

Ata da 182ª Reunião Ordinária de 2010
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos nove dias do mês de abril do ano de dois mil e dez, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: Raul Molina Moreira Barrios, Gisélia Santana Souza e Eduardo José Farias Borges dos Reis. Às 09h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão colocando em discussão e aprovação a Ata da 181ª Reunião Ordinária que foi encaminhada anteriormente aos membros e foi aprovada à unanimidade. Em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: **1.1** Até esta data **15** municípios não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB. **1.2 356** municípios encaminharam RAG 2008 para as DIRES (85% dos municípios), destes: **284** municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, **58** municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, **14** municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; **33** municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (8% dos municípios) e **28** municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (7% dos municípios). Dando prosseguimento à ordem do dia, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 1.1 Habilitação dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia para as unidades abaixo relacionadas: – **Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Simões Filho	2532387	Hospital Municipal Eduardo Alencar	13927827/0001-97	Laqueadura Tubária - 1901 Vasectomia – 1902
Itapicurú	2799782	Hospital Maternidade Ribeiro Cruz	73976722/0001-50	Laqueadura Tubária - 1901 Vasectomia – 1902

1.2 Habilitações com competência inicial retroativa a janeiro/2010: – **Aprovado.**

Habilitação 09.01 - Cuidados prolongados - Enfermidades Cardiovasculares

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0003859	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador

Habilitação 09.03 - Cuidados prolongados - Enfermidades Neurológicas

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0003859	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
0004294	Hospital Geral do Estado	Salvador

Habilitação 09.04 - Cuidados prolongados - Enfermidades do Tecido Osteomuscular/conjuntivo

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0004073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	Salvador
0004294	Hospital Geral do Estado	Salvador
2388057	Hospital Geral de Camaçari	Camaçari
2493845	Hospital Geral Manoel Victorino	Salvador
2487438	Hospital Regional Dantas Bão	Alagoinhas

Habilitação 09.06 - Cuidados prolongados - Enfermidades da AIDS

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0003859	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
4031415	Centro de Referência Estadual de AIDS	Salvador

Habilitação 09.07 - Cuidados prolongados - Enfermidades devido a causas externas

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0003859	Hospital Geral Roberto Santos	Salvador
0004294	Hospital Geral do Estado	Salvador

Habilitação 19.01 – Laqueadura

CNES	NOME FANTASIA	MUNICÍPIO
0003794	Instituto de Perinatologia da Bahia	Salvador
0003840	Maternidade Albert Sabin	Salvador
0004081	Hospital Geral João Batista Caribe	Salvador
0004170	Maternidade Tysila Balbino	Salvador
2304767	Hospital Geral de Jeremoabo	Jeremoabo

2. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE: 2.1 Credenciamentos: – **Aprovados com exceção dos que não encaminharam RAG 2008.**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 equipe de NASF Tipo I Composição da Equipe: Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicólogo, Médico gineco-obstetra e Médico Pediatra.	Mucuri
	01 equipe de NASF Tipo II Composição da Equipe: Psicólogo, Nutricionista e Fisioterapeuta.	Ibitiara
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Palmas de Monte Alto – Não entregou o RAG 2008 Jaguarari Ponto Novo Planaltino Biringa Caldeirão Grande – Não entregou o RAG 2008
	03 ESB Modalidade I	Ibitiara
	04 ESB Modalidade I	Campo Formoso
ACS – Agente Comunitário de Saúde	04 ACS	Ruy Barbosa
	05 ACS	Palmas de Monte Alto Sebastião Laranjeiras
	07 ACS	Caldeirão Grande

A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, lembrou que a recomendação da CIB anterior quanto ao credenciamento para os municípios que não entregaram o RAG 2008 foi que fosse mantido o nome dos municípios na pauta para na medida em que estes regularizassem a situação, fossem publicadas as resoluções. 2.2 Aprovação da UPA Tipo I no município de Prado. Dr. Raul Molina solicitou que este ponto fosse deixado para depois porque foi discutido na reunião do COSEMS e houve consenso, mas alguns secretários ainda têm restrições. Lembrou que na reunião passada houve uma solicitação de UPA para outro município e houve consenso, destacou que não cabe ficarmos devolvendo dinheiro para o Ministério da Saúde, mas por outro lado, lembrou que construímos juntos uma rede de urgência e emergência, inclusive uma parte dela foi um pacote mandado pelo MS. A princípio houve um consenso no COSEMS de que não passasse mais nenhuma dessas UPAs que vêm aparecendo de um dia para o outro sem que houvesse um parecer técnico a respeito disso, assim, gostaria de um pouco mais de tempo para se conversar sobre isso. Dra. Stela Souza colocou que tinha se ausentado quando isso foi discutido na reunião do COSEMS, mas recebeu a informação de que foi questionada a solicitação do parecer técnico e que foi colocado pelo município de Prado que essa UPA é regionalizada e atenderia a Alcobaça e Caravelas. O Secretário Municipal de Saúde de Prado, Antônio Carlos da Silva, argumentou que na reunião do COSEMS houve consenso pela aprovação, infelizmente Raul e Stela não estavam presentes no momento por isso não puderam participar da discussão. O Secretário de Saúde de Teodoro Sampaio, Heron Silva, reafirmou que houve consenso no COSEMS e discordou de Dr. Raul Molina ressaltando que as cordas dessa Rede já foram quebradas há muito tempo, e colocou que a partir de agora o que puder ser implantado de serviço para médios e pequenos municípios tem que ser feito, principalmente pela diversidade do nosso estado e sugeriu que se deixasse um pouco de investir nos grandes municípios para dar oportunidade aos médios e pequenos para que os municípios possam sofrer menos e ter uma referência melhor de uma atenção à saúde, visando esse aspecto, manifestou-se pela aprovação da UPA de Prado. Argumentou ainda que podemos recompor as cordas da Rede contemplando os municípios com as salas de estabilização para os pequenos municípios, os sem nada, os sem hospital, como é o caso de Teodoro Sampaio, Terra Nova e outros. O Senhor Coordenador esclareceu que a colocação de Dr. Raul procede em relação ao que foi feito conjuntamente entre SESAB e COSEMS sobre uma proposta inclusive para mais de um ano com as vagas que existiam priorizando os municípios que tinham maior peso regional com vistas a que o recurso fosse utilizado pela população de todas as regiões. O planejamento foi feito de forma adequada e encaminhado; este ano tivemos duas demandas específicas que vieram a partir do MS que foram as UPAs de Macaúbas na reunião passada e agora Prado. Destacou que Caetité e Vera Cruz são situações completamente diferentes, não é construção de UPA, a solicitação de Caetité para o MS foi credenciar uma unidade que foi montada com recursos federais de um convênio anterior como UPA, no caso de Vera Cruz o próprio convênio que foi feito na ocasião já foi para a construção de uma UPA, se pegarmos o objeto do convênio que foi firmado em 2005 e foi o primeiro convênio que o MS fez com o estado da Bahia através da prefeitura de Vera Cruz para construção de Unidade de Pronto Atendimento, então, são situações diferentes, não tem nada com investimento, é o reconhecimento das duas unidades enquanto UPA para fins de credenciamento. O MS fez as vitórias, deu parecer favorável, mas até agora não houve nenhuma oficialização desse processo de credenciamento. No caso de Prado e Macaúbas o processo visa a aprovação de investimento de recursos para construção da UPA. Colocou ser pessoalmente favorável compreendendo inclusive o que foi comentado

20
21
22

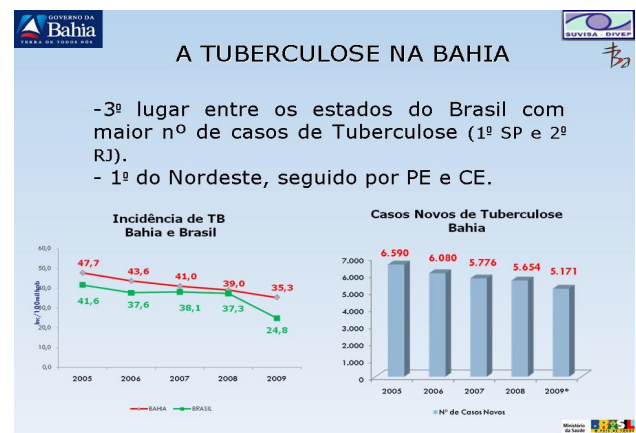
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56

anteriormente, de que esse serviço vai contribuir com um conjunto de municípios e na medida também que é uma região que tem um fluxo turístico muito grande que tem no verão ampliação da população, então tecnicamente a avaliação foi feita e é pertinente. Concordou com a preocupação de Dr. Raul Molina de que precisamos ter cuidado para que a cada reunião apareça uma proposta diferente, sem ter avaliação técnica e sem ter uma articulação do ponto de vista de constituir efetivamente uma rede. Argumentou que como houve consenso com o COSEMS poderia ser encaminhado para aprovação. Dr. Raul Molina afirmou respeitar a posição do COSEMS, mas não pôde deixar de colocar que esse deve ser o registro do último caso que estamos recebendo nessas circunstâncias, pois não podemos ficar referendando uma coisa que tínhamos que estar participando e construindo o tempo inteiro. Ressaltou que existem algumas demandas dentro disso que já vêm sendo colocadas para o próprio estado e há uma preocupação muito grande na construção da PPI e na Rede de Urgência e Emergência, de que se destine dentro da reserva técnica um dinheiro específico para manutenção dessas UPAs que estão sendo habilitadas e outras que estão sendo construídas dentro da Rede. Não podemos deixar que isso vire moda, senão daqui a pouco nem o estado nem a CIB vão ter condições de segurar. Relatou ainda que é nessa circunstância que alguns colegas do COSEMS estariam tendenciosos hoje pelo dissenso apesar de ter sido a favor na reunião de ontem, mas se formos individualizar, o município de Prado é parceiro e está sempre presente no COSEMS, portanto não gostaríamos de fazer esse tipo de coisa, o objetivo é institucionalizar qual vai ser a posição da CIB a respeito disso. Dra. Stela Souza reafirmou a questão dos municípios de Alcobaça e Caravelas participando com Prado e mesmo não estando presente na hora da discussão no COSEMS, mas enquanto participe ativa da PPI considerou esta uma situação complicada porque tem que ter recurso. Lembrou que o SAMU regional está dando problemas porque os municípios não têm como passar dinheiro para o município sede da Central de Regulação e da mesma forma Prado não vai receber dinheiro dos municípios de Alcobaça e Caravelas para ajudar a manter UPA. Enfatizou ainda que ela própria não briga por UPA porque a despesa é alta, em Jequié tem e não é fácil. Lembrou ao colega de Prado que ele estará assumindo uma grande responsabilidade e se for possível isso entrar na pactuação da PPI será o melhor caminho, porque do contrário, Caravelas e Alcobaça não tem como passar dinheiro para Prado, a não ser que tenha consórcio, fundação ou qualquer outra coisa que possa estar resolvendo isso. O Secretário Municipal de Saúde de Prado, Antônio Carlos da Silva, colocou que a regionalização e o acordo que foi realizado no CGMR inclusive através da PPI, não dessa PPI de agora, mas da PPI que estava sendo reestruturada trimestralmente e vai permitir corrigir e ser equacionada a questão de repasse de recursos caso a UPA de Prado seja construída. **Após as diversas considerações, foi aprovada a solicitação da UPA de Prado.** O Senhor Coordenador comunicou que as quatro UPAs que o estado ficou de construir, uma em Salvador na frente do Hospital Roberto Santos, uma em Feira de Santana vizinha ao Hospital Clériston Andrade, uma em Itabuna que será construída, equipada e entregue pronta para o município administrar e uma em Barreiras nas mesmas condições; no caso de Itabuna será entregue também a Unidade Básica de Saúde Valdenor Cordeiro para atendimento da Dengue, estas quatro unidades já foram licitadas, homologadas, devendo começar a construção agora em maio. Na oportunidade, solicitou a Dra. Gisélia Souza que fizesse um levantamento atualizando a situação de todos os projetos de UPA do estado, porque o andamento está muito atrasado e é preciso identificar onde está havendo problema para que possamos tentar ajudar a resolver as pendências porque se não acelerarmos esse processo vamos ter um cronograma bastante comprometido. Dr. Raul Molina colocou que alguns municípios ainda não apresentaram alguns documentos, principalmente a ordem de serviço naqueles que já fizeram a licitação e o cronograma, e sem isso não virá a segunda parcela. Reafirmou que a postura do COSEMS é não devolver dinheiro e que não há posição contrária a habilitar nada, o que estamos tendo é muito cuidado e nos reservando o direito de que venhamos a fazer parte da construção, inclusive quando solicitou que deixasse essa pauta para o final foi objetivando um consenso melhor para que não haja nenhuma dúvida pairando de que o COSEMS estaria travando a entrada de alguma coisa. Dra. Stela Souza comentou sobre a UPA de Jequié e destacou que não falta documento nenhum, o problema é que a Caixa Econômica pelo montante de projetos está terceirizando e desde o dia 12 de fevereiro o terceirizado era para ter entregado à Caixa. Os projetos estão sendo analisados, já estamos em abril e ainda não chegou, então o problema está na Caixa Econômica Federal que colocou para um terceirizado analisar. O Senhor Coordenador esclareceu que na verdade tem municípios que o problema é com a Caixa, tem municípios que não tem pendência nenhuma do MS nem Caixa, mas o município é que não encaminhou ainda, tem as mais diversas situações, por isso solicitou que seja feito um diagnóstico de cada município no estágio atual e a ordem de problemas para que possamos ajudar a resolver. Dra. Gisélia Souza confirmou que os problemas são realmente diferenciados e é preciso ver cada município, do ponto de vista da Caixa Econômica, por exemplo, registrou ter conseguido que as UPAs registradas aqui e cadastradas pelo estado, a partir de um monitoramento permanente, já ter feito licitação, homologação da licitação e destacou que a obra já vai começar; os municípios realmente têm ordem de problemas diferentes, desde problemas de documentos, a demora da caixa em analisar, e será feito um quadro demonstrativo para esclarecer melhor. Dando prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVISA/DIVEP: 1.1 Proposta de organização da rede de referência para implantação de novo sistema de tratamento da Tuberculose. Apresentação Maria do Carmo Corbacho dos Santos – Técnica da DIVEP/GT Tuberculose.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria da Saúde

Implementação do Controle da Tuberculose frente ao Novo Sistema de Tratamento

Salvador, fevereiro de 2010



124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190

Princípios gerais do tratamento da Tuberculose (TB)

Associação medicamentosa
Proteção cruzada para evitar a resistência bacilar

Regime prolongado e bifásico
Fase intensiva: redução da população bacilar
Fase de manutenção: eliminação dos bacilos persistentes

Tratamento regular
Proteção da resistência adquirida
Garantia de cura duradoura da doença

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

Inquéritos Nacionais de Resistência aos medicamentos anti-TB

Período	Medicamentos (resistência primária)		
	H	R	R+H
1º Inquérito (1995-97)	4,4	1,3	1,1
2º Inquérito (2007-08)	6	1,5	1,4

2008 - Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Controle da Tuberculose:
Revisão da literatura para avaliação do nível de evidência do efeito terapêutico do tratamento da TB com quatro medicamentos: RHZE

Fonte: Bol Pneumol Saúd 2003; 11 (1): 76-81
Comunicação do autor, III Encontro Nac. TB 2008

Mudanças no tratamento da TB

Introdução do Etambutol como 4º medicamento na fase intensiva do tratamento

Apresentação em comprimidos com dose fixa combinada dos 4 fármacos (4 em 1) para a fase intensiva do tratamento

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

Mudanças no tratamento da TB

Comprimidos formulados com doses reduzidas de Isoniazida e Pirazinamida em relação às atualmente utilizadas no Brasil

Ponto de corte da faixa de peso de 45 para 50 kg.

Os esquemas IR e III não serão mais utilizados.

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

DOSE DIÁRIA NA APRESENTAÇÃO ANTERIOR

DOSE DIÁRIA EM DOSE FIXA COMBINADA

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

Vantagens da nova apresentação

Redução do número de comprimidos propiciando maior conforto

Impossibilidade de tomada isolada de medicamentos

Simplificação da gestão farmacêutica em todos os níveis

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

Vantagens da nova apresentação

O Esquema Básico com quatro medicamentos é mundialmente utilizado.

A introdução de um quarto medicamento deve **aumentar o sucesso terapêutico** e **evitar a multirresistência** pela maior adesão do paciente.

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

Recomendação para a implementação da rede assistencial para a TB

Organização dos níveis assistenciais no âmbito estadual e municipal, priorizando a Atenção Básica e a formalização de uma rede integrada de referência e contra-referência.

Atenção Básica

Profissionais generalistas capacitados para o atendimento ao paciente portador de TB e seus contatos e para realizar o tratamento diretamente observado (TDO).

Referência Secundária

Profissionais especialistas ou generalistas com experiência em TB.

Referência Terciária

Equipe multidisciplinar formada por especialistas, capacitada para o manejo da TB resistente e sua complexidade.

Fonte: Nota Técnica PNCT/DEVEP/SVS/SMS

191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257

Esquemas Especiais (EE)

Referência secundária	Referência terciária
<p>Mudança de esquema</p> <ul style="list-style-type: none"> -por hepatotoxicidade -por hepatopatia prévia -por intolerância grave -por alergia medicamentosa -por alterações auditivas -por alterações visuais -por alterações mentais -por alterações renais -outras causas 	<p>Monorresistência à R ou H Polirresistência R ou H + outro(s) medicamento(s) Esquemas individualizados, de acordo com o teste de sensibilidade</p> <p>Resistência extensiva (XDR) RH + quinolona + injetável de 2ª linha, pelo menos Esquemas individualizados com fármacos de reserva + teste de sensibilidade</p>

Estrutura de Atenção à TB

Referência Terciária <small>Esquema de Multirresistência, Esquemas individualizados para qualquer tipo de resistência</small>	Unidades de Referência Terciária						HOSPITAIS
	Policlínica			Policlínica			
Referência Secundária <small>Esquemas Especiais Efeitos adversos "maiores" Comorbidades (HIV e outras)</small>	UBS		UBS		UBS		
Atenção Básica <small>Esquema Básico Efeitos adversos "menores"</small>	ESF	ESF	ESF	ESF	ESF	ESF	

Atenção Básica

Indicar e prescrever o EB, acompanhando o tratamento dos casos confirmados bacteriologicamente sob TDO e realizando mensalmente as baciloscopias de controle até o final do tratamento.

Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, conduzindo e orientando os casos que apresentem efeitos considerados "menores".

Receber os casos contra-referenciados para acompanhamento e TDO compartilhado.

Encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações:

- casos com forte suspeita clínico-radiológica e baciloscopias negativas;
- casos de difícil diagnóstico;
- casos de efeitos adversos "maiores";
- falência;
- qualquer tipo de resistência;
- casos com evolução clínica desfavorável.

Referência Secundária

Estabelecer diagnóstico diferencial de TB pulmonar negativa à baciloscopia, casos com apresentação radiológica atípica e formas extrapulmonares.

Garantir o TDO para os casos indicados, podendo ser realizado na própria referência ou na Atenção Básica (supervisão compartilhada).

Avaliar criteriosamente os casos encaminhados com persistência de baciloscopia positiva no 4º mês:

- má adesão ao esquema básico: iniciar TDO e aguardar Cultura e TS
- resistência as drogas (falência): encaminhar a referência terciária

Encaminhar casos com qualquer tipo de resistência à referência terciária.

Contra-referenciar casos para início ou continuidade de tratamento (encaminhamento com resumo clínico e resultados de exames).

Referência Terciária

Diagnosticar e tratar todos os casos com qualquer resistência (monorresistência, polirresistência, TBMR e TBXDR), realizando mensalmente os exames de controle.

Garantir o TDO para todos os casos, podendo ser feito na própria referência ou na Atenção Básica (supervisão compartilhada).

Identificar precocemente os efeitos adversos aos medicamentos de 2ª linha e de reserva, adequando o tratamento quando indicado.

Enviar o cartão do tratamento supervisionado à Atenção Básica, além de todas as orientações que se fizerem necessárias.

O que é necessário:

- Compromisso dos gestores municipais em garantir acesso dos pacientes ao tratamento da tuberculose **no município de residência** através das Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde.
- Às Unidades de Saúde da Família compete o tratamento básico.
- Às Unidades Básicas de Saúde compete o suporte às USF, mediante treinamento específico promovido pelo PCT/DIVEP e HEOM.

PACTO PELA VIDA

PRIORIDADE IV:

FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSEIASE, **TUBERCULOSE**, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.

OBJETIVO II:

AMPLIAR A **CURA** DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.

PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE – BAHIA

➤ **CONTATOS:**
E-MAIL:
pctbahia@gmail.com
divep.tuberculose@saude.ba.gov.br
FONES: 71 3116 0021 / 0079


➤ **TÉCNICOS DO PCT-BA**
ROSÂNGELA PALHETA
ANA LUISA ITAPARICA
NECI RAMOS
MÁRIA DO CARMO CORBACHO DOS SANTOS

258
259
260
261
262
263
264
265
266
267
268
269
270
271
272
273
274
275
276
277
278
279
280
281
282
283
284
285
286
287
288
289
290
291
292
293
294
295
296
297
298
299
300
301
302
303
304
305
306
307
308
309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324


Finalizou a apresentação chamando à atenção de que não se conseguiu na Bahia atingir a meta de cura preconizada pela OMS que seria curar pelo menos 85% dos casos e os últimos números mostram somente uma cura em torno de 59%, ressaltando que a cura ainda é muito baixa no estado e lembrou que cada paciente de Tuberculose não tratado ou tratado inadequadamente, contamina no ano entre uma e quatorze pessoas, destacando então ser um caso grave de saúde pública e não se pode conviver com isso em pleno século XXI. Lembrou que é importante que cada Secretaria Municipal de Saúde identifique seu profissional e faça contato com a DIVEP para que se houver necessidade de uma capacitação, uma reciclagem ou um suporte, se possa disponibilizar a equipe para ajudar e destacou que os municípios podem contar com profissionais do Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Após a apresentação o Senhor Coordenador franqueou a palavra para as considerações dos membros da CIB. Dra. Gisélia Souza parabenizou a colega pela apresentação e registrou que essa questão da Tuberculose com toda a complexidade que envolve a abordagem dessa patologia e as diversas dimensões que estão envolvidas no quadro, desde a dimensão social e econômica do problema, não se pode ter uma abordagem simples. Comentou sobre todos os indicadores apresentados que a Bahia ainda é 3º lugar, o Brasil ainda é um país com grande incidência, e pode-se perceber que a curva é descendente e nos últimos anos isso foi mais notado principalmente por causa da distribuição de renda, programas de saneamento e melhoria das condições de vida da população. Então, destacou que esta é uma doença que está diretamente associada com as condições materiais de vida, assim tem um reflexo direto na melhoria das condições de vida da população, sendo possível ver nos últimos anos com a política de distribuição de renda. Relatou que as drogas Rifampicina, Isoniazida, Etambutol, Pirazinamida, foram descobertas nas décadas de cinquenta e sessenta, a chamada idade de ouro da indústria farmacêutica, portanto, não são drogas novas, a inovação no processo de tratamento foi apenas fazer uma nova fórmula farmacêutica que possibilita a redução dos efeitos colaterais, eleva o grau de adesão dos pacientes ao medicamento na medida em que é tomado um comprimido que condensa os princípios ativos, com isso essa inovação melhora enormemente a possibilidade de sucesso no tratamento, então houve uma inovação apenas na forma farmacêutica, não foi inovação com introdução de droga nova, a partir de grandes estudos científicos, etc. Ressaltou o quanto é importante a preocupação com essa doença nos diversos aspectos, social, econômico e sanitário, e do ponto de vista farmacológico, destaca que essa inovação foi fundamental, essa dose fixa combinada. O Representante de Camaçari, Sr. Paulo, comentou que tem havido um certo descaso no acompanhamento do problema da Tuberculose, e quando a expositora colocou sobre o problema da ponta, da referência secundária e destacou que a atenção básica resolve a maioria dos problemas, ressaltou porém que um problema essencial é realmente a referência secundária em alguns casos porque precisa do laboratório para fazer baciloscopia, precisa do raio-x, e alguns municípios não dão prioridade a isso, seja do lado profissional capacitado que às vezes não recebe um salário que corresponda e não vai lá, seja o acompanhamento dos próprios profissionais do programa e outra coisa muito importante é que se não conseguir a adesão da população na discussão do acompanhamento do tratamento, não se alcançará o sucesso. Além disso, abordou também o caso do alcoolismo que é constatado e sugeriu envolver a comunidade, no meio onde aqueles pacientes estão inseridos para fazer uma conscientização com as pessoas que vendem bebidas alcoólicas nos locais onde eles freqüentam com o objetivo de dificultar o acesso. Colocou ainda que alguns municípios que não tem um profissional de referência, seja para Tuberculose ou Hanseníase, seja pneumologista, dermatologista, que possa acompanhar e avaliar os casos e não há uma fiscalização nem uma penalidade quanto a isso; é pactuado 65% de cura dos casos, não atinge nem 40% e nada acontece, o município continua recebendo seu piso da atenção básica, seu programa de incentivo, e continua sem dar prioridade, não tem um laboratório, não tem uma referência, não há um controle da qualidade de baciloscopia, e ficam os pacientes sujeitos a vários problemas. Dr. Raul Molina parabenizou pela apresentação e concordou com as colocações de Dra. Gisélia, chamando atenção para uma preocupação quanto à renovação dos profissionais, pois é preciso capacitar os médicos que estão nas unidades básicas de saúde, não é verdade dizer que temos um diagnóstico fácil da Tuberculose, os colegas não estão fazendo o diagnóstico, estão tratando outras coisas, principalmente na saúde do trabalhador onde existem muitos casos de tuberculose não sendo diagnosticados, não sendo acompanhados. Sugeriu que investíssemos mais na capacitação nos municípios, podendo começar como foi colocado inicialmente para os municípios pólos nas sedes de microrregião, mas que daí saia um grupo de pessoas capacitadas que sirvam como multiplicadores, pois a Tuberculose está aí, chegando não só nas camadas mais desfavorecidas como também nas classes mais favorecidas com o diagnóstico deturpado de Tuberculose. Considerou urgente que se faça uma capacitação dos profissionais que estão à frente disso, não só na própria identificação, como também na garantia do acesso aos exames diagnósticos, pois, não tem como se fazer diagnóstico de Tuberculose sem laboratório e sem raio-x. A Sra. Maria do Carmo Corbacho relatou ter sido a referência secundária de Candeias via DIVEP e relatou que a mobilização social está começando a acontecer na Bahia, temos um Fórum Baiano de combate à Tuberculose, temos o apoio do Fundo Global que nesse momento atua somente em Camaçari, Lauro de Freitas e Salvador e temos também a Associação DAMEN que é o braço da Fundação DAMEN, é uma fundação belga que trabalha com Hanseníase e Tuberculose, e aqui na Bahia ela apóia o município de Salvador e está ampliando o contato conosco. Informou que no ano passado, final de outubro, o MS fez uma capacitação onde foram convidadas todas as DIRES e os vinte e cinco municípios prioritários para Tuberculose, todos foram capacitados nesse novo sistema de tratamento com a responsabilidade de replicar essa capacitação nas suas DIRES e nos seus municípios. Contou que houve problemas com algumas pessoas que não se sentiram seguras de fazer a multiplicação, realmente não é fácil identificar pessoas para capacitar outros profissionais, há dificuldade porque alguns médicos não aceitam ser capacitados por enfermeiros ou odontólogos, só aceitam ser capacitados por médicos, apesar de que alguns profissionais de outras áreas têm muita experiência em tuberculose e a DIVEP que não têm condições suficientes para estar capacitando todos esses profissionais, sem contar também com recursos. Ressaltou que a Rede tem melhorado, há um site e e-mail para troca de informações e tem sido feito o possível, mas nesse momento estão focando num suporte maior aos profissionais de todos os municípios que começam a tratar os pacientes com Tuberculose. Dra. Suzana Ribeiro colocou que na reunião do COSEMS foi levantada uma demanda por conta dos dados apresentados e lembrou que foi pactuado na CIB no ano passado se fazer uma CIB temática

325 extraordinária para vigilância em saúde dada a preocupação naquele momento com os dados epidemiológicos do Estado,
 326 então precisamos dar um encaminhamento real quanto a essa questão, definir estratégias, pactuar ações e responsabilidades
 327 no sentido de uma resposta mais efetiva. Ressaltou que a questão da sensibilização dos profissionais, da mobilização da
 328 comunidade, passa por uma estratégia de gestão e se não conseguirmos pactuar isso e tentar avançar, não vamos conseguir
 329 reverter esse quadro, pois temos dificuldade para descentralizar as ações de vigilância à saúde para a atenção básica e não
 330 podemos pensar em mudar o modelo se não conseguirmos efetivamente mudar o básico. Solicitou que fosse resgatada essa
 331 proposta, porque paramos para discutir PPI, teto financeiro de municípios e não paramos para discutir a atenção básica e a
 332 vigilância à saúde, queremos brigar por UPA, por alta complexidade e não estamos dando conta de fazer o essencial do dia a
 333 dia. Argumentou que ou nos posicionamos em relação a essa questão ou então vamos continuar correndo atrás e disputando
 334 recurso para média e alta complexidade, disputando UPA, porque não estamos dando conta de fazer a promoção; tudo isso
 335 está rebatendo dentro da rede terciária, os custos são altíssimos, se o financiamento da saúde é insuficiente ele fica muito mais
 336 escasso, então ou nos posicionamos com uma estratégia de gestão e definimos prioritariamente a mudança, não a mudança
 337 de modelo, porque temos muita coisa para enfrentar, mas se começarmos a priorizar a interação da atenção básica com a
 338 vigilância à saúde, começará a ter respostas muito mais efetivas e eficazes, assim, propôs que fosse encaminhado para o mês
 339 de maio apesar de estar bastante complicado porque serão propostas duas no mesmo dia, tem congresso do COSEMS e
 340 CONASEMS, vai ser um mês muito atribulado, ou podemos pensar então para a primeira semana de junho junto com a
 341 SUVISA e programar a nossa CIB temática porque não é só a Tuberculose que precisa da nossa atenção. Dando
 342 prosseguimento, o Senhor Coordenador passou para o próximo ponto de pauta: 2. Superintendência de Gestão e Regulação
 343 da Atenção à Saúde – SUREGS/DIREG/DICON: 2.1 Política de Regulação. A Sra. Silvana Coelho, Técnica da DIREG informou
 344 que a proposta foi apresentada na reunião do COSEMS onde foi decidido formar uma comissão para avaliação da mesma e
 345 marcar na próxima semana uma reunião com a DIRES para discutir alguns pontos, havendo a solicitação de trazer na próxima
 346 reunião ordinária da CIB no próximo dia 23 de abril. 2.2 Aprovação dos Projetos de cirurgia eletiva de média complexidade dos
 347 municípios de Eunápolis e Senhor do Bonfim. O Secretário de Saúde de Teodoro Sampaio, Heron Silva, propôs com relação
 348 aos próximos projetos de cirurgia eletiva, que a prestação de contas dos municípios que recebem o recurso seja aprovada no
 349 CGMR porque seu município já entrou em dois projetos de cirurgias eletivas do município de Feira de Santana e até hoje está
 350 esperando e nada aconteceu. Afirmou saber que o compromisso do Estado e do Governo Federal é de que realmente as
 351 pessoas sejam atendidas, só que às vezes os grandes municípios pegam os recursos e não realizam cirurgia nenhuma dos
 352 pequenos municípios que estão inseridos no projeto, pelo menos o município de Teodoro Sampaio não foi beneficiado até o
 353 momento com nenhuma cirurgia, assim, torna-se necessário a aprovação da prestação de contas no CGMR para que as coisas
 354 fiquem mais claras. Na oportunidade agradeceu à Dra. Conceição Benigno porque depois que ela começou a ir para Feira de
 355 Santana as coisas começaram a melhorar. O Senhor Coordenador concordou e acrescentou que além da prestação de contas
 356 o CGMR deveria discutir a própria programação, como é que se dá a distribuição, o acesso, o encaminhamento e
 357 posteriormente a execução e a prestação de contas. Sugeriu que saísse desta reunião uma recomendação para que cada
 358 CGMR se debruce sobre a programação das cirurgias eletivas e posteriormente à execução faça a prestação de contas. Dra.
 359 Conceição Benigno lembrou que antes da programação da cirurgia eletiva tem o acesso do básico que é a questão da
 360 urgência, dos pacientes que já estavam na quimioterapia, e no CGMR de Feira de Santana não havia sequer uma prestação
 361 de contas para os municípios pactuados do que eles utilizavam ou não, e aí na parte de regulação do município eles acabaram
 362 fazendo todo um estudo porque os municípios estavam pedindo acesso e eles diziam que já tinha acabado a cota, isso em
 363 janeiro, inclusive fazendo confusão em relação à PPI 2003 que é a que está vigente, com o acordo que estamos fazendo agora
 364 dos parâmetros. Foi um trabalho muito interessante, ficou muito transparente, todos os municípios receberam suas planilhas
 365 com as cotas, quanto tinham direito, o que faltava, ou seja, foi um movimento muito bom que realmente deve ser estimulado
 366 em todos os CGMR, porque é muito difícil fazer este acompanhamento do nível central. A Técnica da DICON, Dione, informou
 367 que foi apresentado na reunião do COSEMS os projetos de cirurgias eletivas que foram apresentados à DICON pelo município
 368 de Eunápolis e Senhor do Bonfim; foi levantada a questão de que atualmente o MS não está avançando com o projetos, eles
 369 estão suspensos, então qualquer processo que for encaminhado agora não vai ter resposta com a brevidade necessária.
 370 Colocou que ainda não foi oficiado pelo MS quanto tempo isso vai ficar suspenso, o que se sabe é que deverá ser definida uma
 371 nova política que será publicada em portaria, então todos os projetos que estão parados lá no MS assim como estes que
 372 encaminhamos agora serão passíveis de nova avaliação quando da publicação da nova portaria, ainda assim, ficou acordado
 373 na reunião do COSEMS de que deveríamos mandar os projetos assim mesmo. Apresentou um resumo da conclusão do projeto
 374 de Eunápolis e informou que o projeto de Senhor do Bonfim deverá ser revisto porque os valores financeiros não foram
 375 apresentados, mas o município já está providenciando. Tendo sido destacado pela técnica os projetos dos dois municípios.
 376


377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391




SUREGS
SUPER. DE GESTÃO E REGULAÇÃO À SAÚDE



GOVERNO DA
Bahia
TERRA DE TODOS NÓS




GOVERNO DA
Bahia
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE



SUREGS
SUPER. DE GESTÃO E REGULAÇÃO À SAÚDE

SUREGS/DICON

POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE



Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

DICON

SUREGS - SUPERIN. DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

DICON - DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

www.saude.ba.gov.br

PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE EUNÁPOLIS

Mun. de abrangência	População
Eunápolis	99.553
Guaratinga	22.960
Itagimirim	7.118
Itapebi	12.003
Itabela	26.704
TOTAL	168.338

DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE

392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.suregs.ba.gov.br	
PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE EUNÁPOLIS			
População Total	168.338 hab.		
Qtde. Procedimentos	839		
Valor Anual	R\$ 392.981,56		
<small>DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE</small>			

O Secretário Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Geraldo Magela, colocou que vários municípios têm projetos aprovados há bastante tempo e questionou como está essa situação junto ao MS. O Senhor Coordenador esclareceu que há três semanas esteve numa reunião no MS e cobrou isso, pois tem um projeto do estado da Bahia que está lá a mais de um ano e a informação dada foi que todos os processos de aprovação de cirurgias estão suspensos, serão revistos na Tripartite e até agora não tem nenhuma previsão de data. **Após as considerações foram aprovadas as solicitações de Eunápolis e também de Senhor do Bonfim que deverá ser encaminhado assim que solucionar as pendências.** O Senhor Coordenador reiterou que o MS não está aprovando, então será encaminhado e ficaremos acompanhando, quando sair a mudança e começar a aprovar, obviamente vai ter que readequar os projetos para o que vier a ser aprovado. Próximo ponto de pauta: 3. Coordenação de Projetos Especiais/GASEC/SESAB: 3.1 Discussão sobre os municípios que ainda não enviaram o Relatório Anual de Gestão de 2007 e 2008 e apresentaram justificativas a CIB. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles informou que esteve no COSEMS fazendo esta apresentação elaborada pela Secretária Executiva da CIB em articulação com a Coordenação de Projetos Especiais que resgata os encaminhamentos da reunião da CIB de janeiro com relação à essa questão porque havia uma demanda da Secretária Executiva do MS de que a CIB se pronunciasse em relação aos municípios que estavam ainda com pendências na entrega dos Relatórios de Gestão de 2007 e 2008, sendo feita a apresentação que segue:

ENCAMINHAMENTOS DA CIB SOBRE SITUAÇÃO RAG 2007 E 2008

180ª REUNIÃO DA CIB DE 26 DE JANEIRO DE 2010

- Envio de ofício aos municípios que não encaminharam RAG 2007 e 2008 e não justificaram informando deliberações da CIB;
- Oficina de qualificação para apoiar os municípios na elaboração RAG 2007, 2008 e 2009;

ENCAMINHAMENTOS DA CIB SOBRE SITUAÇÃO RAG 2007 E 2008

180ª REUNIÃO DA CIB DE 26 DE JANEIRO DE 2010

- Corte de investimentos para os municípios que não encaminharam RAG 2007 E 2008 e não justificaram;
- Auditoria de todos os municípios que não encaminharam RAG 2007 e posteriormente dos que não encaminharam RAG 2008, atendendo para a disponibilidade da Auditoria;
- Corte de recursos, caso os municípios não regularizem a situação do RAG 2007 e 2008 até maio de 2009.

DELIBERAÇÃO JUNTO A CIB

MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM JUSTIFICATIVAS QUANTO AOS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA ELABORAÇÃO DO RAG 2007

2 Municípios moveram ação contra a gestão anterior frente ao Ministério Público – MP.

1 Município informou que o RAG foi **reprovado** pelo CMS.

1 Município informou desconhecer pendência em relação ao RAG 2007 e solicitou prazo.

MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM JUSTIFICATIVAS QUANTO AOS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA ELABORAÇÃO DO RAG 2008

30 municípios

27 já haviam se manifestado;

3 se manifestaram após comunicação através de Ofício conforme recomendação da CIB;

459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525

MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM JUSTIFICATIVAS QUANTO AOS PROBLEMAS ENFRENTADOS NA ELABORAÇÃO DO RAG 2008

10 Municípios informaram que houve mudança de gestão e não tiveram como fazer o RAG 2008 por indisponibilidade de dados.

9 Municípios moveram ação contra a gestão anterior frente ao Ministério Público – MP.

5 Municípios informaram que o RAG foi reprovado pelo CMS.

2 Municípios informaram que houve mudança de gestão e como não tiveram como fazer o RAG 2008 apresentaram Relatório Situacional.



JUSTIFICATIVAS APRESENTADAS PELOS MUNICÍPIOS QUANTO AOS PROBLEMAS ENFRENTADOS PARA ELABORAÇÃO DO RAG 2008

2 Municípios solicitaram encaminhar no mesmo prazo do RAG 2009, pois, estavam em fase de elaboração, apesar dos problemas que tiveram com a mudança de gestão.

1 Município informou que havia problemas no CMS e portanto estava aguardando regularização para análise e aprovação do mesmo.

1 Município informou que estava tendo dificuldades na elaboração do RAG 2008.



PROPOSIÇÃO

NO CASO DOS QUE MOVERAM AÇÃO NO MINISTÉRIO PÚBLICO SOLICITAR INFORMAÇÕES QUANTO À DELIBERAÇÃO DO MESMO E REMETER PARA A PRÓXIMA CIB E SE NECESSÁRIO CONSULTAR A CIT;

NO CASO DOS DEMAIS MUNICÍPIOS, ORIENTÁ-LOS A ELABORAR COM AS INFORMAÇÕES QUE DISPUSEREM NOS SISTEMAS OFICIAIS E SÓ REALIZAR O CORTE DE INVESTIMENTOS SE NÃO ENCAMINHAREM O RAG 2007 E/OU 2008 ATÉ MAIO DE 2009.

NO CASO DOS QUE TIVERAM O RAG REPROVADO PELO CMS SOLICITAR ORIENTAÇÕES DA CIT OU AUDITORIA DO MS.



Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão. Dra. Stela Souza lembrou que essas colocações já foram feitas em outras reuniões e observou que passamos o ano todo de 2008 aguardando 2007, 2009 todo aguardando 2007 e 2008 e vamos para 2010 aguardando 2007, realmente é preciso tomar uma posição imediatamente, quanto a cortar recursos dos municípios talvez não seja o melhor caminho porque quem vai pagar é o usuário. Dra. Stela Souza pontuou que alguma ação tem que ser feita de forma efetiva, porque este assunto é discutido em toda reunião da CIB - Comissão Intergestores Bipartite. Colocou que, diante disso, não dá mais para ficar convocando os municípios, a fim de buscar informações, pois é muito fácil dar a justificativa de mudança de Gestão, e, com isso, se isentar da pendência do Relatório Anual de Gestão. Salientou que neste ano, de dois mil e dez, vários municípios já estão com novo Secretário Municipal de Saúde, que assumiram a gestão recentemente. Deu como exemplo um município que mudou de prefeito, ainda neste ano, e consta pendência de Relatório de Gestão nos anos 2007, 2008 e 2009. Questionou como vai ficar isso, pois temos que tomar uma posição. Fez uma proposta para convidar esses municípios, que estão pendentes com Relatório de Gestão, a uma reunião com a CIB, para podermos auxiliá-los, com a ajuda do COSEMS, na elaboração do Relatório. Enfatizou que não pode ficar pendente o Relatório. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Heron Carmo. Colocou que a justificativa referente à falta de informação, dada pelos Gestores dos municípios pendentes com relatório de Gestão, não é aceitável, porque não podemos ficar passando a mão na cabeça desses Gestores, pois trata-se de dinheiro público, que está envolvido neste processo. Propôs o corte de recurso de novos investimentos para os municípios pendentes com Relatório Anual de Gestão, como já foi aprovado na CIB. E destacou que deve-se pressionar com intervenção, como está previsto na lei do município, que o Estado deve administrar o recurso do município como está na lei 8080 ou 8142 pela não apresentação do Relatório de Gestão. Em relação ao Relatório de Gestão, Dr. Washington Couto concordou com Dra. Stela e Dr. Heron, porque, a cada reunião da CIB, estamos fazendo um megaexercício para resolver problema de municípios que não justificam os motivos pelos quais não elaboraram o Relatório. Pontuou que temos de tomar providências, e algumas já foram tomadas, pois os investimentos estão suspensos para os municípios pendentes de RAG, desde março; propôs que o COSEMS tem de dirigir este processo, como irmão e parceiro dentro do processo de construção do próprio Conselho. Colocou que o Estado deve entrar no processo para auxiliar, e inclusive, no evento do Congresso do COSEMS, foi colocado para Dra. Suzana Ribeiro que Sr. André possa estar apresentando o Relatório eletrônico, visando facilitar para os municípios; supôs que esses municípios, por não ter capacidade técnica, ou por desinformação, não realizou a elaboração do relatório de gestão. Propôs a convocação desses municípios, no evento do Congresso dos Secretários, para esta discussão, com a ajuda da Secretaria de Gestão do Ministério da Saúde e do Governo do Estado, através da própria Secretaria Executiva da CIB e Coordenação de projetos especiais, mas não cessar nenhum tipo de penalidade que a CIB já tomou a decisão. Quanto ao Relatório de Gestão do ano de dois mil e oito, podemos adotar esta mesma linha. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Wilson Martins, Secretário

526 de Saúde do município do Conde. Citou os três tipos de problemas, nos quais estão os municípios que não justificaram e os
527 municípios que o Conselho Municipal não aprovou e também não informou o porquê da não aprovação. E os outros casos que
528 não deram informação e se elegem com o bônus e esquece do ônus. Sugeriu que os dois primeiros casos têm de ser imediato,
529 enquanto o caso que envolve o Conselho é uma questão jurídica e do Ministério. O Senhor Coordenador pontuou que pelos
530 encaminhamentos que foi colocado, se houver consenso poderá fechar o prazo de maio, como foi proposto, e manter a
531 decisão em relação à suspensão dos investimentos aos municípios que não estão regularizando a situação. Também poderia
532 fazer um documento da CIB e encaminhar ao Ministério Público, visto que é o órgão responsável para fazer avaliação e, se
533 achar conveniente, irá entrar com alguma ação judicial. Salientou que esta medida não cabe a SESAB, COSEMS e a CIB, mas,
534 sim, informar ao Ministério Público para que tome alguma providência. **Abriu para discussão e a proposição foi aprovada.**
535 Dando continuidade. Convidou Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB, para apresentar a discussão da Portaria N° 3251/09
536 da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Sra. Nanci Salles informou que já apresentou esta portaria
537 na reunião do COSEMS e que se propõe aprovar que sejam repassados os recursos para os municípios que foram
538 acrescentados pela portaria nº 2.344, que visa regulamentar as condições para transferências de recursos financeiros, com
539 vistas à implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Mostrou os municípios que foram
540 contemplados com esta nova Portaria no Estado da Bahia; Amargosa com R\$ 20.000; Camaçari com R\$30.000; Crisópolis com
541 R\$ 20.000; Eunápolis com R\$30.000; Ilhéus com R\$ 30.000; Jequié com R\$ 30.000; Porto Seguro com R\$ 30.000 e Simões
542 Filho com R\$ 30.000. Colocou que o Ministério informou que esses municípios foram selecionados pelos mesmos critérios da
543 Portaria anterior, ou seja, por já está estabelecido convênios anteriores com esses municípios, além do que já desenvolvia
544 ações dentro desta política. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro. Pontuou que o Ministério
545 apresentou esta justificativa e o COSEMS acatou, porque precisamos ter a clareza da necessidade de elaboração do projeto,
546 para ser um critério que prevê as justificativas para um tipo de recurso a ser liberado. Explicou que ao sair a publicação da
547 Portaria, depois a CIB vai pactuar. Salientou que a portaria já está em vigor e a CIB só está referendando o que já está posto.
548 Colocou se o Ministério informalmente apresentou esta justificativa a CIB está acatando também informalmente para formalizar
549 uma decisão que já está posta. Pontuou que o COSEMS precisa conversar com o Ministério para verificar como serão os
550 próximos, para que o COSEMS oriente os municípios em relação aos critérios, até porque muitos municípios têm interesse em
551 estar trabalhando com a Gestão Estratégica e Participativa do SUS, a fim de avançar com a Gestão. **O Senhor Coordenador**
552 **abriu para discussão sendo então aprovado.** Deu continuidade. Informou que, há dois anos, a SESAB está trabalhando num
553 projeto de constituição da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, reunindo o Ministério da Saúde,
554 Secretarias Estaduais de Pernambuco, da Bahia e os municípios do Estado da Bahia na macrorregião norte, na qual estão
555 inseridas as três microrregiões: Senhor do Bonfim, Juazeiro e Paulo Afonso. Apresentou a proposta, que foi encaminhada para
556 avaliação. Pontuou que este projeto tem evoluído, e, no mês de março, foi instituído o Colegiado de Co-gestão com
557 representação dos Estados, Ministério da Saúde e os Municípios sendo aprovado no colegiado uma proposta de regimento
558 ficando de ser remetida para apreciação às CIB dos Estados da Bahia e Pernambuco. Salientou que foram discutidas as
559 decisões mais importantes a serem tomadas e vierem a refletir na rede de saúde, devendo ser tramitadas nas duas Bipartites.
560 Passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro. Colocou que houve uma discussão na reunião do COSEMS e que prevíamos que
561 já existia um colegiado implantado o qual discutiu a realidade das duas microrregiões e construíram este Regimento, caberia a
562 CIB aprovar por está envolvido também a Secretaria do Estado de Pernambuco e Bahia, além dos próprios municípios que já
563 estavam envolvidos. Pontuou que o COSEMS aprova e considera o regimento aprovado e apto por conta do próprio trabalho,
564 que foi realizado para construção do Regimento. O Senhor coordenador abriu para observações. Lembrou que, além de vários
565 pontos importantes que o projeto está encaminhando, o Ministério da Saúde deu prioridade aos projetos do SAMU regional de
566 Senhor do Bonfim, Juazeiro e Pulo Afonso, em função da Rede Inter-estadual. Salientou que, com esta implantação, iremos ter
567 SAMU de Campo Alegre de Lourdes, fronteira com Piauí até fronteira com Sergipe, sendo a primeira macrorregião que tem
568 cobertura total pelo SAMU. Informou que tem outros projetos que estão sendo negociados com o Ministério nesta conformação
569 da rede. Dra. Suzana Ribeiro questionou se existe alguma perspectiva de trabalhar com inter-estadual na região sudoeste,
570 porque lá temos mão dupla da população do norte de Minas para Vitória da Conquista e do oeste Guanambi, microrregião Bom
571 Jesus da Lapa para Montes Claros. Exclamou não só especificamente em relação ao SAMU regional, até pelo próprio projeto
572 da regulação, porque é algo que tem trazido muitas dificuldades a cada dia, tem ampliado a questão da busca do serviço nos
573 dois municípios. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Conceição Benigno. Esta pontuou que foram muito bem
574 colocadas por Dra. Suzana estas questões, porque nas rodadas da PPI sentimos estas dificuldades, esse processo com o
575 envolvimento do Ministério, esperávamos que ocorresse o mais rápido, porque seria um projeto piloto, e que essa região
576 conformada a inter-estadual servisse como base para conformar as outras inter-estaduais nos pontos mais críticos nas zonas
577 das fronteiras que tem no Estado da Bahia; nordeste, sudoeste e extremo sul. Propôs que a SESAB deveria provocar o
578 Ministério, ou até mesmo o próprio Estado, no sentido dos passos que já foram tomados, formasse um grupo de trabalho ou
579 plano que a DIPRO estivesse envolvida para começar operar e dar algumas respostas no planejamento das inter-estaduais.
580 Colocou para não ficar como se a SESAB não tivesse retornado a este assunto, que os municípios cobram muito. O Senhor
581 Coordenador registrou que na primeira reunião do CONASS foi destacado pelo Secretário de Saúde do Estado do Espírito
582 Santo o fluxo intenso dos pacientes do estado para Vitória do Espírito Santo e, na última reunião, do CONASS, o Secretário de
583 Saúde do Estado do Espírito Santo, parabenizou e registrou o resultado positivo que o extremo sul da Bahia teve nos últimos
584 três anos e os investimentos em Teixeira de Freitas. Pontuou que na região sudoeste da Bahia houve uma redução significativa
585 do encaminhamento de pacientes para Brasília e Goiânia, a partir dos investimentos que foram feitos no HO - Hospital do
586 Oeste. Falou sobre a Proposta de Expansão da Internação Domiciliar – ID SESAB em hospitais do estado e destacou que já foi
587 implantada e está funcionando em Alagoinhas no Hospital Dantas Bião, onde é a sede, Barreiras no Hospital de Oeste,
588 Juazeiro no Hospital Regional, e está previsto a implantação ainda esse ano em Camaçari, Santo Antonio de Jesus, Guanambi
589 e Porto Seguro. Salientou que com essa programação, chegamos até o final do ano dois mil e dez com todos os Hospitais
590 Estaduais de peso regional, com internação domiciliar, sediada e funcionando. Registrou que já passou mais de 1000 (mil)
591 pacientes e que estamos com 26.000 (vinte e seis mil) equipes em atividades. O coordenador abriu para observações. Dr.
592 Heron do Carmo questionou se este programa é iniciativa do Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador respondeu que o

593 Ministério da Saúde teve uma Portaria que regulamentou a criação da internação domiciliar, mas nunca foi regulamentado o
594 processo de implantação e credenciamento e não há nenhum financiamento específico. Comunicou que tem pessoalmente
595 cobrado do Ministério, porque vê a importância extrema do processo que o Ministério da Saúde precisaria induzir a implantação
596 nos diversos Estados e Municípios pelo resultado positivo que ele pode viabilizar. Dr. Heron Carmo exclamou, mais uma vez, o
597 Ministério da Saúde perdeu a oportunidade de ser valorizado por mim, porque esse é um programa excelente. Parabéns Dr.
598 Solla e ao Governo do Estado da Bahia pelos investimentos de saúde que está sendo feito na região de Feira de Santana com
599 a construção do Hospital da Criança, com mais de R\$ 50.000.000,00 (cinquenta milhões de reais). Destacou que às vezes os
600 grandes municípios não dão conta dos investimentos que estão recebendo, e ressaltou acreditar que seja o maior investimento
601 no estado da Bahia, o investimento no município de Feira de Santana. Parabéns também por resgatar o Hospital de Santo
602 Antonio de Jesus. Chamou atenção que vive sonhando com a implantação do PSF - Programa Saúde na Família no município
603 de Teodoro Sampaio. O Senhor Coordenador solicitou que Dr. Heron informe qual a dificuldade para implantação do PSF em
604 Teodoro Sampaio. Informou que a data da abertura da seleção de Organização Social – O.S. para Hospital da Criança será no
605 dia nove do mês de abril, às 09h, e, nos próximos dias, a comissão estará definindo quem irá fazer a gestão do hospital, mas a
606 obra já está adiantada e os equipamentos já estão em fase final. Solicitou o apoio do COSEMS e CGMR neste projeto que não
607 é mais um hospital pediátrico, mas uma unidade de atendimento à criança porque sabe que no começo irá enfrentar algumas
608 dificuldades, como enfrentamos nos dois primeiros meses em Santo Antonio de Jesus, mas felizmente já superamos. Colocou
609 que quando surge um hospital novo, o pessoal quer transformá-lo no pronto tudo, de unha encravada à gripe, querendo
610 transformar no ambulatório geral da região, e a SESAB teve que trabalhar e informar o perfil do hospital, e reuniu-se com o
611 pessoal das rádios. Pontuou que o projeto da Unidade Estadual da Criança não é mais uma unidade de pediatria de referência
612 de alta complexidade para todo o Estado da Bahia; citou que leitos para internar criança com infecção respiratória e diarreia
613 têm à vontade, no Estado inteiro não falta, agora quando é preciso de um procedimento de um nível maior de complexidade
614 com assistência pediátrica temos dificuldades muitas vezes até aqui em Salvador. Salientou que o projeto do hospital é dotar
615 de um número grande de U.T.I pediátrico, U.T.I neo-natal fechada referenciada, cirurgia pediátrica, uma unidade que irá se
616 preparar para ter cirurgia cardíaca pediátrica, nefrologia pediátrica, oncologia pediátrica. Quanto solicitou o apoio do COSEMS
617 e CGMR é para os Secretários Municipais ajudarem no sentido de informar e preparar a referência para que o Hospital da
618 Criança de Feira de Santana não se transforme em um grande posto de pediatria. Passou a palavra para Dra. Stela Souza.
619 Comunicou que foi ao Seminário Internacional da Atenção Básica no Rio de Janeiro, e foi colocado por alguns expositores que
620 vieram da Europa sobre o conhecimento do trabalho que a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia tem realizado, pelas ações
621 de saúde que tem desenvolvido, inclusive falou desta novidade que é a inter-estadual, apresentada pela Secretaria de Saúde
622 do estado da Bahia. E solicitaram uma aproximação maior com a SESAB para verificar como esse processo vem caminhando.
623 Colocou que esse programa de internação domiciliar é fantástico no município de Jequié e foi difícil no primeiro momento para
624 colocar os profissionais, pois tem que ter uma integração com o município. Destacou também que recebeu uma moção de
625 repúdio do Conselho Estadual de Saúde e o representante do Conselho e o representante do COSEMS Raul Molina. Relatou
626 que ficou muito brava, porque é uma falta de respeito. Exclamou que se faz necessário acabar com estas questões políticas
627 por estarem envolvendo o processo de trabalho e comprometendo a melhoria da saúde de nossa população, porque estamos
628 vendo o avanço que teve de um tempo para cá no Estado da Bahia; salientou que não está fazendo discurso político, porque
629 todos sabem que não é política. Colocou que em nome destas questões políticas e de algumas ambigüidades as pessoas
630 maltratam o outro sem nem pensar no que estão fazendo então, o Conselho Estadual está de parabéns pela atitude que tomou
631 em relação a algumas questões que foram colocadas para o Secretário de Saúde do Estado da Bahia e a SESAB como um
632 todo. Pontuou que tem acompanhado o trabalho e quando não concorda discute e vai para o embate, agora a Bahia está
633 sendo discriminada e não concorda que o Conselho Nacional tenha este direito. Exclamou que chega destas questões, o
634 Conselho Nacional de Saúde é representante, sim, legítimo da nossa população, é o Controle Social, mas o Controle Social
635 tem que aprender o primeiro ponto, respeitar as pessoas, e o Secretário de Saúde do Estado da Bahia foi desrespeitado. O
636 Conselho Estadual da Bahia agiu corretamente e solicitou ao COSEMS que também se manifeste, porque nós, Secretários de
637 Saúde, sabemos o quanto avançamos e melhoramos, e a democracia da PPI como estamos vendo agora de um ano e seis
638 meses de luta. Pontuou que, como Gestora de Saúde, não concorda de ser tratada desta forma, porque atingiu os gestores
639 municipais, e temos que encaminhar uma proposta. Dr. Raul Molina propôs que a CIB deveria referendar o Conselho Estadual
640 de Saúde pela sua atitude, não somente no que se refere agressão pessoal que o Secretário de Saúde do estado da Bahia
641 recebeu do Conselho Nacional de Saúde, destacou recebeu do Presidente do Conselho Nacional de Saúde; salientou que
642 deve ficar bem claro que a agressão foi do Presidente do Conselho Nacional de Saúde, e o Estado também foi atingido, porque
643 se tentou tirar a Gestão Plena do Estado da Bahia, então foi muito, mas além do que se pode imaginar, destacou ainda que os
644 problemas pessoais devem ser resolvidos no campo pessoal, e não envolver a instituição, se faz necessário saber separar.
645 Propôs encaminhamento da CIB referendar a atitude do Conselho Estadual de Saúde no que se refere especificamente a esta
646 moção contra o Presidente do Conselho Nacional de Saúde. O Senhor Coordenador explicou o que aconteceu. O Conselho
647 Nacional de Saúde vem fazendo uma campanha conta as Fundações Estatais e as Organizações Sociais há dois anos, o atual
648 Presidente do Conselho Nacional de Saúde colocou isso como sua bandeira e foi reeleito. Diante disto, nós tivemos alguns
649 episódios bastante complicados, como foi a última Plenária de Conselheiro, que foi convocada pelo Conselho Nacional; citou
650 que o Estado da Bahia já sabia que não era uma Plenária, porque no dia em que o Congresso Nacional iria voltar a lei de
651 Fundações Estatais, o Conselho Nacional de Saúde articulou como se fosse uma Plenária, para levar Conselheiro para lá,
652 dizendo que era para discutir a emenda 29. Lembrou que sinalizou na reunião do Conselho Estadual de Saúde que o Conselho
653 Nacional de Saúde, convocou a Plenária para apoiar a emenda 29, porém, na verdade estavam organizando um ato contra as
654 Fundações Estatais. Pontuou o que realmente aconteceu, o Conselho Nacional de Saúde fez um ato na porta do Congresso
655 Nacional contra a Fundação Estatal conseguindo barrar a aprovação do projeto de lei. Salientou que este ano não será mais
656 avaliado o projeto de lei, nos últimos meses o Conselho Nacional tem pautado essa discussão, em cada reunião convida uma
657 Secretaria Estadual para discutir a questão da Fundação e das O.S. Informou os Estados que compareceram, como Distrito
658 Federal, São Paulo e Pernambuco, tiveram aprovadas resoluções do Conselho Nacional para ser retirado o repasse de recurso
659 do Fundo Nacional de Saúde para estes Fundos Estaduais. O Ministro Temporão não concordou e não homologou essas

660 decisões e o Conselho Nacional tentou aprovar como decisão do Conselho Nacional para remeter ao Ministério Público a
661 denúncia pelo fato de o Ministro não ter que homologar essas decisões. Colocou que para o Conselho Nacional tomar esta
662 decisão tem que ter dois terços da aprovação pelo Regimento do Conselho, e como não conseguiram, voltaram três reuniões
663 sucessivas e não teve coro de dois terços. Quanto ao Estado da Bahia foi convidado para reunião onde foi pautada a
664 discussão da situação da saúde do Estado da Bahia, o Secretário de Estado, o Ministério Público da Bahia, sendo
665 representado pela Exma. Dra. Itana Viana, Procuradora do Ministério Público, e o Conselho Estadual de Saúde, representado
666 pelo Conselheiro Josevaldo Gonçalves, que é representante da FETAG, que representa os usuários. O Coordenador fez uma
667 exposição sobre os principais indicadores epidemiológicos, financeiros e Gestão a discussão foi muito boa com os
668 Conselheiros no Conselho Nacional com um ou outro comentário criticando Fundação Estatal e O.S, mas um debate muito
669 interessante; no final o Presidente Conselho Nacional sacou do bolso uma resolução para aprovar suspensão do repasses
670 financeiros para o Estado da Bahia, gerando um constrangimento imenso. Dra. Itana Viana, Procuradora do Ministério Público,
671 destacou o desrespeito que foi em ser convidada para uma pauta de discussão da Situação de Saúde no Estado, e quando
672 acabou a explanação do Estado, o Presidente do Conselho lê uma resolução, demonstrando que ficou comprovado ter
673 Fundação Estatal e O. S no Estado e outras formas de privatização, portanto, justificando retirar o recurso financeiro do estado.
674 Gerou uma comoção imensa na reunião do Conselho Nacional e teve Conselheiros que pediram vista a discussão que ficou
675 para próxima reunião do Conselho, e no dia seguinte foi a reunião que teve um clima, ficou muito complicado sendo a gota
676 d'água de um processo anterior de desgaste na relação do Conselho Nacional com as instância de Gestão do SUS – Sistema
677 Único de Saúde. Lembrou que também já teve outro processo complicado que foram afastamentos das entidades Médicas do
678 Conselho Nacional de Saúde, que não tem mais representação no Conselho Nacional de Saúde. Pontuou que proporção da
679 explosão foi tamanha que a direção do CONASS encaminhou um documento ao Conselho Nacional de Saúde comunicando a
680 saída do CONASS do Conselho até a Assembléia do CONASS. Informou que a Assembléia do CONASS já aconteceu e foi
681 decidido por unanimidade referendar a posição da diretoria do CONASS de manter o afastamento do Conselho Nacional de
682 Saúde até que seja re-pactuado a relação do Conselho Nacional de Saúde com as instâncias de Gestão do SUS. Comunicou
683 que no dia sete de abril, houve uma reunião com o Ministro da Saúde, CONASS e CONASEMS, onde o Ministro da Saúde
684 apresentou a posição de que deveria CONASS, CONASEMS e Ministério retirarem-se do Conselho Nacional de Saúde, caso
685 não seja conseguida uma revisão das bases de relação do Conselho Nacional com os Gestores do SUS, frente ao total
686 desrespeito que está havendo nesta relação. Comunicou que é este o motivo da moção do Conselho Estadual de Saúde que
687 Dra. Stela Souza e Dr. Raul Molina se referiu. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro. Informou a
688 posição do CONASEMS que se reuniu na sua assembléia no CONASS logo após o ocorrido no Conselho Nacional de Saúde e
689 o relato do representante do CONASEMS que tem acento no Conselho, o Secretário Arilson, foi de indignação e todos os
690 Gestores votaram por unanimidade contrários a posição do Presidente do Conselho Nacional de Saúde. Deixou claro que está
691 questão é de CPF e não CNPJ e que não é a primeira vez que o Presidente do Conselho Nacional de Saúde desrespeita os
692 Gestores do SUS - Sistema Único de Saúde; citou o desrespeito com a Gestora do município de Amargosa, no Estado da
693 Bahia, interferindo na discussão da Fundação Estatal diretamente, relato da própria Gestora do município de que o Presidente
694 do Conselho Nacional ligou para alguns Conselheiros de Amargosa para interferir na aprovação da Fundação Estatal no
695 município de Amargosa criando um problema sério e grave que o Conselho Municipal de Amargosa não quis se quer pautar a
696 discussão. Exclamou isso significa ingerência, isso não é controle social crê que está havendo uma distorção do que é Controle
697 Social, exclamou que não é dessa forma que se discute controle social. Quando o Gestor não tem a possibilidade de discutir a
698 proposta porque já existe um movimento político contrário e ao Gestor não é dada à oportunidade de fazer um debate aberto e
699 franco com a sociedade civil organizada; pontuou isso é um absurdo; outros Estados, Rio Janeiro, Paraíba e São Paulo todos
700 tinham uma história para contar. E no final o CONASEMS tirou uma posição de não se retirar de imediato e propuseram uma
701 reunião com Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e Gestores da Saúde para definir uma posição conjunta dos
702 Gestores porque naquele momento CONASEMS entendeu que a sua retirada poderia dificultar uma posição mais firme que
703 pudesse ser tirada em relação ao encaminhamento. Explicou que a questão não é o Conselho Nacional, mas o Presidente do
704 Conselho Nacional que tem pautado os Gestores de forma desrespeitosa e propôs a aprovação de uma resolução para
705 suspensão do repasses financeiros para o Estado da Bahia, sem falar no subterfúgio de inverter a pauta. Ressaltou que todos
706 os Conselheiros que não conheciam a proposta da Fundação Estatal, inclusive aqueles que eram contrários, estavam todos
707 discutindo e concordando interessados com a proposta da Bahia, ou seja, houve o relato de que se percebeu uma
708 manipulação clara porque estava percebendo que o plenário do Conselho Nacional estava concordando e avaliando
709 positivamente a proposta da Bahia, da Fundação Estatal da Saúde da Família; e isso desestabilizou porque quando outro
710 Conselheiro pediu vista ao processo o Presidente teve dificuldade de dá vista ao processo, recorrendo ao Regimento. Inclusive
711 até foi analisado o Regimento do Conselho Nacional na reunião do CONASEMS para verificar se de fato não havia fugido do
712 Regimento. Pontuou que o Presidente do Conselho Nacional não poderia jamais colocar uma Resolução para ser aprovada se
713 não constava na pauta da reunião onde não houve discussão sobre a suspensão do repasses financeiros para o Estado da
714 Bahia. Colocou que ficou claro a posição do CONASEMS e certamente na próxima plenária, na assembléia do CONASEMS vai
715 ter algum encaminhamento em relação à própria condução do CONASEMS dentro do Conselho Nacional. O Senhor
716 Coordenador passou a palavra para Dr. Antônio Vieira, Secretário de Saúde de Itabuna. Colocou que passou uma situação
717 desagradável quanto apresentou ao Conselho Municipal de Saúde de Itabuna a proposta de trabalhar juntamente com
718 Fundação Estatal. Pontuou que com esta proposta estará eliminando dezenove problemas gravíssimos e Itabuna tem vinte e
719 cinco PSF - Programa Saúde da Família, e a Fundação Estatal é a solução destes problemas, mas um Conselheiro se
720 manifestou contra está proposta e solicitou aos outros Conselheiros que votassem contra. Exclamou que esta atitude do
721 Conselheiro foi desrespeitosa no momento, fazer o pronunciamento daquela maneira porque o mesmo tem o direito de opinar
722 sim, mas jamais tentar reverter o quadro que estava sendo colocado inclusive já tem a aprovação do Prefeito que autorizou
723 desde que se tenha o aval do Conselho Municipal de Saúde. **O Senhor Coordenador abriu para discussão a proposta de
724 referendar a Resolução da moção do Conselho Estadual de Saúde, sendo aprovado.** Dando Continuidade a pauta.
725 Deliberação acerca dos projetos do PET-VS. Dra. Suzana Ribeiro colocou que o prazo da Portaria é do dia 30.04.10 para
726 aprovação dos projetos PET Saúde da Vigilância a Saúde. **Propôs que aprove ad referendum porque o prazo é dia 30 e a**

727 **SUPERH irá só emitir o parecer técnico e os municípios já encaminham direto para Ministério e se tiver pendência**
728 **resolver para dar tempo de encaminhar. Informou que estão todos trabalhando com as Universidades para construir**
729 **estes projetos.** Justificou para não ter que amarrar em outra reunião que certamente pode não haver tempo. **O Senhor**
730 **Coordenador colocou em discussão, não havendo discordância foi aprovado.** Passou para o que ocorrer. Aprovação do
731 Projeto de Regionalização do SAMU Municipal de Eunápolis incluindo os municípios: Itabela, Itagimirim, Itapebi e Guaratinga.
732 Passou a palavra para Dr. Wilson Martins. Solicitou que os projetos de regionalização passassem por uma organização melhor
733 de como fossem funcionar na prática. Comunicou que está com problemas com a microrregião de Camaçari quanto ao SAMU,
734 pois, recebeu um ofício determinando prazo encaminhado pelo Secretário de Saúde de Camaçari reiterando que se os
735 municípios que fazem parte da regional não colocassem um Médico, um técnico de rádio e um técnico de recepção, o
736 Secretário de Saúde de Camaçari estaria desligando o município da regulação do SAMU. Solicitou esclarecimento em relação
737 a algumas pendências do SAMU no município do Conde que estaria recebendo uma Ambulância, mas atenderia o litoral de
738 Entre Rios, Esplanada e Jandaíra pela proximidade e quilometragem. E a contra-partida dos 20% dos municípios teria que está
739 sendo dividida; pontuou é uma discussão que ainda não houve e o município de Conde está fazendo a sua parte. Solicitou a
740 CIB que verifique esta situação com relação ao custo da funcionabilidade da Central de Regulação do SAMU Regional. O
741 Senhor Coordenador solicitou para Dr. Wilson Martins cópia deste ofício porque não há nenhuma base para o município de
742 Camaçari fazer esta cobrança. Pontuou que o porte regional é relativamente pequeno, são poucos municípios, não é nada que
743 sobrecarregue o município de Camaçari, e este é o segundo município que tem a maior arrecadação per capita do Estado.
744 Deixou claro que os municípios sede de Central de Regulação ao assumirem o projeto estão cientes do ônus e do bônus, e das
745 vantagens e compromissos. Citou o município de Teixeira de Freitas e Barreiras que estão implantando a Central e os que
746 estão regionalizados, como Senhor do Bonfim e Juazeiro, sabem que estão assumindo compromisso, não podem depois
747 cobrar de outros municípios. Lembrou que está encontrando dificuldade em alguns projetos de regionalização pela resistência
748 de alguns municípios. Deu exemplo de Feira de Santana, Serrinha está pendente porque o município não encaminhou o
749 documento assumindo a sua responsabilidade com a central; Santo Amaro e Saubara até o momento não poderão entrar
750 porque o município de Salvador não apresentou a documentação assumindo estes dois municípios. Exclamou que é direito do
751 município não querer, porém é questionável, pelo seu papel regional, municípios como Feira de Santana e Salvador se
752 negarem a assumir o papel de sede de região. Ressaltou que os municípios que assumiram a responsabilidade, se
753 comprometeram a fazê-lo e não podem agora renunciar a este compromisso. Pontuou que diante do ofício encaminhado pelo
754 Secretário de Camaçari para o município de Conde, a SESAB irá solicitar formalmente ao município de Camaçari
755 esclarecimento a cerca desta medida. Dr. Wilson Martins informou que inicialmente a discussão era de fazer repasse de
756 recurso como não existia base legal foi encontrado esta solução; citou a solução encontrada já que não encontrou forma legal
757 de tirar o dinheiro do Conde e mandar para Camaçari então chegou à conclusão de encaminhar o profissional. O Senhor
758 Coordenador colocou que tem insistido com Paulinho que não iria dar certo, quando houve o problema com Bom Jesus da
759 Lapa. Citou que é complicado este mecanismo de financiamento de repasse de um município para o outro, então não é por aí
760 que vamos resolver, se o município é um pólo regional e assumiu o compromisso de implantação do SAMU de ser sede da
761 central, o município recebe financiamento proporcional do Ministério e Estado e o município complementa com recurso próprio;
762 lembrou que, nós temos insistido com os municípios para não ter pulverização de centrais porque na hora de implantar todos
763 querem. Pontuou que acontece com as unidades de suportes avançados não é só ônus é mais bônus. Chamou atenção que é
764 muito caro manter uma equipe de suporte avançado funcionando por que o recurso que vem do Ministério proporcionalmente é
765 inferior ao que vem para USB - Unidade de Suporte Básico proporcionalmente para manter o suporte avançado. E nestes
766 projetos tivemos que reunir com alguns Prefeitos dos municípios e expor o custo para tentar alertá-los quanto ao custo do
767 projeto. Colocou que alguns Prefeitos chegavam com discurso como se a SESAB quisesse podar o direito do município; citou
768 que nestes casos, os que desejaram assumir esclareceram quanto é a conta que o mesmo tem a pagar. O Senhor
769 Coordenador registrou que é importante à discussão e que faz necessário aprofundar a discussão. Passou a palavra para Dr.
770 Paulo, representante da Secretaria de Saúde de Camaçari. Este informou que vem participando da discussão do SAMU
771 regional de Camaçari, como do Comitê Gestor de Salvador, e que na penúltima reunião do COSEMS e os municípios, dentre
772 eles Madre de Deus, em relação ao repasse Estadual para Camaçari, informou que já foi regularizado. Explicou o que está
773 acontecendo; deu como exemplo o município de Salvador que na penúltima reunião do Colegiado Gestor colocou que estava
774 em vista de paralisar o SAMU porque não tinha condição de bancar sozinho R\$ 700.000,00 (setecentos mil reais), da central de
775 regulação de Salvador. Quando implantou o SAMU o município de Candeias para viabilizar fez um acordo com Dr. Ivan Palga,
776 Coordenador de Salvador, que o município de Candeias pagaria na folha de Salvador o salário de dois Médicos reguladores na
777 Central de Salvador para poder viabilizar a Central de Regulação e o atendimento do tempo resposta e atendimento dos
778 encaminhamentos, e foi pago e está sendo pago. Pontuou que esta discussão foi levada para o SAMU de Camaçari que tem
779 uma discussão em relação ao processo de Dias D'Ávila não concordar em assumir a ambulância de suporte avançado,
780 alegando que não tem condições de bancar o custo da ambulância de suporte avançado. Informou que o município de
781 Camaçari estava bancando a central de regulação com todo seu nível de complexidade destes profissionais, que Dr. Wilson
782 Martins relatou com custos locais sem nenhuma participação de nenhum município. Informou que segunda-feira irá haver a
783 reunião do Colegiado de Gestão e o primeiro item da pauta será a discussão do SAMU Regional. Questionou como é que o
784 município irá bancar praticamente sozinho o custo da regulação, ainda com o atraso do repasse da manutenção das
785 ambulâncias, principalmente por parte do Estado, pois, algumas vezes atrasa um pouco. O Senhor Coordenador propôs que se
786 pautar isso na próxima CIB e Dr. Paulo de Tarso fizesse um diagnóstico das centrais de regulação do SAMU; salientou que
787 pode até mudar de opinião, mas a princípio tem a opinião de que quando um município assume a central, inclusive a atual
788 Portaria do Ministério tem um financiamento proporcional à população da área de abrangência, ou seja, o município amplia o
789 leque das coberturas da central e irá ampliar a captação de recurso do Ministério quanto do Estado. Pontuou que a
790 responsabilidade do financiamento da Central do SAMU é do Ministério da Saúde, Estado e Município sede, não teria,
791 portanto, a responsabilidade dos demais municípios, em participarem do financiamento da Central. Acordou que nenhuma
792 Central do SAMU desligue nenhum município e iremos pautar na próxima CIB a discussão. O Senhor Coordenador deu
793 continuidade, Termo de Compromisso dos municípios de Caetanópolis, Encruzilhada e Riachão do Jacuípe sem comando único e

794 Gandú com comando único. Abriu para discussão. Dra. Suzana Ribeiro informou na reunião da Comissão foi levantado um
795 questionamento por Dr. José Raimundo da Auditoria que infelizmente não está presente; sobre o comando único do município
796 de Gandú por conta de algumas pendências que existiam em relação à última auditoria que aconteceu no final do ano dois mil
797 e nove. Então houve uma discussão exaustiva quanto ao entendimento do comando único, em fim, utilizamos o termo de
798 referência da política estadual em relação ao pacto; neste estava bastante clara a questão do comando único, não podendo ser
799 considerado como mérito e muito menos como penalização, mas como co-responsabilização entre Estado e Município que,
800 portanto no caso em foco, propôs considerando que o próprio termo traz a necessidade que baseado na Portaria Ministerial e,
801 a diretriz traz a necessidade da cooperação entre Estado e Município para construir a viabilização e superação das dificuldades
802 que o município possa vir a ter. Diante disso, colocou que acordou que estaria encaminhando Gandú para uma reunião com a
803 Comissão para avaliar a situação. A Senhora Suzana Ribeiro informou que a discussão estaria sendo feita dentro da comissão,
804 juntamente com os gestores municipais para identificar os casos que tiverem necessidades ou limitações, e que seria
805 estabelecido com esses municípios um cronograma de atividades e cooperação técnica entre Estado, COSEMS e os
806 municípios para que eles possam assumir a responsabilidade. Relatou que foi observado que, para determinados municípios,
807 assumir o comando único estava parecendo apenas assumir o recurso do MAC quando não é essa a proposta. Relatou que
808 não foi possível fazer o seminário de regionalização como havia sido proposto, mas informou que este movimento deveria ser
809 feito, discutindo com todos os municípios que tiverem interesse de aderir ao comando único e sugeriu a realização de reuniões
810 com um número pequeno de municípios para se discutir a questão do comando único para que o município tenha a
811 compreensão do que significa, pois essa atitude significa assumir responsabilidade sanitária e não somente assumir os
812 recursos do MAC. Relatou que com este processo de sensibilização e de responsabilização o município, tendo condições, teria
813 tranquilidade para assumir o comando único, e o estado junto com o COSEMS construindo a viabilidade dessas ações. Relatou
814 que se começasse a trabalhar com a lógica não de impor critérios, mas de construir com o município envolvido e interessado
815 em viabilizar esse processo muita coisa seria facilitada. Aproveitou para propor uma forma mais rápida de aderir ao pacto de
816 gestão sem o comando único para os municípios de um modo geral, pois questionou se era o comando único que dificultava o
817 processo de adesão ou os municípios que não estavam sensibilizados a fazê-lo. Destacou que achava que os municípios não
818 estavam sensibilizados o bastante, pois, o comando único estava no bojo, mas o movimento dentro do Colegiado de Gestão
819 Regional – CGR de adesão ao pacto não estava acontecendo. Relatou da necessidade de se retornar ao processo, pois se um
820 município tem interesse de aderir ao comando único, ele poderia aderir ao pacto no primeiro momento, e fazer a discussão do
821 comando único dentro do CGR com a comissão apoiando e monitorando. Informou que o tempo estava sendo perdido e o
822 processo estava paralisado, e não era por causa da PPI, pois o GT da PPI não estava interferindo no processo, muito menos a
823 comissão do pacto. O Senhor Coordenador colocou em apreciação o pleito do município de Conceição do Almeida, que teve o
824 termo de compromisso de gestão aprovado na CIB com assunção ao comando único e solicitou a retirada do comando único,
825 ao tempo em que reiterou a colocação da Senhora Suzana Ribeiro e propôs que deveria ser pautada na CIB uma discussão
826 sobre as competências e responsabilidades do comando único, pois parecia que a maior parte das pessoas desconhece essas
827 informações, começando pela a cidade de Salvador, que estava em gestão plena, mas não assumia nenhuma
828 responsabilidade. Informou que essa situação não acontece em nenhum outro município de gestão plena só na cidade de
829 Salvador, que era o único município de gestão plena onde todos os problemas de atenção especializada e hospitalar caíam na
830 secretaria estadual de saúde, desde questões operacionais como as de ordem judicial. Relatou que teve que ir ao tribunal de
831 justiça, buscar o corregedor do estado, pois a responsabilidade de todos os problemas da atenção à saúde em Salvador era do
832 estado, pois o município não tinha nenhuma responsabilidade e a própria secretaria municipal respondeu com documento
833 escrito e assinado pelo secretário ao ministério público e já deu declarações nos meios de comunicação, que quem era
834 responsável pela atenção hospitalar em Salvador era o estado, pois quem tinha que contratar leitos de UTI, mutirão de
835 cirurgias e tudo mais no setor privado para resolver as lacunas e atender aos mandatos judiciais é a secretaria de saúde do
836 estado. Relatou que era a SESAB que resolvia as lacunas de medicamentos e não sabia onde o município de Salvador estava
837 em gestão plena, sendo apenas para receber o recurso federal. Pois o pior de tudo era que o recurso federal para média e alta
838 complexidade estava vindo para o município de Salvador, mas a conta de todos os problemas ia para o estado. Informou que
839 havia chegado no limite, pois quando foi ao corregedor de justiça para tratar deste assunto, é porque já estava no limite da
840 situação, e não poderia se conformar em não trazer essa pauta para a CIB. Acrescentou ao fato que o município de Salvador
841 se recusava a receber a auditoria do SUS, pois havia um ano que o município recusava veementemente o acesso dos
842 auditores do estado. E exemplificou que não poderia mais cobrar de um município quando este se recusasse a aceitar a
843 auditoria do estado, na medida em que a capital do estado está a um ano se recusando a receber auditoria. Informou que o
844 estado deveria tratar essa questão juntamente com os municípios ou a divisão de responsabilidades estaria sendo
845 descaracterizada completamente e não gostaria de ser criticado por omissão. Relatou que havia passado da hora da CIB
846 discutir e criar um consenso do que são as atribuições, competências e responsabilidades da gestão plena e começar a cobrar
847 efetivamente dos municípios, pois o município de Salvador encaminhou uma carta ao Ministério Público dizendo que era contra
848 a construção do hospital do subúrbio, pois só se poderiam fazer investimentos em novos hospitais públicos fora do município,
849 que isso iria comprometer o financiamento do SUS, como se o município de Salvador colocasse algum recurso. Reforçou que o
850 município de Salvador não coloca nenhum recurso do tesouro municipal para pagar nenhum procedimento em internação
851 hospitalar ou especializada. Relatou que todos os municípios de gestão plena usam recurso federal e terminam
852 complementando com algum recurso municipal, mas o município de Salvador não gastava nenhum recurso do município em
853 atenção especializada ou hospitalar. Destacou que o município não tem nenhum leito municipal, sendo a única capital, dentre
854 todas as vinte maiores, que não tinha nenhum hospital municipal, não tinha nenhum hospital privado contratado com urgência
855 e emergência, e para agravar a situação os prestadores privados contratados pelo SUS na cidade de Salvador não fazem mais
856 cirurgia ortopédica, e todos os pacientes com qualquer fratura cirúrgica estão sendo encaminhados para os hospitais estaduais,
857 100 % da atenção obstétrica é feita em hospitais estaduais, pois nada é feito em serviço contratado, não existe o serviço
858 municipal e chegou uma situação em que o sistema não pode mais suportar. Informou que não poderia mais deixar de pautar
859 essa situação, porque o problema da responsabilidade da gestão não era só do município Gandu, e era importante se discutir a
860 questão de Gandu, que está se propondo a assumir o comando único, era importante se discutir a questão de Conceição do

861 Almeida, que solicitou a retirada do pedido de assunção ao comando único, porém mais importante que tudo isso era a
862 discussão dos municípios que já estão em gestão plena, àqueles municípios que já tem o comando único, aqueles que já
863 recebem o recurso federal e não estão cumprindo as suas responsabilidades. Informou que não entendia que o município que
864 estava em gestão plena fazia com que o estado se afastasse da responsabilidade, o que não condizia com a realidade, pois
865 achava que o estado compartilhava a responsabilidade com os municípios de Teixeira de Freitas, Senhor do Bonfim, Jequié,
866 Vitória da Conquista, Cruz das Almas, Eunápolis e outros, mas não poderia aceitar era o município estar em gestão plena, com
867 o comando único, recebendo recursos federais para contratar os serviços privados e o município de Salvador simplesmente
868 fazia de conta que não tinha nada a ver com essa questão e essa questão ocorria em todos os níveis, desde a epidemia de
869 dengue, pois quem teve que abrir serviço, contratar profissionais, e fazer a atenção básica de hidratação foi o estado, e não só
870 o município de Itabuna, que não estava mais em gestão plena, mais no município de Salvador foi o estado que teve que fazer.
871 Informou que não dava mais para continuar com essa situação e queria pautar essa questão na CIB. A Senhora Conceição
872 Benigno informou que o momento era extremamente oportuno para discussão e a comissão, apesar das dificuldades, tinha que
873 se ater a questão do monitoramento, e não apenas a entrada e saída dos municípios. Informou que havia encaminhado para
874 todos os municípios que tem comando único, ou estão em gestão plena, que até dia trinta de abril, pois o Ministério da Saúde
875 havia adiado o prazo, todos os municípios tinham que entrar no SISPACTO e atualizar as informações, e era extremamente
876 oportuno avaliar a situação do município de Salvador, ou de outros que estejam na mesma situação porque esse era o
877 questionamento em relação ao pacto, pois o município entrava no sistema, um município que recebia todos os outros
878 municípios, tinha responsabilidade sanitária para com o estado, por ser capital, e chegava no sistema e informava que realiza
879 as ações quando na realidade não o faz não poderia ser homologado pelo estado. Agradeceu também a todos os gestores,
880 pois o estado da Bahia, em relação aos indicadores do pacto pela vida, todos preencheram e todos os quatrocentos e
881 dezessete foram homologados. O Senhor Coordenador informou que estava se aproximando do final da PPI e não adiantava
882 terminar a PPI sem estar muita clara a divisão de responsabilidades e compromissos de cada um. A Senhora Suzana Ribeiro
883 informou que este tipo de informação a comissão deveria estar acompanhando, e relatou que o COSEMS tinha que se
884 posicionar, pois era uma situação para o COSEMS conversar com o município, pois já havia acontecido situação semelhante e
885 que o COSEMS teve que intermediar e estava na hora de sentar com o município de Salvador para conversar. Informou que
886 muitas vezes se era surpreendido com informação na reunião da CIB, como aconteceu com a auditoria, que foi recusada, em
887 novembro do ano anterior e chegou na reunião da CIB a informação de que a CIB remeteu uma solicitação cuja resposta havia
888 sido lida na CIB e para os membros a questão estava superada. Explanou que era um momento extremamente delicado, por
889 mais que possa existir qualquer tipo de discussão, de discordância, seja ela de que natureza for, principalmente por ser a
890 capital que envolve os quatrocentos e dezessete municípios direta ou indiretamente, o papel do COSEMS era realmente fazer
891 a verificação dessa situação mais de perto e tentar ir pelo caminho do bom senso e tentar separar as dificuldades. Informou
892 que não tinha a ilusão de que iria resolver o problema de imediato, mas não dava para continuar imaginando que entre
893 município e estado a situação tem que ser resolvidas porque chegou a um limite tal que a situação não iria se resolver, e se
894 fosse o caso, o COSEMS se posicionaria junto com o CONASEMS, Ministério da Saúde, CONASS, ou mesmo uma comissão
895 ampliada que envolva os três anteriores. Explanou que seria algo que teria que ser colocado à mesa para discussão, pois se
896 chegou a um limite que é só desgaste, pois não mais se conseguia respostas, e infelizmente o companheiro José Carlos Brito
897 não estava presente enquanto gestor municipal, para fazer a sua fala e essa questão era muito constrangedora, mas ao
898 mesmo tempo o COSEMS não poderia achar que tudo era natural e que essa situação iria ser resolver. Informou que o tempo
899 dado ao município e ao estado resolverem já chegou ao limite, e já se estava chegando ao final da PPI e as questões das
900 referências teriam que estar bastante claras, e para isso teria que ter a co-responsabilização de todos os atores envolvidos no
901 processo e era preciso se determinar um encaminhamento e propôs, enquanto diretoria do COSEMS, fazer um
902 encaminhamento com brevidade, e questionou se seria melhor fazer uma discussão interna ou se já se trabalharia com a lógica
903 de ampliar e fazer uma comissão tripartite porque as possibilidades do diálogo e do consenso já foram esgotadas. O Senhor
904 Geraldo Magela informou que o objetivo final era fazer algumas ponderações sobre esse assunto mais antes gostaria de
905 retomar alguns pontos, e fazia sua as sábias palavras do Senhor Heron, secretário de saúde do município de Teodoro
906 Sampaio, quando este parabenizou o governo do estado pelos enormes investimentos, porque era fácil criticar, era fácil ser
907 criticado através das rádios, principalmente na área de saúde, mas na hora de elogiar poucos tinham esse costume, e os
908 esforços que estavam sendo feitos pelo governo do estado realmente eram fantásticos, e agradeceu o empenho do secretário
909 estadual de saúde, Dr. Jorge Solla, e o Senhor Paulo de Tarso, da Diretoria de Atenção Especializada – DAE, com relação ao
910 SAMU regional de Teixeira de Freitas, onde cerca de quatrocentos e cinco mil habitantes serão atendidos, oito municípios com
911 ambulância, sendo um projeto fantástico, estava aprovado na CIB desde dois mil e sete, mas estava sendo coroado agora e
912 tinha muito a agradecer ao empenho do secretário junto ao Ministério da Saúde. Relatou que apesar das críticas de colegas, o
913 município de Teixeira de Freitas era um dos últimos dos grandes municípios a receberem o SAMU. Reforçou que gostaria de
914 receber esse empenho porque informou que ele próprio havia ido ao Ministério da Saúde e sabia que a dificuldade era imensa,
915 agradeceu a equipe do Senhor Paulo de Tarso e o secretário Jorge Solla. Retomando ao ponto que foi levantado, explanou
916 que com relação ao Conselho Nacional de Saúde, fazia suas as palavras da Senhora Stela Souza e o Senhor Raul Molina,
917 pois estes haviam feitos boas colocações, e sobre o ponto de Salvador, informou que já havia falado sobre este ponto,
918 destacando que há muito tempo que Salvador estava recebendo recurso e não se via resolutividade, pois não sabia que era
919 tão absurda a situação na qual o município se encontrava atualmente. O Senhor Coordenador informou que o município de
920 Salvador estava a cada dia fazendo menos, se eximindo e reduzindo a oferta, assim como estava publicamente e judicialmente
921 se posicionando como se não fosse responsabilidade dele, e isso era o mais preocupante. O Senhor Geraldo Magela informou
922 que esta questão tem que ser averiguada e em hipótese alguma tinha uma posição contrária a Salvador, pois sempre votou a
923 favor de recursos para o município de Salvador, mas sempre alertou que, segundo suas palavras, 'estavam colocando dinheiro
924 em um saco sem fundo'. Explanou que há muito tempo a resolutividade do município de Salvador estava baixa, pois se
925 recordou que certa vez lhe haviam dito que Salvador tinha 19% de cobertura de PSF e quando esse número baixou para 9%
926 informou que deveriam ser tomadas algumas providências, pois os hospitais estaduais estavam lotados não só por pacientes
927 do interior mais também com pacientes do próprio município que não estava tendo a competência de resolver. Relatou que o

928 município de Salvador era obrigado a ter um hospital municipal, pois vários municípios tinham hospitais municipais e Salvador
929 não tinha. Ressaltou que o município de Salvador deveria ser responsabilizado por várias situações, e lembrou da fala da
930 Senhora Stela Souza, quando a mesma disse que estavam mandando os pacientes para morrer em Salvador, pois não estava
931 havendo atendimento e não era possível que a CIB fechasse os olhos, pois só o estado estava investindo e essa situação
932 estava errada. Frizou que o município de Salvador não poderia continuar da maneira que estava e a proposta era de avaliação
933 e correção dos recursos utilizados pela alta complexidade. Explanou que havia um detalhe interessante, pois o município de
934 Teixeira de Freitas recebia menos do que deveria receber por neurocirurgia mais cumpria os seus índices, ao contrário da
935 maioria dos hospitais do município de Salvador e questionou onde estavam os recursos, pois se não estava pagando para o
936 hospital privado os recursos deveriam ser identificados. Explanou também que a Bahia tinha direito a quatro serviços de
937 cirurgia vascular cerebral e destes apenas um estava cumprindo as metas mais os outros não, pois os hospitais públicos
938 tinham que cumprir suas metas, era obrigado e fiscalizado, mas os privados não. Citou o hospital Santa Isabel que tinha
939 necessidade de fazer dezessete cirurgias cardíacas, mas estava fazendo apenas doze, e questionou sobre os recursos para os
940 outros, pois continuava recebendo recursos do Ministério da Saúde. afirmou que não estava tendo acesso ao sistema, pois
941 estava mandando o paciente de traumatologia e não estava sendo atendido, mas o recurso do Ministério da Saúde
942 estava sendo enviado normalmente. Ressaltou que essa era uma discussão para ser levada com cautela, mas teria que ser
943 explicado, pois se o público e os municípios pequenos estavam cumprindo as suas metas, inclusive fazendo traumatologia
944 ortopedia sem estar habilitado, questionou porque o município de Salvador não estava fazendo, além do que o estado estava
945 assumindo uma responsabilidade que não era sua, uma responsabilidade acima da sua capacidade. Relatou que não havia
946 cabimento a não aceitação do município com relação à auditoria, pois todos têm que ser auditados, e os poucos recursos
947 recebidos teriam que ser eficientemente aplicados e sugeriu que se fizesse uma Resolução onde constasse uma meta de
948 cirurgias, por exemplo, e se estas não fossem cumpridas o recurso iria para o estado, pois não dava mais para fingir que não
949 se via o que a senhora Stela Souza comentou. O Senhor Coordenador informou que não adiantava fazer investimentos no
950 setor público de um lado e o setor privado parar de produzir, citou como exemplo o hospital Manoel Vitorino, que foi
951 reformulado para ser um centro de referência para trauma, novas equipes de ortopedia foram contratadas, equipamentos foram
952 comprados e a UTI foi montada, no hospital Eládio Lacerda em cajazeiras foram abertas mais cem leitos, o centro cirúrgico foi
953 aumentado com prioridade em trauma, mas por outro lado, o município de Salvador, o setor privado contratado parou de operar
954 ortopedia, o que ocasiona diminuição de oferta causando problemas no atendimento, e quando se vai discutir a questão, a
955 resposta é que não era de responsabilidade do município, ou seja, o estado é quem tinha que conseguir recursos do tesouro
956 estadual para contratar serviços privados ou ampliar ainda mais a rede pública porque o recurso federal para esta finalidade
957 estava com o município, que o estava usando da forma mais conveniente. Ressaltou que era preciso discutir qual era a
958 responsabilidade e a melhor forma de se conduzir esta questão, da mesma forma a questão dos hospitais estaduais, pois
959 investimentos grandes estavam sendo feitos, e informou que estava sendo aberto um novo HGE, maior, com mais
960 equipamentos, infra-estrutura e custos maiores, mas não adiantava investimentos como este se por outro lado o setor privado
961 contratado que já era pequeno cada dia mais é reduzido, pois cada dia mais a oferta contratada pela gestão plena de Salvador
962 estava sendo reduzida, e enquanto isso o recurso federal que vinha para o hospital HGE, e que o município ficava 'alardeando'
963 como se fosse uma fortuna, no ano de 2008 o recurso federal que veio alocado no TCEP como se fosse para o HGE, foi
964 coberto 30% do custo, e no ano anterior cobriu apenas 20% do custo, o Roberto que cobria 25% no ano passado não se
965 chegou a 20% porque o estado ampliou o serviço mais o recurso federal não havia ampliado. Ressaltou que se precisava
966 discutir a questão da gestão plena, dos TCEP que o prazo estava encerrando, e não conseguia entender porque os hospitais
967 estaduais de Salvador continuavam com o TCEP quando o município não assumia a responsabilidade. Relatou que nem
968 mesmo a autorização de AIH o município de Salvador não fazia, pois havia começado a fazer recentemente porque o estado
969 cobrou. Informou que estava desabafando, mas quando tinha que ir ao Tribunal de Justiça, para o corregedor para tentar
970 minorar a situação, pois o entendimento geral inclusive da justiça era que Salvador não tinha responsabilidade sobre a gestão
971 hospitalar especializada estava na hora de repensar esta questão, e achava que os hospitais estaduais que tinha peso regional
972 não poderiam ficar do jeito que estava, pois estavam criando o risco de inviabilizar as unidades de maior resolutividade, pois se
973 os hospitais Clériston Andrade, hospital de Base, HGE e outros, quando não estavam funcionando bem o estado inteiro perdia.
974 O Senhor Raul Molina informou que o secretário de saúde do município de Salvador estava presente na reunião, mas
975 lamentavelmente havia se retirado, pois era importante que ele estivesse ouvindo, informou que estava preocupado com o
976 esvaziamento, e informou que haveria, para consenso, a penúltima reunião do GT e relatou que tem convidado a todos para
977 participar nos consensos. Relatou que o que foi levantado havia sido motivo de três ou quatro reuniões do GT, e houve
978 embates com relação ao município de Salvador, e quando se decidiu no COSEMS que deveria ter uma central de regulação
979 em fila única dentro do estado, houve problemas porque o município de Salvador havia dito que não, pois, era ele quem tinha
980 que regular, mas acontece que o município não conseguia regular os seus próprios pacientes, foi colocado no GT PPI que o
981 recurso que se encontrava na média e alta complexidade era o recurso de todos, e foi novamente levantada a questão do
982 Comando único, da responsabilidade sanitária. Informou que estava se chegando ao final da PPI, estava discutindo o TCEP, o
983 fim da contratualização dos hospitais e outras questões, e informou que nas reuniões das rodadas, os municípios que por
984 alguma razão se afastaram da pactuação, os CGMR têm assumido de que deve ser pactuado, lembrou do compromisso em
985 que a PPI iria ser fechada ainda no mês de abril, e iria enfrentar alguns municípios que não iriam querer assinar a PPI, e o
986 estado vai assumir a responsabilidade de pactuar por eles também e as instâncias necessárias para dar continuidade ao
987 processo iriam ser procuradas, pois senão a PPI não seria finalizada. Informou que esta questão deve ser discutida, e que o
988 secretário de saúde José Carlos Brito deveria estar participando, assim como em todas as reuniões do GT para colocar as
989 questões. Informou que não estavam querendo passar a mão pela cabeça nem de pequenos municípios nem do município de
990 Salvador, pois o tratamento seria igual. Convidou a todos para participar da reunião do GT que aconteceria a tarde e que iria
991 ser feito um relato dos consensos que foram tomados. O Senhor Coordenador relatou que, já que haveria a reunião do GT PPI
992 a tarde, não daria para estender a discussão, sugeriu que o GT se debruçasse sobre esta questão e como era que se
993 enfrentaria a questão do cumprimento da responsabilidade do comando único, da gestão plena, do TCEP. Informou que não
994 poderia deixar de discutir questões imprescindíveis como esta, pois foi colocado pelo Senhor Raul a necessidade do

995 fechamento da PPI, que era mais do que uma divisão de recursos financeiros, pois era a conformação de rede e
 996 estabelecimentos de responsabilidades essenciais e era fundamental para isso a definição de duas coisas: qual era a
 997 responsabilidade de cada um, e a situação dos hospitais de referência, inclusive os hospitais regionais do estado e a proposta
 998 era encerrar a discussão no momento, e que ela seja continuada no GT PPI inclusive com a definição de encaminhamentos. A
 999 Senhora Stela Souza informou que precisava de ajuda, pois não havia mais pessoas para ajudar eram criados pequenos
 1000 grupos dentro do GT, que chamou de GTzinho, formados pelos membros do GT, e a mesma estava em todos. Relatou que
 1001 havia um pequeno grupo para discutir a contratualização, que estava marcada para o próximo dia quatorze, e informou que
 1002 gostaria que mais secretários participassem porque é nesta contratualização que seriam discutidos pontos como POAS, TCEP,
 1003 contratualização e todos esses elementos, que era a parte mais complexa de toda a discussão. Explanou que já existia um GT
 1004 mais estava faltando pessoas para trabalhar e convidou os secretários para participarem da discussão. O Senhor Coordenador
 1005 informou que o entendimento era discutir no GT e no 'GTzinho' e pautar na próxima CIB que seria uma CIB focada na PPI, e
 1006 essas questões teriam que constar na discussão. Afirmou que havia o consenso de que não dava para fechar a PPI sem ter
 1007 essas questões estabelecidas. A Senhora Suzana Ribeiro fez um apelo de que não colocasse muita discussão atrelada a PPI,
 1008 pois senão ela não iria ser finalizada, pois teria que priorizar a discussão, separar o joio do trigo e fechar essa discussão, pois
 1009 esta seria motivo de um desgaste sem precedentes. Sugeriu que as discussões fossem resolvidas por partes, pois a questão
 1010 de Salvador estava colocada e não poderia mais adiar a discussão, pois havia sugerido um encaminhamento que não foi
 1011 aprovado, que era fazer um encaminhamento tripartite, fazendo uma conversa com o município de Salvador envolvendo
 1012 CONASS, CONASEMS e o Ministério da Saúde, pois a questão já havia fugido do território da CIB, pois a SESAB junto com o
 1013 COSEMS não conseguiriam avançar nesta questão e lembrou que independente do que aconteça, deveria se trabalhar pela
 1014 mediação do conflito, e se chegou a um ponto em que o conflito está de tal maneira, em que não se consegue pelas vias
 1015 normais o resolver, terão que ser pensadas outras estratégias para superá-lo. Informou que a preocupação era que quando se
 1016 remetia muita discussão para PPI haveria pouco tempo para fechá-la. Destacou que a sobrecarga era muito grande para todos,
 1017 pois estava preocupada em não dar conta, pontuando que a discussão podia não ser superada dentro do GT, e alertou que ela
 1018 tinha que voltar para a CIB. Relatou que a proposta das próximas reuniões seria de uma ordinária dia vinte e três pela manhã e
 1019 a extraordinária a tarde, e relatou que estava convocando uma assembléia do COSEMS para o dia vinte e dois, pois haveria a
 1020 reunião da diretoria com as pautas do COSEMS da CIB ordinária e uma assembléia do COSEMS para fechar os pontos
 1021 pendentes da reunião do COSEMS e apresentar os consensos com todos, assim como foi feito para o PDR, dividindo a
 1022 responsabilidade com todos, pactuando na assembléia e formalizando na CIB. A Senhora Conceição Benigno informou que
 1023 havia situações de deliberações não só técnicas mas também políticas, e que realmente o GT não tinha autonomia de
 1024 deliberação para algumas questões. Relatou que tecnicamente a PPI estava praticamente concluída e estava justamente no
 1025 fechamento de questões complexas que permeavam discussão de custos e foi montado um grupo para contratualização para
 1026 dar conta desta questão. Informou que foi feito um termo de referência de contratualização, mas existiam definições que
 1027 precisavam ficar claras e com uma participação maior. Reafirmou que a ausência do secretário de Salvador era complicada, e
 1028 relatou que o estado não poderia aceitar e que quem ficasse com maior volume de recurso, para produzir serviços de alta e
 1029 média complexidade não poderia fechar e criar barreiras de acesso. Informou que a PPI foi construída sobre um processo
 1030 democrático e participativo e a responsabilidade passa por esta questão. Relatou que o tempo era curto para discussão do
 1031 TCEP para o fechamento desta questão e o que poderia ser fechado eram valores e responsabilidades e já foi feita a sugestão
 1032 desse encaminhamento em uma Resolução, mas era um processo de negociação, o que iria trazer um ganho de tempo para
 1033 avançar nas deliberações. Propôs os encaminhamentos mais rápidos através de alguma Resolução e houvesse um tempo
 1034 para o fechamento da contratualização e das decisões maiores que passam inclusive pelo Ministério da Saúde que ainda não
 1035 se posicionou efetivamente em relação a esta questão. **O Senhor Coordenador propôs que o GT discutisse e tentasse tirar**
 1036 **um encaminhamento mais adequado sobre esta questão, pois havia vários aspectos que teriam que ser levados em**
 1037 **consideração, como não houve manifestação contrária a proposta foi considerada aprovada.** O Senhor Heron Silva
 1038 informou que era necessário entender que o recurso era federal, envolvia todos os municípios, e que os municípios não
 1039 poderiam deixar o estado sozinho na discussão com Salvador porque acaba refletindo na população que usa o serviço de
 1040 Salvador e se fazia necessário que os secretários municipais de saúde se reúnam com o município de Salvador para abrir a
 1041 discussão e os municípios colocarem a sua posição, até para reforçar o encaminhamento do governo do estado. A Senhora
 1042 Suzana Ribeiro reforçou a fala do Senhor Heron Silva e comentou que poderiam participar da discussão as macrorregiões
 1043 juntamente com a diretoria do COSEMS que tinha que se manifestar, reunir com o secretário e ouvir o que ele tinha a dizer. O
 1044 Senhor Heron Silva informou que se outros municípios tomassem essa postura, o SUS ficaria fragilizado, e a proposta era de
 1045 se achar uma solução independente do município, pois a CIB não poderia ficar omissa a essa situação, pois o momento
 1046 político era complicado mas estavam ali para tratar de política de saúde, pois era o objetivo de todos. A Senhora Suzana
 1047 Ribeiro reforçou que a reunião extraordinária estava marcada para o dia vinte e três de abril e a ordinária no dia vinte de maio,
 1048 mas **a proposta original apresentada foi que a extraordinária seria sexta feira a tarde e pela manhã a reunião ordinária,**
 1049 **ficando esse encaminhamento aprovado.** A Senhora Conceição Benigno confirmou que a última rodada da PPI aconteceria
 1050 na próxima semana, na segunda, terça, quarta e quinta no Hotel Sol Bahia, localizado em Patamares e a reunião do GT PPI
 1051 seria no auditório do TK TOWER. Em seguida o coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão,
 1052 marcando a próxima reunião ordinária para o dia 23 de abril, sexta-feira pela manhã e uma reunião extraordinária para o dia 23
 1053 de abril, sexta-feira pela tarde, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio
 1054 Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 09 de abril de 2009.

1055
 1056 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 1057 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 1058 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
 1059 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
 1060 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
 1061 Washington Luis Silva Couto _____

1062 José Carlos Raimundo Brito _____
1063 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
1064 Stela dos Santos Souza _____