

1
2
3 Aos vinte e um dias do mês de maio do ano de dois mil e nove, no Auditório da Agência Estadual de Regulação de Serviços
4 Públicos de Energia, Transportes e Comunicação – AGERBA, 4ª Avenida, nº 435, 1º andar - CAB, com as presenças dos
5 Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana
6 Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis
7 Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Britto, Stela dos Santos Souza, Angeli Santos Matos e dos
8 Suplentes: José Raimundo Mota de Jesus, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Sara Cristina Carvalho Cerqueira e Emerson
9 Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão informando que a Ata
10 da 172ª Reunião Ordinária será entregue posteriormente para aprovação na próxima CIB, e coloca em discussão e aprovação
11 a Ata da 1ª Reunião Extraordinária, que foi encaminhada anteriormente aos membros. Dr. José Carlos Brito pediu a palavra
12 para registrar que alguns dos seus comentários não estavam constando na Ata, como a contrapartida do SAMU que não é
13 repassada para Salvador e a dívida do Estado para com o município hoje que é de R\$ 12.300.000,00 (doze milhões e
14 trezentos mil reais), o repasse de R\$ 230.000,00 (duzentos e trinta mil reais) do teto de Salvador para o Estado que consta no
15 TCEP do custeio de uma unidade que está sob gestão municipal, dívida hoje do Estado para com o município no valor de R\$
16 2.760.000,00 (dois milhões, setecentos e sessenta mil reais), total da dívida R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais).
17 Lembrou que esse questionamento dessa unidade no TCEP o fez mencionar claramente que Salvador não apoiaria uma
18 resolução que mantivesse o mesmo TCEP e que gostaria que o município fosse excluído da Resolução, ressaltando que nada
19 disso consta na Ata, assim afirmou que não aprovaria a Ata nem a Resolução por conta do que foi dito e que não foi
20 documentado. O Senhor Coordenador solicitou à Secretaria Executiva da CIB que constasse na Ata a fala do Secretário
21 Municipal e da mesma forma, a resposta dada na ocasião de que Salvador tem recebido regularmente os repasses do SAMU,
22 somente não recebe o financeiro porque existe um convênio assinado desde a gestão municipal anterior onde é feito um
23 encontro de contas, e o saldo atual é uma dívida do município para com o Estado num valor de aproximadamente R\$
24 246.000.000,00 (seis milhões de reais), com tudo documentado. Comprometeu-se a encaminhar à Secretaria Executiva CIB esta
25 planilha do encontro de contas mês a mês, desde o primeiro mês do convênio assinado pelo ex Prefeito Antônio Imbassay,
26 com o ex Governador Paulo Souto, até o presente mês; o saldo atual no mês de abril era de seis milhões de reais a favor do
27 Governo do Estado. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles esclareceu que a Ata encaminhada aos membros da CIB para
28 aprovação nesta reunião foi a referente a 1ª Reunião Extraordinária que aconteceu no dia 22 de abril que tratou apenas da PPI
29 e a Ata à qual o Secretário Municipal está se referindo é a da 172ª Reunião Ordinária da CIB que aconteceu no dia 23 de abril,
30 que não foi disponibilizada a tempo devido a problemas com equipamento de som CIB, pois a Secretaria Executiva estava com
31 apenas um aparelho de som e apenas na semana passada recebeu mais dois, possibilitando apenas ontem a conclusão da
32 digitação, portanto, esta Ata que já está pronta será encaminhada aos membros da CIB para aprovação na próxima reunião
33 ordinária, esta sim constará todas as colocações reafirmadas aqui pelo Secretário Municipal de Saúde de Salvador. Após o
34 esclarecimento da Secretária Executiva da CIB, o Senhor Coordenador colocou em discussão e aprovação apenas a Ata da 1ª
35 Reunião Extraordinária. Dr. José Carlos Brito argumentou que não constava o seu comentário de que Salvador estava
36 questionando o atual TCEP e por isso deveria ficar fora de uma resolução que mantivesse os mesmos termos dos TCEPs
37 vigentes. Dra. Suzana Ribeiro colocou que essa questão do TCEP já foi colocada inclusive pelo COSEMS que já vem
38 discutindo sobre isso e como agora o momento é de aprovar ou não uma Ata que não é a que se refere à essa discussão do
39 TCEP, poderíamos remeter apenas a isso, porque o COSEMS já tem ciência da resolução e já vem fazendo essa discussão
40 inicialmente com o Chefe de Gabinete do Secretário quando tivemos conhecimento da publicação, então na vale à pena
41 remetermos a discussão da resolução para este momento, até porque tivemos um entendimento e estamos resgatando a Ata.
42 Como a Ata da última reunião ordinária que trata do TCEP ainda não foi aprovada, portanto, ainda nem podemos estar fazendo
43 essas conjecturas, mas já colocamos claramente para a SESAB qual foi o nosso entendimento em relação à matéria, inclusive
44 já estamos agendando uma conversa sobre essa questão da resolução que deve ser revista. Após os comentários, o Senhor
45 Coordenador colocou mais uma vez a aprovação apenas da Ata da 1ª Reunião Extraordinária que foi aprovada à unanimidade,
46 lembrando que a Ata da 172ª Reunião Ordinária da CIB será encaminhada aos membros juntamente com a Ata da reunião de
47 hoje, para apreciação na próxima reunião ordinária. Dando início à ordem do dia, O Senhor Coordenador efetuou a leitura dos
48 expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data, 31 municípios ainda não
49 encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB. A Sra. Nanci Salles informou que a Secretaria Executiva recebeu dois
50 ofícios sendo um da 14ª DIRES referente ao município de Itapetinga encaminhando o relatório situacional da gestão e o outro
51 do município de Capela do Alto Alegre encaminhando o processo remetido à Promotoria Pública solicitando providências com
52 relação ao fato de não ter encontrado Relatório de Gestão, Plano Municipal de Saúde e outros documentos referentes ao
53 município. Lembrou que na reunião anterior o Senhor Coordenador colocou esse problema já que muitos gestores não
54 encontraram os relatórios anteriores e a discussão pautada foi de que deveria ser feito o encaminhamento ao Ministério público
55 como alguns municípios já estão fazendo e encaminhando para a CIB. O Senhor Coordenador ratificou que quem assumiu a
56 gestão agora e não encontrou os relatórios pode fazer uma representação ao Ministério Público registrando essa situação. Dra.
57 Suzana Ribeiro lembrou aos gestores municipais que o prazo para entrega do Relatório de Gestão de 2008 é 31 de maio e não
58 podemos esquecer, pois isso compromete todo o nosso processo de adesão às políticas e de prestação de contas, inclusive foi
59 feito um reforço na reunião do COSEMS pela manhã, até porque o Relatório de Gestão tem sido um instrumento
60 importantíssimo no processo. Informou ainda que há discussões recentes na CIT de criar um sistema informatizado onde os
61 gestores estaduais e municipais possam estar alimentando esse sistema no mesmo formato que é feito hoje com a receita
62 federal, então é uma ferramenta que está sendo iniciada agora a sua construção pela Secretaria de Gestão Participativa,
63 assim, é fundamental não perdermos o prazo, pois temos outras demandas para este ano ainda para além da LDO de abril,
64 temos ainda a LOA, o PPA e o Plano Municipal de Saúde, então vamos cumprir nossos prazos para não ficarmos
65 sobrecarregados com o volume de instrumentos que temos que prestar contas e formalizar. 1.2 Pesquisa do Ministério da
66 Saúde “Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite: as CIBs e os modelos de indução da Regionalização no

67SUS". Em seguida, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. 68Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/ DAB: 1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Aprovados	01 NASF tipo I	Caravelas Abaré
	01 NASF tipo II	Umburanas
ESF – Equipe Saúde da Família – Aprovados	01 ESF	Ibitiara Monte Santo Saúde Abaré
ESB – Equipe de Saúde Bucal – Aprovados	01 ESB Modalidade I	Matina Abaré Saúde
	02 ESB Modalidade I	Miguel Calmon (vinculadas ao PSF de Itapura e Melquisedec)
	07 ESB Modalidade I	Riachão das Neves
	01 ESB Modalidade II	Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde – Aprovados	02 ACS	Fátima
	04 ACS	Correntina
	08 ACS	Abaré
	24 ACS	Ipecaetá

692. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: **2.1 Aprovar solicitações de remoção dos**
70servidores da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB –
71Aprovado. 3. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde – DASF: **3.1 Habilitação do**
72município de Lajedinho para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica junto à SESAB –
73Aprovado. Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador apresenta as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da
74CIB para pactuação: **1. 1 Superintendência de Gestão e Regulação à Saúde – SUREGS/ DIREG: 1.1**
75Recomendação Administrativa 001/2008 do Ministério Público Estadual da Bahia. Apresentação: Dr. Ricardo Gouveia e
76Dra. Itana Viana do Ministério Público Estadual. Dra. Itana Viana iniciou dizendo que o controle pela Gestão SUS é
77fundamental e obrigatório, porque na administração pública o controle tem que existir, o gestor público é responsável pelo
78erário público, pelo patrimônio público e até uma folha de papel é patrimônio público, aquele objeto é de propriedade do
79governo e tem que ser prestado conta. Então, não é possível se deixar a critério de outras pessoas da área de saúde, nem de
80gestores das unidades conveniadas ou contratadas a livre ocupação dos leitos SUS. Enfatizou ter tido a oportunidade de
81examinar algumas planilhas de internação de hospitais da rede complementar e verificou que a grande quantidade de
82internações com autorização pós-fato, está ali justificada a título de emergência, o que é algo muito sério e precisa ser
83apurado, porque as unidades contratadas e conveniadas, ou seja, as unidades hospitalares da rede complementar não têm
84porta de emergência aberta na cidade de Salvador, ou seja, elas nem tem porta de emergência aberta e nem recebem os
85socorridos do SAMU, então o Ministério Público vai precisar saber que emergências são essas, de onde vêm e qual é o critério
86para essas internações de emergência. Ademais é preciso lembrar, afinal de contas estamos diante de gestores de saúde que
87sabem muito bem de que o custo da internação de emergência é mais caro do que a internação eletiva, então significa que até
88o custo dessa internação, que não sabemos o critério, é pago em valores maiores do que os da eletiva, por essa razão,
89regulação é coisa muito séria, é de direito público e não é possível que isso fique no controle de terceiros, principalmente de
90particulares. “Recomendação Administrativa N.º 01/2008 Inquérito Civil N.º 003/2007. Destinatárias: Secretaria de Saúde
91Estado da Bahia e Secretaria de Saúde do Município de Salvador. A observância das disposições constitucionais e
92infraconstitucionais, por todos os profissionais dos serviços públicos de saúde sob sua gestão direta ou indireta e, para tanto, a
93adoção de medidas destinadas a assegurar a efetividade do direito social à saúde e o acesso universal e igualitário dos
94usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde, em qualquer nível de complexidade, sem privilégios ou restrições.
95Igualmente, garantir a execução do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela
96Portaria GM/MS n.º. 2048, de 05 de novembro de 2002 e do Plano Nacional de Política de Atenção às Urgências na forma da
97Portaria GM/MS n.º.1863 de 29 de setembro de 2003. 1. Motivos: a) Dificuldades no acolhimento de pacientes socorridos pelo
98SAMU nos serviços de assistência hospitalar referenciados para o atendimento de urgência e emergência (inclusive aqueles
99que integram a rede de assistência complementar SUS); b) Permanência de pacientes nas ambulâncias durante horas em
100portas de hospitais aguardando o acolhimento e/ou peregrinação pelos PAs e Hospitais em razão de sucessivas recusas de
101atendimento sob risco de agravamento do seu estado de saúde e até de óbito; c) Risco difuso à população durante o tempo
102em que as ambulâncias ficam retidas em portas das unidades fixas de emergência em busca de acolhimento do paciente
103socorrido; d) Dificuldade de controle da ocupação dos leitos SUS pelas Centrais Estadual e Municipal de Regulação, com a
104maior parte autorizada pós-fato, impossibilitando o controle do acesso pela gestão do SUS e possibilitando privilégios vedados
105pela Constituição da República. 2. Teor da Recomendação: a) Sejam informados, formalmente, os servidores lotados nas
106Centrais de Regulação, os Médicos Reguladores; os Médicos Plantonistas, Coordenadores e Diretores Clínicos das Unidades
107Fixas de Urgência e Emergência da rede própria e da rede complementar, do inteiro teor da presente Recomendação; b)
108Ampla divulgação desta Recomendação, nos setores emergência, inclusive os hospitais gerais com serviço de urgência e
109emergência da rede própria do SUS, Hospitais e Clínicas conveniados e rede complementar do Sistema Único de Saúde –

110SUS, e demais setores interessados; c) Adoção de mecanismo de Certificação do recebimento e/ou recusa dos pacientes
111encaminhados para os serviços fixos de urgência e emergência, inclusive os hospitais gerais, bem como transferências de
112pacientes das unidades de emergência para os chamados “leitos de retaguarda”; Nesse item, ressaltou que a referência e
113contra-referência são partes importantíssimas do sistema porque é como se veicula a descentralização, os serviços são
114descentralizados e organizados em rede de forma hierarquizada; claro que para que esse sistema funcione o referenciamento
115tem que ser formal porque o que acontece no cotidiano com essa informalidade que não pode acontecer na administração
116pública, porque tudo em administração pública tem que ser auditável, é o fato de que a unidade que está solicitando a
117regulação é atendida do outro lado e não tem a confirmação de que ela pediu essa regulação, nem a regulação tem a prova de
118que aquela unidade telefonou solicitando, então isso fica sem comprovação e fica fácil colocar um paciente numa ambulância e
119mandar por aí a fora, porque ninguém vai provar nada, nem que foi pedida a regulação, nem que foi feita ou não essa
120regulação, então fica um sistema absolutamente sem controle. Além disso, transporte de paciente também é normatizado e
121não se pode colocar um paciente numa ambulância ou num carro qualquer sem as condições que a lei prevê para esse
122transporte e quem o fizer deve responder pelas conseqüências, há casos que é preciso que haja o acompanhamento de
123determinados níveis de equipe, por vezes equipes com médicos integrando e em unidades que se tenha um tipo de
124equipamento que se faça necessário para aquele paciente, não é possível que se faça transporte de paciente como
125recentemente foi feito de um município, uma criança numa situação muito séria, um recém-nascido com vísceras expostas,
126transportada de cerca de 800 km para Salvador numa ambulância comum. Isso é uma condenação à morte, isso é doloso, isso
127é intenção de matar, é desprezo pela vida humana, porque não se pode fazer um transporte de um paciente nessas condições
128e a lei prevê que não é possível, portanto, é preciso que se vá olhar como é a regulação de transporte de pacientes, que não
129deve ser uma coisa desregulada. Ponderou que a saída para esses leitos de retaguarda, é claro que ela tem que ter um
130determinado fluxo porque paciente de emergência tem que ficar determinado tempo na emergência, ele não vai ficar com uma
131longa internação numa unidade de emergência, então é preciso que também essa regulação seja formalizada e que sejam
132identificados os leitos SUS nos hospitais da rede complementar. Os leitos SUS precisam ser identificados de forma visível,
133para ficar claro quando se diz que não tem vaga, se realmente o leito está disponível ao SUS ou se está sendo usado para
134outros fins. d) Determinação ao SAMU, vedando atendimento a solicitações não contempladas pelo Regulamento Técnico
135aprovado pela Portaria GM/MS 2048/2002. Comentou que a Portaria regula totalmente qual é a finalidade do SAMU, pois todo
136órgão público tem a sua finalidade descrita em lei, entretanto, o que é que vemos com o SAMU, os administradores tem vários
137problemas por causa das solicitações para o SAMU ficar de plantão em determinados eventos, até em futebol de várzea, e os
138políticos e vereadores gostam muito disso para talvez mostrar prestígio perante a comunidade, festinhas particulares, enfim,
139uma série de situações que não estão inclusas na finalidade do SAMU que está toda regulamentada na Portaria 2048 e o
140gestor que conceder estes favores responde por desvio de finalidade que é um dos crimes administrativos de improbidade. e)
141Proibir internações nas unidades hospitalares nas unidades das redes própria e complementar sem a prévia autorização das
142Centrais de Regulação, no sentido de impedir ocupação de leitos por indicações que escapem ao efetivo controle da
143administração pública, gerando privilégios e preterindo direitos dos usuários que aguardam as formas legais de acesso,
144principalmente aqueles que se encontrem em filas de espera. Ponderou que se é auditável a regulação, se essa regulação é
145feita com base naqueles critérios que todos conhecemos que são os critérios de risco, que são os critérios até hoje já por
146consenso sinalizado em cores a situação do paciente, não é para chegar alguém por uma indicação de parentesco ou de
147amizade e passar por cima da regulação que está seguindo o critério legal de ocupação daqueles leitos; o princípio da
148igualdade está na constituição, o sistema de saúde é universal e igualitário, então essa igualdade é constitucional e não se
149pode abrir mão que se seja respeitada. f) Estabelecer meios eficazes de gerenciamento dos leitos SUS em obediência ao
150princípio da eficiência contemplado no artigo 37 da Constituição Federal, no sentido de: – Evitar a permanência de pacientes
151internados além do tempo necessário; Comentou que tem internações que ultrapassam e muito, inclusive, outro dia houve um
152levantamento geral de várias unidades que apontava uma permanência média de treze dias em unidades de emergência. –
153Evitar internações para procedimentos eletivos antes da realização dos exames prévios necessários; Muitas vezes
154encontramos em hospitais pessoas que estão ali internadas e que ainda vão fazer todos os exames pré-operatórios para
155realizar uma cirurgia, não é assim que deve acontecer, o sistema e a regulação de exames precisam funcionar articuladamente
156para que os exames pré-hospitalares sejam feitos antes da internação, para que os leitos não fiquem ocupados
157desnecessariamente, tomando o lugar de outro paciente que está necessitando estar nele para sobreviver. – Manter
158entendimento com as Unidades Universitárias que utilizam os Hospitais SUS como Hospitais-Escolas, no sentido da otimização
159da ocupação de leitos, tendo o paciente como fim e não como meio, impedindo que haja leitos ociosos em enfermarias,
160enquanto existam usuários necessitando de internação sem conseguir acesso; Ponderou que em alguns hospitais os leitos
161SUS funcionam com a residência médica, se os leitos são SUS, já é uma concessão de que as universidades que durante
162muito tempo ou a maioria delas criadas sem um hospital escola de apoio à formação dos profissionais. Os hospitais SUS,
163mesmo os contratados e conveniados porque aqueles leitos são SUS, então ocorre que o preceptor não pode dizer que tais
164leitos são da especialidade dele quando muitas vezes a emergência está sobrecarregada e aqueles leitos vazios, mas não se
165pode colocar porque o professor-doutor não quer que coloque para não atrapalhar porque ali é da sua especialidade, isso não
166pode ocorrer, o leito é de quem precisa e dessa forma essas reservas não têm apoio legal. g) Adoção de providências no
167sentido de esclarecer aos coordenadores de plantões de emergências e Diretores Clínicos das Unidades: – A natureza cogente
168das determinações do Médico Regulador no exercício da sua função uma espécie “fé-pública”. Relatou: quando o regulador faz
169uma avaliação e direciona o paciente para aquela unidade, à luz da Portaria 2048, esse médico regulador é autoridade
170sanitária e ele tem que ser observado como tal, se o hospital vai ter outra orientação, se os médicos do hospital vão fazer outra
171avaliação e posteriormente redirecionar o paciente é outra coisa, mas negar assistência ao paciente que está dirigido pra lá e
172fazer com que ele corra risco tendo que procurar saber se lá é o hospital com tal e qual perfil para recebê-lo, é inadmissível
173porque o paciente não pode responder por possíveis desorganizações da rede. – É atribuição do Médico Regulador acionar o
174serviço de destino do paciente, informando sobre as suas condições e previsão de chegada, sugerindo os meios necessários
175ao seu acolhimento. Essa questão é algo que os gestores precisarão intervir para que não haja a discricionariedade do
176coordenador do plantão atender ou não o telefone se quiser. Sendo que por vezes dá plantões na regulação inclusive no

177SAMU, afirmou que já testemunhou que se liga exaustivamente para um hospital para se direcionar um paciente e ninguém
178atende ao telefone, assim, é preciso garantir que o sistema público tenha uma forma de resolver isso, aquele setor tem que ter
179um coordenador do sistema que garanta o atendimento à regulação, pois a comunicação não pode ficar ao sabor
180da vontade de quem quer que seja. – O hospital de destino jamais poderá deixar de aceitar um paciente, cuja gravidade é
181presumida pelo Médico Regulador. As unidades fixas de emergência trabalham legalmente sob o conceito de “vaga zero”.
182Colocou que este é um conceito muito discutido, mas lei não se discute, se cumpre. A lei está editada por autoridades do
183Ministério da Saúde, se ela for modificada algum dia estará aqui para defender a posição que estiver na modificação, mas o
184Ministério entende que unidade de emergência é vaga-zero, tem que atender, não se pode negar o atendimento sob pena de
185omissão de socorro e quem negar atendimento é que vai responder por esse crime, nunca o Ministério vai punir nenhum
186gerente de unidade pelo paciente estar no corredor se a unidade estiver cheia, o que não pode é deixar o paciente sem
187assistência, mas sendo acolhido, sendo atendido, não importa se diante de uma situação de falta de espaço físico, esteja
188sendo atendido numa maca no corredor, não importa que a imprensa filme ou fotografe porque é preciso que se adequem o
189atendimento às situações do momento, o que não pode é fechar a porta da emergência e dizer não entra mais ninguém, se
190existe um fluxo muito grande deve-se acionar a gestão para que esta procure os meios de redimensionar, mas fechar a porta
191de emergência não é possível. – Nos casos em que o Médico Plantonista ou o Diretor Clínico se negar a receber o socorrido, o
192Médico Regulador deverá comunicar a recusa ao Ministério Público, para as providências cabíveis e, dentro de 03 (três) dias, a
193Central de Regulação deve encaminhar ao MP a informação gravada e documentos com: I) o nome do paciente; II) a razão da
194sua necessidade de internação; III) o tempo que o paciente permaneceu na ambulância aguardando o recebimento pelo
195hospital; IV) a identificação da equipe móvel de socorro; V) o estado de risco do paciente em relação a agravamento
196irreversível ou risco de óbito; VI) o atendimento que necessita; VII) o nome do hospital de destino; VIII) o nome do Plantonista
197recalcitrante; IX) o nome do Médico Regulador; X) nome do Socorrista. Não é possível que se diga de boca que não vai
198atender, a recusa tem que ser justificada, porque se for por falta de médico na unidade, ou a gestão está falha ou a gerência da
199unidade não está controlando a frequência de pessoal. Relatou que recentemente foi encontrado em Itabuna unidades sem
200médicos, mas com folhas de frequência assinadas previamente para o mês inteiro, a responsabilidade disso é do gerente da
201unidade que está cometendo o crime de favorecimento real, ele está favorecendo aquela pessoa para faltar ao serviço, ou seja,
202receber o dinheiro público sem trabalhar e isso é crime e precisa ser apurado. A justificativa tem que ser escrita e o médico
203regulador tem o direito de exigir, a nossa ordem é chamar o Ministério Público a qualquer hora do dia ou da noite que um
204Promotor Público se deslocará para verificar o que está acontecendo. – o Médico Regulador deverá registrar na Central de
205Regulação, a resistência de quem naquele momento estiver respondendo pelo hospital, nos casos em que o risco da demora
206possa a vir a acarretar o agravamento ou o óbito do paciente, o Médico Regulador deverá acionar o Plantão do Ministério
207Público informando a situação, para que um Promotor de Justiça possa propor Ação Cautelar Inominada ao Juiz de Plantão;
208Todos os dias incluindo fins de semana e feriados existem juizes de plantão, nessas horas o Ministério Público que tem esses
209contatos redigem uma petição de uma Ação Cautelar e solicitam uma ordem judicial para que aquilo que não está sendo feito
210voluntariamente seja feito obrigatoriamente e ainda com o risco de responder pela demora, isso é o que se chama em Direito
211de “perículo in móra”. Os responsáveis pela recusa de atendimento poderão responder por crime de omissão de socorro. Dra.
212Itana Viana finalizou a apresentação do teor da Recomendação Administrativa, ressaltando que o objetivo dela é tentar sanar
213ainda de uma forma de recomendação, sem judicialização da saúde, tentando colocar aquilo que deve ser feito. Considerou
214que os senhores não terão reparos a colocar olhando do ponto de vista do direito do usuário; quaisquer outras insatisfações
215não estão na competência do usuário resolver e este não pode sofrer os danos, pois a vida humana é o maior bem tutelado no
216Sistema Jurídico Brasileiro e por isso, o Ministério Público tem o dever constitucional de zelar pelo respeito dos poderes
217públicos a esses direitos garantidos na Constituição. Em seguida disponibilizou o e-mail do Ministério Público do Estado da
218Bahia/Grupo de Atuação Especial de Defesa da Saúde – GESAU: saudepublica@mp.ba.gov.br e os telefones 3103-6436
219durante o dia e durante à noite 9968-8668 que é o seu telefone. Ressaltou ainda que existem momentos em que precisamos
220desempenhar determinados papéis até que a cidadania se estabeleça num país, e quando temos a responsabilidade de não
221querer deixar cair a peteca da defesa da vida humana, e até que tenhamos estrutura que permita um plantão instalado, como
222já temos feito a exemplo dos carnavais, ela mesma é a plantonista articuladora que regula o atendimento do Ministério Público.
223Após a apresentação, o Senhor Coordenador agradeceu a Dra. Itana Viana e convidou Dr. Ricardo Gouveia Diretor de
224Regulação para apresentar as “Ações da Diretoria de Regulação sobre a Recomendação Administrativa N.º 01/2008: Ações da
225SESAB: 1. Divulgação da RA nº 01/2008 a todos os servidores da Central Estadual de Regulação, Diretoria de Regulação da
226Assistência e Unidades de Saúde da Rede SESAB (ofício à DGRP); 2. Reuniões internas na Central Estadual de Regulação
227com objetivos de atender a RA nº 01/2008; 3. Publicação de Portaria Estadual, (nº 1.628 de 16/06/2008) com participação do
228Secretário de Saúde de Salvador nominando médicos e enfermeiros como Autoridades Sanitárias; 4. Contratação dos leitos de
229retaguarda; 5. Contratação de serviços em regime de mutirão para procedimentos de alta complexidade (Neurologia, Cardiaca,
230Bariátrica, TRO); 6. Contratação de pessoal para HUPES e disponibilização de equipamentos; 7. Implantação das Comissões
231(CRCA); 8. Reforma do HPM com 38 leitos SUS/CER; 9. Contratação de exames que estão sob a gestão da Central de
232Regulação (CPRE, Angiografia, Terapia Fotodinâmica e Oxigênio terapia Hiperbárica); 10. Contratação de empresa de
233Transporte aeromédico; 11. Renovação e ampliação da frota da CER; 12. Implantação do sistema de gestão de frota (parceria
234com a SSP). Propostas: 1. Resoluções; 2. Revisão da grade de referência SAMU192 de Salvador com a inclusão de clínicas
235contratadas para atendimento em Traumatologia-ortopedia 24 horas, Unidades Básicas Saúde e PSF (Portaria Ministerial 2.048); 3.
236Pactuação de prazos para o funcionamento de todas as unidades de saúde e de AMPLIAÇÃO do PSF de Salvador; 4. Solicitar
237à SMS Salvador cláusulas contratuais com os prestadores referentes a estabelecimento de cotas de contingência para a
238retaguarda das urgências e emergências; 5. Implantação do SUREM em todas as Unidades da Rede de Emergência da região
239metropolitana e sedes de Microrregiões; 6. Notificar as Unidades da obrigatoriedade da formalização com justificativa da
240recusa para as transferências inter-hospitalares”. Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão. A
241Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus, Marleide Figueiredo, reforçou a informação que foi dada com relação à UTI aérea que
242inclusive já atendeu a Ilhéus algumas vezes e considerou realmente importante a colocação quanto ao registro por parte da
243Central de Regulação do Estado, porque às vezes o município solicita da Central que mande por fax o registro desse leito ou o

244registro de que foi encaminhada a solicitação de vaga e a resposta é de que isso não é possível, no entanto, é um
245procedimento necessário que dará segurança tanto ao município quanto ao estado com relação ao encaminhamento do
246paciente. Sugeriu que fosse realizado um trabalho junto aos hospitais de referência do Estado para que não alimentem aquele
247fluxo antigo, quando era a Assistente Social ou a referência política do município que se direcionava ao hospital e conseguia a
248vaga, então, que este seja realmente um sistema eliminado para que quando haja um contato com o hospital ele retorne
249dizendo que todo e qualquer leito só vai ser liberado através da Central de Regulação do Estado, assim poderemos evitar que
250aconteça como recentemente no município de Ilhéus que o hospital fazia o contato tentando conseguir o leito durante um
251período de uns cinco dias, o município não tinha informação da necessidade desse leito e só depois desse período, e só
252quando não se conseguiu é que o município foi acionado. Mencionou ainda a importância da Central de Regulação passar a
253regular alguns leitos de alta complexidade a exemplo das cirurgias ortopédicas que tem sido um estrangulamento por parte do
254município nesse sentido. Dra. Suzana Ribeiro pediu a palavra para acrescentar alguns elementos à discussão. Considerou vital
255a necessidade da regulação e colocou que quem está em município pólo sabe das dificuldades inclusive para fazer essa
256articulação dentro da sua rede SUS em hospitais públicos, privados e conveniados, e também entre os municípios. Ressaltou
257que a regulação é uma ferramenta importante, mas o que mais a compromete é exatamente a ausência de uma capacidade
258instalada, e hoje temos uma sobrecarga em alguns pólos porque existem vazios assistenciais na Bahia que estão bastante
259concentrados e isso traz situações mais complexas e que comprometem a efetividade da regulação, então para além da
260necessidade de discutirmos a regulação precisamos também retomar a discussão inclusive do atendimento da urgência, para
261que esse processo de regulação seja efetivo é preciso rediscutir a rede assistencial na Bahia principalmente na área de
262urgência e emergência, pois sabemos que os grandes hospitais que são via de regra hospitais estaduais de caráter regional
263estão sobrecarregados, então existe um movimento também que, não se sabe se deliberado, mas muito coincidente, onde
264observamos que em vários municípios a exemplo de Vitória da Conquista, percebemos que a cada vez que o hospital tenta se
265estruturar e começa a ofertar serviço o volume de paciente é imenso, então, para além da necessidade ainda da discussão da
266rede de urgência e emergência que já temos na agenda a proposta de uma oficina, e é muito importante que o Ministério
267Público esteja envolvido nessa discussão, para que possamos elaborar de forma concreta a rede de urgência do estado da
268Bahia, envolvendo as nove macrorregiões e por consequência todas as microrregiões, para em articulação com os CGMR
269podermos identificar o que temos como capacidade instalada e o que temos concretamente para desenhar essa rede. Outro
270ponto fundamental é a questão da atenção básica que inclusive o secretário já propôs ao COSEMS e estamos para definir uma
271reunião inclusive com o MP para fazermos uma discussão aprofundada sobre a atenção básica no estado da Bahia como um
272todo. Registrou, inclusive porque isso não passou alheio a nenhum dos gestores de saúde pública e da população em geral, o
273fato de estarmos essa semana vivenciando um debate que está sendo travado na questão que passa pela regulação que é a
274oferta de leitos na capital e é um problema grave porque é algo que já é histórico é a concentração dos serviços na capital, e
275em algum momento causa uma grande dificuldade, e muitas vezes não conseguimos entender como é que essa dinâmica
276dessa discussão vai se dando, porque na verdade existe o outro lado que é exatamente a desassistência no interior no estado
277que também é algo histórico e temos de reconhecer que dois anos são suficientes para se reestruturar uma rede e por mais
278que venhamos discutindo a questão do Pacto desde antes dele, a NOAS e todas as normas operacionais, nada foi feito de
279concreto para que isso acontecesse. Enfatizou que tudo isso precisa ficar muito claro e registrou, apesar de talvez não ser o
280momento, que dada a gravidade dos fatos não podemos permitir que essa discussão ganhe outros espaços, pois essa é uma
281discussão nossa, do Sistema Único de Saúde, dessa instância colegiada e essa discussão precisa ser pautada aqui dentro de
282forma clara, honesta e transparente, e propor respostas a soluções de uma forma a curto, médio e longo prazo e para isso não
283dá pra discutir sem planejar, sem identificar o que está realmente acontecendo e sem a co-responsabilização porque muitas
284vezes acabamos jogando a responsabilidade em cima do outro e não partilhamos isso. O Sistema é um só, se não partirmos
285do princípio de que ele é construído de forma tripartite, colegiada e co-responsabilizada, não vamos para lugar nenhum, se
286transformarmos este espaço numa arena para quaisquer outras finalidades, perde a população e nós não estaremos
287cumprindo com o nosso espaço como gestores. Ressaltou a preocupação do COSEMS que tem observado que em
288determinados espaços não conseguimos avançar, existem dificuldades em todos os lados, o financiamento é crítico, estamos
289no momento de uma reforma tributária que pode comprometer gravemente o sistema único de saúde e podemos entrar num
290caminho sem volta, se não medirmos esforços para tentar vencer esses desafios não iremos para lugar nenhum e a população
291não pode ser comprometida e nem desassistida, por outro lado não dá para ficarmos nessa discussão, entendendo que
292precisamos de mais leitos de um modo geral e aí o gestor municipal tem seu papel que é extremamente importante assim
293como o gestor estadual também tem seu papel. Chamou atenção de que a regulação não acaba em si mesma essa dificuldade
294toda que temos na rede, da permanência demorada no leito, a área da ortopedia é campeã nesse tipo de processo de segurar
295o paciente, discutem até o que é urgência e emergência em ortopedia, se só é urgência se tiver com fratura exposta, se for
296uma paciente de oitenta anos, por exemplo, é uma cirurgia eletiva, aí a paciente fica no leito de trinta a sessenta dias até fazer
297um quadro mais grave e aí não tem mais jeito, o paciente perde o teto cirúrgico, vai a óbito e não tem mais nada a se fazer, ou
298seja, existe toda uma movimentação que envolve também movimentos corporativos dentro da rede, para barganhar melhor
299com o gestor, para impor ao gestor algumas condicionalidades, enfim, não é tão simples quanto parece. Considerou muito
300importante essa iniciativa do Ministério Público com essa Recomendação Administrativa, porque todos vivenciamos isso e que
301pode servir para nós que estamos na gestão dos nossos municípios como instrumento importante, inclusive até como algo que
302já está posto como a experiência colocada pelo Ministério Público Estadual aqui a nível de capital e vamos ter que nos
303aproximar mais do MP lá no interior, as regionais, para que possamos discutir de uma forma mais clara. Relatou que em seu
304município o Ministério Público tem se destacado como um grande companheiro e defensor do SUS, então para além das
305dificuldades que colocamos em relação à judicialização, mas se agente trabalha em parceria o MP realmente é um grande
306defensor não só dos interesses da população como do SUS e nós temos o dever de nos aproximar até porque tem momentos
307em que a gestão esgota um pouco sua capacidade de negociação. Dr. José Carlos Brito comentou que já tinha assistido à
308apresentação e concordou com tudo, inclusive com a fala de Dra. Suzana. Como tem muito a ver com a capital, gostaria de
309fazer algumas considerações importantes, pois este é o fórum para o qual devemos trazer essa discussão. Ponderou que a
310sobrecarga das emergências é claro que tem a ver com a precariedade da Atenção Básica em Salvador e colocou de forma

311 muito clara que a encontrou extremamente precária, a exemplo do Programa de Saúde da família que já teve uma cobertura
312 maior. Dr. José Carlos Brito pontuou que anteriormente os Profissionais do PSF eram remunerados pelos municípios sem
313 nenhum vínculo, algo esdrúxulo em qualquer situação que possa se pensar, vários profissionais se evadiram do programa,
314 médicos principalmente. Colocou que ficou praticamente todo ano de dois mil e oito, sem ter como repor estes postos de
315 trabalho. Colocou que apesar de ter feito uma seleção curricular para contratar estes profissionais da rede, o alcance foi muito
316 pequeno. Pontuou que atenção básica de Salvador está sendo tratada com responsabilidade, e neste ano de dois mil e nove, o
317 município de Salvador tem um REDA concluído e os profissionais já estão chegando, e com a realização do concurso público
318 para todos os programas que eram terceirizados no passado (PSF - Programa Saúde da Família, CAPS - Centros de Atenção
319 Psicossocial e CEO - Centro de Especialidades Odontológicas), com isto Salvador terá uma Atenção Básica de melhor
320 qualidade, diferencialmente da que encontrou quando assumiu a Secretaria de Saúde do Município. Quanto às unidades de
321 pronto atendimento tem aumentado a resolutividade destas Unidades que estão sob a Gestão da Secretaria Municipal de
322 Saúde. Informou que existem cinco unidades que estão sob a Gestão Estadual e que pretende discutir com a SESAB para está
323 assumindo também estas cinco unidades; colocou que não há sentido algum a SESAB ser responsável por estas cinco
324 unidades de pronto atendimento. Em relação aos hospitais contratualizados da rede filantrópica, a Secretaria Municipal de
325 Saúde de Salvador está agendando uma reunião com todos os prestadores contratualizados com a presença do Ministério
326 Público, Dra. Itana Viana foi convidada para esta reunião para que possamos está discutindo estes aspectos que a Dra. Itana
327 Viana de uma forma muito clara e brilhante colocou na sua apresentação. Pontuou que com estas ações Salvador caminha na
328 direção de uma oferta de serviço de uma melhor qualidade, principalmente colocando os leitos dos Hospitais Filantrópicos, e
329 que da maneira que Dra. Itana Viana colocou de forma numerados e identificados, podendo ficar a disposição da Central de
330 Regulação. Colocou que o Município vai caminhar inevitavelmente para assumir, o complexo regulador, já está quase pronto e
331 que irá estabelecer uma discussão com a SESAB para que a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador esteja também
332 assumindo a Regulação em um futuro não muito distante. O Senhor Coordenador agradeceu a Dra. Itana Viana pelo trabalho
333 do Ministério Público Estadual, pelo trabalho feito, e o documento apresentado na CIB foi muito bem construído servindo de
334 orientação para todos os Gestores em relação às medidas relativas à Regulação; sugeriu para Dra. Stella Souza e Dra.
335 Suzana Ribeiro que use nos seus municípios Jequié e Vitória da Conquista. Pontuou que apesar destas questões serem mais
336 cadentes em Salvador pelo fato de ser a capital para onde termina sendo direcionados os casos que demandam uma maior
337 complexidade, e que esta questão se aplica a todos nossos pólos de atendimento porque o quatro atual não é de dificuldade só
338 em Salvador, todos os hospitais Estaduais estão superlotados. Deu como exemplo o Hospital do Oeste em Barreiras, no ano
339 dois mil e sete, trabalhava com uma boa relação entre a sua capacidade e a procura, agora está recebendo não só as
340 ambulâncias de todo oeste da Bahia como também do sul do Piauí ficando o Hospital do Oeste lotado. Lembrou que o Hospital
341 Municipal do Extremo Sul há dois anos atrás quando o Governador Jaques Wagner assumiu não tinha U.T. I, Neurocirurgia,
342 Oncologia, tendo que os pacientes irem para Vitória por causa da distância que é muito grande do Extremo Sul para Salvador,
343 diante disto foi feito investimento por parte da Gestão Municipal e por parte do Governo do Estado da Bahia e recurso do
344 Governo Federal, foi criada capacidade instalada e a demanda já está estourada; salientou que a SESAB tem observado isto
345 em todos os Pólos Regionais, o déficit de investimento público no Estado da Bahia foi muito grande, o Hospital Geral do Estado
346 – HGE que é o último Hospital Emergência construído em Salvador tem vinte anos e o Hospital Clériston Andrade tem vinte e
347 cinco anos de construído em Feira de Santana, e até hoje é o único hospital de Emergência em Feira de Santana porque não
348 dá para pensar em uma Cidade com seiscentos mil habitantes e pólo de dois milhões de habitantes só tenha o Hospital
349 Clériston Andrade. Pontuou que não foram feitos investimentos para aumentar a Rede Pública, como também não foram feitos
350 investimentos para manter a que existia em condições de funcionamento e nestes quatro anos a SESAB está fazendo
351 investimento e reformando todas, ou seja, em todos os Hospitais estamos fazendo investimento até o Hospital do Oeste em
352 Barreiras que é novo recebemos faltando vários equipamentos que a SESAB teve que fazer investimento grande em
353 equipamentos, tendo que ser reformado toda a Rede do Estado da Bahia. Informou que o Hospital Geral do Estado – HGE a
354 SESAB já reformou todas as enfermarias e trocou todos os mobiliários e elevadores, quase todos os equipamentos das salas
355 cirúrgicas foram trocados e a SESAB irá começar a ampliação do HGE - Hospital Geral do Estado. Colocou que são cinco
356 novos hospitais que vão está sendo entregues além do de Irecê que foi inaugurando no ano de dois mil e oito, e este ano de
357 dois mil e nove, estamos entregando o Hospital de Juazeiro e Santo Antônio de Jesus e no próximo ano em dois mil e dez, em
358 Feira de Santana estaremos entregando o Hospital da Criança e o Hospital do Subúrbio em Salvador que será um novo
359 Hospital – HGE para dar conta da demanda. Pontuou que, além disto, a SESAB estará ampliando mais de cem leitos em
360 Salvador nos Hospitais Eládio Lacerda e no São Jorge, fora os leitos que já foram ampliados no Hospital Clériston Andrade
361 com sessenta leitos e no Hospital de Base em Vitória da Conquista foram quarenta leitos. Informou que em quatro anos de
362 Governo serão mais de 1000(mil) novos leitos públicos na Rede Estadual, só que não basta reformar o que estava sucateado e
363 comprar equipamentos; salientou que no ano de dois mil e oito, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia foi quem mais
364 comprou equipamento médico hospitalar de todas as Secretarias Estaduais no Brasil inteiro, por informações dos principais
365 fornecedores de Equipamento Médico Hospitalar, mas, além disto, a SESAB teve que contratar mais de dez mil postos de
366 trabalho em Saúde, pois os Hospitais estavam esvaziados de profissionais; deu como exemplo o HGE que já teve entre
367 concursados mais de 1000 profissionais contratados; o Hospital Roberto Santos entre concursados e REDA quase dois mil
368 profissionais contratados. Exclamou é um déficit imenso que deve ser cumprido e obviamente não basta ampliar a Rede
369 Hospitalar Pública porque a rede básica também é deficitária e dela se originam grande parte dos problemas das emergências.
370 Informou que o Governador Jaques Wagner determinou uma meta ousada de construir quatrocentas unidades de Saúde da
371 Família, e que hoje o Governador Jaques Wagner está em Antonio Cardoso inaugurando duas Unidades de Saúde da Família
372 e sendo entregue a população e que em Salvador foram doze Unidades de Saúde da Família já construídas com investimentos
373 de mais de oito milhões de reais, do Governo do Estado da Bahia, mas não basta aumentar a rede pública Estadual, nós
374 precisamos viabilizar vários mecanismos como foi colocado por Dra. Itana Viana em sua apresentação na CIB, é fazer com que
375 a Rede Privada contratada tenha a sua oferta disponibilizada de forma pública, fazendo com que os leitos dos Hospitais
376 Filantrópicos e privados sejam disponibilizados através do mecanismo de Gestão. Pontuou que não dá para pensar que nós
377 iremos resolver toda oferta de internação neste Estado só com a Rede Pública Estadual por mais leitos que a SESAB abra;

378exclamou é inviável. Citou como exemplo: em Salvador não tem se quer um único leito municipal como tem em outros
379municípios como Feira de Santana, Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas e Barreiras. E que na média das capitais do
380nordeste 30% das internações do SUS - Sistema Único de Saúde são feito nos Hospitais Municipais, em São Paulo 39% são
381feitas nos Hospitais Municipais, e em Salvador é zero porque 50% das internações hospitalares em Salvador são feitas na rede
382própria do Estado se for somado com os três hospitais da UFBA dos quais uns deles é um hospital que estava sobre gestão do
383Estado e foi reformado e equipado pelo Estado e foi passado para UFBA, com isto chega a mais de 60% das internações em
384Salvador, feitas em Hospitais Públicos, somando a Rede Estadual 50% e Federal 10% e a rede privada lucrativa só entra com
3855% apenas e a rede privada contratada tria obviamente os pacientes de longa permanência de maior custo ou os que
386demandam um esforço maior obviamente vão para os Hospitais Estaduais. E quanto a emergências e internações de
387emergências são 100% feitas pelos Hospitais Estaduais em Salvador e que apenas 30% dos Recursos Federais para Atenção
388Especializada e Hospitalar financiam em Salvador 50% das internações e 100% das internações de Urgência e Emergências,
389como isto mostra que as distribuições dos recursos financeiros não são compatíveis com a oferta real existente. Lembrou que
390já foram discutidas muitas vezes estas questões e que as observações colocadas por Dra. Itana Viana em relação pré-
391hospitalar, SAMU e a Regulação são todas pertinentes, mas faz questão de registrar algumas preocupações. Registrou que crê
392que se nós conseguirmos colocar o mecanismo de regulação funcionando em todos os Pólos Regionais iremos ter um
393progresso muito grande e a participação do Ministério Público é muito importante para fazer este enfrentamento que não é
394nada fácil; salientou que não estamos falando que só depende da vontade dos Gestores. Citou que teve a oportunidade de ter
395uma experiência municipal quando foi secretário em Vitória da Conquista que teve de enfrentar uma greve local de toda rede
396privada durante doze dias, e na hora que o Secretário de Salvador tomar uma decisão desta, não pensem que a rede privada
397de Salvador ou de outros municípios vai aceitar isto de bom grado, vai ter resistência. Colocou que por muito menos bastou a
398Secretaria Municipal de Saúde de Salvador dizer que iria fazer uma licitação para contratar as internações sobre serviço de
399ortopedia para gerar uma reação forte do setor privado. Pontuou que estamos lidando com uma situação que mexe com
400interesses econômicos e políticos eleitorais; lembrou na última eleição municipal, das denúncias que saíram na imprensa de
401utilização da Rede Privada conveniada do SUS em Salvador para eleger vereadores, e todo mundo sabe que isto existe, não é
402só em Salvador. Quanto à vaga zero defende, mas falar em vaga zero em Salvador onde você tem quatro ou cinco Hospitais
403Estaduais para receber toda carga, se não tomarmos certo cuidado dá um tiro no pé porque há quinze dias atrás a SESAB teve
404que sentar com todas as equipes de coordenação do Hospital Roberto Santos para evitar que os profissionais pedissem
405demissão porque quando a sobre carga é muito grande os profissionais da emergência começam a se desgastar e fica
406ameaçando a abandonar os postos de trabalho. Colocou que não tem profissional que suporte trabalhar em uma emergência
407que vive o dia a dia com uma demanda gigantesca de pacientes graves, e que a questão não é só colocar no corredor e abrir
408um leito extra, o problema é quando chegar ao ponto que os profissionais de Emergência não conseguem mais salvar as vidas
409que chegar a emergência porque as macas e os corredores estão cheios. Relatou um ocorrido numa unidade de emergência
410do estado onde uma médica magrinha conseguiu reanimar um paciente entre uma maca e outra porque se fosse alguém, mas
411largo não conseguiria passar entre uma maca e outra. Exclamou e esta é a realidade de uma rede como a nossa onde não tem
412oferta municipal e privada regulada e todos os pacientes graves vão para no HGE, Hospital Roberto Santos, Ernesto Simões e
413Batista Caribé e ainda ter que receber pacientes de Posto de Saúde como acontece no Batista Caribé que recebe mais de 80%
414de pacientes de Posto de Saúde. Pontuou que concorda com a idéia que a imprensa não importa, mas não importa do ponto
415de vista de nós garantirmos o atendimento ao paciente, mas importa do ponto de vista de viabilizar a continuidade do SUS -
416Sistema Único de Saúde porque os detratores e opositores do SUS, o que mais criticam e atacam são as emergências cheias.
417Informou que no dia vinte do mês de maio foi com a Comissão de Saúde da Assembléia para visitar o Hospital Geral do
418Estado, passamos três horas no HGE e a Comissão saiu com outra impressão porque quem vê pela imprensa só observa a
419denúncia da emergência lotada e os familiares se queixando da melhora do atendimento, mas não vê as vidas sendo salvas e
420os problemas sendo resolvidos; citou que a imprensa em geral no nosso país não defende o SUS - Sistema Único de Saúde
421por que os donos do meio de comunicação majoritariamente não têm interesse, e infelizmente os interesses políticos menores
422e eleitorais terminam se utilizando disto. Pontuou que temos que nos preocuparmos também com a imagem do SUS - Sistema
423Único de Saúde junto à opinião pública e não podemos permitir mesmo sabendo da necessidade de vaga zero que as
424emergências explodam de pacientes não só pela qualidade de atendimento e capacidade de salva vidas, como pela
425capacidade de mantermos este patrimônio que é o Sistema Único de Saúde. Quanto à questão da divisão de responsabilidade
426entre os entes federados a população brasileira ainda não sabe qual é a responsabilidade de todos os entes federados, são
427inúmeras as vezes que vão ao programa de Rádio em Salvador ou em Feira de Santana ou em outros municípios e o que mais
428questionado é o funcionamento de Postos de Saúde, que é responsabilidade do Município. Colocou que todas as vezes que
429vai a um programa de Rádio em Salvador é cobrado pelas Unidades Saúde da Família que não têm profissionais e pelas
430unidades que não funcionam, mas entende as dificuldades do Município e pelo que foi colocado pelo Secretário de Saúde, Dr.
431José Carlos Brito. Chamou atenção que os municípios que estão em Gestão Plena, a responsabilidade integral em toda a rede,
432não só a básica, como especializada ambulatorial e a rede hospitalar é da Gestão Municipal. Solicitou aos Gestores que se
433prontificaram em assumir a responsabilidade da Gestão Plena, por favor, não abdicuem dela para a opinião pública, e
434mantenham apenas para receber os recursos financeiros e o município que acha que não tem capacidade de assumir a
435responsabilidade da Gestão da Rede Hospitalar. Pontuou que é muito simples, a SESAB irá fazer o processo do Pacto de
436Gestão e pode ser repassada a rede hospitalar para o Estado porque esta Gestão não irá se negar em receber de nenhum
437município do Estado à devolução da Gestão da Rede Hospitalar. Agora quem quiser assumir a responsabilidade não pode
438assumir só dentro da bipartite ou só do ponto de vista legal e financeiro tem que assumir diante a opinião pública dizendo a
439população da cidade que a responsabilidade da gestão da rede especializada hospitalar é da prefeitura e Secretaria Municipal.
440Salientou que a SESAB tem uma postura completamente solidária com todos os municípios e compreendemos toda a
441dificuldade e o Estado tem feito o máximo, assumindo responsabilidade que não era do Estado, como não é responsabilidade
442da Secretaria da Saúde do Estado fazer mutirão de cirurgia em Salvador contratando Hospitais Privados como Hospital da
443Cidade, Agenor Paiva, Jorge Valente do grupo PROMEDICA, Hospital Salvador e pagando com recurso do Estado para
444conseguir diminuir o problema, no entanto, o Estado não podia deixa milhares de pessoas dentro dos hospitais Estaduais sem

445conseguir fazer uma neurocirurgia, cirurgia de tumor cerebral, cirurgia de cardiologia, cirurgia de ortopedia. Salientou que o
446Estado se propôs a fazer tranquilamente porque o Estado tem uma perspectiva de que o trabalho entre os entes federados tem
447que ser solidário, compreender as dificuldades e apoiar mutuamente, por isto contratamos procedimentos, até ambulatoriais,
448terapia foto dinâmica, medicina hiperbárica, oxigenoterapia, angiografia e outros vários procedimentos especializados, o
449Estado contrata para Salvador e paga com recurso próprio coisa que não é dá responsabilidade da Gestão Estadual, mas
450compreendendo da necessidade e da oferta para a população de Salvador e de todo o Estado, agora não concorda apesar de
451todo este investimento e desenvolvimento de uma gestão solidária, seja pautada pela imprensa desta cidade que a SESAB é
452responsável pela gestão hospitalar, não tem cabimento, o Estado é responsável pela Gerência das Unidades Próprias do
453Estado até a sua capacidade total, a partir daí a capacidade não dando conta, é o que consta na Constituição, que a Rede
454Privada é complementar. Citou que diante do que consta na Constituição a rede privada tem que ser contratada e paga.
455Questionou quem está com a Gestão Plena em Ilhéus retira dinheiro do município para contratar o setor privado, e a Gestão
456Plena de Jequié tem certeza que retira dinheiro do município para pagar internação hospitalar. Pontuou que em Salvador
457internação hospitalar só é paga com recurso Federal e Estadual. Informou que o Estado da Bahia recebe R\$17.000.000,00
458(dezessete milhões de reais) por mês para rede própria em Salvador e gasta dez vezes mais do que isto com o recurso do
459tesouro Estadual. Detalhou que vem paciente de todo o Estado para Salvador, em termo, tem uma região do entorno que vem,
460muito recôncavo, região de Feira de Santana, o nordeste do estado, mas de 85% a 90% das internações feitas em Salvador é
461de residentes de Salvador. E toda atenção obstétrica é feita praticamente nas Unidades Estaduais. Pontuou que precisamos
462pensar na divisão de responsabilidade porque os investimentos estão sendo feitos, central de regulação, U.T.I aérea, o apoio
463do GRAE, ambulância U.T.I móvel, etc. Firmou compromisso em apresentar na próxima CIB todos os investimentos que o
464Estado está fazendo, mas precisamos ter uma atuação solidária neste processo de Gestão no Sistema de Saúde em nossa
465capital e Estado. Propôs criar uma Comissão com representantes da SESAB e COSEMS para redigir uma Portaria e uma
466Resolução da CIB sobre alguns pontos apresentados por Dra. Itana Viana que são muito operacionais e que pode ser
467imediatamente trabalhados entre eles; citou a preocupação de pacientes internados por tempo além do necessário, e algumas
468vezes por problema no Hospital e muitas vezes por falta de ambulância para buscar o paciente. Lembrou que já propôs fazer
469uma resolução da CIB que permita que o paciente com alta do hospital com vinte e quatro horas depois da data comunicada,
470caso a ambulância do município não venha buscar, o Estado contrate uma ambulância e mande levar o paciente de volta ao
471município de origem e debite na conta do município, e aí o Hospital abre o leito para outro paciente que está chegando.
472Concluiu chamando atenção da contratação da rede privada e a PPI e que esta discussão veio em boa hora porque a SESAB
473está preparando a PPI e já teve oportunidade anteriormente na CIB em colocar a opinião que a SESAB precisa fazer PPI em
474base completamente diferente das anteriores porque se o Estado quer superar todo este quadro que Dra. Itana Viana nos
475apresentou nesta CIB: fortalecer os pólos regionais, aumentar a resolutividade e viabilizar a ampliação da rede, nós não
476podemos partir da PPI primeiro viabilizando os procedimentos de menor para depois o de maior complexidade, para depois o
477que sobrar. Pontuou que o Estado tem que fazer uma outra metodologia que permita fortalecer e ampliar a oferta mais
478resolutiva e garantir os financiamentos dos hospitais com taxa de ocupação de 100% ou 110% como é o caso de muitos
479hospitais de peso regional e com isto o Estado da Bahia possa viabilizar melhor o nosso Sistema Único de Saúde. O Senhor
480Coordenador passou a palavra para Dr. Andrés Alonso. Colocou que será breve por já se sentir contemplado pela fala do
481Secretário de Saúde do Estado e Coordenador da CIB com relação ao fato de se colocar na CIB a posição do Ministério
482Público de esclarecimento, parceria, responsabilidade e participação solidária no processo e fortalecimento da legitimidade do
483papel do Gestor sem qualquer tipo de corporativismo, e destacou a necessidade de se compreender a importância e a
484dimensão da participação do Ministério Público neste processo. Pontuou que ações que tem impacto importante, a exemplo da
485internação domiciliar e que foram ações que esquecemos de está pontuando na composição da nossa apresentação porque é
486ação de um impacto extremamente alto na assistência, na medida em que o potencial da internação domiciliar apresenta em
487termo de internação hospitalar, são de um hospital de seiscentos leitos; salientou este é o potencial que as equipes de
488internação domiciliar, e um programa que foi implantada com recurso do Governo do Estado para os municípios onde já tem
489atuação direta. Registrou as dificuldades de acolhimento, especialmente no que diz respeito aos pacientes do SAMU, apesar
490de toda dificuldade que a rede estadual apresenta e super lotação que a rede estadual convive hoje no seu dia a dia dentro do
491processo, por todas as dificuldades do nível de atenção desde a básica e passando pela média complexidade, as recusas de
492internações de urgências e emergências que de fato implica em risco de morte para o paciente que é atendido e diferenciado
493elas são zero; exclamou que nenhum paciente com risco de morte é recusado em nenhuma unidade da rede ou transferido
494pelo SAMU ou por qualquer necessidade que exista inter-hospitalar ou de outra unidade referenciada do sistema. Destacou a
495recusa das unidades contratadas, mas também a prática que vem sendo cada vez mais fortalecida de não se regular urgência e
496emergência para unidade da rede contratada. Solicitou uma resposta: quando um SAMU regula pacientes de urgência e
497emergência para unidade das redes contratadas, especialmente as redes filantrópicas e especialmente as unidades que têm
498tratamento para alta complexidade, que na sua grande maioria são procedimentos eletivos e lucrativos para estas unidades, há
499o atendimento desta solicitação. Pontuou que é preciso parar de hipocrisia e discutir esta questão de forma aberta e
500transparente por que não dá para ficar tratando isto como se fosse uma questão que não dá para discutir e ficando preocupado
501com as questões corporativas; exclamou está na hora de nós fazermos este enfrentamento com muita maturidade e
502reconhecendo que estas dificuldades existem. Questionou aos Gestores presentes: identifiquem algum paciente que teve uma
503fratura exposta dentro do município de Salvador, foi atendido pelo SAMU 192, e foi regulado para a Clínica COT; uma paciente
504que teve um infarto agudo miocárdio, foi atendido pelo SAMU, e foi regulado para Hospital Santo Isabel; um paciente que teve
505um acidente vascular cerebral e foi regulado para o Hospital Espanhol. Exclamou: não há nenhum paciente que saiu do pré-
506hospitalar e foi para qualquer uma destas Unidades, isto não existe. Quanto ao que diz respeito ao inter-hospitalar, há
507inúmeras dificuldades e barreiras que a regulação encontra para remover um paciente que está dentro deste perfil. E quando é
508encaminhado um paciente com infarto, só quero com infarto, porque não pode ter outras doenças como diabetes, hipertensão,
509deficiência renal. Colocou que o paciente que tem um evento coronariano agudo é um paciente que possivelmente tem fatores
510de risco associado com hipertensão, diabetes, doença renal, tabagismo e muitos outros, então ele quer a patologia isolada do
511paciente e não quer o paciente, só quer a patologia isolada. Chamou atenção de que é preciso discutir de forma muito madura

512e que acha que já passou do tempo de está fazendo está discussão, como também se precisa discutir as responsabilidades
513dos entes federais pari passo com o processo de contratualização e publicizar estas responsabilidades; citou que já passou dá
514hora de estabelecer um mecanismo que garanta a publicização deste processo e a título de encaminhamento, mesmo porque
515nós não temos condições de esgotar esta discussão neste momento, mas é importante sobre o Seminário de Urgência e
516Emergência que estaria com indicativo para o dia dezessete do mês de junho, e seria importante que fosse pactuado isto e é
517extremamente importante a participação do Ministério Público dentro deste seminário para que possamos conduzir dando
518indicativos e diretrizes importantes de pactuação neste sentido. A Senhora Coordenadora Adjunta passou a palavra para Dr.
519Emerson Garcia. O mesmo colocou que a rede de saúde do Estado da Bahia, historicamente é complicada, mas enquanto
520município pequeno percebemos que muitas vezes os promotores do interior não têm tido este mesmo entendimento que Dra.
521Itana Viana coloca na hora das ações de cobranças para os gestores municipais. Pontuou que a fala do Dr. Solla já
522contemplou principalmente na questão da organização da rede que todos nós sabemos que não foi fácil, o processo histórico
523do Estado da Bahia, mostrou o que foi encontrado, o que está se fazendo e o que precisa ser feito ainda. Saliu que precisa
524ser discutida esta questão com os promotores porque na hora que o promotor solicita para o gestor municipal, determinando
525que um paciente seja atendido em cinco dias e o promotor não vivenciou o que Dra. Itana Viana viveu a espera do hospital
526abrir vagas. Solicitou a Dra. Itana Viana que repasse este material que foi apresentado na CIB para todos os promotores. O
527Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Itana Viana. Esta informou que na última sexta-feira se deslocou de Salvador
528com o Diretor de Escola Estadual de Saúde Pública para a Universidade de Feira de Santana e foi discutido um curso que
529está tentando financiamento do Ministério da Saúde e SESAB, com participação da Escola Superior do Ministério Público,
530para criar turma de especialização em Direito à Saúde, no sentido de formar um conjunto de Gestores, Promotores e um
531terceiro tipo de público porque a Universidade é Pública e participa disto. Explicou que a formação para estas pessoas é
532fundamental pois, estas pessoas não receberam nas suas escolas de formação o conhecimento necessário e que na Escola de
533Direito não existe uma palavra sobre Direito a Saúde ou Direito Social, também os Gestores não são preparados; citou que
534existe sim um esforço atual de algumas Escolas de Saúde Pública da FIOCRUZ, e da Escola Estadual de Saúde Pública e do
535Instituto de Saúde Coletiva na preocupação de desencadear através de cursos de pós-graduação um conhecimento que não
536existe em graduação, agora que começou este ano o primeiro curso de Graduação de Sanitarista no Estado da Bahia que está
537sendo no Instituto de Saúde Coletiva. Colocou que provavelmente no futuro teremos profissionais mais bem informados na
538área de saúde. Quanto à questão dos Promotores que são profissionais de Direito, estes não têm nenhuma noção, foi lhe dado
539a incumbência sem conhecimento prévio. Detalhou que no momento em que a saúde foi reestruturada na Constituição, foi
540cunhado um novo perfil do Ministério Público recebendo atribuições que antes não era da instituição; citou que para isto não
541houve nenhum preparo dos profissionais, todos os profissionais que se aperfeiçoou e especializou o fez por iniciativa própria e
542o querer aprender para trabalhar, e que hoje nós já estamos buscando formação para estes Promotores. Solicitou aos
543Secretários de Saúde que tenham paciência e chamem para diálogo e convidem para reuniões porque devem existir nas
544Câmaras de Vereadores para prestações de contas, ou seja, todas aquelas oportunidades de diálogo e prestação de contas da
545Gestão convidem o Ministério Público para que haja esta aproximação. Pontuou que os Promotores do interior por serem os
546mais novos e quanto mais distante ou menor a comarca, mais novos são os promotores porque são os que acabaram de
547ingressar na carreira, também são pessoas que ainda tem certa timidez de se aproximar da Gestão porque ainda não tem o
548traquejo de saber com segurança separar a questão pessoal, da questão profissional e temem ser confundidos. Colocou que
549existem agressões gratuitas, como aconteceu na última Conferência Estadual de Saúde, onde Dr. Solla estava na mesa,
550quando um cidadão que se diz professor de universidade se levantou e disse que o Ministério Público estava no bolso do
551Executivo, então tive que dá um pulo na mesa e levantei e disse para ele que provasse e desse nome aos bois. Colocou que
552diante disto é que existe certa timidez de alguns Promotores mais novos de se aproximarem da Gestão, mas os Gestores
553podem e devem convidar o Ministério Público até para colocar os problemas que estão atravessando e sabemos que as
554Procuradorias no interior são mais difíceis porque os municípios pequenos para contratar Procuradores e que estas questões
555se vai trabalhando com tempo. Citou que só Promotor macaco velho como eu é que não tem problema de pegar carona do
556Secretário Municipal de Saúde ou do Secretário Estadual de Saúde sem temer que nenhuma colocação maldosa possa ser
557feita, mas isto significa muitos anos de estrada e anos de trabalhos que já dá segurança para fazer isto e merecer o respeito de
558público. Colocou que um dia iremos registrar na história que isto foi o processo de aprendizado coletivo e até de aproximação
559de carreira que até agora estiveram distanciadas e que um não sabia do outro. Pontuou que alguma coisa que Dr. Andrés
560colocou espera em outra oportunidade ter possibilidade de expor para a Comissão Intergestores Bipartite. O Senhor
561Coordenador passou a palavra para Dra. Stella Souza. Esta destacou a importância dos Promotores do Estado da Bahia
562participarem do Seminário. E a quanto à questão dos pacientes ambulatoriais de Salvador ocupando muitas vezes leitos,
563porque nós do interior temos dificuldade de conseguir leito em Salvador. Colocou que o paciente fica aguardando de quinze a
564vinte dias um leito para ser transferido, e nós recebendo ameaça de incêndio nas ambulâncias do SAMU e que foi preciso
565acionar a polícia militar. Pontuou que temos muito a fazer para organizar e é necessário a participação do Ministério Público
566não só na cobrança como na parceria, ajudando os Gestores. Comunicou que dia vinte e seis no município de Jequié estará
567acontecendo uma reunião com a microrregião chamando os Secretários e os Prefeitos para que possamos organizar a Rede.
568Reclamou que não dá para regular um paciente via fax e a autorização via telefone e que já aconteceu de a autorização vir via
569telefone e o paciente chegar a Salvador e a vaga não estava garantida. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.
570Geraldo Mazela. O mesmo parabenizou Dra. Itana Viana pela colocação brilhante e as colocações do Secretário Solla abrindo
571talvez o nosso Seminário de Urgência e Emergência, que Dr. Andrés ponderou de forma positiva e grande parte das sugestões
572é de Dra. Suzana Ribeiro. Informou que dia dezessete do mês de junho, pela manhã abriria as discussões e a tarde faria as
573oficinas com as macrorregiões nas linhas mestras no programa de Urgência e Emergência porque este é o desejo de todos os
574hospitais regionais que não estão sabendo o que fazer, abre dez leitos duas semanas depois precisa de vinte; observou: a
575situação precisa ser discutida com nova proposta de financiamento amarrado com a PPI porque precisa sair para salvar os
576municípios pólo que estão efetivamente trabalhando, principalmente para os pequenos municípios que não tem para onde
577encaminhar seus pacientes. Fez um pedido ao Secretário, Dr. Jorde Solla, tentar conseguir a Fundação Luis Eduardo para
578fazer o Seminário. O Senhor Coordenador sugeriu o Centro de Convenções porque o tema é tão interessante. Dra. Suzana

579Ribeiro colocou que pelo porte do evento o Centro de Convenções é o ideal e que a proposta é elaborar o Plano Estadual de
580Urgência e Emergência e pactuar na CIB e pela Portaria 1020 está claro que os recursos para sala de estabilização e para
581UPA tipo 1, 2 e 3 passa pela aprovação da CIB. Pontuou que deste modo já amarraria todo desenho da rede Estadual e não
582teria conflito e evitaria correria de município querendo apresentar projeto de ambulância sem pensar na rede de urgência; citou
583que apresentaria na CIB uma condição ímpar para fazer a construção da rede de forma que atenda a necessidade da
584população. O Senhor Coordenador colocou que já tem a data do seminário e que a colocação de Dr. Geraldo Mazela expôs
585muito bem a importância do seminário. **Sugeriu que fosse criada uma comissão pela SESAB e COSEMS para ficar**
586**responsável de organizar o seminário e já pode preparar algumas sugestões inclusive com base no que foi apresentado**
587**pelo Ministério Público com base no documento que Dra. Itana Viana apresentou na CIB. Propôs que fosse**
588**incorporada as questões apresentadas por Dr. Itana Viana em resolução da CIB e que a mesma comissão que fica**
589**encarregada de formatar o seminário também estaria delegada a fazer algumas proposições que poderiam ser**
590**remetidas a uma reunião posterior da CIB. Abriu para discussão. Não havendo discordância foi aprovada a proposta**
591**de criar uma comissão SESAB e COSEMS.** Agradeceu a Dra. Itana Viana e toda equipe do Ministério Público que foram
592parceiros fundamentais. **O senhor Coordenador fez inversão de pauta devido a pedido pela urgência do assunto do**
593**Plano de investimento da Secretaria de Vigilância a Saúde do ano 2008.** Convidou Dra. Alcina para apresentar. Dra. Alcina
594Andrade propôs que Dra. Jesuína, da Diretoria DIVEP, para apresentar o Plano de Investimento da SVS da 2ª Etapa do ano
5952008. Dra. Jesuína informou sobre ofício nº 41 de nove do mês de abril de 2009, do Ministério da Saúde que foi encaminhado
596ao Estado da Bahia e a todos os Estados e dá ciência a todos os Secretários Municipais que o prazo para aprovação deste
597plano de investimento através desta comissão é até amanhã dia vinte e dois do mês de maio. Colocou-se a disposição caso
598haja dúvidas a serem esclarecidas. Começou a apresentação com a distribuição de equipamentos do programa da Dengue
599dos Veículos Tipo Utilitário que é KOMBI para os municípios Itabuna – 01, Ilhéus – 01, Irecê – 01, Jacobina - 01, Jequié –
60001, Porto Seguro – 01 considerando os critérios definidos no ofício encaminhado pelo Ministério da Saúde, e que a prioridade
601seria para município com grande número, acima de cem mil imóveis, capitais e os municípios pólos de disseminação de
602dengue para região de influência. Colocou que ficaram definidos para questão desta proposição os sete municípios da
603emergência estadual que se enquadra no segundo critério e até por que apenas três municípios da Bahia se enquadrariam que
604seriam os municípios de Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista que não foram incluídos em função da avaliação do
605recebimento deste tipo de investimento aos longos dos anos de dois mil e dois a dois mil e sete, e que tendo uma aprovação
606no ano de dois mil e oito, e que a população de Salvador recebeu noventa e seis veículos semelhantes a estes e outros com
607maior suporte, Feira de Santana recebeu vinte e dois veículos e Vitória da Conquista recebeu dez veículos por isto não foram
608incluídos na proposição apesar de até se enquadrarem nos dois critérios. O Nebulizador Costal Motorizado: para a primeira
609ficam na Central de UBV em Salvador com 06. Quanto ao pulverizador com compressão prévia ficam na primeira Central de
610UBV em Salvador com vinte e a segunda Central de UBV Serrinha com vinte ficou nestas Centrais Estaduais devido a
611avaliações da área técnica e devem permanecer nestas centrais. Mostrou como ficou a distribuição de equipamentos do
612programa da Tuberculose e chamou atenção sobre a modificação dos critérios propostos pelo ofício nr. 41/2009 do Ministério
613da Saúde que recomendava que fossem distribuídos os microscópios para os municípios prioritários para o programa de
614controle da tuberculose no Estado e foram relacionados quatro critérios por proposição da equipe técnica da vigilância
615epidemiológica que visa fundamentalmente a implantação ou implementação da revisão do exame de bacterioscopia nestes
616municípios e os contemplados nesta proposição são Barra da Estiva com 01, Bom Jesus da Lapa com 01, Gandu com 01,
617Glória com 01, Ipacaeté com 01, Itacaré com 01, Jeremoabo com 01, Lapão com 01, Maragog
618ipe com 01, Paramirim com 01, Santo Estevão com 01, São Gabriel com 01, Laboratório Municipal Salvador com 02, 6ª Centro
619de Saúde com 01, Centro de Saúde Hélio Machado com 01, Centro de Saúde Adroaldo Albergaria com 0, Hospital Menandro
620de Farias com 01, Hospital Especializado Octávio Mangabeira com 02, Hospital Santo Antonio com 01 e Hospital Central
621Roberto Santos com 01. Finalizou a apresentação agradecendo a todos. O Senhor Coordenador questionou se os
622Microscópios Bacteriológicos são para exame de IBQ e se todos estes municípios que estão listados têm laboratórios e
623técnicos treinados. Dra. Jesuína informou que os técnicos destes municípios são treinados e os municípios que seriam
624prioritários e não foram contemplados foi considerada a avaliação que pelos menos iriam receber 01 microscópio nos últimos
625três anos. O Senhor Coordenador abriu para alguma observação ou proposta. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que pela primeira
626vez viu uma proposta que vai atender aqueles municípios que não foram contemplados anteriormente e que o COSEMS
627sempre questionava, sempre se reportava aos mesmos municípios que estava no plano de emergência e sempre eram
628privilegiados. E que a distribuição está sendo justa e os critérios que foram trabalhados a proposta contempla. **O Senhor**
629**Coordenador questionou e não havendo nenhuma divergência considerou aprovado o Plano de Investimento SVS/MS.**
630**O Senhor Coordenador convidou Dra. Márcia Sampaio para apresentação do Credenciamento do HGPV na Rede**
631**Nacional de Hospitais de Referência para o subsistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar.** Apresentou
632a Legislação Federal em relação a este tema tem duas Portarias que a DIVEP destaca que é a Portaria nº 2529 de 23/11/2004
633que institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, cria a rede nacional de hospitais de
634referência para o referido subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. E a Portaria nº 71/SVS em
63517/01/05 que regulamenta a implantação, monitoramento e avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em
636âmbito Hospitalar, integrando o Sistema Nacional de Vigilância. Colocou que a Rede Hospitalar de Referência é constituída por
637190 hospitais subdivididos em três níveis I, II, III e no Estado da Bahia é formada por 14 hospitais, 8 nível I, 4 nível II, 2 nível III.
638Pontuou que para seleção desses hospitais foi conferida prioridade aos hospitais especializados em doenças infecciosas,
639Universitários ou de Ensino, integrantes da rede de referência para SARS e os hospitais sentinela para a ANVISA e estratégico
640para o Estado. Pontuou sobre a situação atual da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o subsistema de Vigilância
641Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Estado da Bahia fazendo a apresentação dos núcleos hospitalares, conforme segue:

642

643

644

645

646 Núcleos Hospitalares - Nível I

648

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HGVC	Sudoeste	V. Conquista	01/2006
H.M.Gesteira	Leste	Salvador	01/2006
H.S.Antonio (OSID)	Leste	Salvador	01/2006
H.S.Rafael	Leste	Salvador	01/2006
HGED* (descredenciado)	Oeste	Barreiras	01/2006 02/2008
H.E.Simões Filho (HESF)	Leste	Salvador	08/2007
HCRS	Leste	Salvador	02/2009
HGE	Leste	Salvador	02/2009

649

650 Núcleos Hospitalares - Nível II

652

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HUPES	Leste	Salvador	01/2006
H.S.Hsabel (HSI)	Leste	Salvador	01/2006
H. C. Clériston Andrade (HGCA)	Centro-Leste	Feira de Santana	01/2006 (Nível I) 12/2007 (Nível II)
H.V.Espanhol (HE)	Leste	Salvador	01/2006 (Nível I) 12/2007 (Nível II)

653

654 Núcleos Hospitalares - Nível III

656

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
H.E.Otávio Mangabeira (HEOM)	Leste	Salvador	08/2007
H. Guto Maia (HCM)	Leste	Salvador	12/2007

657

658 Exigências para a qualificação na Rede de Referência (Portaria nº. 2529 - 23/11/04)

659 Apresentação do Termo de Adesão, assinado pelo diretor do hospital; Apresentação de ato formal específico de criação do
 660 Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; Comprovação de disponibilidade de área física com instalações e tecnologias
 661 necessárias, inclusive computador conectado à internet. **Processo de Habilitação na Rede de Referência Portaria nº. 1/SVS**
 662 **(17/01/2005)** SESAB: seleção da unidade que integrará a Rede, com submissão à aprovação pela CIB; SESAB: avaliação do
 663 hospital quanto ao preenchimento das exigências para a qualificação, com emissão de parecer específico do responsável

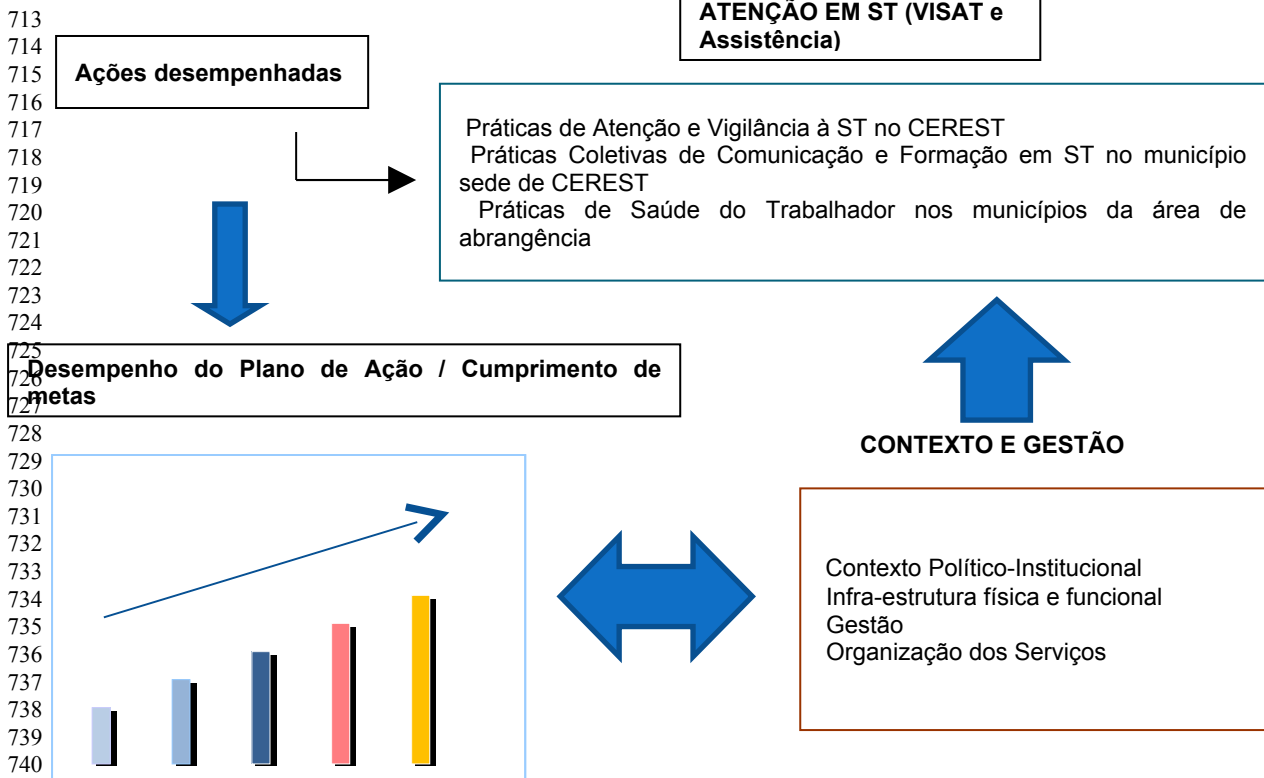
664técnico pela gestão do subsistema no Estado; Após aprovação da CIB, SESAB deverá encaminhar a proposta de
 665credenciamento da unidade na Rede de Referência em seu território, com a respectiva classificação, para a SVS/MS; SVS/MS:
 666avaliação do processo de habilitação de cada hospital para integração à Rede Nacional de Hospitais de Referência e
 667formalização por meio de Portaria. **Justificativas para seleção do HGPV** Hospital de Referência Regional com Unidade de
 668Emergência e leitos de Terapia Intensiva Estratégico para o Estado; Composição de equipe profissional de acordo com a
 669recomendação da Portaria (1 NS, 1NM, 1 adm); Ter apresentado o Termo de Adesão, assinado pelo diretor do hospital; Ter
 670apresentado ato formal específico de criação do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia; Ter disponibilizado área física com
 671instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado à internet. Durante visita de avaliação do hospital foi
 672verificado o cumprimento de todas as exigências para a qualificação, com emissão de parecer favorável do responsável técnico
 673pela gestão do referido subsistema no Estado. **Recomendação do GT-Epidemiologia Hospitalar da SUVISA/DIVEP para**
 674**apreciação pela CIB** Substituição imediata do H. Geral Eurico Dutra (HGED) em Barreiras, já descredenciado junto ao MS,
 675pelo Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), em Jequié

667

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HGED*	Oeste	Barreiras	01/2006 02/2008
HGPV	Sul	Jequié	—

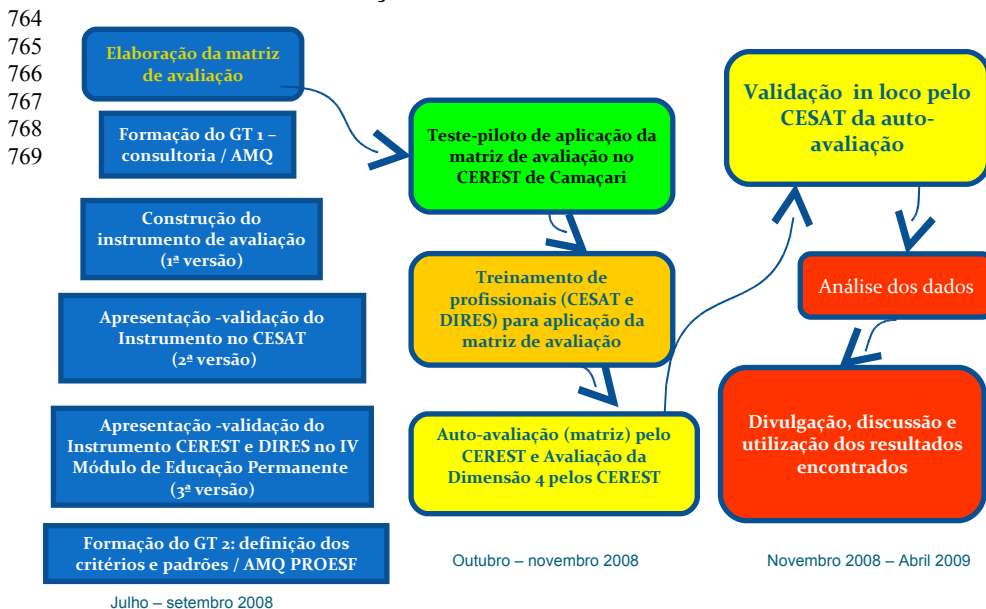
678

679A Senhora Marília Fontoura informou que o credenciamento que estava sendo aprovado é resultado do processo de
 680qualificação que a Escola Estadual de Saúde Pública tem desenvolvido, e a criação dos núcleos de epidemiologia nos
 681hospitais foi uma atividade de uma das disciplinas que a Senhora Lorene Pinto havia sido professora e é possível ver a
 682articulação de processos de capacitação com os processos de organização da gestão. Informou que estava muito satisfeita e
 683parabenizou o município de Jequié. **O Senhor Coordenador declarou aberto para votação e como não houve**
 684**manifestação contrária foi considerado aprovado**, em seguida agradeceu a equipe do Hospital Prado Valadares e a
 685Secretaria Municipal de Saúde de Jequié. **Dando continuidade a Senhora Leticia Nobre iniciou a apresentação do ponto**
 686**de pauta 3.1. Avaliação de desempenho das ações de Saúde do Trabalhador desenvolvidas pela: RENAST – 2008 e**
 687**Perspectivas – 2009.** Apresentação: Dra. Leticia Nobre: **A avaliação e sua importância** “Avaliação é a coleta sistemática
 688(organizada) de informações sobre as atividades, características e resultados de um programa/intervenção/práticas [de saúde]
 689com o propósito de fazer julgamentos para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações”. Aplicar
 690um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas
 691sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de
 692julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em
 693ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborado a partir
 694de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos, 2006:706). Informou que foi feito um processo de
 695avaliação participativa junto com os atores envolvidos (coordenadores, técnicos dos centros de referências e representantes da
 696saúde do trabalhador das DIRES e com a equipe do CESAT). Informou que esse processo foi uma maneira de traduzir essa
 697avaliação de uma maneira que auxiliasse para tomar decisões e corrigir os rumos do que se iria avaliar. **Justificativa para**
 698**avaliação das ações de ST desenvolvidas pelos CEREST** Os resultados da área da saúde do trabalhador e da RENAST/BA
 699estão diretamente relacionadas ao desempenho dos CEREST por se tratar de instância prioritária dessa rede. Importância de
 700se perceber “como se está” e “onde se está”, para identificação de que acertos efetuar para melhor desempenho e resultados
 701na área da saúde do trabalhador. Necessidade de revisão da atual organização da RENAST e do papel e atribuições de um
 702Centro Regional nessa Rede. Informar aos integrantes da CIB sobre o funcionamento dos CEREST, considerando que a
 703escolha dos municípios sede de CEREST foi respaldada por esta Comissão. **Objetivos:** GERAL Avaliar o desenvolvimento
 704das ações de saúde do trabalhador realizadas pelos CEREST. (as ações avaliadas foram pactuadas na Oficina de Trabalho da
 705RENAST/BA em março de 2007) ESPECÍFICOS Incentivar a cultura avaliativa nos CEREST; Ser instrumento de apoio à
 706gestão das ações em ST; Implementar padrões de conformidade na RENAST/BA; Contribuir para a qualidade gerencial e
 707técnica dos CEREST; Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria e/ou intervenções na rede RENAST/BA.
 708**Principais atribuições dos CEREST:** Realizar ações de vigilância em ST; Atender trabalhadores referenciados; Realizar
 709projetos de intervenção na área de vigilância; Organizar com os municípios da área de abrangência atividades de assistência,
 710vigilância, informação e educação; Capacitar a equipe técnica; Desenvolver atividades de informação e comunicação em saúde
 711do trabalhador; Desenvolver estudos e pesquisas; Monitorar a situação de ST na sua área de abrangência; Promover
 712articulação intra e intersectorial; Fortalecer o Controle Social.



Modelo Metodológico

744 Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) do PROESF: Aplicação de Matriz Avaliativa Identificação das Dimensões, Sub
745 Dimensões e Critérios que possibilitassem uma visão geral do funcionamento dos CEREST (realidades, contextos
746 socioeconômicos, políticos e complexidades distintas) 7 dimensões, 34 sub-dimensões e 110 critérios; Identificação das
747 pontuações para cada Critério, Sub Dimensão e Dimensão 600 pontos no total. **MATRIZ AVALIATIVA: COMPONENTES E**
748 **DIMENSÕES** COMPONENTE 1. CONTEXTO 1ª Dimensão: Político-Institucional COMPONENTE 2. GESTÃO 2ª Dimensão:
749 Práticas de gestão e organização de serviços 3ª Dimensão: Infra-estrutura do CEREST 4ª Dimensão: Desempenho do Plano
750 de Ação / Cumprimento de metas. COMPONENTE 3. ATENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR 5ª Dimensão: Práticas de
751 atenção e vigilância à saúde do trabalhador no CEREST; 6ª Dimensão: Práticas coletivas de comunicação e formação em ST
752 no município sede de CEREST; 7ª Dimensão: Práticas de ST nos municípios da área de abrangência. **Propósitos** 1. Estimar o
753 grau de desempenho dos CEREST a partir dos componentes - Contexto, Gestão e Atenção em ST 2. Discutir a influência
754 desses componentes na implementação do modelo de atenção em ST desenvolvidos nos CEREST Bahia 3. Apontar os
755 componentes - Dimensões e Sub-dimensões - que se mostraram mais críticos em todos os casos estudados. **Etapas da**
756 **Avaliação** Período: julho de 2008 a abril de 2009 1ª Etapa - construção coletiva da matriz avaliativa - envolvimento dos
757 CEREST, DIRES e CESAT 2ª Etapa - aplicação do documento in loco (auto aplicação e validação, com a presença da DIRES
758 e CESAT) 3ª Etapa - tabulação dos dados coletados, elaboração dos relatórios 4ª Etapa - disseminação, discussão e
759 desdobramento dos resultados obtidos como suporte ao processo de planejamento e programação das ações/2009. 12
760 CEREST: Barreiras, Camaçari, Conceição do Coité, Feira de Santana, Itaberaba, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Salvador, Santo
761 Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista. Informou que não haviam participado neste momento o CEREST
762 de Jacobina, pois o mesmo ainda estava em processo de implantação, e o de Alagoinhas que foi habilitado no final do ano
763 anterior. **Processo de construção do trabalho**



770Informou que essa metodologia contou com o apoio de uma pessoa da universidade que tem experiência com avaliação de
772serviços em saúde e chegou aos critérios de classificação abaixo:

AVALIAÇÃO	ANÁLISE	PONTUAÇÃO
Muito Fraco	Insuficiente	≤ 200
Fraco	Incipiente	201-300
Regular	Regular	301-400
Bom	Consolidado	401-500
Muito Bom	Avançado	501-600

773RESULTADOS

774COMPONENTE 1. CONTEXTO

DIMENSÃO/SUB-DIMENSÕES/CRITÉRIOS	VARIÇÃO (%)		PONT. MAX	SITUAÇÃO ENCONTRADA
	MENOR	MAIOR		
D - POLÍTICO INSTITUCIONAL	45,5	93,3	90	D.Um Cerest com pontuação inferior a 50%
Sd. PROJETO DE GOVERNO	16,7	100	30	Sd. Cinco Cerest tiveram pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Conteúdo de ST no PMS				
Aprovação do Plano de Ação de ST pelo CMS				
Inclusão do CEREST no organograma da SMS				
Conteúdo de ST no Código Sanitário Municipal				
Política de despreciação de vínculos				
Sd.CAPACIDADE DE GOVERNO	46,7	93,3	30	Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e, apenas um, com pontuação inferior a 50%
Qualificação do Coordenador do CEREST				
Tempo do Coordenador no cargo				
Nº de profissionais do quadro técnico, sem considerar o Coordenador				
SMS com autonomia pra realizar despesas relacionadas a ST, c/ recursos da RENAST				
Gestão do trabalho				
Sd.GOVERNABILIDADE	50,0	96,7	30	Sd. Seis Cerest com pontuação inferior a 70% e nenhum, com pontuação inferior a 50%
Existência de base política de apoio à ST na Câmara de vereadores				
Apoio da gestão municipal				
Gestão dos recursos na área				

775Considerações

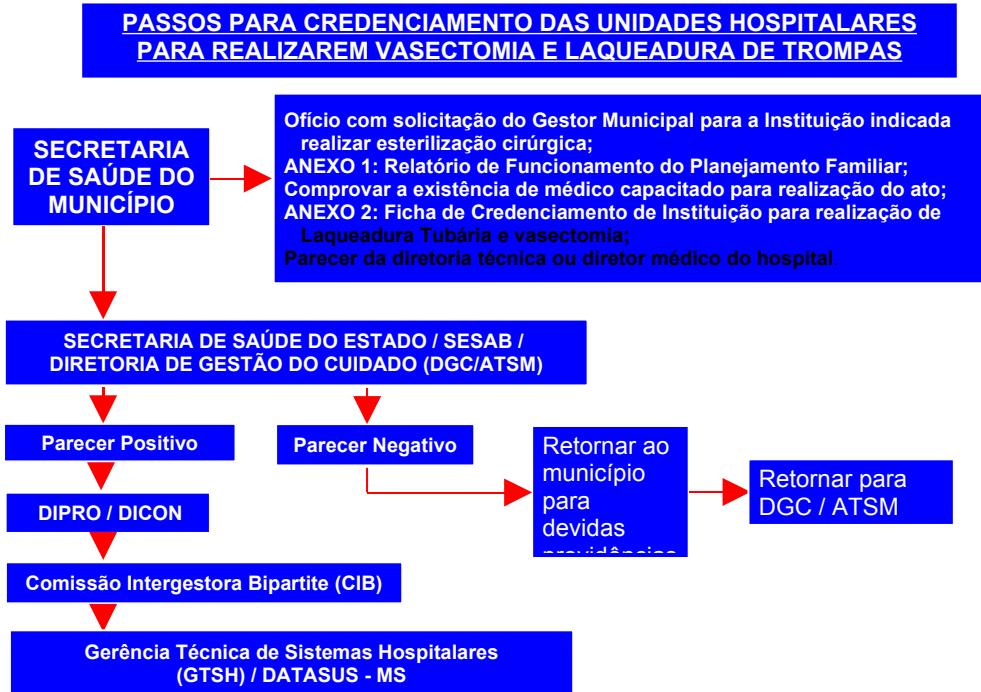
776
777**Componente 1. CONTEXTO** Dimensão 1: Político Institucional Sub Dimensões: Projeto de Governo, Capacidade de Governo
778e Governabilidade Apenas um CEREST apresentou pontuação inferior a 50%; A Sub-dimensão mais crítica: PROJETO DE
779GOVERNO (conteúdo mais político); A Sub-dimensão GOVERNABILIDADE obteve a melhor pontuação (variáveis
780relacionadas à Gestão Municipal); A Sub-dimensão CAPACIDADE DE GOVERNO (variáveis relacionadas à equipe do
781CEREST) não variou muito. **Componente 2. GESTÃO DIMENSÃO 2.** Práticas de gestão e organização de serviços; Sd.
782Planejamento e programação de ações; Sd. Mecanismos de monitoramento das ações; Sd. Articulação intra e intersetorial; Sd.
783Mecanismos de processos de decisão com participação do controle social; Sd. Sistema de informação e gerenciamento; Sd.
784Organização administrativa e acesso ao serviço; Sd. Estratégias de integração à rede SUS. **DIMENSÃO 3:** Infra-estrutura do
785CEREST Sd. Sede do CEREST; Sd. Instalação do CEREST; Sd. Disponibilidade de material de consumo para provisão
786sistemática e regular do CEREST; Sd. Manutenção preventiva e corretiva; Sd. Disponibilidade do veículo do CEREST; Sd.
787Segurança da sede. **DIMENSÃO 4:** Avaliação do desempenho do Plano de Ação. Considerações Componente GESTÃO
788Neste componente, a Dimensão mais crítica foi: Práticas de Gestão e Organização de serviços ressaltando as sub-dimensões
789Estratégias de integração à rede SUS (menos favorável) e Organização administrativa e acesso ao serviço (mais favorável). A
790Dimensão que obteve melhor pontuação foi Infra-estrutura do CEREST ainda que a Segurança da sede e a manutenção
791preventiva e corretiva apareçam como problema. Componente 3. **ATENÇÃO DIMENSÃO 5.** Práticas de Atenção e Vigilância
792à ST; Sd. Vigilância em ambientes e processos de trabalho; Sd. Organização e operacionalização da rede sentinela; Sd.
793Assistência à Saúde do Trabalhador. **DIMENSÃO 6.** Práticas coletivas de comunicação em ST no município sede do
794CEREST. Sd. Comunicação em ST; Sd. Divulgação da situação de ST; Sd. Realização de estudos; Sd. Educação permanente
795em ST; **DIMENSÃO 7.** Práticas de ST nos municípios da área de abrangência, excluindo o município sede do CEREST; Sd.
796Vigilância em ambientes e processos de trabalho; Sd. Assistência em Saúde do Trabalhador; Sd. Rede Sentinela; Sd.
797Educação permanente em ST; Sd. Comunicação em ST. **Considerações.** Componente ATENÇÃO; Nesse componente todas
798as Dimensões revelaram-se críticas; Dentre elas a mais crítica foi: Práticas de ST nos municípios da área de abrangência,
799excluindo o município sede do CEREST; Nove (9) CEREST apresentaram pontuação inferior a 50%; deste, cinco(5) não
800pontuaram na sub-dimensão Vigilância em ambientes e processos de trabalho (D.7); A Dimensão Práticas de Atenção e
801Vigilância à ST (D.5) também teve uma pontuação muito baixa o que revela a fragilidade dessas ações no município sede.

802 **CONCLUSÕES GERAIS** Quanto ao desempenho geral: 50% dos CEREST foram considerados REGULAR, 34% BOM
803 (práticas consolidadas) e 16% FRACO (práticas incipientes); Nenhum CEREST foi considerado MUITO FRACO ou MUITO
804 BOM; A pontuação “crítica” da Dimensão Práticas de Atenção e Vigilância evidencia que os CEREST ainda estão estruturando
805 suas práticas e precisam de uma melhor estruturação para execução dessas práticas; A pontuação “crítica” da Dimensão
806 Práticas de ST na área de abrangência evidencia que os CEREST não estão desempenhando o papel de Centros Regionais;
807 As Práticas de Educação Permanente e Comunicação em ST ainda estão incipientes; Diversidade de pontuação nas diferentes
808 sub-dimensões aponta para uma heterogeneidade muito grande de desempenho de ações entre os CEREST. **CONCLUSÕES**
809 **POR CEREST** BOM Teixeira de Freitas, Vitória da Conquista, Santo Antônio de Jesus e Camaçari; REGULAR Itaberaba,
810 Itabuna, Jequié, Barreiras, Conceição do Coité e Feira de Santana; FRACO Juazeiro, Salvador. **Recomendações /**
811 **Perspectivas** Fortalecimento da equipe técnica para o desenvolvimento das ações de ST – incremento das ações de
812 assessoria e educação permanente (CESAT); Definição de estratégias de articulação entre CEREST e demais Unidades e
813 Serviços da rede SUS loco-regional; Definição do papel dos CEREST enquanto retaguarda da rede; Intensificar o processo de
814 planejamento e avaliação das ações do CEREST face às prioridades identificadas – fortalecimento atividades por dimensões;
815 Dar continuidade ao processo de avaliação aprimorando o instrumento e aprofundando análises; Maior envolvimento gestores
816 – secretários/as, assessorias, planejamento, regulação, fundo municipal, atenção básica, vigilâncias. Informou que estava
817 fazendo visitas juntamente com um técnico diretamente nos municípios que foram considerados problemáticos do ponto de
818 vista geral e o Coordenador de vigilância juntamente com outro técnico está visitando os municípios cuja pontuação na área de
819 vigilância foi a mais problemática. Ressaltou que esse é o intuito desse movimento, promover o fortalecimento dos CEREST.
820 Afirmou também da necessidade de se fortalecer os Colegiados de Gestão Microrregionais – CGMR, pois, é fundamental a
821 discussão de saúde do trabalhador no CGMR. Comentou também sobre a situação crítica do perfil dos coordenadores e da
822 equipe técnica dos CEREST, pois é preciso ter o perfil específico para as funções, assim como é preciso reforçar a
823 disponibilidade de tempo, pois há médicos que estão com um turno por semana e estão contando como se estivessem
824 cumprindo a equipe mínima, quando a definição de equipe mínima na portaria é pelo menos dois médicos trabalhando vinte
825 horas. Ressaltou também com relação à precariedade dos vínculos, pois existem CEREST que pararam mais de três meses,
826 no final da eleição do ano passado até o momento, recebeu o montante de recurso e está sem equipe, com as atividades
827 quase que paralisadas porque os prefeitos e secretários demitiram as equipes e muitas dessas equipes não foram
828 recompostas. A Senhora Suzana Ribeiro parabenizou a Senhora Letícia Nobre pela avaliação e a questão da saúde do
829 trabalhador ainda é um grande desafio para todos, pois muitas vezes as ações dos municípios ficam centralizadas no seu
830 território e o ideal era expandir essas ações. Relatou sobre a questão dos perfis dos profissionais, pois nem todos tinham o
831 entendimento e resistiam às vezes a fazer o papel que lhes cabia. Relatou que os municípios que já trabalhavam com CEREST
832 sabiam que houve um momento em que se tiveram dificuldades no processo de financiamento de pessoal, mas com a portaria
833 publicada recentemente reordenou toda essa questão. Afirmou da importância e da necessidade que o Centro de Saúde do
834 Trabalhador – CESAT esteja próximo dos municípios e dê esse retorno para os gestores, pois muitas vezes o gestor delega as
835 atividades, deixa o serviço na mão do coordenador e não acompanha o serviço de fato, e recebe informações que não
836 corresponde com a realidade. Explanou da necessidade de fazer essa discussão juntamente com o COSEMS e o CESAT, do
837 estabelecimento de um plano estratégico para se fortalecer as ações de saúde do trabalhador no Estado. A Senhora Letícia
838 informou que encaminhou essa avaliação para cada secretário de saúde cujo município é sede de CEREST, assim como
839 enviou para as equipes das DRES e de fato se espera a discussão no COSEMS. A Senhora Letícia informou que o Ministério
840 da Saúde tem uma previsão de ampliação de trinta CEREST no país ainda no ano corrente, mais trinta no próximo ano, ao
841 todo serão mais noventa CEREST com previsão de ampliação. Afirmou que está com um grupo no âmbito nacional com os
842 demais coordenadores Estaduais elaborando os critérios de como e onde serão implantados esses CEREST. Afirmou que com
843 a proposição acordada até o momento é que se tenha um CEREST em cada município pólo de microrregião e para isso
844 precisaria de mais quatorze no Estado, mas há uma previsão que já se têm garantido mais dois CEREST no Estado. A
845 Senhora Suzana sugeriu uma discussão ampla para o mês de julho, envolvendo a área da vigilância como um todo e
846 aproveitar-se-ia esse momento para se fazer essa avaliação com os gestores atuais nos municípios onde tem CEREST,
847 independente da avaliação para que se possa elaborar uma proposta que seja possível de pactuar. Reforçou que se possa
848 avançar nesse sentido e na reunião de julho se pudesse ter uma discussão no COSEMS e posterior pactuação na CIB, pois a
849 proposta é que realmente se debruce sobre a vigilância no Estado, avaliando os indicadores e propondo ações conjuntas entre
850 município e Estado para que se possam corrigir algumas situações que são bastante graves. O Senhor coordenador concordou
851 com o encaminhamento da Senhora Suzana. Dando continuidade a reunião, a Senhora Ana Luiza Fontes apresentou o ponto
852 de pauta **2.1 Fluxograma de Credenciamento de serviços de Saúde para realização de Laqueadura Tubária e**
853 **Vasectomia.** Iniciando a apresentação a Senhora Ana Luiza informou que estava representando a área de saúde da mulher, e
854 fez a leitura dos slides, conforme segue: **FLUXOGRAMA PARA CREDENCIAMENTO DE SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA**
855 **VASECTOMIA E LAQUEADURA TUBÁRIA (2009). PLANEJAMENTO FAMILIAR:** É o conjunto de ações de regulação da
856 fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal
857 (lei nº 9263 de 12 de janeiro de 1996). Relatou que os métodos laqueadura e vasectomia eram considerados como mais um
858 método a ser ofertado dentro do planejamento familiar. **PARA QUE O PLANEJAMENTO FAMILIAR SEJA IMPLANTADO E**
859 **TENHA BOM FUNCIONAMENTO É NECESSÁRIO:** Capacidade e condições de funcionamento das instalações, dos
860 instrumentais e equipamentos; Capacitação da equipe básica de profissionais (enfermeiro, médico, técnico de
861 enfermagem e agentes comunitários de saúde), com conhecimentos específicos em Saúde Reprodutiva e Sexual;
862 Ter um digitador capacitado para o sistema de informação gerencial (SISPF); Ter a garantia do
863 suprimento básico de estoque (medicamentos e insumos); Garantia de recursos materiais de consumo e
864 materiais educativos (modelos de genitálias e álbum seriado) e instrumentos de registro; Sensibilizar e conscientizar a
865 população sobre o serviço do Planejamento Familiar; Promover ações preventivas e educativas, acesso igualitário as
866 informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para regulação da fecundidade e prevenção de DST/AIDS.
867 Informou que este seria mais um serviço, mais uma ação dentro da atenção integral a saúde da mulher. **PARA REALIZAÇÃO**
868 **DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA DEVE-SE CONSIDERAR O FLUXOGRAMA I:** O município deve estar organizado e

869atendendo os itens citados no slide anterior para métodos reversíveis; Ter profissionais capacitados para realizar os
 870procedimentos cirúrgicos (especialista em ginecologia e obstetrícia, urologia e/ou cirurgião geral); Enviar RELATÓRIO DE
 871FUNCIONAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR DO MUNICÍPIO assinada pelo gestor municipal (vide anexo 1); Enviar
 872FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA
 873(vide anexo 2); Enviar OFÍCIO DO GESTOR MUNICIPAL SOLICITANDO O CREDENCIAMENTO DA
 874INSTITUIÇÃO.

875
 876

FLUXOGRAMA I



878Em seguida mostrou o anexo I, conforme segue:

879

880ANEXO 1

881

882 RELATÓRIO DE FUNCIONAMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

883NO MUNICÍPIO.

884

885 1. Identificação do Município:

886

887 1.1. Nome: _____

888 1.2. Código do Município no IBGE: _____ UF:BA

889 1.3. Código da UF no IBGE: _____

890 1.4. Código do Município no CNES: _____

891

892 2. Dados Demográficos:

893

894 2.1. Número total estimado de habitantes (colocar a fonte): _____

895 2.2. Número estimado de mulheres na idade fértil (MIF/de 10 a 49 anos): _____

896

897 3. Rede existente no Município para assistência a mulher na idade fértil:

898

899 SUS () Privada ()

900

901 3.1. Número de Unidades Básicas que realizam o programa de Planejamento Familiar _____

902 3.2. Número de equipe de Saúde da Família existente no município: _____

903 3.3. Número de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS): _____

904 3.4. Número de Hospitais para realizar Vasectomia e Laqueadura de Trompas:

905 Credenciado () Para Credenciamento ()

906 3.5. Métodos contraceptivos fornecidos no município:

907 DIU () Preservativo Masculino () Pílula ()

908 Laqueadura de Trompas () Vasectomia ()

909 Injetável Trimestral () Injetável Mensal ()

910 4. Número de Unidades que realizam o Papanicolau: _____

911

912 5. Número de Unidades que utilizam o sistema de informação (SISPF) _____

913

914 6. Numero de atividades educativas realizadas pelas Unidades sobre Planejamento

915 Familiar/Mês _____

916

917 7. Requisitos necessários para credenciamento da Unidade Hospitalar/ Infra-estrutura para
918 assistência em contracepção:

919

920 7.1. Estrutura Física:

921

922 Sala de espera coberta ()

923 Sala de recepção e arquivo ()

924 Sala para procedimento cirúrgico ()

925 Sala de recuperação após ato cirúrgico ()

926

927 7.2. Recursos Humanos:

928

929 Ginecologista () Cirurgião () Urologista () Obstetra ()

930 Enfermeiro () Outro(s) ()

931 Técnico de Enfermagem ()

932

933 7.3. Recursos materiais e medicamentos:

934

935 Lodofofor aquoso ou PVPI ou cloroxedina ()

936 Xilocaína 1 ou 2% ()

937 Instrumental Cirúrgico ()

938 Vycril para ligadura do canal deferente ()

939 Luvas estéreis ()

940 Laps estéril ()

941 Ficha para notificação do procedimento cirúrgico ()

942

943 7.4. Equipamento:

944

945 Mesa para procedimento cirúrgico ()

946 Foco ()

947

948 Assinatura do Secretário: _____

949

950 Data: _____

951

952 Dando continuidade apresentou a ficha a seguir que inclusive é uma ficha padronizada que já utiliza-se a algum tempo,
953 conforme segue

954

955 ANEXO 2

956

957 FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA

958 REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

959

FICHA DE CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIAINCLUSÃO ALTERAÇÃO EXCLUSÃO

CGC DO HOSPITAL _____

RAZÃO SOCIAL _____

LOGRADOURO _____ NÚMERO _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO OU DISTRITO _____ CEP _____ MUNICÍPIO _____

CÓDIGO AG. _____ CONTA CORRENTE _____ NOME DO BANCO _____ NOME DA AGÊNCIA _____

UF _____ CÔD. MUN. _____

NOME	ESPECIALIDADE		LEITOS		PROFISSIONAIS
	COD.	CONTRATADOS	TOTAL		
CIRURGIA	1				
OBSTETRICIA	2				
CLIN. MEDICA	3				
UROLOGIA	4				
TOTAL GERAL ==>					

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS FORNECIDOS

DIAFRAGMA PRESERVATIVO ESPERMICIDA DIU HORMÔNIO ORAL
 HORMÔNIO INJETÁVEL

REFERÊNCIA FORMAL:

SISTEMA MUNICIPAL
 SISTEMA ESTADUAL

Of. nº 36/99]

9610 Senhor Coordenador declarou a sessão aberta para discussão e a Senhora Marleide. Secretária de Saúde do município de 962Ilhéus informou que os municípios com gestão plena já faziam alguns credenciamentos de serviços vinculados ao município 963com relação à vasectomia e laqueadura e questionou se essa proposta era de um financiamento diferenciado ou era 964envolvendo os municípios que não estão em gestão plena, a qual foi respondida que na verdade esse financiamento atingia a 965todos os municípios que pretendem receber o procedimento pelo SUS, pois alguns municípios já realizam, mas o que foi 966observado é que esse procedimento sai com outro formato, pois eles não foram credenciados para laqueadura e vasectomia e 967acabam fazendo como outro tipo de procedimento. Informou que a idéia era regulamentar esse procedimento que é um direito 968do cidadão que deve ter acesso ao planejamento familiar e a todos os métodos inclusive a Vasectomia e Laqueadura e 969informou que esta situação valia para os municípios que ainda não estão credenciados para realizar esses procedimentos. O 970**Senhor Coordenador informou que o fluxograma apresentado se aplica tanto para os municípios de gestão plena** 971**como para os que não estão, mas obviamente que nos municípios de gestão plena esse processo de avaliação e** 972**contratação seria feito pelo município e nos demais através do Estado, mas a idéia é que se padronizem os** 973**procedimentos técnicos que definam os requisitos, fluxos e todo o processo.** A Senhora Marleide informou que a dúvida 974era devido ao próprio sistema, quando do cadastramento do serviço, a instituição para vasectomia e laqueadura é permitido 975que se coloque o credenciamento no próprio sistema e passa a aceitar e a dúvida era de que se estava informando da forma 976como se estava registrando porque o sistema permitiu o credenciamento de algumas instituições do município de Ilhéus para 977vasectomia e laqueadura e o município vem fazendo esses procedimentos. O Senhor Coordenador ressaltou que o sistema 978não tem nenhuma crítica e por isso achou importante a iniciativa que a equipe teve de formular uma proposta para viabilizar os 979critérios mínimos que sejam trabalhados por todos. O Senhor Coordenador afirmou que, em tendo acordo se irá fazer uma 980Resolução, e reforçou de duas situações que estão acontecendo sendo uma delas os serviços credenciados que não cumprem 981exigências mínimas de qualidade, de oferta e de um outro lado se tem alguns vazios importantes onde não se tem oferta, 982sendo que a laqueadura ainda é, mas facilmente encontrada do que a vasectomia que é bem menos ofertada. A Senhora Ana 983Luiza informou que o fato de alguns municípios não estarem credenciados ou não ofertarem não quer dizer que não estejam

984realizando pois este é um dos métodos mais utilizados na população brasileira mas essa questão não sai como um
 985procedimento realizado pelo SUS e acaba saindo como um viés político. A Senhora Glória Pestana informou que se o serviço
 986não está habilitado, na hora da cobrança há uma crítica e o procedimento é glosado, logo para conseguir cobrar será cobrado
 987como outro procedimento. A Senhora Ana Luiza informou que pela própria lei do Planejamento Familiar, várias solicitações
 988estão sendo recebidas para realizar o credenciamento e a tentativa do Estado é normatizar para que todos façam de uma
 989forma correta. O Senhor Coordenador sugeriu que a equipe, além de encaminhar a Resolução para todos os municípios, faça
 990também o planejamento, como se têm feito com os principais pólos para ver se pelo menos os pólos de microrregião e alguns
 991municípios que tenham determinado perfil se faça a indução para implantação oficial desse serviço com referência
 992estabelecida, para que se possa induzir essa oferta que é muito importante desde que cumpra obviamente esses critérios. A
 993Senhora Marleide fez uma crítica com relação aos procedimentos que se está realizando e ressaltou que não está sendo
 994lançado como outro serviço e sim como laqueadura até porque houve um aumento recentemente com relação a laqueadura e
 995o município tem realizado ambos os serviços, laqueadura e vasectomia, e a vasectomia é muito questionada pelo valor que é
 996muito baixo e mesmo assim se conseguiu contratar profissionais de urologia para realizar e depois que se realizar uma crítica
 997dentro dessas informações que se está lançando no sistema, se está sendo glosado ou se está indo com o código correto o
 998município entrará em contato com a SESAB para ver se há alguma irregularidade. **Não havendo manifestação em contrário**
 999**o ponto foi considerado aprovado.** O Senhor Coordenador lembrou que o medicamento em casa está aberto para adesões
 1000dos municípios e além de hipertensão e diabetes está incluindo os contraceptivos orais também. **Dando continuidade foi**
 1001**apresentado o ponto de pauta 2.2 Inclusão do HGPV na Rede de Neurologia e Neurocirurgia do Estado da Bahia.** O
 1002Senhor Paulo de Tarso deu início a apresentação informando que havia feito essa discussão no COSEMS e fez a
 1003apresentação conforme segue: **HABILITAÇÃO DO HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES À REDE DE NEUROCIRURGIA**
 1004**PT SAS/MS 756/05.** Informou que Jequié é pólo de uma microrregião, com vários municípios chegando a praticamente
 1005quinhentos mil habitantes e só pelo critério populacional já atende a portaria supracitada. Informou que esta microrregião está
 1006dentro de uma macrorregião que contém outras três microrregiões, sendo elas Ilhéus, Itabuna e Valença. Ressaltou que só
 1007estava apresentando e quem fez o estudo foi o Senhor Sérgio, neurocirurgião. Informou do estudo que já foi apresentado no
 1008COSEMS não só pelo impacto da alta complexidade, mas também como um impacto na média. Relatou que na Portaria 1101,
 1009que é a portaria que tem os critérios, é uma portaria extremamente pobre, pois não se consegue fazer impacto de média,
 1010conforme planilha a seguir:

1011

1012

1013

1014

1015

1016

Município: **mc JEQUIE**
 População Total: **489.275**

1016 PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL AMBULATORIAL

1017 PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DAS CONSULTAS MÉDICAS E ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS SOBRE A POPULAÇÃO:

1018	1019	1020	1021	1022
DESCRÇÃO DA AÇÕES	Parâmetros Recomendados	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de medida
Consultas Médicas (TCM)	2 a 3 por hab./ano	2,5	1.223.188	consultas por hab./ano
Consultas Básicas de Urgência	12% de TCM	12	146.783	% de TCM
Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma	3% de TCM	3	36.696	% de TCM
Consultas Médica Básicas	63% de TCM	63	770.608	% de TCM
Consultas Médicas Especializadas	22% de TCM	22	269.101	% de TCM
Atendimentos Odontológicos	0,5 a 2 por hab./ano	1,25	611.594	atendiment. por hab./ano

1023 PARÂMETROS DE COBERTURA ASSISTENCIAL, POR UNIDADE DE MEDIDA E POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA-SUS:

1024	1025	1026	1027	1028	1029
GRUPO DE PROCEDIMENTOS	Parâmetros Recomendados	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de medida	
31 Procedimentos de Atenção Básica					
31.1 Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível médio	De acordo com PPAB				Proced./Hab/ano
31.2 Ações Médicas Básicas	De acordo com PPAB				Proced./Hab/ano
31.3 Ações Básicas Em Odontologia	De acordo com PPAB				Proced./Hab/ano
31.4 Ações Executadas por outros Profissionais de Nível Superior	De acordo com PPAB				Proced./Hab/ano
31.5 Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	Conforme Pactuação				Proced./Hab/ano
32 Procedimentos Especializados					
32.1 Profissionais Médicos,Outros Nível.Superior e médio	0,6 a 1,0	0,8	391.420		Proced./Hab/ano
32.1.1. Consulta Médica de Urgência (pré hospitalar e trauma)	0,06 a 0,09	0,08	294		% total do grupo 7
32.1.2. Consultas Médicas Especializadas	0,44 a 0,66	0,55	2.153		% total do grupo 7
32.1.3 Demais procedimentos desse grupo	0,10 a 0,25	0,18	685		% total do grupo 7
32.2 Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	0,05	0,05	24.464		Proced./Hab/ano
32.3 - Procedimentos Traumatológicos-Ortopédicos	0,1	0,1	48.928		Proced./Hab/ano
32.3.1.Consulta Ortopédica c/ Procedimento provisório.	0,07	0,07	34		% total do grupo 9
32.3.2.Tratamento e/ou troca gesso	0,03	0,03	15		% total do grupo 9
32.4 - Ações Especializadas Em Odontologia	0,04 a 0,06	0,05	24.464		Proced./Hab/ano
32.4.1 Patologia Clínica	30 a 50	40	489.275		% do TCM
32.4.1.1. Exames Básicos: Bioquímica,Hemato. I a VI , microbiologia .	80,26	80,26	392.692		%total do grupo 11
32.4.1.2. Exames Diferenciados: Hormônios I a VIII, Imunologia I,II,III	10,53	10,53	51.521		%total do grupo 11
32.4.1.3. Exames Especiais de Imuno.Genética,liquor I e II, suco gástrico, urina I,II,III, etc	7,12	7,12	34.836		%total do grupo 11
32.4.1.4. Medicina nuclear in vitro I, II, III	2,09	2,09	10.226		%total do grupo 11
32.4.2 Anatomopatologia e Citopatologia	2,36	2,36	28.867		% do TCM
32.4.3 Radiodiagnóstico	5 a 8	6,5	79.507		% do TCM
32.4.3.1. RX simples e Contrastado	94,75	94,75	75.333		%total do grupo 13
32.4.3.2. Outros exames de radiodiagnóstico I e II	4,63	4,63	3.681		%total do grupo 13
32.4.3.3. Proc. Esp. Radiol. I, II, III, IV, V	0,32	0,32	254		%total do grupo 13
32.4.3.4. Angiografias	0,24	0,24	191		%total do grupo 13
32.4.3.5. Neuroradiologia	0,06	0,06	48		%total do grupo 13
32.4.4 Exames Ultra-Sonográficos	1,0 a 1,50	1,25	15.290		% do TCM
32.4.4.1. Ecografia I, II, III, IV, VII, VIII e IX	76,71	76,71	11.729		%total do grupo 14
32.4.4.2. Ecocardiografia V e VI	23,29	23,29	3.561		%total do grupo 14
32.4.6 Diagnose	5 a 6	5,5	67.275		% do TCM
32.4.7.1. Alergologia	0,67	0,67%	451		%total do grupo 17
32.4.7.2. Angiologia	0,35	0,35%	235		%total do grupo 17
32.4.7.3. Cardiologia	37,97	37,97%	25.544		%total do grupo 17
32.4.7.4. Ginecologia/obstetria	18,75	18,75%	12.614		%total do grupo 17
32.4.7.5. Neurologia	5,36	5,36%	3.606		%total do grupo 17
32.4.7.6. Oftalmologia	24,83	24,83%	16.704		%total do grupo 17
32.4.7.7 Otorrinolaringologia	4,08	4,08%	2.745		%total do grupo 17
32.4.7.8 Pneumologia	1,84	1,84%	1.238		%total do grupo 17
32.4.7.9 Urologia	0,87	0,87%	585		%total do grupo 17
32.4.7.10. Gastroenterologia	4,27	4,27%	2.873		%total do grupo 17
32.4.7.11. Fisioterapia	1,01	1,01%	679		% total do grupo 17

1051
1052 Informou que o item em vermelho se refere ao serviço de neuroradiologia e o outro item em vermelho era o serviço de
1053 neurocirurgia.

1054
1055 **c) Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade**

1056 26 - Hemodinâmica	0,03	0,03%	367	% db TCM
1057 27 - Terapia Renal Substitutiva (diálise)	10 máq p/ cada 56 pac			% db TCM
1058 28 - Radioterapia (por Especificação)	Ver item 2.7.1 e (item D)			% db TCM
1059 29 - Quimioterapia	Ver (item D)			% db TCM
1060 30 - Busca de Órgãos para transplante	Conforme programa específico			% db TCM
1061 31 - Ressonância Magnética	0,04	0,04%	489	% db TCM
1062 32 - Medicina Nuclear-In Vivo	0,14	0,14%	1.712	% db TCM
1063 33 - Radiologia Intervencionista	0,01	0,01%	122	% db TCM
1064 35 - Tomografia Computadorizada	0,2	0,20%	2.446	% db TCM
1065 37 - Hemoterapia	4	4,00%	48.928	% db TCM

1066 **2.3. DETALHAMENTO DA COBERTURA DAS CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAIS (GRUPOS 2 E 7 DA TABELA DO SIA/SUS)**

TIPO	Parâmetros Recomendados	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de medida
1067 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	15	15%	183.478	% db TCM
1068 CLÍNICAS BÁSICAS	62,7	62,7%	766.939	% db TCM
1069 Clínica Médica (inclui PSF)	Distribuição conforme PPAB			
1070 Ginecologia (inclui Mastologia)	Distribuição conforme PPAB			
1071 Obstetrícia	Distribuição conforme PPAB			
1072 Pediatria	Distribuição conforme PPAB			
1073 CONSULTAS ESPECIALIZADAS (TCE)	22,30	22,3%	272.771	% db TCM
1074 Alergologia	0,20	0,2%	546	%TCE
1075 Cardiologia	2	2,0%	5.455	%TCE
1076 Cirurgia Geral	2,3	2,3%	6.274	%TCE
1077 Dermatologia	1,1	1,1%	3.000	%TCE
1078 Doenças Vasculares Periféricas (Angiologia)	0,2	0,2%	546	%TCE
1079 Endocrinologia	0,4	0,4%	1.091	%TCE
1080 Gastroenterologia	0,7	0,7%	1.909	%TCE
1081 Hematologia	0,1	0,1%	273	%TCE
1082 Medicina Física*	1,2	1,2%	3.273	%TCE
1083 Nefrologia	0,1	0,1%	273	%TCE
1084 Neurocirurgia	0,1	0,1%	273	%TCE
1085 Neurologia	1,2	1,2%	3.273	%TCE
1086 Oftalmologia	2,8	2,8%	7.638	%TCE
1087 Oncologia	0,3	0,3%	818	%TCE
1088 Otorrinolaringologia	1,5	1,5%	4.092	%TCE
1089 Proctologia	0,2	0,2%	546	%TCE
1090 Psiquiatria	2,2	2,2%	6.001	%TCE
1091 Reumatologia	0,4	0,4%	1.091	%TCE
1092 Tisiopneumologia	1	1,0%	2.728	%TCE
1093 Traumatologia – ortopedia	2,9	2,9%	7.910	%TCE
1094 Urologia	0,9	0,9%	2.455	%TCE
1095 Outros**	0,5	0,5%	1.364	%TCE

PROCEDIMENTOS	Parâmetros Recomendados	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de medida
1096 1. Consultas de CARDIOLOGIA (TCC)	2,1	2,1%	25.687	% do TCM
1097 1.1. Ergometria	19	19%	4.881	% do TCC
1098 1.2. Holter	0,5	0,5%	128	% do TCC
1099 1.3. ECG	60	60%	15.412	% do TCC
1100 1.4. Ecocardiograma	13	13%	3.339	% do TCC
1101 2. Consultas de NEUROLOGIA (TCN)	1,2	1,2%	3.273	% do TCE
1102 2.1. EEG	33	33%	1.080	% do TCN
1103 2.2. ELETROMIOGRAFIA	1,08	1,08%	35,35	% do TCN

1104 **2.7. EQUIPAMENTOS DE DIAGNOSE E TERAPIA.**

PROCEDIMENTO	PARAMETRÔS	Utilizado	Equipamentos	Observações
1105 2.7.1. RADIOTERAPIA:				
1106 · pequeno porte: (Abrangência prevista 500mil a 750mil hab):	300 a 500 novos pac/ano	625000	1	6 pac/hora - 52.560 pac/ano
1107 · médio porte:	501 a 1000 novos pac/ano			
1108 · grande porte:	1001 ou mais novos pac/ano			
1109 2.7.2. MAMÓGRAFO:	1/240 mil habitantes	240000	2	
1110 2.7.3. MÁQUINA PARA DIÁLISE:	1/15.000 habitantes	15000	33	maq. de proporção em 3 turnos
1111	1/30.000 habitantes	30000	16	outras maq. até 2 pontos, 3 turnos
1112	1/1 paciente	1	489,275	ciclodadoras / uso domiciliar
1113 2.7.4. ÓSTEO-DENSÍMETRO:	1/140 mil habitantes	140000	3	
1114 2.7.5. TOMÓGRAFO POR RAIOS X COMPUTADORIZADO:	1/100 mil habitantes	100000	5	e/ou 1/1.500 leitos int. Hosp. Te
1115 2.7.6. TOMÓGRAFO POR RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA:	1/500 mil habitantes	500000	1	e/ou 1/1.500 leitos int. Hosp. Terc.
1116 2.7.7. USG, RADIOLOGIA SIMPLES e ODONTOLÓGICA:	1/25.000 habitantes	25000	20	

1117 Nota para 2.7.1: Ver Portaria GM/MS nº 3.535, de 02/09/98.

Nota para 2.7.3: As máquinas recomendadas para TRS devem ser as de proporção e que possuem somente um "ponto";

Em cada "ponto de diálise", podem ser atendidos até 6 pacientes por semana, com utilização máxima do equipamento.

Nota para 2.7.4. Ver Portaria GM/MS 1.327, de 11/11/99.

3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

TIPO	PARÂMETROS	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de medida
a) Leitos Hospitalares Totais (LHT)	2,5 a 3	2,75	1.346	leitos por 1000 hab
b) Leitos de UTI:	4 a 10	7%	94	% LHT
c) Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico):	2 a 3 leitos por sala cirúrgica			
d) Leitos para Pré-Parto:	mínimo, 2 leitos p/ sala de Parto			

$$\text{CIL} = 365 \times \text{TOH} / \text{TMP} \quad \text{29 Internações/leito/ano}$$

$$\text{LN} = \text{NIHE} / \text{CIL} \quad \text{1336 Leitos}$$

Legenda:

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar (Média Brasil - 48%)

TMP = Tempo de Média de Permanência (Brasil: Média- 5,98; Maior-8,9; Menor-3,64)

LN = Leitos Necessários

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas

3.6. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES, POR ESPECIALIDADE, PARA CADA 1.000 HABITANTES.

ESPECIALIDADE	% SOBRE O LHT	Utilizado	ESTIMATIVA	Unidade de Medida
Cirúrgica	14,99	14,99%	202	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	26,82	26,82%	361	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	5,62	5,62%	76	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	9,49	9,49%	128	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	14,06	14,06%	189	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	15,31	15,31%	206	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	4,72	4,72%	64	Leitos/1.000hab.
Fisiologia	0,43	0,43%	6	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	2,73	2,73%	37	Leitos/1.000hab.

Nota 1: Não é aconselhável contratar mais leitos psiquiátricos onde já exista capacidade de 0,45 ou mais leitos/1000 habitantes, para internação em psiquiatria.

Nota 2: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade (mantendo TOH = 48% e TMP do quadro 3.3).

REDE DE NEUROCIRURGIA DE ALTA COMPLEXIDADE NA BAHIA*

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	HOSPITAL	ESFERA	GESTÃO DA REDE	PRODUÇÃO
NORTE		?			
CENTRO-NORTE		?			
NORDESTE		?			
LESTE	Salvador	SARAH	federal	federal	SIM
		ROBERTO SANTOS	estadual	estadual	SIM
		SANTA ISABEL	filantrópico	municipal	SIM
		HGE	estadual	estadual	SIM
		SÃO RAFAEL	filantrópico	municipal	SIM
		ESPANHOL	filantrópico	municipal	SIM
		HUPES	federal	municipal	SIM
		SANTO ANTONIO	filantrópico	municipal	SIM
		ERNESTO SIMÕES	estadual	estadual	NÃO
		MARTAGÃO GESTEIRA	filantrópico	municipal	SIM
	Camaçari	CAMAÇARI	estadual	estadual	NÃO
OESTE	Barreiras	OESTE	estadual	estadual	SIM
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	CLERISTON ANDRADE	estadual	estadual	SIM
SUL	Ilhéus	SÃO JOSÉ	filantrópico	municipal	SIM
		LUIS VIANA FILHO	estadual	estadual	NÃO
	Itabuna	MANOEL NOVAES	filantrópico	municipal	SIM
		BASE LUIS E MAG	municipal	municipal	NÃO
SUDOESTE	Vitória da Conquista	GERAL VITÓRIA	estadual	estadual	SIM
EXTREMO SUL	Teixeira Freitas	MUNICIPAL T FREITAS	municipal	municipal	SIM
	Porto Seguro	REG DEP LUIS E MAG	estadual	estadual	SIM

*PR MS/SAS Nº 644/2008

1185Informou que esta é a rede de neurocirurgia do Estado da Bahia e há uma lacuna na assistência na macrorregião norte, centro-
1186norte e nordeste. Informou que a faixa escura se refere à macrorregião onde Jequié se encontra. Informou que haverá uma
1187reunião que já está agendada com a DGRP para discutir se será mantida a habilitação nos hospitais que não apresentam
1188produção. Informou que de acordo com esse cenário, a equipe técnica da coordenação de redes fez toda uma análise da
1189demanda que veio no ano anterior, a câmara técnica de neurocirurgia analisou e colocou a análise dela com o parecer. Do
1190Processo: 0300090093685 À CRAE / DAE / SAIS DEMANDA Apresentada pela Diretoria do Hospital Geral Prado Valadares,
1191“Pré-projeto de implantação do serviço de Neurocirurgia/Neurociência do HGPV”, de outubro de 2008 e apresentado pelo seu
1192diretor, Gilmar Barros Vasconcelos, a convite do Exmo. Sr. Secretário de Saúde, Dr. Jorge Solla, na 1a. Reunião da
1193CATEC.NEURO, em 3 de novembro de 2008. Consta no projeto, o Anexo III A, modificado da PT SAS/MS Nº 756/2005 (folhas
119444//50, que foi preenchido pela diretoria visando a habilitação do hospital na rede de neurocirurgia estadual. ANÁLISE Da
1195leitura do projeto e do anexo III A modificado, como apresentado em outubro de 2008, depreende-se que: o hospital presta
1196assistência ambulatorial e tem emergência 24 h, diuturnamente; o corpo clínico não dispõe de neurocirurgião, embora tenha
1197identificado candidato ao serviço (folha 45); o corpo de neurologistas é composto de dois médicos; o hospital não dispõe de
1198tomografia computadorizada própria; o hospital conta com um centro cirúrgico, mas não dispõe de mesa articulada,
1199intensificador de imagem e microscópio cirúrgico, nem instrumental neurocirúrgico; o serviço de angiografia é terceirizado; o
1200eletroencefalograma estava em processo de aquisição; seu projeto de reforma para adequação à RDC ANVISA Nº 50/2007
1201encontrava-se em trâmite; a UTI não dispõe de oxímetros, capnógrafo e monitor para PIC. PARECER Face ao exposto e
1202visando uma adequação mínima à portaria ministerial, tem-se a sugerir as seguintes providências : conclusão das reformas
1203estruturais e adequação sanitária aos normativos da vigilância sanitária e gerenciamento de resíduos hospitalares; aquisição
1204dos equipamentos e instrumentais neurocirúrgicos em conformidade com a padronização da DITEC; identificação e
1205contratação de equipe neurocirúrgica com no mínimo três profissionais habilitados; identificação e contratação de mais um
1206neurologista clínico; aquisição de equipamentos citados para a unidade de terapia intensiva; vista e monitoramento da DICON
1207e DGRP. Estas medidas e outras poderiam compor um plano de ação para adequação do hospital à implantação de um serviço
1208de neurocirurgia de alta complexidade. Justifica-se este plano pelo fato do HGPV está situado em Jequié, sede de microrregião
1209da Macrorregião Sul, com 489.275 habitantes, o que permitiria menor pressão da demanda sobre os pólos de Itabuna e Ilhéus.
1210Salvador, 14 de maio de 2009. Ressaltou que as pendências estão sendo providenciadas pela SESAB. Ressaltou a
1211importância da descentralização no momento em que se possibilita uma melhor assistência ao cidadão evitando situações
1212comentadas no início da reunião. Informou que o processo de descentralização na Bahia demorou muito para acontecer, mas
1213está acontecendo agora e cada proposta que chega à CIB e se consegue realizá-la se trata de um grande avanço para o
1214Estado. A Senhora Stela Souza, Secretária de Saúde do Município de Jequié informou que, com relação ao projeto de
1215implantação do serviço é sabida a necessidade e a demanda que já foram colocadas anteriormente, sendo estas neurocirurgia
1216e oncologia e iria continuar insistindo até o dia em que conseguisse. Ressaltou a importância deste credenciamento e informou
1217que estava presente o diretor do Hospital Prado Valadares e deu-lhe as boas vindas, mas não podia deixar de colocar de que a
1218gerência da unidade hospitalar da rede própria do Estado é municipal, e somente nesta data a mesma teve acesso ao Projeto,
1219que foi entregue pelo Coordenador da CATEC e era realmente necessário, pois o município de Jequié tem um índice alto de
1220acidentes de moto e perdiam-se muitas vidas de jovens porque às vezes precisava-se apenas de uma avaliação de um
1221neurocirurgião e tinha-se que transportar para Itabuna e Salvador. Informou que o SUS deve trabalhar em prol de melhoria
1222para a região. Relatou que o município tem o Comando Único e não poderia abrir mão dessa questão e inclusive isto foi dito no
1223COSEMS inclusive foi cobrado por membros da Câmara Técnica que a questionaram se havia o conhecimento do assunto
1224onde à mesma afirmou que não tinha, tomou conhecimento da apresentação no Conselho Municipal de Saúde, onde o mesmo
1225foi aprovado, mas a mesma não sabia da existência da pauta, pois havia entrado no que ocorrer. Ressaltou a importância de
1226que os municípios têm que participar do processo e construir junto e informou que iria avaliar o projeto e informar possíveis
1227ressalvas, mas a equipe do Hospital Prado Valadares estava de parabéns por ter tido a iniciativa, mas lembrou que se deve
1228trabalhar a quatro mãos e não a duas ou uma. A Senhora Suzana informou que houve uma discussão no COSEMS e na
1229verdade é sabido que não há nenhum tipo de má intencionalidade, mas esta situação está ficando rotineira dentro do sistema,
1230pois as relações entre os hospitais estaduais e os gestores municipais não são tão próximas, e o hospital de gestão estadual é
1231um prestador dentro de uma estrutura de uma gestão cujo comando único é do município. Informou que não havia nenhum
1232problema em se avançar com a discussão, em pensar como o hospital pode contribuir para o fortalecimento do Sistema Único
1233de Saúde daquela região se não há espaço para discussão e essa situação acontece também com os hospitais privados e
1234filantrópicos, pois estes começam a fazer os movimentos e dialogam pouco com o gestor, muitas vezes já com o pacote pronto
1235ou então tende até a não informar integralmente ao gestor. Relatou que a sensação dos gestores municipais atualmente é que
1236mesmo fica muitas vezes esquecido, e que não podia aceitar que um assunto importante como este seja apresentado
1237apenas as Conselho Municipal de Saúde, entrando no que ocorrer e o gestor não saiba além do que além dessa situação há
1238outros registros em outras áreas em que muitas vezes o gestor é surpreendido com portarias publicadas pelo Ministério da
1239Saúde que o gestor sequer tinha conhecimento. Ressaltou que a idéia era fortalecer na construção do SUS garantindo um
1240processo mais qualificado, democrático e participativo, no entanto a proposta estava de parabéns, é um projeto importante,
1241pois a região sul tem carência, e é percebido que nesse processo de descentralização da Alta Complexidade o estado está
1242dando conta de avançar e cobrir os vazios assistenciais que tanto se fala. Afirmou que ainda é preciso avançar na região norte
1243e na região oeste, e centro-norte, mas já se percebe um novo panorama da rede de Alta Complexidade do estado como um
1244todo. A Senhora Marília Fontoura informou que o espaço do município para estas discussões é o Conselho Municipal de Saúde
1245e se houve essa discussão no Conselho subentende-se que o gestor estava ciente dos fatos. A Senhora Stela Souza informou
1246que ficou sabendo no momento da reunião e que não sabia que esta questão era ponto de pauta, mas que estava tudo bem e
1247só havia feito um registro. O Senhor Coordenador informou que o registro trazido pela Senhora Stela Souza era pertinente na
1248medida em que a proposta só havia chegado ao Conselho Municipal de Saúde já no que ocorrer, mas obviamente não tira o
1249mérito uma vez que quem mais reivindicava era a própria secretária de saúde. Este caso reforça os casos de ampliação
1250daquele pólo de formação de profissionais de saúde e obviamente como foi apresentado aqui, o HGPV não tem os requisitos
1251necessários para cumprir todas as necessidades, então é mais um compromisso aqui, do Hospital e das Secretarias Municipal

1252e Estadual de Saúde a se preparar para tanto. Lembrou que o avanço foi muito grande, já estamos com equipe neurocirúrgica
1253trabalhando em Teixeira de Freitas, no extremo sul, no sudoeste em Vitória da Conquista e no sul em Itabuna que era o único
1254que já tinha anteriormente. O Secretário Municipal de Saúde de Itabuna, Antônio Vieira, informou que o Hospital da Santa Casa
1255de Misericórdia, o Calisto Medley, está totalmente preparado inclusive com infra-estrutura, com intensificador de imagem,
1256ressonância magnética, tomografia e vinte leitos de UTI, então considerou que o mesmo está sendo subutilizado. Afirmou que
1257essa demanda realmente acontece e o município está de braços abertos, mas deveria e ampliar também no Hospital de Base
1258Luis Eduardo Magalhães que atende a 51% da população que vem de municípios circunvizinhos, pois precisamos promover a
1259saúde para todos já que essa é a finalidade do SUS, assim gostaria que fosse mais intensificado o setor de neurocirurgia do
1260Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Ressaltou que o Senhor Secretário já está engajado nessa luta com o Provedor e
1261vamos ter frutos melhores, mas também não podemos esquecer o Hospital Regional de Ilhéus que está se preparando nesse
1262sentido. O Senhor Coordenador considerou importante a lembrança do Secretário Municipal e comentou que o atual contrato
1263com a Santa Casa já previa uma ampliação para a utilização plena dessa oferta. Concluiu informando que em Feira de
1264Santana também o Hospital Clériston Andrade já está com a equipe de neurocirurgia que nunca tinha tido, em Barreiras no
1265Hospital do Oeste implantamos em 2007 e já estamos negociando agora com as Obras Sociais de Irmã Dulce para dobrar a
1266equipe que não está dando conta do volume porque é o único serviço naquela região toda, e no Hospital de Juazeiro que vai
1267ser inaugurado não está previsto neurocirurgia porque foi feito um acordo com o Estado de Pernambuco, onde estamos
1268criando uma região interestadual e na divisão de responsabilidades a neurocirurgia não ficou em Juazeiro e sim em Petrolina,
1269assim, já estamos com praticamente todos os pólos regionais com exceção só da centro-norte que é o único pólo de
1270macrorregião que ainda não tem esse processo em curso. Dra. Stela Souza enfatizou estar sentindo firmeza, pois tudo o que
1271vem sendo discutido há dois anos está sendo colocado gradativamente em prática; levantou ainda a questão do financiamento,
1272e questionou se serviço novo quer dizer dinheiro novo para implantação e para custeio. O Senhor Coordenador esclareceu que
1273o único serviço novo de neurocirurgia que conseguimos alocar recurso foi o de Teixeira de Freitas, todos os demais que estão
1274em Hospitais Estaduais foram abertos, contrataram as equipes neurocirúrgicas, estamos investindo nos equipamentos, sem ter
1275tido a ampliação de recursos federais alocados nesses Hospitais Estaduais. Dra. Stela Souza questionou se então iria tirar do
1276teto do município e o Senhor Coordenador respondeu que até o momento, o estado está assumindo todo este ônus, mas
1277obviamente espera contar com o apoio do COSEMS para reivindicar ao Ministério da Saúde a ampliação do teto para dar conta
1278dessas ampliações como foi feito nos dois anos anteriores. Dra. Suzana Ribeiro levantou a questão da neurologia apresentada
1279pela manhã por Dr. Sérgio sobre a informação de que a equipe de neurocirurgia está utilizando quatro profissionais que estão
1280entre Vitória da Conquista, Itabuna, Jequié e Ilhéus e existe a preocupação clara referente à carência de profissionais, mas
1281sabemos também que isso está imprimindo uma série de dificuldades nesse processo. Relatou que numa discussão recente no
1282Hospital Estadual com a diretoria e os profissionais que estão se recusando a fazer a porta de entrada que é ambulatório
1283especializado, eles já querem o paciente pronto e questionou como é que vai ficar, e não é nem pela porta da urgência, então
1284fica meio complicado, isso porque terminamos ficando refém da mesma equipe. Ponderou que estas são situações que não
1285podemos aceitar, ou vem com o pacote completo ou vamos tencionar, e relatou já ter sido questionada em outro momento
1286porque estavam trazendo pacientes de Itabuna para dentro do Hospital Regional de Vitória da Conquista por fora da regulação
1287e a medida da gestão foi glosar as AIHs que fossem apresentadas, pois assim fica muito fácil para o profissional só fazer
1288eletiva, só operar quem quiser e a região toda fica desassistida porque ele escolhe inclusive o paciente de onde vem. Com essa
1289medida conseguiu suprimir esta ação, mas é complicado ficar questionando porque o contrato que o estado fez não foi para
1290isso, não foi para aquilo, foi nesse valor, foi só para cirurgia eletiva e isso não existe, portanto é preciso tomar cuidado para que
1291não fiquemos reféns. Isso está acontecendo na regional de Vitória da Conquista, estão tentando fazer esse movimento, mas
1292como não estão encontrando apoio nem da direção nem do município, às vezes precisamos de um apoio da área técnica do
1293estado que fez as negociações de contratação já que são profissionais do estado para podermos avançar porque não tem
1294condição e isso é preocupante porque pode repetir em outros municípios. O Senhor Coordenador esclareceu que para todos
1295os profissionais de neurologia contratados pelo estado não há nenhuma restrição de tipo de procedimentos, eles estão
1296contratados com valores bem remunerados, com a obrigação de fazer cirurgias de emergência e com a obrigação de fazer o
1297acompanhamento dos pacientes internados. Outra questão que concordou ser realmente um problema é que não temos
1298número suficiente de profissionais; no último levantamento realizado eram cinquenta e poucos neurocirurgiões na Bahia, sendo
1299que menos de quarenta estavam em atividade pelo SUS e eles ficam rodando, cobrindo vários locais. Deu a boa notícia de que
1300pela primeira vez no ano que vem vamos ter residência em neurocirurgia aqui pelo SUS no HGE e o Roberto Santos,
1301considerando que é um investimento em longo prazo, mas temos que começar. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus,
1302Marleide Figueiredo relatou que a mesma situação colocada por Dra. Suzana aconteceu em Ilhéus também, e que o município
1303solicitou pela manhã na reunião do COSEMS à equipe que está fazendo a parte da alta complexidade em neurocirurgia que
1304esse processo seja discutido com o município, inclusive já foi solicitado também em audiência com o Secretário que a equipe
1305da rede própria do estado possa discutir com Ilhéus sobre a configuração desse serviço no município, que tem dois serviços e
1306toda uma característica relacionada às unidades que já estão credenciadas. Uma outra proposta é que o próprio município
1307articulando com o Estado possa estar buscando outras equipes que tenham mais disponibilidade de tempo para atender não
1308só ao município como também à referência estadual, pois só o recurso do município não traz o profissional, mas quando
1309articulamos também com o recurso do estado já fica mais viável. O Diretor do HGPV, Gilmar Vasconcelos, informou que dentro
1310do projeto de implantação desse serviço está previsto não só a parte cirúrgica como também a parte ambulatorial e também
1311uma articulação entre a neurologia e a neurocirurgia, e o importante é que com a implantação desse serviço no Prado
1312Valadares a Bahia ganha um novo neurocirurgião e que atuará exclusivamente no SUS, pelo menos a princípio, e vai morar em
1313Jequié, assim não haverá essa questão de ter um profissional que está escalado em um hospital, mas está em outra cidade
1314diferente. Dra. Conceição Benigno considerou que há uma iniciativa importante a ser feita em relação à rede de neurologia e
1315neurocirurgia e os profissionais que são os únicos que estão cobrindo essa região, que é fazer uma reunião com os gestores,
1316diretores municipais e estes profissionais, para prestar todos os esclarecimentos. Colocou que o estado está totalmente aberto
1317e se algum gestor conseguir um neurocirurgião fixo no município, será contratualizado imediatamente, visto que essa equipe
1318está assim por insuficiência, por não haver profissional, e para evitar que todos os pacientes venham para Salvador, e a única

1319alternativa que estamos tendo até o momento é essa e outras medidas tomadas como a questão da residência, mas seduzir
1320como o Sr. Gilmar fez também é papel de todos para conseguir trazer outros colegas para dar conta desse serviço no nosso
1321território. O Senhor Coordenador lembrou que em Barreiras o pessoal de Irmã Dulce foi buscar no Rio Grande do Sul um neuro
1322cirurgião que quisesse ir para lá porque aqui na Bahia ninguém topou. Dra. Suzana Ribeiro contou que lá esteve recentemente
1323um neurocirurgião do Sul que conheceu a cidade, mas não quis ficar, não pela cidade, mas com o que ele queria na relação
1324com a Santa Casa de Misericórdia e que não permitimos. **Após discussão, foi considerado aprovado o ponto referente à**
1325**Inclusão do HGPV na Rede de Neurologia e Neurocirurgia do Estado da Bahia. Dando prosseguimento, o Senhor**
1326**Coordenador passou para o próximo ponto de pauta: 2.3 Proposta de Conformação da Rede Estadual de Atenção em**
1327**Oftalmologia.** Dra. Suzana Ribeiro colocou que a proposta foi apresentada pela manhã na reunião do COSEMS e por
1328entender que a mesma vem em cima de uma construção do que já existe, propôs a aprovação, mas considerou que a situação
1329do financiamento não ficou contemplada, pois ficou o entendimento de que o Ministério haveria dito que por não termos
1330produção, nem série histórica ficaríamos um período produzindo, portanto é preciso fazer depois essa discussão sobre o
1331financiamento com o Ministério, pois fica complicado de município e estado ficarem bancando a produção com recurso próprio.
1332**O Senhor Coordenador argumentou que a rede sendo aprovada e encaminhada para o Ministério não significa**
1333**necessariamente que vamos credenciar os serviços e conformar a oferta, assim, sugeriu mandar e aguardar a**
1334**discussão com o Ministério para ver como vai se dar esse processo.** Dr. Paulo de Tarso efetuou a apresentação,
1335considerando extremamente importante o adendo colocado por Dra. Suzana, porque o Ministério em habilitando esses serviços
1336para a alta complexidade, vai fazer uma série histórica prospectiva para depois ver como isso vai entrar no teto: "Política
1337Estadual de Atenção em Oftalmologia: 1. Epidemiologia: a) Cegueira no Brasil afeta cerca de 2,83% da população; b) Cerca de
133860% das cegueiras são evitáveis; c) 20% das cegueiras são recuperáveis; d) Maiores causas de cegueira: Catarata,
1339Retinopatia Diabética, Glaucoma e DMRI; e) Outras Causas: Uveoretinites, Infecções, Traumatismos. 2. Situação da Bahia -
1340Diagnóstico 2008: a) Inexistência de uma rede organizada para assistência em Oftalmologia; b) Rede Pública Estadual - 02
1341Serviços em Salvador. Capacidade Instalada: - Estrutura Física – em processo de reforma / ampliação; - Equipamentos – em
1342processo de instalação; c) Oferta insuficiente dos procedimentos/SUS no Estado: Angiofluoresceinografia, Laserterapia,
1343Vitreotomia; d) Inexistência de oferta SUS / MS no Estado: - Implante valvulares, - Dispensação de medicamentos;
1344Antiglaucomatoso/Lucentis (DMRI), Procedimentos viabilizados com recursos SUS / Ba; e) Inexistência de Centros/Unidades
1345de Referência em Oftalmologia cadastradas pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS Nº 866/2002). 3. Situação da Bahia -
1346Assistência Oftalmológica/Consultas Oftalmológicas: Oferta em 15% dos municípios (64 municípios): - 31 municípios em
1347Gestão Plena (48%), - 33 municípios sob Gestão Estadual (52%). 4. Situação da Bahia - Diagnóstico – 2006: Produção/(fonte:
1348Datusus): a) Consulta: - rede pública: 16%, - rede privada: 84%; b) Terapia: - rede pública: 10%; - rede privada: 90%; c)
1349Diagnose: - rede pública: 7%; - rede privada: 93%; d) Ultrassonografia: - rede pública: 04%, - rede privada: 96%; e) Cirurgia: -
1350rede pública: 04%, - rede privada: 96. 5. Situação da Bahia - Diagnóstico – 2008: Produção / (fonte: Datusus): a) Consulta: -
1351rede federal: 3,61%, - rede estadual: 13,70%, - rede municipal: 21,01%, - rede privada: 61,66%; b) Diagnose: - rede federal:
13521,38, - rede estadual: 1,24%, - rede municipal: 4,77 %, - rede privada: 92,60%; c) Ultrassonografia: - rede federal: 1,32%, -
1353rede Estadual: 0,26%, - rede municipal: 0,52%, - rede privada: 97,89%; d) Cirurgia: - rede federal: 1,65, - rede Estadual: 7,88, -
1354rede municipal: 2,27, - rede privada: 78,09. 6. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia: a) Instituída através da Portaria
1355GM/MS Nº 957, de 15/05/2008; b) Estabelece que a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia seja organizada de forma
1356articulada entre o MS/SES/SMS, por intermédio das Redes Estaduais e Regionais; c) Componentes Fundamentais: Atenção
1357Básica; Atenção Especializada; Organização das Redes de Atenção em Oftalmologia. 7. Componentes Fundamentais: a) Plano
1358de Prevenção e Tratamento das Doenças Oftalmológicas; b) Regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações; c)
1359Regulamentação suplementar e complementar – regular a atenção ao paciente com doença oftalmológica; d) Sistema de
1360informação; e) Protocolos de conduta; f) Capacitação e Educação Permanente; g) Acesso à assistência farmacêutica; h)
1361Acesso a recursos ópticos, não ópticos e outros. 8. Atenção Básica: a) Ações Educativas; b) Teste de acuidade visual; c)
1362Consultas médicas; d) Consultas de enfermagem; e) Ações preventivas e investigação diagnóstica relacionadas às
1363comorbidades (diabetes / hipertensão); f) Acompanhamento dos usuários contra-referenciados. 9. Rede Estadual de Atenção
1364em Oftalmologia: Portaria SAS/MS Nº288, de 19/05/2008 - Define as Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em
1365Oftalmologia. Composição: - Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia – UAEO, Centro de Referência em
1366Oftalmologia – CRO. Define o quantitativo e os parâmetros para a distribuição geográfica. - UAEO – 1 p/ 200.000hab, - CRO –
13671 p/12.000.000hab. -Meta para o Estado: 69 UAEO/AC - 01 CRO. 10. Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia
1368Média Complexidade – UAEO/MC: a) Consulta Oftalmológica; b) Procedimentos de diagnose e terapia; c) Seguimento
1369ambulatorial pré e pós-operatório continuado; d) Atendimento das complicações pós-cirúrgicas. – Todas as UAEO deverão
1370oferecer, obrigatoriamente, os procedimentos de Assistência Especializada descritos na tabela de Procedimentos,
1371Medicamentos e OPM do SUS: - Conjuntiva, - Córnea, - Câmara Anterior, - Íris, - Corpo Ciliar, - Cristalino. – E no mínimo mais
1372um (01) dos seguintes grupos: - Assistência Especializada em Pálpebras, Vias Lacrimais; - Assistência Especializada em
1373Músculo Oculomotores; - Assistência Especializada em Corpo Vitreo, Retina, Coróide e Esclera; - Assistência Especializada
1374em Cavidade Orbitária e Globo Ocular. 11. Unidade de Atenção Especializada em Oftalmologia Alta Complexidade –
1375UAEO/AC: a) Atendimento de Urgência e Emergência em regime de 24hs; b) Atendimento ao paciente portador de Glaucoma
1376(Anexo IV e V); c) Atendimento em reabilitação visual, na própria unidade de atenção ou referência a serviços que realizem
1377este atendimento; d) Além de todos os procedimentos previstos acima, deverão prestar assistência em uma ou mais das áreas:
1378Assistência Especializada em transplantes oftalmológicos; Assistência Especializada em Reconstrução de Cavidade Orbitária.
137912. Centro de Referência em Oftalmologia – CRO: a) Assistência: - A totalidade das ações e procedimentos previstos para as
1380UAEO/MAC; - Atenção Especializada e integral aos pacientes portadores de Retinopatia da Prematuridade. 13. Rede Estadual
1381de Atenção em Oftalmologia. Bahia 2009. Rede Ideal:

Macrorregião	Municípios	População	UAEO / AC	
Centro - Leste	73	2.107.245	10	
Centro - Norte	38	769.742	04	
Extremo - Sul	21	711.742	03	
Leste	48	4.468.281	22	01
Nordeste	33	790.359	04	
Nordeste	27	1.013.068	05	
Oeste	37	847.500	04	
Sudoeste	74	1.713.547	09	
Sul	66	1.659.393	08	
Total	417	14.080.670	69	01

1383 14. Proposta para conformação da Rede Estadual de Atenção Em Oftalmologia: 1. Conformação da Rede Estadual de
1384Atenção em Oftalmologia:

1385

1386

1387

1388

1389

1390

1391

1392

1393

1394

1395

1396

1397

1398

1399

1400

1401

1402

1403

1404

1405

1406

1407

1408

1409

1410

1411

1412

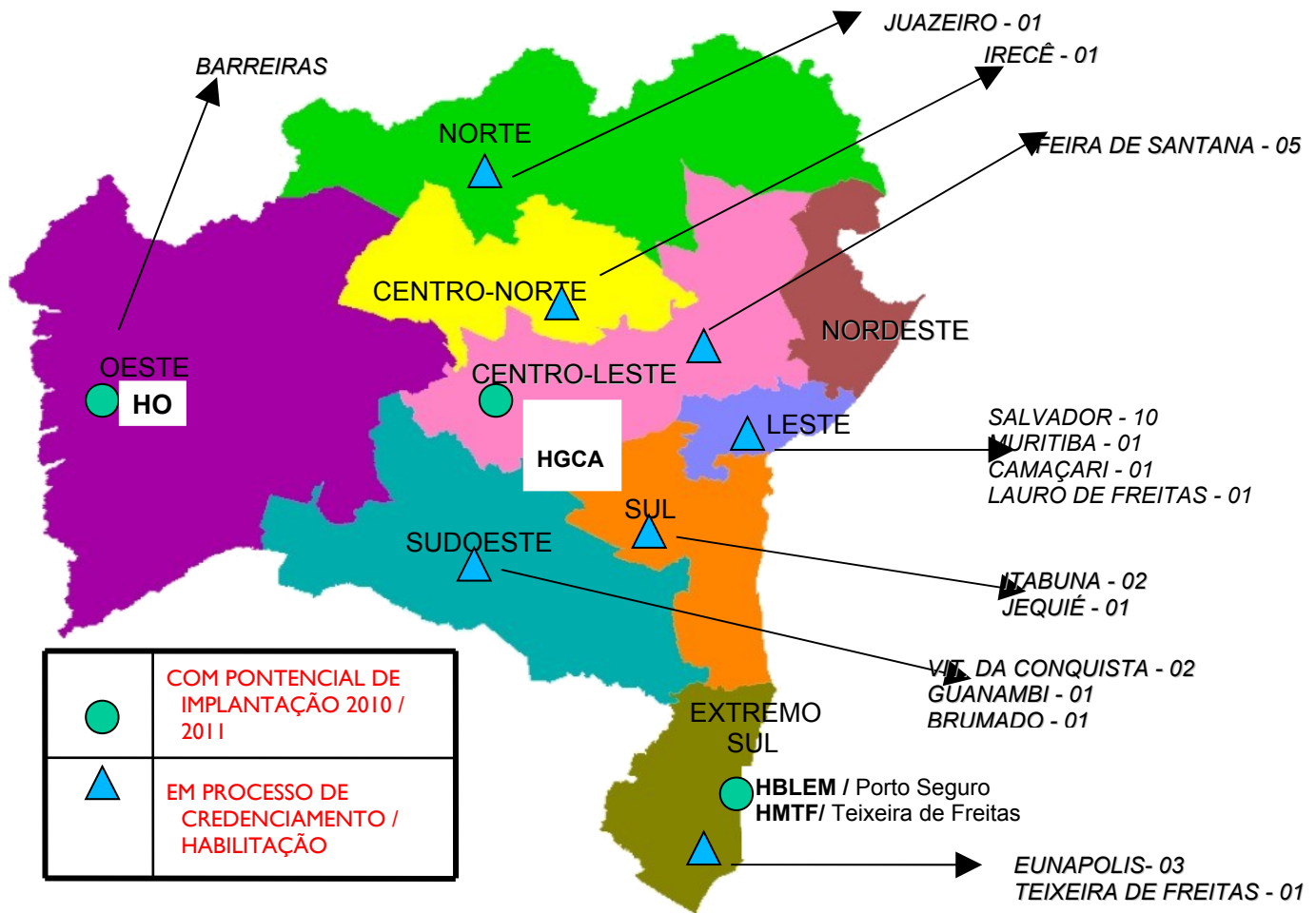
1413

1414

1415

MACRO	MUNICÍPIO	UNIDADES DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM OFTALMOLOGIA	
		Em processo de credenciamento / habilitação	Com potencial de implantação 2010 / 2011
LESTE	SALVADOR	HGRS; HSR; IBOPC; HUPES ; HSA ; HSL ; HSI ; CLIVAN ; ALCLIN ; OFTALMODIAGNOSE	
	MURITIBA	CLIOM	
	CAMAÇARI	HOSPITAL DA MULHER	
	LAURO DE FREITAS	HOSP. DO AEROPORTO	
	SÃO FÉLIX	ST. C. M. DE SÃO FÉLIX	
CENTRO LESTE	FEIRA DE SANTANA	COE, CLÍNICA DE OLHOS - OFTALMOFEIRA; OFTALMED; INSTITUTO DE OFTALMOLOGIA DE FEIRA DE SANTANA; SOS - SERVIÇOS	HGCA
NORTE	JUAZEIRO	CLÍNICA DE OLHOS SANTA CLARA	
CENTRO NORTE	IRECÊ	HOSPIT. GERAL SANTA LUZIA	
SUL	ITABUNA	DAY HORC HOSP. BEIRA RIO	
	JEQUIÉ	OFTALMOS	
EXTREMO SUL	TEIXEIRA DE FREITAS	COE	HMTF
	EUNÁPOLIS	CLÍNICA DE OLHOS ALAILSON BRITO INST. DE OLHOS DA BAHIA, DAY HORC	
	PORTO SEGURO		HBLEM
SUDOESTE	VIT. DA CONQUISTA	HOC, CASA DE SAÚDE SÃO GERALDO;	
	GUANAMBI	HOSPITAL SÃO LUCAS	
	BRUMADO	CLÍNICA DE OLHOS ESPERANÇA	
OESTE	BARREIRAS		HO

141615. Proposta de Conformação da Rede Estadual de Atenção em Oftalmologia. Bahia – Maio/2009:



141816. Metas: a) Consultas: $240 \times 10,00 = 2.400,00$; b) Tonometrias: $204 \times 3,37 = 4.944,96$. Subtotal = 7.344,96; c) Cirurgias: $72 \times 1419643,00 = 46.296,00$; d) Biometria: $72 \times 24,24 = 3.490,56$; e) Mapeamento: $72 \times 24,24 = 3.490,56$; f) Microscopia: $72 \times 24,24 = 14203.490,56$; g) V. Post. Inf.: $7 \times 2.855,14 = 19.985,98$. Total Geral = 84.096,94. **Dr. Paulo de Társo desta que** na macrorregião 1421leste os prestadores de Salvador seriam: HGRS, HSR, IBOPC, HUPES, HSA, HSL, HSI, CLIVAN, ALCLIN, 1422OFTALMODIAGNOSE e em Muritiba: o prestador CLIOM; Camaçari como prestador Hospital da Mulher; Lauro de Freitas 1423como prestador Hospital do Aeroporto; em São Félix como prestador a Santa Casa de Misericórdia de São Félix. Na 1424macrorregião centro leste: em Feira de Santana como prestadores; COE, Clínica de Olhos - OFTALMOFEIRA: OFTALMED; 1425Instituto de Oftalmologia de Feira de Santana; SOS – SERVIÇOS e tem um potencial do Hospital Cleriston – HGCA para ser 1426incorporado. Em seguida na macrorregião norte: Juazeiro como prestadores; Clínica de Olhos Santa Clara; na macrorregião 1427centro-norte: Irecê como prestador o Hospital Geral Santa Luzia; na macrorregião Sul, em Itabuna como prestadores Day Horc 1428e Hospital Beira Rio, em Jequié como prestador a OFTALMOS; na macrorregião Extremo Sul: Teixeira de Freitas em processo 1429de credenciamento COE e com potencial de implantação HMTF para ano dois mil e dez; Eunápolis em processo de 1430credenciamento Clínica de Olhos Alailson Brito e Inst. de olhos da Bahia, Day Horc; Porto Seguro a proposta só para o ano 1431dois mil e dez o Hospital Luis Eduardo; na macrorregião sudoeste, em Vitória da Conquista, Guanambi e Brumado em 1432processo de credenciamento com HOC, Casa de Saúde São Geraldo; Hospital São Lucas, Clínica de Olhos Esperança e na 1433macrorregião oeste: em Barreiras a previsão da proposta é para o ano de dois mil e dez no Hospital do Oeste. **O Senhor** 1434**Coordenador** colocou que foi apresentado a Conformação ficando bem nítido que tem um conjunto de serviço melhor dizendo 1435muito grande, mas como é uma conformação da Rede e não é processo de habilitação de serviços não compromete porque 1436quando for fazer o processo de habilitação dos serviços vão poder separar o joio do trigo, como isto verá quem se preparou 1437para tanto e aqueles que não vão ter viabilidade. **O Senhor Coordenador abriu para discussão e aprovação. Dr. Paulo de** 1438**Társo** pontuou além do prazo que o Ministério da Saúde coloca para apresentação da rede foi também colocada uma questão 1439importante em tendo a rede habilitada para poder fazer a questão da dispensação do medicamento com o dinheiro vindo do 1440Ministério e que atualmente Municípios e Estados estão bancando estes medicamentos. **O Senhor Coordenador esclareceu** 1441**o medicamento** específico para glaucoma tem uma Portaria do Ministério da Saúde que estabelece o ressarcimento da 1442aquisição e que no momento o Estado da Bahia tem mais ou menos três mil pacientes que está no Hospital São Jorge e o 1443ônus são todos do Estado e tem município na Gestão Plena que tem comprado e fornecido sem poder fazer o pedido de 1444ressarcimento. E com a conformação da rede e a habilitação da rede irá permitir que através dos serviços que esteja 1445conformado na rede possa fazer o ressarcimento de pelo menos boa parte. **O Senhor Coordenador abriu para aprovação.** 1446**Não havendo discordância, foi aprovado.** O Senhor Coordenador convidou Dra. Suzana Ribeiro para apresentar a pauta do 1447COSEMS. Dra. Suzana Ribeiro justificou a ausência da Dra. Marta Rejane, Secretária de Saúde de São Félix, em virtude de 1448ser chamada pela filha que está muito doente e foi levá-la para o Hospital, enfim, mas o ponto de pauta já tinha sido discutido

1449pela manhã e a Dra. Marta Rejane pontuou que colocasse o pedido de revisão da resolução no primeiro momento e o que
1450estava previsto na ata da reunião da CIB era algo que não estava contemplado na resolução CIB. Relatou que era aquele
1451detalhamento que o Estado tinha colocado que assumiria o pagamento dos pacientes, mas depois na discussão chegou à
1452conclusão que acaba ficando precioso que não precisaria fazer esta revisão. Então solicitou que apenas pactuasse na CIB
1453a data da transferência em bloco dos pacientes que estão em São Félix para Feira de Santana e Salvador. Dra. Marta Rejane
1454propôs a data do dia trinta do mês de maio ou trinta e um do mês de junho para que possa fazer esta programação porque dá
1455maneira como está e principalmente como Feira de Santana tem se colocado está com dificuldade de ajustar esta
1456transferência. Dra. Marta Rejane pediu para registrar que tem uma preocupação enquanto Gestora que os pacientes que estão
1457em São Félix acompanhados pela equipe, gostaria de ser encaminhados para Hospitais onde atenda a mesma equipe que já
1458acompanha os pacientes, a médica que acompanha estes pacientes me parece que faz parte da equipe do Hospital Santo
1459Antonio. E que os pacientes gostariam de poder definir o local para serem transferidos, mesmo sabendo que para São Félix
1460terá um custo maior que a Secretaria Municipal de Saúde terá que assumir um custo maior em virtude do TFD - Tratamento
1461Fora Domiciliar. Dando continuidade. Informou que haverá uma reunião no COSEMS no dia vinte e dois do mês de maio, às
1462oito horas da manhã com a Representante do Ministério da Saúde, Dra. Edisaura da CIT, com a presença de Dra. Inês Gadeira
1463que é do Ministério da Saúde da Alta Complexidade junto com o Município de São Félix, para que esta situação seja
1464definitivamente esclarecida, alguns pontos que tenha dúvidas. E para segurança do município é preciso definir a data limite da
1465transferência em bloco dos pacientes; citou que a uma solicitação que seja logo no dia trinta e um do mês de maio, e a questão
1466do financiamento é outra estória em relação ao repasse, mas que pudesse pactuar na CIB a data de transferência. Dra.
1467Suzana Ribeiro colocou que para pactuar a data limite de transferência dos pacientes de São Félix para Feira de Santana e
1468Salvador depende dos Gestores destes municípios. Dr. José Raimundo, Diretor da Auditoria, colocou que houve uma
1469discussão sobre a data limite da transferência destes pacientes com o Prefeito de São Félix, Claudia Rodrigues da DICON e
1470Auditoria do SUS e ficou a princípio a data do dia trinta e um do mês de maio, que o Estado iria se esforçar. E o Estado propôs
1471de transferir uma parte dos pacientes e que considerava que não era a melhor opção para o prestador e o Prefeito concordou
1472que a idéia era transferir em bloco porque a questão econômica do prestador e a segunda data se não fosse possível ser no
1473dia trinta do mês de maio se seria possível no dia trinta do mês de junho. **Dra. Suzana Ribeiro colocou em votação a data da**
1474**transferência dos pacientes de São Félix para Feira de Santana e Salvador.** Dr. José Raimundo Diretor da Auditoria
1475pontuou que entende que tem que ter uma data, mas um serviço dentro do SUS e prestador Santa Casa não vê possibilidade;
1476salientou de o prestador dizer eu fecho hoje e não atendo mais ninguém. Pontuou que tem que existir flexibilidade a ponto que
1477não prejudique o usuário. Dra. Suzana Ribeiro destacou que a proposta foi: que deixe a data definida, agora se a CIB entende
1478que há uma semana esta movimentação será muito mais difícil de fazer a transferência. Podemos na reunião do dia vinte e
1479dois do mês de maio com a presença do município de São Félix e representações dos municípios de Feira de Santana e
1480Salvador verificar com a área técnica se não seria melhor garantir como teto a data do dia trinta do mês de junho, por ter um
1481tempo mais longo para definir o processo. O Senhor Coordenador passou para Dra. Conceição Benigno fazer o
1482encaminhamento. Dra. Conceição Benigno informou que o teto a SESAB encaminha ainda está semana para o Ministério.
1483Colocou se houver definição neste momento tem que definir os valores para gerar Resolução CIB. Concordou com o
1484encaminhamento que Dra. Suzana Ribeiro sugeriu. **O Senhor Coordenador questionou se há algum problema que a data**
1485**seja no dia trinta do mês de junho.** O Senhor Coordenador passou para Dr. José Carlos Brito. Questionou se foi levada em
1486consideração à preferência do paciente. Dra. Suzana Ribeiro colocou que Dra. Marta Rejane solicitou que o Estado no
1487momento de fazer esta transferência leve e consideração que têm alguns pacientes que querem permanecer com a mesmo
1488oncologista que trabalha aqui em Salvador e inclusive mesmo que o TFD para Salvador seja mais alto, mas se pudesse
1489respeitar a preferência do paciente não teria nenhum problema para o município de São Félix. Dr. José Carlos Brito perguntou
1490se os pacientes foram consultados. **O Senhor Coordenador questionou se a data limite para transferência dos pacientes**
1491**de São Félix para Feira de Santana e Salvador poderia ser no dia trinta do mês de junho e não havendo discordância**
1492**foi pactuado.** O Senhor Coordenador abriu para o que ocorrer. Passou a palavra para Dra. Tereza Martins que solicitou
1493condição para dar um informe sinalizando para as pessoas pensarem e deixe a apresentação para próxima CIB. O Senhor
1494Coordenador propôs que fosse apresentada na próxima CIB, no momento que tivesse uma participação mais ampla na CIB.
1495Pontuou que até porque quer muito que este projeto seja aprovado. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Stella
1496Souza. Colocou que Dra. Tereza falou que tem que apresentar a proposta em outro local e que para isto teria que apresentar
1497primeiro na CIB. Questionou a mesma se era isto. O Senhor Coordenador pontuou que não há problema porque mesmo que
1498apresentasse em quinze minutos não vai aprovar e a CIB já tem conhecimento que existe um projeto para implantação Diálise
1499Peritoneal no Estado da Bahia e que a equipe técnica coordenada por Dra. Tereza Martins vai está apresentando em um
1500Congresso agora. E fica o compromisso de encaminhar estes documentos para os membros da CIB e entrar em pauta na
1501próxima CIB não só para apresentação como seria, mas já discutindo previamente com COSEMS de forma que seja pactuado.
1502**Abriu para discussão. Não havendo discordância ficou pactuado para próxima reunião apresentação do projeto para**
1503**implantação Diálise Peritoneal no Estado da Bahia.** Dando continuidade O Senhor Coordenador faz a leitura do ponto 1.
1504**PROJETO SAÚDE BAHIA: 1.1 Extensão de prazo dos Termos de Compromisso de 06 municípios (Antônio Cardoso,**
1505**Malhada, Oliveira dos Brejinhos, Piatã, Pindaí, Várzea da Roça e Itapé, que não estava na pauta, mas havia sido**
1506**solicitado pela área técnica) e acréscimo de valor de 01 município (Bom Jesus da Serra), todos oriundos do Projeto**
1507**Saúde Bahia. Como não houve manifestação em contrário foi considerado aprovado.** Ponto 2. SUPERINTENDÊNCIA DE
1508VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVISA: **2.1 Pactuação das ações estratégicas, grupos 2 e 3, de acordo**
1509**com a Resolução CIB Nº. 142/2008, da Vigilância Sanitária do município de Crisópolis aprovado, 3.**
1510SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DIPRO: **3.1 Termo de Ajuste de**
1511**Conduta – TAC do município de Jacobina. A Senhora Conceição Benigno informou que na última reunião foi proposta**
1512**a revogação da Resolução nº 89 que trata da adesão com o Comando Único e sugerido a conformação da comissão**
1513**para dar continuidade aos processos de adesão, informou que continuava a trabalhar normalmente, fazendo as**
1514**visitas, inclusive o município de Jacobina havia solicitado, o município de Serrinha já havia feito anteriormente, mas**
1515**gostaria de solicitar a CIB a conformação da comissão para encaminhasse esse processo para ser avaliado e poder**

1516dar continuidade ao processo de trabalho, pois se havia acordado que o Estado indicaria quatro nomes e o COSEMS
1517indicar outros quatro nomes. O Senhor Coordenador informou que pelo Estado ficaria a SUREGS, SAIS SUVISA e
1518Auditoria, e o COSEMS deveria indicar quatro nomes e compor a comissão. A Senhora Suzana Ribeiro informou que
1519havia conversado com a Senhora Conceição Benigno que fosse quatro titulares e quatro suplentes e pelos nomes que já
1520havia sido levantados inicialmente seriam Marta Rejane, Geraldo Magela, Stela Souza, Suzana Ribeiro, Emerson Garcia,
1521Rosângela, Rose e Isabel para que se pudesse fazer essa discussão do PACTO e posteriormente teriam que ser enviados os
1522nomes e dividir quem seria titular e quem seria suplente e seriam encaminhados formalmente. A Senhora Conceição Benigno
1523informou que foram citados oito nomes e era necessário se definir os quatro efetivos e os quatro suplentes, a Senhora Suzana
1524Ribeiro informou que encaminharia posteriormente os nomes. A Senhora Conceição Benigno sugeriu que até a próxima
1525reunião, fosse marcada, um dia antes da reunião ou um dia depois para discutir fluxo e outras coisas. Lembrou também que
1526haveria reunião no dia posterior durante todo o dia. A Senhora Suzana Ribeiro lembrou a todos os gestores que já estão no
1527grupo técnico da PPI e os que estão presentes poderiam participar da reunião que seria no dia vinte e dois de maio, no TK
1528Tower a partir das oito horas sobre a PPI, para esgotar a discussão dos parâmetros e posteriormente se definir uma reunião
1529extraordinária e fazer a pactuação na CIB. Informou que pela manhã estaria na reunião no município de São Félix, sobre a
1530Oncologia e teria que viajar à tarde, pois havia inauguração no município, mas a equipe do COSEMS estaria presente. A
1531Senhora Stela Souza informou que havia vindo para ficar, mesmo sem poder, mas ouviu aproximadamente uns oito membros
1532do grupo dizer que não iria ficar para a reunião e estava preocupada com a quantidade de secretários municipais presentes na
1533reunião. O Senhor Geraldo Magela informou que os que forem representam os que não forem. O Senhor Coordenador
1534informou que a reunião estava mantida com todos que iriam ficar. O Senhor Geraldo Magela informou que pela manhã havia
1535discutido com o COSEMS a questão do problema acontecido com a videoconferência, pois muitos municípios já validaram o
1536CNES e outros não e houve a sugestão de se estabelecer uma data limite, ou vinte e sete ou vinte e nove para encerrar a
1537validação do CNES. A Senhora Suzana Ribeiro comentou que a Senhora Cláudia Rodrigues havia ligado e solicitou que, como
1538no dia posterior havia a discussão da PPI, poderia fechar com a maioria dos secretários essa data e fazer toda a discussão que
1539foi levantada no COSEMS sobre a videoconferência e que se remetesse para a reunião da PPI e que o conjunto presente na
1540discussão pudesse já fechar uma data a não ser que houvesse necessidade de pactuar na CIB. A Senhora Conceição Benigno
1541informou que achava interessante pactuar, pois o diagnóstico do que aconteceu havia o levantamento, mas a sugestão fosse
1542que se fizesse isso com mais tempo e mais representação e que havia muitas coisas para pactuar e que não poderia mais
1543adiar. **A Senhora Suzana Ribeiro informou que a proposta era que a validação fosse feita até dia vinte e nove.** O Senhor
1544Raimundo Brito se desculpou pela ausência na reunião do COSEMS e informou que era praticamente impossível o município
1545de Salvador cumprir esse prazo e havia muita coisa para serem levantadas e tinha que se encontrar uma saída para que
1546Salvador possa ter um tempo maior. A Senhora Conceição Benigno sugeriu que se mantivesse a data de vinte e nove para os
1547demais municípios e um prazo maior para Salvador que seria definido na reunião da discussão da PPI. A Senhora Suzana
1548Ribeiro informou que foi desenhado na rede de Urgência e se discutiu pela manhã que foi aprovado na CIB e de repente o
1549Ministério inclui na lista de UPA, o município de Luis Eduardo Magalhães, e todos acharam estranho, e houve uma proposta
1550que se pudesse manifestar enquanto CIB, interrogar e questionar ao Ministério por onde havia partido essa solicitação, uma
1551vez que tinha pedido um pleito que estava lá anteriormente feito e não foi respeitada a decisão da CIB. Informou que não era o
1552caso do município não tivesse necessidade, mas trabalhou-se a rede com critérios e estes não contemplavam o município
1553citado e essa provocação era necessária para entender qual é a lógica. O Senhor Coordenador destacou que a informação que
1554obteve foi que esse processo das UPA foi feito, no ano anterior, por convênio e com isso terminou sendo uma coisa híbrida, ou
1555seja, uma parte dos processos passou pela CIB e outra parte não. O secretário informou que de acordo com a nova portaria
1556esse serviço não vai funcionar mais por convenio e provavelmente os municípios que foram aprovados no ano anterior talvez
1557tenham mais dificuldades dos que vierem a ser aprovados no ano corrente de acordo com a liberação do Ministério. A Senhora
1558Marília Fontoura questionou se os critérios eram em função da distribuição de recursos ou existiam outros critérios. O Senhor
1559Coordenador informou que no ano anterior o Ministério havia passado um número máximo que foi trazido para a CIB e
1560devidamente aprovado. O que o COSEMS está questionando é que além daqueles que foram aprovados teve outro aprovado
1561que não tinha sido submetido à aprovação da CIB. Relatou também que a informação era que alguns municípios que tinham
1562pleito em negociação de convênio para montagem da unidade de urgência e emergência e o Ministério resolveu enquadrar no
1563formato da UPA já que já tinha sido normatizada, esse formato de convênio não será mais aplicado. A Senhora Marília
1564questionou quais seriam os critérios técnicos se o município quisesse arcar com recursos próprios a montagem de uma UPA.
1565O Senhor Coordenador informou que com recursos próprios o município poderia montar sim, mas se o Ministério iria habilitar
1566posteriormente era outra estória. O Senhor Wilson solicitou uma intervenção junto ao Hospital de Camaçari que atende a
1567demanda, mas em função de um tomógrafo que se encontra parada a mais de um ano está causando algumas dificuldades e
1568sobrecarregando o serviço de Salvador desnecessariamente. A Senhora Suzana informou que havia a questão de Ilhéus que
1569solicitou o credenciamento do Centro de Atenção Psico-Social - CAPS AD II em dois mil e cinco e até o momento o processo
1570desapareceu. A secretaria encaminhou novamente o processo no início do ano e até o momento não obteve resposta assim
1571como o CAPS infantil, além do Centro de Especialidades Odontológicas - CEO que estava habilitado a dez meses, estava
1572funcionando e não tem recebido incentivo. O Senhor Coordenador solicitou a secretaria executiva que preparasse um ofício
1573solicitando do Ministério uma resposta. O Senhor Coordenador informou que havia um conjunto grande de processos de CAPS
1574que estão no Ministério sem ter sido habilitado e solicitou, junto com esse documento, que se manifestasse a solicitação em
1575geral de outros municípios que estão com processos parados. A Senhor Marleide informou que recebeu o recurso de
1576implantação, mas não o de custeio assim como para o CAPS infantil e precisa de ajuda, pois está pagando o serviço há um
1577bom tempo. O Senhor Coordenador pediu a sua equipe técnica para que sinalize neste documento quais os serviços que estão
1578funcionando e separe aqueles que solicitaram habilitação, mas não foram implantados para se fazer um documento mais
1579substantivo. A Senhora Suzana Ribeiro informou que recebeu uma denúncia enviada pela microrregião de Guanambi
1580informando que o município de Guanambi implantou uma tabela de complementação através da qual o município tem que usar
1581recursos próprios para pagar as diferenças de procedimentos cirúrgicos ortopédicos, urológicos, otorrinolaringológicos,
1582oftalmológicos e outros, ressaltando que até os procedimentos do projeto de cirurgias eletivas e como o documento não fica

1583bem definido como é que isso se processou a proposta encaminhada era que se remetesse a auditoria e esta possa fazer uma
1584avaliação e pudesse chamar o município. Relatou que o documento ressalta que para o projeto de cirurgias eletivas existe
1585recurso extra-teto para custeio do elenco de procedimento que não vem sendo realizados. O Senhor Coordenador sugeriu que
1586seja encaminhado à auditoria uma solicitação para que seja feito o mais rápido possível uma avaliação, se possível ainda no
1587mês de junho. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião
1588ordinária para o dia 08 de junho de 2009 no Auditório do CAS - Centro de Atenção à Saúde Prof. Dr. José Maria de Magalhães
1589Netto. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos
1590Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 21 de maio de 2009.

1591

1592Jorge José Santos Pereira Solla _____

1593Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1594Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1595Andrés Castro Alonso Filho _____

1596Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____

1597Washington Luis Silva Couto _____

1598José Carlos Raimundo Brito _____

1599Suplente: Sara Cristina Carvalho Cerqueira _____

1600Kátia Nunes Barreto de Brito _____

1601Suplente: Emerson Gomes Garcia _____

1602Stela dos Santos Souza _____

1603Angeli Santos Matos _____