundamental para que possamos avançar. Em
228 seguida Dr. Washington Couto justificou a saída momentânea do Coordenador que foi recepcionar um pessoal do Ministério da
229 Saúde e retornaria em seguida. Após ouvir o posicionamento do COSEMS, considerou importante também colocar o
230 posicionamento da SESAB que nesse processo de discussão espera da CIB a postura de uma parceria incessante em busca de
231 soluções. Lembrou que este processo de Regulação é também vivido pelos gestores e comentou que hoje o grande desafio além
232 de fazer um diagnóstico necessário para reconstruir, requalificar e construir a proposta, é fazer isso de uma forma consciente e
233 parceira, considerando que aquilo que estamos exigindo do outro muitas vezes também não temos condição de oferecer, ou
234 muitas vezes aquilo que é de responsabilidade do nosso parceiro ou foi pontuado por um decreto, uma lei ou uma resolução,
235 muitas vezes também não conseguimos dar conta. Assim, podemos observar falha da gestão municipal, da gestão estadual, do
236 ente federal e do próprio usuário que muitas vezes ou por desconhecimento, por não querer saber como funciona, ou por outro
237 lado muito preocupante que é a intenção de burlar todos os sistemas, utiliza de outros meios para conseguir a solução do seu
238 problema. Enfatizou que todos os membros desta CIB que aqui representam a gestão estadual precisam se incluir nesta parceria,
239 com organização e método, utilizando tecnologias que irão facilitar nossa vida, pois não nos cabe mais como gestores tentar
240 resolver as coisas de uma forma precária e arcaica, já que temos um sistema que é parabenizado por todos e que está na lei como
241 um belo sistema. Ressaltou que não estamos conseguindo fazer coisas que para muitos podem parecer tão simples, entretanto
242 não é bem assim, pois é complicado trabalhar com a vida e o sentimento das pessoas e muitas vezes não dar conta. Classificou o
243 processo da Regulação como um dos mais dolorosos, e lembrou que pregamos uma regionalização solidária onde é necessário
244 dar e abrir mão, é necessário solidariedade para conseguir o retorno desejado, pois se fecharmos a gestão estadual dentro de
245 uma ilha onde os resultados são apenas aqueles com o nosso próprio esforço ou a nossa ganância de ficar apenas com os nossos
246 recursos e não dividi-los com os demais, não faremos um Sistema Único de Saúde que venha dar resolução. Dr. Emerson Garcia
247 colocou em nome da região de Alagoas a credibilidade no nosso Sistema Único de Saúde, a ponto de ser projeto piloto para
248 regular a regional como um todo, pois entendem que não dá para implantar qualquer sistema de regulação em municípios isolados
249 de forma a não atender uma região e pensar de forma regionalizada. Relatou que nas discussões que estão acontecendo ainda
250 falta um elemento principal que é o Secretário de Saúde da capital que não está se fazendo presente e seus técnicos têm deixado
251 a desejar; assim, por mais que se regule a região, Salvador precisa saber qual é o seu papel, pois o investimento que tem sido
252 feito ao longo do processo histórico na capital é muito grande e é preciso ter responsabilidade e resolutividade para com essas
253 respostas municipais. Citou ainda que outra coisa fundamental na dificuldade da Regulação é a questão da resolutividade da
254 atenção básica que não tem o papel apenas de resolver pequenas situações e sim de evitar grandes complicações, a exemplo de
255 Salvador que tem uma porta de entrada de vaga zero, onde o paciente do SAMU que entra acaba ocupando um leito que poderia
256 ter sido resolvido lá na atenção básica. Ressaltou a necessidade de rever a formação da atenção básica no Estado,
257 descentralizando do médico o papel único e exclusivo de detentor do conhecimento e ser o gestor dos recursos de um programa
258 tão complicado e de tamanha importância como é o Programa de Saúde da Família, e também a necessidade de rever a
259 composição das equipes de Saúde da Família, do seu investimento e a resolutividade que este programa da atenção básica pode
260 trazer. O Secretário Municipal de Saúde de Conde, Wilson Martins, argumentou que é de fundamental importância se discutir esse
261 assunto com um representante de Salvador e colocou que na verdade a balança da regulação ainda não está funcionando, pois
262 quando um paciente é mandado na pressão ou na amizade funciona melhor do que pela regulação, então se não tivermos
263 confiança de que pela regulação é mais fácil, esse processo não vai ser invertido nunca. Concordou com as palavras de Dr.

264 Emerson e ressaltou que este é um problema que deve ser dividido por todos, inclusive com os investimentos e os avanços na
265 Saúde no Estado, sua sensação é de que temos um poder de resolutividade maior e não entende porque tanta coisa ainda está
266 sem andamento em determinados lugares. Sugeriu que nos hospitais de Salvador isso fosse observado junto com os Diretores e
267 pessoas responsáveis; com relação à fila que não anda, fica muito difícil porque a pressão na ponta é muito grande, é a pressão
268 política, a pressão da família, e com relação à demora do atendimento, se o paciente é grave e está num município a muitos
269 quilômetros da capital, que pede regulação, não encaminha o paciente e o hospital não tem resolutividade, quanto maior a
270 demora, maior o problema que se instala para todos, por isso às vezes o município comunica e dá andamento, porque se esperar
271 mais termina se complicando. Quanto à contratualização, ponderou que deve ser revisto dos filantrópicos ou de quem quer que
272 seja, e observou que, às vezes, há interesse em se resolver as questões que são melhores absorvidas pelo hospital ou que são
273 mais rápidas no atendimento, em detrimento de outras, que dão menos recursos e demoram mais por serem mais difíceis de
274 tratar. Relatou ainda que exista uma pressão maior em grupos de determinadas especialidades que preferem fazer uma cirurgia
275 privada durante uma semana do que fazer dez pelo SUS para ganhar o mesmo recurso. As equipes que estão agindo assim
276 precisam ser punidas de alguma forma, talvez com a diminuição do número de procedimentos, pois, não faz sentido um hospital
277 que tem parceria com o SUS não conseguir realizar nenhuma cirurgia pelo SUS durante a semana e dizer ao gestor que se for
278 privado tem condições de realizar. Ressaltou a necessidade urgente de resolução deste problema, pois as coisas podem estar
279 funcionando muito bem, mas se chega um paciente que não consegue internar, vai tudo por água abaixo, em detrimento de um
280 caso sem solução, toda uma história de credibilidade e de respeito pela população é jogada fora. Dr. Andrés Alonso lembrou as
281 colocações de Dra. Suzana sobre a questão da discussão tanto no âmbito político quanto no âmbito técnico, e as colocações de
282 Dr. Washington sobre a importância de reconhecermos o que há de simbólico em termos de valores familiares e do sofrimento de
283 pessoas envolvidas no processo, e observou que em muitos desses momentos, quando os gestores têm oportunidade de interferir
284 de alguma forma, parece que se privam de exercer essa responsabilidade. Destacou sua experiência ao trabalhar como médico no
285 interior, numa cidade pequena, onde era o único médico do hospital e também ao trabalhar aqui na emergência do Hospital Geral
286 do Estado – HGE, onde teve a oportunidade de observar todos os lados do processo, como gestor e como profissional de saúde
287 de um grande centro de referência de alta complexidade, de uma retaguarda de urgência e emergência, assim como de um
288 pequeno município conhecendo seus problemas do dia a dia. Chamou atenção da responsabilidade pela contratação de um
289 profissional que irá responder por uma urgência e emergência quando este não tem condição de fazê-lo, e considerou ainda que
290 se observarmos com detalhes os profissionais que hoje respondem na grande maioria pelos pequenos hospitais do interior e
291 também alguns da capital, veremos a proporção desses profissionais que sabe sequer entubar um paciente, um procedimento
292 relativamente simples e básico de suporte de vida e que todo profissional médico deveria dominar minimamente. Ressaltou que
293 essa é uma avaliação inicial que nós como gestores temos que fazer e não simplesmente responsabilizar o profissional médico
294 que está lá na ponta exercendo a sua atividade pelo ato feito de forma incorreta, ou um ato que se traduza em uma negligência ou
295 até uma imprudência, o que é uma negligência ou uma imprudência nossa também, pois temos que assumir a nossa
296 responsabilidade dentro desse processo. Ponderou que diante desta colocação caberia fazer algumas pontuações, primeiro
297 quanto à questão da urgência e emergência que quando discutimos esse processo de qualificação profissional e avaliamos o
298 impacto dessa qualificação e a resolutividade da urgência e emergência, podemos observar inclusive de forma estatística, que
299 grande parte do que é referenciado para os grandes centros, no caso aqui se diga Salvador, em todo o Estado da Bahia, poderia
300 ao menos ser estabilizado e chegar um caso se fosse a esta cidade se não ao seu centro de referência regional, com um outro
301 perfil, necessitando de um outro tipo de atenção que não uma unidade de terapia intensiva, uma semi-intensiva, um procedimento
302 de maior complexidade, pois, muitas vezes as complicações que ocorrem durante a viagem sem qualquer tipo de assistência
303 geram um perfil de paciente que não era necessariamente esse na sua origem, e geram isso justamente por falta de resolutividade
304 e responsabilização de nós gestores dentro desse processo. Sinalizou que não podemos esquecer as etapas que incluem esse
305 processo regulatório como a contratualização que é uma etapa extremamente importante em que estamos avançando e é preciso
306 investir alto porque é o instrumento que vai nos permitir regular com eficiência o que existe de contratualizado com o sistema hoje,
307 o processo regulatório em si com as responsabilidades tanto do ponto de vista ético dentro do ato médico, como do ponto de vista
308 da gestão, e o próprio controle que é quem exerce a função de acompanhar este processo, sinalizando para distorções que
309 eventualmente sejam apresentadas no decorrer dele. Ponderou que aí entra a questão da qualificação da gestão, um investimento
310 que temos feito dentro desse processo, de estar discutindo os processos regulatórios e a equipe toda da regulação tem
311 efetivamente feito junto aos municípios através da realização de oficinas que têm sido extremamente produtivas no sentido de
312 trazer o gestor para construir esse processo de regulação que dentro da gestão como um todo é um processo relativamente novo
313 para todos nós onde surgem algumas discussões, pois, dentro desse instrumento fundamental que é a contratualização, da própria
314 regulação e do controle, nos traz a reflexão de uma fragilidade que é a legitimidade do profissional regulador enquanto autoridade
315 sanitária e precisamos assumir um compromisso conjuntamente, pois este não é um papel só do estado nem só do município,
316 para garantir que este profissional tenha legitimidade no sentido de estar garantindo que este processo de regulação seja
317 realmente efetivado. Citou que ao analisar o processo da responsabilidade surgiram algumas pontuações a respeito da regulação
318 e informou sobre dados que dentro do que foi avaliado, da resolutividade e dos procedimentos que foram regulados, a exemplo de
319 que 2007 com relação à 2008 foram regulados mais de 80% a mais de procedimentos de Orto-Trauma do que em 2006, houve um
320 aumento significativo tanto nos procedimentos de ortopedia/traumatologia quanto nos de neurologia, como nos de angiologia.
321 Então, de uma forma global, a resolutividade aumentou e o número de procedimentos regulados absolutos aumentou de forma
322 escandalosa, isso quer dizer que foi incorporado um processo de responsabilidade à regulação em que para o que se fazia e para
323 o que se faz hoje, com os recursos humanos que temos hoje, a resposta foi extraordinária. Mas temos que fazer uma avaliação
324 considerando o contexto epidemiológico e o contexto da própria gestão que inclui o processo de recursos humanos que é onde
325 temos um nó significativo. Relatou que a gestão tem tomado medidas no sentido de dar algumas respostas importantes com
326 relação às questões dos leitos de retaguarda, de investimento no HUPES, Hospitais Ana Nery e Roberto Santos, indo em direção
327 ao interior com Barreiras, Vitória da Conquista, Juazeiro, Irecê e isso é interiorizar e regionalizar o processo. Concluiu sugerindo
328 que é preciso começar a discutir dentro do processo de contratualização a garantia de um percentual de todos os prestadores que
329 contratualizarem com o sistema para retaguarda da urgência e emergência. Dr. Raul Molina reafirmou que a solicitação do
330 COSEMS para esta CIB extraordinária foi exatamente por entender que o maior problema do estado hoje é não ter uma rede de

331 urgência e emergência funcionando, o que é uma resposta de uns trinta anos sem investimento no estado e que hoje estamos
332 tentando resolver. Ponderou que quando cobramos algumas atitudes da regulação temos que analisar se culturalmente a
333 regulação hoje tem condições de tomar pé da situação, porque sabemos que quem regula hoje é o médico que está de plantão na
334 unidade, não chega para a central de regulação o leito zero, hoje os municípios ficam procurando para contratar em sua unidade
335 hospitalar um médico que dê plantão em algum hospital em Salvador para resolver o seu problema. Enfatizou que essa é a hora
336 de todos se despirem de vaidades e até de posturas pessoais, ideológicas e políticas, para construir juntos, pois não adianta
337 querer jogar a responsabilidade simplesmente sobre a central de regulação, ou sobre os municípios pólos, este realmente é um
338 problema que precisa ser compartilhado e o COSEMS entende isso, até porque nós somos todos responsáveis pela gestão
339 municipal e temos que colocar o dedo na ferida dos filantrópicos que estão contratualizados e não cumprem a contratualização. O
340 Senhor Andrés, comentou da necessidade de se resolver os problemas dos hospitais regionais, e a comunicação dos hospitais
341 regionais com os gestores municipais. Comentou da possibilidade de se punir aqueles que não estão cumprindo com suas
342 obrigações. Informou que foi colocado na reunião do COSEMS, de que foi feito um diagnóstico no ano passado de que a urgência
343 e emergência estavam um caos e era necessário se fazer algo, onde neste momento foi feito um compromisso, investindo-se 20
344 por cento para que se investisse prioritariamente em urgência e emergência. Comentou que esse financiamento é muito pouco
345 para quem tem portas-abertas, mas não se pode fugir da responsabilidade enquanto gestores de tomar atitudes quando
346 necessário. Comentou da falta de resolutividade que se tem nos pólos que foi injetado os recursos, e da questão de se assumir as
347 responsabilidades. Informou que discutiu com alguns colegas secretários sobre a proposta que foi levantada no estado de Minas
348 Gerais colocando essa questão da punição por meio de intervenção da CIB quanto àqueles que não estão cumprindo com sua
349 obrigação. Relatou da criação de algum mecanismo para melhorar também a contrapartida da urgência e emergência ou destinar
350 algo específico para urgência e emergência. Informou da crença em se fazer encaminhamentos claros e objetivos, se possível
351 fazer um seminário onde esteja todos os gestores de todos os pólos, todos os diretores dos hospitais regionais para que se faça
352 um documento onde todos sigam essas parâmetros. Comentou da necessidade de seguir parâmetros previamente acordados, de
353 se criar a cultura para esse comportamento de seguir as regras além de se investir em capacitação. A Sr^a Gisélia, comentou que a
354 questão da urgência e emergência é um tema recorrente que chega com força, com muita polêmica, e traz a questão de como
355 estruturar o sistema de modo que se entenda o sistema mais do que a soma das partes. Comentou sobre a boa atuação do
356 Estado em regular quando o mesmo atua de forma coercitiva, está se fazendo regulação de forma não coercitiva com mecanismos
357 só de negociação e pactuação onde a questão de consciência, da mudança de mentalidade, da mudança de cultura assume uma
358 dimensão muito grande, mas até que ponto a gente pode ir só com esses mecanismos de pactuação e negociação sem ter de fato
359 alguns mecanismos de coerção. Informou que todas as falas foram importantes, justas e complementares. Relatou sobre a
360 evolução em relação ao processo de regionalização, e questionou sobre se esse mecanismo está se dando de forma correta, uma
361 vez que se está caminhando pela regionalização solidária, mas que mecanismos se têm para chegar o momento em que se tem
362 que ter o 'braço forte', de fazer as coisas funcionarem da forma que se estabeleceu e pactuou-se dentro dos fluxos que foi
363 colocado para os usuários do SUS. Comentou de uma nova concepção que é a de tratar da pactuação e da negociação de forma
364 responsável, e não só solidária, sendo uma forte questão a de responsabilidade sanitária e tem que se cobrar a responsabilidade
365 de quem tem que ter responsabilidade. Solicitou o estabelecimento dos fluxos e processos e acompanhar todo o processo.
366 Firmando um momento em que se cobra com veemência e com rigor, pois se o pacto está formado, o pacto está criado e a
367 negociação está criada e consolidada tem que haver mecanismos de cobrança. Comentou que a Secretaria do Estado da Bahia
368 tem trabalhado neste sentido, construindo democraticamente passo a passo essa pactuação e a regulação. Comentou sobre a fala
369 de Dr^a Suzana, sobre o financiamento, onde a questão não é só de financiamento, informou que existe sim o sub financiamento,
370 mas esta não é a questão central, visto que nunca se gastou tanto com medicamento como se gasta hoje no Estado da Bahia,
371 bem como o serviço de assistência farmacêutica que não é qualificado, informando que tem que se avançar na qualificação do
372 serviço da gestão. Finalizou a fala comentando sobre a semana da promoção do uso racional de medicamentos, e convidou a
373 todos a um simpósio que seria realizado na presente data às dezoito horas no Teatro ISBA, com três palestras entre elas as de Dr.
374 Norberto Rech, e Dr^a Clarice Petramale. O Senhor Coordenador pontuou sobre algumas questões entre elas a necessidade de se
375 fazer um diagnóstico da situação do Estado, comentou sobre a preocupação das demandas que são encaminhadas para a capital
376 sem a devida dimensão da situação da capital. Informou da capacidade instalada pública ser insuficiente na cidade, com pelo
377 menos duas décadas que não foi ampliada e tem-se uma capacidade instalada privada também insuficiente. Informou sobre
378 alguns dados divulgados pela imprensa nos últimos meses como o da reclamação da superlotação dos hospitais públicos, mas
379 existem também queixas de pacientes que não conseguem vaga em hospital privado, pessoas inclusive com planos privados de
380 saúde. Comentou que não se tem capacidade privada ociosa no momento que permitisse trazer para o SUS essa capacidade. Foi
381 feito ano passado junto com a Secretaria Municipal de Saúde um processo de contratualização dos Hospitais Filantrópicos onde se
382 tencionou ao máximo, com cada um dos filantrópicos para absorver uma ampliação e colocou-se recursos financeiros novos para
383 contratar qualquer leito, qualquer serviço essencial que os filantrópicos pudessem colocar para o SUS, os contratos firmados com
384 os Hospitais Santa Isabel, Aristides Maltez, Espanhol, Português, todos eles aumentaram a programação, mas em quantidades
385 ínfimas comparadas com a carência que se tem. Comentou que outro aspecto importante é que toda emergência hospitalar é
386 Pública ou Estadual em Salvador, não havendo nenhum hospital Municipal ou filantrópico que faça atendimento de emergência
387 (porta de entrada), tem alguns hospitais privados que fazem à chamada urgência ortopédica, normalmente uma imobilização.
388 Informou que todas estas questões naturalmente fazem com que se tenha uma carga muito grande, havendo três grandes
389 hospitais que absorvem a maioria dos atendimentos que são os Hospitais HGE, Roberto Santos e o Ernesto Simões. Informou que
390 não dá para falar de regulação sem falar de gestão, comentou que a sobre a discussão em relação aos mecanismos de regulação
391 a Dr^a Gisélia iniciou, e sobre o trabalho conjunto com a Central de Leitos que visa fortalecer esses mecanismos de regulação são
392 essenciais. Informou também que além dessa carência e desta dificuldade na capital se tem a concentração da atenção
393 especializada na capital do estado e esta questão agrava mais a situação, existindo demanda de todo o Estado que se recai sobre
394 a cidade do Salvador, ou seja, a capacidade instalada em Salvador não é para Salvador e região metropolitana e sim para
395 praticamente todo o Estado, com poucas exceções. Informou que existem pólos regionais que precisam de um investimento muito
396 grande como a área de cardiovascular, que se concentra toda em Salvador praticamente, a área de Oncologia, com exceção de
397 alguns serviços de quimioterapia, a oferta de maior resolutividade de oncologia se encontra na capital do Estado. Relatou também

398 sobre a resolutividade da rede hospitalar como um todo. Informou que a maioria da oferta dos leitos hospitalares é em hospitais
399 pequenos, de baixa qualificação, resolutividade e capacidade de atender os problemas da saúde. Havendo uma dispersão grande
400 de esforço de recursos em unidades hospitalares onde, boa parte das situações é apenas de pronto atendimento. Comentou que
401 enquanto não se conseguir, efetivamente, qualificar os hospitais de porte regional para ter resolutividade de atendimento vai-se
402 continuar recebendo pacientes em Salvador que não deveriam estar sendo encaminhados para tal. Informou que ano passado
403 houve um aumento de 19% de internações em UTI pelo SUS na Bahia. No ano anterior registrou-se uma redução de 1,2%.
404 Aumentou em 60% em média o atendimento de internações pela central, com variações que chegam a 80% no caso de cirurgias
405 ortopédicas de maior complexidade, aumentou cirurgias cardíacas, neurocirurgias, mas a capacidade de instalações não consegue
406 dar conta. Informou da iniciativa de três frentes de trabalho, sendo uma focada em aumentar a capacidade instalada na capital, e
407 tem-se trabalhado neste sentido, comentou que final do mês de maio e início do mês de junho irá ser inaugurada a UTI do Hospital
408 Manoel Vitorino; o hospital Ana Néri está sendo reformado; e foram ampliados vários serviços para ser referência e vários serviços
409 para ser referência em cardiologia. Comentou que essa seria uma frente de trabalho, com a ampliação na cidade de Salvador em
410 atendimento público e essa frente de trabalho precisa ser acompanhada nos pólos regionais e está se completando nove meses
411 que se firmou uma alocação de recursos na CIB, e propôs que se formasse uma comissão e analisasse o que foi pactuado na
412 alocação dos recursos e fizesse uma avaliação, pois, mesmo o recurso do SUS sendo pequeno, 20% de aumento tem que ter tido
413 algum resposta e alguns compromissos têm que ter sido feitos para justificar os 20% a mais que cada município recebeu.
414 Reiterou que a proposta é formar uma comissão com o propósito de analisar o que foi alocado de recurso há nove meses atrás e
415 qual a resposta que foi dada em função desse recurso alocado. Informou que uma outra questão que precisa ser analisada é a
416 questão da estruturação das centrais regionais, visto que enquanto não houver centrais regionais funcionando efetivamente
417 paciente serão transportados sem nenhuma articulação. Comentou que o Projeto Saúde Bahia está fazendo alguns investimentos
418 neste sentido, informou que será montando um processo de licitação para fazer a informatização das Centrais de Regulação.
419 Relatou também da necessidade de mudar o perfil da maior parte dos hospitais, o que se trata de um desafio tendo em vista a
420 quantidade de municípios ligados ao Estado. Relatou que este desafio poderia ser tratado quando da discussão da metodologia da
421 PPI, uma metodologia que não aponte para pulverização de recursos. O Senhor Ricardo iniciou sua fala comentando da discussão
422 iniciada pelo Secretário de Saúde do Município do Conde, referente aos pacientes que são transportados sem aviso prévio e que
423 acabam sendo atendidos, mas esse tipo de procedimento são exemplos que se tem de um ou de outro lado, no entanto, na
424 grandiosíssima maioria das vezes esses pacientes não são devidamente acolhidos, eventualmente chegam mortos ou inviáveis, e
425 várias vezes já aconteceu de pacientes graves que estavam no interior serem solicitado assistência, e a pessoa responsável pela
426 transferência sequer passa para os familiares que a assistência que está se fazendo, apesar de não ser o que vai tratar a
427 totalidade da patologia do usuário estaria melhor no município onde ela está do que na Capital, devido à superlotação. Comentou
428 que uma situação recorrente aqui na cidade do Salvador é a questão de uma grande parte dos profissionais se espantar diante da
429 gravidade do problema que o paciente chega apresentando, e uma boa parte dos pacientes que chegam hoje grave aos hospitais,
430 pacientes de alta complexidade não chegavam por pura e simples falta de oportunidade ou falta de orientação. Comentou que hoje
431 se tem um serviço que funciona gratuitamente para toda população que é o serviço da SAMU. Comentou que inclusive em nível de
432 interior já existe o serviço do 192, apesar de não existir o serviço da SAMU, a ligação já é direcionada para um hospital. Informou
433 que infelizmente o que não vem acontecendo é que diante de todo esse projeto que está sendo desenvolvido pelo SAMU, não está
434 havendo uma grande capacitação dos profissionais do SAMU, visto que foram detectadas dificuldades de alguns profissionais
435 dentro das emergências em atender pacientes de média e alta porque não tem conhecimento, isto é uma realidade, tem que ser
436 levado em conta a necessidade do estabelecimento de condições mínimas de capacitação uniforme. Informou que é preciso
437 capacitar para emergência todos os profissionais que ali forem trabalhar e também é preciso existir algum tipo de exigência para
438 esses profissionais que não forem capacitados ou efetivamente já não estiverem capacitados, não possam ser alocados nesses
439 postos de trabalho, assim como se tem necessidade de capacitar todo o pessoal que trabalha em atenção básica. Informou que
440 existem patologias a nível de emergência que podem perfeitamente serem tratadas dentro das unidades básicas de saúde, dentro
441 dos PSFs mas essa capacitação depende de duas coisas inicialmente; primeiro vontade política de se fazer com que estes
442 profissionais sejam devidamente capacitados e fornecer material para que eles possam utilizá-los dentro das unidades básicas de
443 saúde e capacitar esses profissionais antes de mais nada em processos de humanização e leis. Informou que o profissional tem
444 que estar sensibilizado e consciente de que está tratando um ser humano e não despachando um problema que se apresentou a
445 sua frente e esse profissional tem que estar consciente não só de resoluções, mas também de leis que regem o exercício da
446 medicina e que fazem com que a pessoa, através desse conhecimento, se exima de culpa por tudo e qualquer coisa que possa
447 acontecer com o paciente que esta sob sua responsabilidade. Informou que isto já está sendo feito, o SAMU de Salvador e outros
448 do interior estão sendo capacitados e conseguiu-se um diferencial importante que tem surpreendido algumas emergências. O
449 Senhor Ivan comentou que gostaria de se posicionar com relação ao conceito vaga zero, onde este conceito poderia ser utilizado
450 por qualquer município, e parabenizou o fluxo apresentado pelo doutor Ricardo, visto que o que se vê hoje é uma anarquia, não
451 existindo ainda, dentro dos profissionais que atuam nessa parte da regulação um fluxo pré-estabelecido, o que se vê é que o
452 paciente precisa, às vezes, apenas de um internamento, e como não se tem uma regulação feita ele não tem como ser acolhido no
453 hospital de internamento ele vai para a porta de urgência quando ele poderia aguardar o seu internamento no leito do município de
454 origem. Comentou que o que precisa ser definido é esse fluxo de trabalho, onde o paciente com emergência que precisa usar o
455 recurso vaga zero deve ser feito uma notificação e ser acolhido, mas deve-se atentar para o fato onde o paciente é transportado
456 sem as menores condições. Informou que os fluxos têm que ser estabelecidos e seguidos não no sentido de burocratizar o
457 processo, mas sim de obter um resultado melhor para o paciente. Comentou do cenário atual onde surtos como o de infecção
458 respiratória e dengue acabam possibilitando uma situação onde todos acabam deixando de ser assistidos porque não se tem para
459 onde encaminhar o paciente. Sugeriu a revisão desta situação através de uma preparação temporária com hospital de campanha
460 ou algo do tipo porque pacientes graves estão morrendo sem assistência adequadas e os que não são tão graves assim estão
461 agravando e deixando de ser assistidos. A Dra. Marta Rejane iniciou sua fala informando que sentiu falta de dados concretos como
462 números de atendimentos, percentual de resolutividade e percentual de atendimento de urgência básica em grandes emergências,
463 pois muito já foi dito e trata-se de partir agora para intervenção e fez algumas pontuações como o que pode ser feito quando da
464 discussão com a coordenação de urgência para aumentar a resolutividade e a infra-estrutura dos municípios para se ter um perfil

465 mais adequado para diminuir os grandes centros, sendo essa questão um problema desde a parte de equipamentos até a
466 capacitação dos profissionais. Comentou que tem discutido e sido tachada como exagerada quando relata que se tem formado
467 nas universidades para um SUS inexistente, pois chegam profissionais com o diploma que não sabem minimamente atuar em uma
468 urgência, ocasionado por vários fatores. Relatou que esse fato tende a se agravar e questionou sobre o papel da gestão o que se
469 poderia fazer, citou propostas como capacitar todos profissionais, aumentar a resolatividade das emergências. Comentou que a
470 equipe técnica da SESAB tem condições de acordar com os municípios quando da obrigação mínima de atendimento de acordo
471 com o total de recursos que o município tem disponível, comentou sobre a revisão da PPI, pois o recurso do seu município,
472 principalmente a região metropolitana que tem sido muito penalizada, está em Camaçari, mas não se consegue acessar, e os
473 pacientes têm morrido lá, pois comentou que não interfere na regulação e têm perdido pacientes que precisam de atendimento
474 clínico, que precisam de UTI, pacientes gestantes, neonatais advindos de gestações de alto-risco, pacientes eletivos que não têm
475 adentrado porque a questão da violência esta tão grande que pacientes vítimas dessa violência acabam ocupando vagas de
476 pacientes eletivos que acabam morrendo. Informou que concorda com o Senhor Coordenador quando da readequação dos perfis,
477 questionou sobre o plano diretor de investimento para melhorar a questão da urgência e emergência no Estado, uma vez que se
478 precisa discutir a hierarquização da assistência e o papel de cada um dos municípios e os recursos assistenciais existentes no
479 sistema ou nenhum resultado positivo será alcançado. Comentou também da necessidade de avanços referente à questão dos
480 protocolos para urgência e emergência que andarão junto com a questão da regulação. Informou que foi feito no seu município o
481 protocolo referente à obstetrícia com base no do IPERBA, mas existem áreas que não há profissionais com capacidade para fazer,
482 não havendo nohow e sendo este um grande problema a ser superado no município. Comentou sobre a questão da inter-consulta
483 quando da falta de leitos para UTI neonatal, uma vez que o Hospital de seu município é um hospital de pequeno porte, sendo esta
484 uma ação válida no sentido de dar o mínimo de assistência ao paciente. Questionou sobre o que poderia ser feito, sugerindo
485 posicionamentos como fazer a inter-consulta, capacitar profissionais, readequar perfil da rede, definir responsabilidade de cada um
486 dos municípios de acordo com o que ele possui. Sugeriu também do investimento em municípios no sentido de dar suporte para
487 que eles desenvolvam sua capacidade instalada. Ressaltou que estes podem ser caminhos a serem construídos para melhorar a
488 situação e urgência e emergência do estado e reafirmou o seguimento da regulação quando do envio de pacientes. O Senhor
489 Geraldo Magela iniciou sua fala comentando que além da comissão sugerida pelo Senhor Coordenador e sugeriu que fosse criado
490 um grupo de trabalho permanente sobre a questão de urgência e emergência principalmente que escute os municípios do interior.
491 Informou que não é justo que Salvador fosse privilegiado em detrimento do restante da população da Bahia, comentou sobre a
492 necessidade de investimentos nos pólos como medida de descentralização dos atendimentos em média e alta complexidade.
493 Reiterou a questão da criação de um grupo de trabalho para ser apresentado e já começar a trabalhar, fazer propostas concretas e
494 comentou que a linha de ação tem que ser uma linha coercitiva sim e que a proposta seria promover a ajuda para o município que
495 queira assumir responsabilidades e compromissos junto com o Estado e tem que se estabelecer critérios para isso acontecer.
496 Comentou sobre a observação do Senhor Coordenador sobre a Bahia, no ano de 2006, estarmos em sexto lugar como o pior
497 sistema de saúde pública no Brasil, e do baixo número de pólos de neurocirurgia, seis no total e onde apenas três estão em
498 funcionamento, e do baixo número de unidades de terapia neonatal, cinco no total. Citou da necessidade de se avançar devido à
499 situação encontrada no ano de 2006, rapidamente e com cautela. O Senhor Álvaro iniciou sua fala parabenizando o nível da
500 reunião, visto os temas tratados e discutidos, e ressaltou a importância de alguns avanços como a ampliação de vagas na capital e
501 nas regionais, porém ressaltou a importância da PPI, como instrumento de organizar a regulação, e que esta ainda não foi
502 homologada. Comentou que algumas secretarias dos pólos de sua região começaram a suspender alguns procedimentos
503 cirúrgicos, significando uma má administração dos recursos, e fortalecendo a idéia da reorganização desses recursos devido à
504 importância do bom funcionamento da regulação no Estado. Sugeriu a questão da homologação da PPI fosse levada ao processo
505 de discussão dos técnicos ali presentes. A Senhora Manuele, Secretária de Saúde de Rio Real comentou que seu município é da
506 região de Alagoinhas, e faz fronteira com o estado de Sergipe que tem acolhido seus pacientes. Sugeriu que um levantamento
507 fosse feito através de plantas baixas dos hospitais para se analisar quais desses hospitais pudessem viabilizar um investimento,
508 tendo em vista as dificuldades em construção de novos hospitais em curto prazo, mas o investimento em equipamentos e mão de
509 obra de hospitais que tenham condições físicas para tal e esta seria uma forma de amenizar a baixa qualidade no atendimento de
510 alguns hospitais. Informou que esteve recentemente no município de Entre Rios e Esplanada onde constatou péssimos hospitais.
511 Informou também que possui um hospital grande em seu município, com sessenta leitos e recebe apenas sessenta mil para se
512 manter e relatou que não consegue fazer muita coisa com esse recurso. Informou também que está tirando dinheiro da atenção
513 básica para investir no hospital que por sua vez é um hospital filantrópico totalmente irregular, pois não possui nenhuma
514 certificação de filantropia, mas não há o que se fazer visto que não se pode deixar os pacientes morrerem. Relatou que está
515 sofrendo processo do Ministério Público por estar usando dinheiro da Atenção Básica para o hospital filantrópico do seu município.
516 A Senhora Estela comentou que a senhora Manuele contemplou um ponto de sua fala que foi a questão da verificação dos
517 hospitais que têm condição de investimentos e se propôs a participar de um grupo de trabalho que verifique em cada hospital,
518 principalmente os da macrorregião, a sua capacidade instalada e quais os recursos que eles têm recebido. Comentou também que
519 com relação à regulação, ela tem enfrentado problemas como invasão de familiares de pacientes do Hospital Geral Prado
520 Valadares à central de regulação de leitos. Reafirmou da necessidade de se criar um grupo de trabalho que envolva toda a rede e
521 tenha a participação inclusive dos gestores municipais e dos diretores dos hospitais. A fim de resolver os problemas que envolvem
522 a regulação. A Senhora Isabel, Coordenadora do Programa Qualisus, informou que a regulação sofre muito, informou que conhece
523 o trabalho da central de regulação desde 2006 onde foi coordenadora de assistência e trabalhou apoiando a central de regulação
524 onde tomou conhecimento de que alguns diretores de hospitais não passavam toda a vaga disponível no hospital e esta é uma das
525 práticas que deveriam sofrer ações coercitivas. Fez um pedido para que os diretores dos hospitais colaborassem nesse sentido e
526 ajudassem a central de regulação. Comentou que tomou conhecimento em um congresso realizado em Belo Horizonte de um
527 protocolo de envio de paciente onde o município que não respeita esse protocolo de encaminhamento de pacientes tem que se
528 explicar. E esse é uma forma de punição e controle evitando envio de pacientes de forma desordenada e não responsável. O
529 Senhor José Carlos Raimundo Brito fez sua apresentação como novo secretário de Saúde da Cidade do Salvador, informou que
530 encontrou um município com 20% de cobertura do PSF, cento e quarenta e duas equipes com um déficit de cinquenta médicos,
531 profissionais com salários atrasados, uma rede de postos não informatizada, sendo esta questão inadmissível se tratando da

532 Cidade do Salvador, não existe controle na distribuição de medicamentos, faltam medicamento nos postos, inclusive anti-
533 hipertensivos com uma população predominantemente negra com alta prevalência de hipertensão arterial. Comentou que com
534 relação a capacitação de profissionais, foi elaborado pela associação médica brasileira um curso de capacitação com dois
535 módulos sendo um de urgência e emergência com os vinte principais problemas do PSF. Informou que são curso de fácil
536 assimilação pelos municípios e que pode ser um curso a ser inserido aqui no Estado. Informou que este curso deve ser algo a ser
537 discutido. Comentou que as emergências estão lotadas porque também as Unidades de Tratamento Intensivo estão lotadas,
538 havendo um gargalo que merece uma discussão juntamente com a criação de unidades paliativas desses hospitais grandes aqui
539 de Salvador, pois, há a situação de pacientes irrecuperáveis que estão nas UTI's e esta criação de unidades paliativas é uma
540 questão que deve ser discutida pois trata-se de uma maneira de aliviar as Unidades de Terapias Intensivas. Comentou sobre a
541 criação do Programa de Home Care, como forma também de aliviar os atendimentos em UTI's. Informou que as dificuldades estão
542 aqui na capital, e relatou que existem problemas na condução e admissão dos pacientes nos hospitais a ponto do SAMU estar
543 telefonando para o gestor municipal, para o gestor Estadual e para o Ministério Público. Relatou que esta questão de condução de
544 pacientes é algo com qual se deve preocupar e discutir e propôs a criação de uma comissão para estudar esta questão da
545 admissão de pacientes nos hospitais públicos. Relatou que esteve no PAC da saúde mental onde foi informado de que o Hospital
546 Roberto Santos era o hospital de referência para o recolhimento de adolescentes drogados em estado crítico. Dr. José Carlos Brito
547 se mostrou preocupado com o fato do Roberto Santos ser Hospital de referencia para o SAMU pegar os pacientes adolescentes
548 em uso de droga, em estado crítico, com risco de morte e internar no Hospital Roberto Santos. Chamou atenção que no dia a dia
549 está havendo dificuldade do médico examinar e admitir o paciente no hospital. Pontuou estas questões para que a CIB venha a
550 debater e que o Secretário possa opinar a respeito. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Josedaneil Silva que colocou
551 que o problema central é a relação entre demanda e oferta porque enquanto não se tenta melhorar rapidamente este perfil, todas
552 estas intervenções vão esbarrar em problema graves, e não irão sair. Questionou se há alguns hospitais no Estado que já tenham
553 algum preparo para que possa adiantar a questão da oferta e demanda. Reportou que a região Sul e Extremo-sul com o Hospital
554 Luiz Eduardo há anos vem funcionando e que podemos melhorar o perfil do hospital. Saliu que isto não tem acontecido; deu
555 como exemplo, maior complexidade como aumento da U.T. I, a U.T. I Neonatal que até hoje não existe. Colocou que é muito difícil
556 sair com uma criança a 800 km para dá atendimento. Pontuou que não entende por que o Hospital Luiz Eduardo de Porto Seguro
557 não faz parte da Rede Pública. Solicitou ao Secretário Dr. Jorge Solla que veja a questão da terceirização que já está há muito
558 tempo, porque os gestores das regiões Sul e Extremo-sul têm tido transtorno e desgaste desnecessário com esta situação.
559 Pontuou que os gestores precisam sentir que o hospital é importante, precisa crescer na complexidade e fazer parte do sistema. O
560 Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro, tendo informado que na reunião do COSEMS hoje pela manhã
561 foi discutido algumas propostas para que possamos fazer alguns encaminhamentos com mais objetivo, e em consideração a todas
562 as falas, as propostas do COSEMS podem ser melhoradas ou se implementar alguma coisa que tenha ficado, mas o COSEMS
563 entende que no geral as coisas estão mais ou menos contempladas. Pontuou que a responsabilidade da Urgência e Emergência
564 entre o Município e Estado deve ser compartilhada, tendo um trabalho de desdobramento em grupo de trabalho, e que é
565 fundamental entender que para poder avançar é preciso fazer o diagnostico analisando e identificando as dificuldades dos
566 municípios e dos Hospitais Regionais, e com isto poderemos ser propositivo na construção desta agenda. Quanto à questão do
567 Termo de Compromisso de Urgência e Emergência o COSEMS propôs que se forme uma comissão de acompanhamento
568 conforme está previsto no Termo. Saliu que esta Comissão não fosse apenas coercitiva, omissiva que dentro do processo
569 identifique-se qual o novo estrangulamento que o Município e Estado estão tendo, e assim possa viabilizar um bom andamento do
570 Termo. Chamou atenção quanto ao problema da Rede Filantrópica. E propôs que o Estado faça o acompanhamento das Gestões
571 Municipais e das contratualizações, principalmente deste momento porque tem Municípios que já estão fechando um ano fora a
572 partir do mês de junho a contratualização, sendo preciso acompanhar, porque na verdade ao longo deste ano acredita que
573 nenhum Município tenham feito acompanhamento trimestral ou mesmo venha acompanhando. Colocou que os municípios não
574 conseguiram estabelecer um canal de dialogo com o prestador onde possa estar ajustando o contrato ao longo deste ano. Colocou
575 como proposta conseguir garantir a partir do mês de maio uma discussão para facilitar o movimento que a divisão de convenio fez
576 de contrato e contratualização realizada por Dra. Cláudia Almeida que solicitou aos gestores plenos cópia do contrato dos Planos
577 Operativos das Filantrópicas para fazer avaliação destes contratos. Dra. Suzana Ribeiro propôs fazer uma reunião com gestores
578 municipais, prestadores, SESAB e Federação das Filantrópicas para estarem conhecendo o que esta acontecendo. Informou que
579 os gestores municipais estão angustiados com a questão da contratualização e execução da garantia da oferta do serviço; citou as
580 dificuldades que os Municípios têm como na porta de Urgência das Santas Casa completamente fechada, dificuldades de avançar
581 nas negociações na abertura da porta de urgência referente à especialidade, em ter acesso à agenda da Santa Casa. Pontuou que
582 vale a pena desdobrar e discutir avaliando a questão de algumas Santas Casa que estão com contrato direto com Estado, sendo
583 fundamental que a CIB se posicione porque paralelamente a isto tem a Rede de alta Complexidade que muitas vezes são
584 implantadas nestas entidades. Questionou como o COSEMS e SESAB vão avançar com a alta complexidade se sequer a porta de
585 Urgência estamos conseguindo acessar. Chamou atenção da importância da agenda propositiva privilegiando Urgência e
586 Emergência sem esquecer da importância do fortalecimento da Atenção Básica e que esta agenda seja feita juntamente com
587 Estado e COSEMS. Solicitou que seja fortalecido a contratualização dos leitos de retaguarda porque é importante retomar esta
588 questão para garantir em Salvador que já foi aprovado na CIB e que o Estado verifique se houve avanço nesta questão. Colocou
589 que estes leitos de retaguarda vão dá de alguma maneira uma retaguarda para os Hospitais de Salvador com isto nós teríamos
590 condição de pegar as principais portas de urgência e tentar aliviar, garantindo que os pacientes crônicos permaneçam e maior
591 tempo de permanência possa ser dirigido para estes leitos, com, mas controle. Quanto à questão da internação domiciliar que já
592 foi pactuado na CIB o que esta sendo preciso é implementar, já que os projetos que foram colocados foram aprovados na CIB e
593 envolvem alguns municípios que são pólo de macrorregião. Dando continuidade, falou dos grupos de trabalho e que vê a
594 importância dos municípios pólo e Salvador estejam presentes e quando o gestor não tiver condição de estar presente tem que
595 encaminhar um Técnico que tenha maior qualificação no município para discutir e construir uma proposta. Lançou uma proposta
596 na questão do HPP - Hospital de Pequeno Porte que grupo de trabalho faça um acompanhamento para vê como esta funcionando
597 e que seja fortalecido o funcionamento da Atenção Básica que para o COSEMS é vital. Quanto à questão dos protocolos que foi
598 colocado por Dra. Marta que é importante esta citando. Lembrou do aumento de teto de 10% aos municípios plenos que foram

599 conseguidos no ano de dois mil e sete, e lançou como proposta que pudesse garantir o Recurso Estadual ou Recurso Federal para
600 trabalhar e garantindo para este ano dois mil e oito, uma PLUS no incentivo que fosse também destinado para Urgência e
601 Emergência para que pudéssemos fortalecer as Regionais. Colocou que a CIB monitore este incentivo juntamente com COSEMS
602 e SESAB a execução deste incentivo sendo aplicado na porta de Urgência e Emergência dentro da estrutura da Rede Municipal.
603 Lembrou que as capacitações têm estado na pauta da Diretoria de Educação Permanente, e que já tem curso de Atenção Básica
604 acontecendo e especificamente voltado para a estratégia de Saúde da Família. Pontuou que a SESAB e COSEMS tem que está
605 trabalhando para fortalecimento da Gestão como também na proposta do Curso de Qualificação de Urgência para os profissionais
606 da Rede Básica. Pontuou que a proposta que a DAE e DAB estão preparando tem tudo para está potencializando e fortalecendo
607 as Regionais e Microrregiões para que tenham multiplicadores em todo o Estado. Apresentou as proposta e ressaltou que podem
608 ser modificadas e melhoradas porque é uma construção coletiva e é o caminho que nós temos para trilhar e resolve os problemas
609 de saúde da nossa população. O Senhor Coordenador comentou sobre as propostas que foram colocadas por Dra. Suzana
610 Ribeiro. Quanto ao incentivo não tem nada contra em os Municípios capitar mais recurso, mas é bom atualizar o cenário. Lembrou
611 que o orçamento do Ministério este ano teve um corte por conta da não aprovação do CPMF e se não houver suplementação não
612 ira conseguir chegar ao final do ano, ou seja, o aumento que recebemos no ano de dois mil e sete, não está coberto no orçamento
613 do ano dois mil e oito. Pontuou que os 20% de aumento do teto não foram incorporados totalmente no orçamento do ano dois mil e
614 oito, não tendo orçamento para cobrir todo custeio de orçamento Federal até o final do ano se não houver suplementação.
615 Exclamou que não é um cenário favorável para que possamos repetir o que nós conseguimos no ano passado. Colocou que nas
616 Portarias do Ministério da Saúde que tem publicado é somente algum serviço de alta complexidade que estava em processo de
617 credenciamento como serviço de nefrologia, e que nenhum aumento de teto global tem sido sinalizado em discussão. Lembrou
618 que do porto de vista do orçamento do Estado todos os Hospitais Estaduais aumentaram recurso humano, gasto com material e
619 medicamentos e que estão totalmente desabastecidos e quase todos estão passando por reforma e todos estão recebendo
620 equipamentos. Salientou que é preciso rediscutir a PPI mudando os critérios e definir um processo de alocação de recurso que
621 privilegie os hospitais que são referência e tenha Urgência e Emergência funcionando, porque fazer a PPI nas condições atuais
622 não irá resolver o problema do Estado. Respondeu aos questionamentos de Dra. Suzana Ribeiro quanto a Internação domiciliar,
623 informando que está na reta final faltando à licitação para aluguel do veículo, destacando que houve um problema de recurso
624 tendo que cumprir o prazo legal, mas tudo indica que no próximo mês o projeto de internação domiciliar em Salvador, Lauro de
625 Freitas, Feira de Santana, Jequié, Ilhéus e Vitória da Conquista estará funcionando. Quanto ao Hospital de Pequeno Porte, o
626 Estado esta ampliando os hospitais contratados conseguindo superar no embalo na relação com o Ministério sobre um modelo de
627 contrato, mas esta fluindo melhor. Colocou que concorda em criar uma Comissão não só para avaliar o Termo de Entes Públicos
628 de Urgência e Emergência, e que este incentivo já foi feito no ano de dois mil e sete. Lembrou que foi definido na CIB um valor que
629 foi para o Teto dos Municípios em Gestão Plena para alocar na Urgência e Emergência. Comunicou que tem mais de um mês que
630 a portaria foi publicada e a SESAB não conseguiu fechar o único leito de Retaguarda. Quanto ao Curso de qualificação de
631 Urgência na próxima reunião da CIB será apresentada uma proposta que está sendo discutida. O Senhor Coordenador passou a
632 palavra para Dr. Andrés Alonso tendo colocado que pode ser feito uma Comissão para avaliar e monitorar tudo Urgência e
633 Emergência, Filantrópicos, HPP - Hospital de Pequeno Porte e TCEP. O Senhor Coordenador solicitou que sejam criadas duas
634 Comissões para avaliação e monitoramento TCEP urgência e emergência, da alocação do incentivo de urgência e emergência no
635 ano dois mil e sete e da Rede de Urgência e Emergência e a outra Comissão para acompanhamento da Contratualização dos
636 Hospitais Universitários e Filantrópicos e HPP - Hospitais de Pequeno Porte. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra.
637 Marta Rejane Monte Negro, a qual sugeriu que na questão do GT poderia ter como produto e definição a partir do diagnostico que
638 será feito da Rede da Urgência e Emergência no âmbito do Estado como todo e o Plano Diretor que fosse necessário de acordo
639 com a responsabilidade atribuída para cada um dos municípios, e depois define quem vai investir se é o estado, município ou
640 governo federal. Citou que depois se define se irá buscar algum tipo de investimento externo. Pontuou que deve estruturar um
641 sistema de inter-consulta para pacientes críticos, já que o estado tem um déficit na questão da retaguarda dos leitos de terapia
642 intensiva que já ajuda um pouco a questão do suporte no âmbito dos municípios com estes pacientes e elaborando uma proposta
643 para estar estruturando o Sistema Estadual de Transporte Inter-Municipal de pacientes críticos com unidades de suporte
644 avançados com base nos Hospitais Regionais. Pontuou que a Portaria 2.048 que destaca que é para cada 400 mil habitantes, e
645 poderia está sendo estruturado nas sede das macroregiões que faria o transporte dos pacientes críticos dos municípios de menor
646 porte, com isto não colocaria em risco a vida dos pacientes por um transporte inadequado. Salientou que ficaria mais barato e
647 usual e aí veríamos como iremos co-participar no financiamento deste sistema. O Senhor Coordenador informou que o Estado
648 adquiriu um quantitativo de UTI móvel que será alocado em cada Hospital Estadual para dá este apoio e que depois podemos
649 discutir como funcionaria o fluxo, articulação e a locação do recurso para o financiamento. O Senhor Coordenador passou a
650 palavra Dr. Andrés Alonso que fez uma observação com relação às Comissões em colocar junto com as Unidades Federais de
651 Ensino já que irá acompanhar os municípios plenos. O Senhor Coordenador sugeriu que trate junto com filantrópicos e a
652 contratualização dos Hospitais de Ensino e Filantrópicos e HPP. Dando Continuidade, passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro.
653 Esta informou que foram encaminhados os Planos Operativos dos Hospitais Filantrópicos para DICON e acredita que o Grupo
654 Técnico da SESAB já avançou em algumas avaliações. Solicitou que a DICON juntamente com COSEMS avaliem e verifiquem se
655 já tem diagnostico prévio para que possamos trabalhar em cima disto. Exclamou que é um grande transtorno para os Municípios a
656 situação da porta da Urgência dos Hospitais Filantrópicos. O Senhor Coordenador solicitou que o Superintendente da SUREGS
657 fica encarregado de ver as pessoas da SESAB que vão compor as duas Comissões e o COSEMS fica encarregado de ver os
658 representantes dos Secretários Municipais em compor as duas Comissões. Dra. Suzana, Dr. Raul e Dr. Andrés ficam responsáveis
659 de agendar a primeira reunião do Grupo de trabalho. Dr. Raul Molina colocou que existem alguns hospitais no estado que estão
660 ociosos e que tem boa capacidade física e estrutural. Pontuou que dentro desta situação encontra-se o Hospital de Cruz das
661 Almas com sessenta leitos e que apenas são utilizados trinta leitos do hospital e tem uma estrutura fantástica, com ar
662 condicionado central e oxigênio sem funcionar. Lembrou que foi colocado isto para o Secretário do Estado no ano passado e
663 houve uma proposta de descentralizar a unidade de queimados para o HGE - Hospital Geral do Estado. Informou que está
664 colocando os leitos disponíveis para a Unidade de Urgência e Emergência para a região. Dra. Suzana Ribeiro questionou sobre o
665 recurso destinado aos complexos reguladores. E que quando Dra. Conceição estava na Diretoria informou que tinha encaminhado

666 um processo de licitação porque o que foi demandado para o Teto dos Municípios Plenos já foi resolvido, indo direto para fundo a
667 fundo, mas os demais Municípios que a demanda é do Estado estão aguardando. Dra. Mirian informou que saiu a licitação e a
668 SESAB está assinando o empenho para a Empresa está entregando os equipamentos para SESAB. E assim que a SESAB receba
669 estará vendo uma forma de distribuir os equipamentos para os Municípios.

670
671 Em seguida o Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e confirmou a próxima reunião ordinária
672 para o dia 15 de maio de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,
673 lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 08 de maio de 2008.

674
675 Jorge José Santos Pereira Solla _____
676 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
677 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
678 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
679 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
680 Andrés Castro Alonso Filho _____
681 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
682 Washington Luis Silva Couto _____
683 José Carlos Raimundo Brito _____
684 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
685 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
686 Denise Lima Mascarenhas _____
687 Suplente: Wilson Martins Mendes _____
688 Angeli Santos Matos _____
689
690