

Aos nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dez, no Auditório Rosa Abreu, na Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária - SEAGRI, 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, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, José Carlos Raimundo Brito e dos Suplentes: José Raimundo Mota de Jesus, Washington Luiz Abreu de Jesus, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, Marília Santos Fontoura e Emerson Gomes Garcia. O Senhor Coordenador solicitou a todos os presente que ocupassem as cadeiras da frente, salientando que saímos de um Auditório pequeno onde estamos tendo problema com o som, a melhor alternativa foi a mudança ao Auditório Rosa Abreu para que pudéssemos ter melhores condições para realização da reunião. Na oportunidade informou que Dra. Suzana Ribeiro, Coordenadora Adjunta da CIB, se atrasaria um pouco em virtude da reunião do COSEMS hoje pela manhã que avançou no horário. Às 14 horas, o Senhor Coordenador, declarou aberta a sessão tendo em vista que o Dr. Emerson Gomes Garcia, como representante da Dra. Suzana Ribeiro, colocou que a mesma estava a caminho e porque a reunião estava bastante atrasada. Dando início à ordem do dia, deu posse ao membro representante do COSEMS na CIB Emerson Gomes Garcia (SMS Ouriçangas) – como membro Suplente de Kátia Nunes Barreto de Brito (SMS Eunópolis). Em seguida colocou em discussão e aprovação da Ata da 186ª Reunião Ordinária que foram encaminhadas anteriormente aos membros. Aprovada. Em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para a leitura dos informes: **1.1** Até esta data 05 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB. **1.2** Até esta data 17 municípios não encaminharam Relatório de Gestão 2008 aprovado pelo CMS para as DIRES e não apresentaram justificativas, 02 municípios encaminharam o Relatório de Gestão 2008 sem a Ata e Resolução de aprovação do Conselho Municipal de Saúde para a CIB, 29 municípios não encaminharam o Relatório de Gestão 2008 aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, porém, apresentaram justificativas para a CIB; **1.3** 222 municípios encaminharam RAG 2009 para as DIRES (53% dos municípios), destes: 203 municípios encaminharam RAG 2009 com Ata e Resolução, 08 municípios encaminharam RAG 2009 somente com Ata, 11 municípios encaminharam RAG 2009 somente com Resolução; 21 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2009 (5% dos municípios) e 174 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (48% dos municípios); **1.4** Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
197/2010	27.07.10	Aprova, ad referendum, as Habilitações dos Hospitais abaixo relacionados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.
202/2010	29.07.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 061284/2010, Programa nº 3600020100036 das Obras Sociais Irmã Dulce para reforma das copas do serviço de nutrição e dietética da instituição por Emenda Parlamentar. Republicada por ter saído com incorreção.
210/2010	12.08.10	Alterar, ad referendum, a indicação da instituição no quadro de estimativa de equipamentos da Resolução CIB nº 24/2010, publicada no D.O.E. de 02/02/2010, do município de Juazeiro, devendo ser substituído o Hospital Pró-mater (CNES 255709) pela CLISE (CNES 2520524).
211/2010	12.08.10	Aprova, ad referendum, a distribuição dos equipamentos para UTI e UCI neonatal doados pelo Ministério de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde.
213/2010	28 e 29.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável ao Projeto para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Atenção Especializada do Município Caém, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
214/2010	28 e 29.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13763.479000/1100-03 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal Santo Antonio, município de Irajuba, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
215/2010	28 e 29.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13763.479000/1100-06 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal Santo Antonio, município de Irajuba, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
216/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal Tanhaçu, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
217/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal Maria Amélia Menezes Santos do município de Rio Real, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
218/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Policlínica Municipal do Município de Prado, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
219/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 14212872000/1090-02 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Policlínica Nossa Senhora das Dores do município de Maíri, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
220/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 11477.284000/1100-02 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal João Sales Rios, município de Várzea da Roça, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
221/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 16434.441000/1100-01 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal Álvaro Vasconcelos Fagundes, município de Lajedo do Tabocal, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
222/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13763.479000/1100-05 para Aquisição

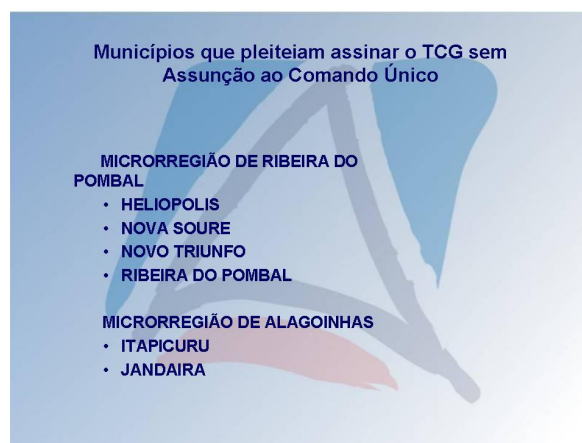
		de Equipamentos/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, município de Irajuba, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
223/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13827.035000/1100-03 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, município de Mutuípe, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
224/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13825484000/1100-02 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Jorge Sales, município de Amargosa, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
225/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13827035000/1090-01 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Policlínica Municipal Maria Nascimento Ferreira do município de Mutuípe, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
226/2010	31.08.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13753.959000/1100-01 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para a Unidade Mista Hospitalar São Lucas, município de Itamarí, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
227/2010	01.09.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 13825484000/1100-01 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para o Hospital Municipal de Amargosa, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
228/2010	01.09.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável a Proposta nº. 11153.875000/1100-01 para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para CAMOI – Centro Assistencial Médico Odontológico de Itaquara, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.

1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família APROVADO.	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Médico Ginecologista e Médico Pediatra.	Camamu
	Alteração da composição do NASF II: Substituição do profissional Fonoaudiólogo pelo profissional Psicólogo. APROVADO	Chorrochó
ESB – Equipe de Saúde Bucal APROVADO	Alteração de Modalidade de 01 (uma) ESB: Modalidade I para Modalidade II.	Conceição do Almeida
	01 ESB Modalidade I	Guanambi Santa Terezinha Piritiba Itagimirim Itamarí
	02 ESB Modalidade I	Sátiro Dias Itajuípe Manoel Vitorino Serrolândia Malhada
ESF – Equipe de Saúde da Família APROVADO	01 ESF	Itajuípe Serra Dourada
ACS – Agente Comunitário de Saúde APROVADO	03 ACS	Sátiro Dias
	04 ACS	Livramento de Nossa Senhora Retirolândia
	05 ACS	Santa Bárbara

Na seqüência passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE/DGC: 1.1 Credenciamentos; 1.2 Aquisição do Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal junto ao Ministério da Saúde: 01 Unidade Odontológica Móvel (UOM) para os municípios de João Dourado e Barro Alto. **APROVADO.** 1.3 Credenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo 2 do município de Canavieiras; **APROVADO.** 1.4 Homologação do documento de início da ordem de serviço das UPAS dos municípios para recebimento da 2ª etapa do recurso. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Regina. Esta colocou que baseado na Portaria 1020 que estabelece as diretrizes em relação à implantação das UPAS – Unidades de Pronto Atendimento é necessário para o recebimento da segunda parcela de investimento para construção e aquisição de equipamento é necessário que seja homologada a ordem de início de serviço. Informou que os municípios que encaminharam para CIB para homologação foram: Capim Grosso, Irecê, Morro do Chapéu, Porto Seguro, Bom Jesus da Lapa, Porções, Santo Antônio de Jesus, Simões Filho, Valença, Cruz das Almas e Gandu. Salientou que todos os outros municípios foram notificados por ofício solicitando a ordem de serviço, e alguns justificaram o não envio da mesma a CIB para ser homologada. Pontuou que

46 foi orientada pela Secretária Executiva da CIB, Sra. Nanci Nunes Sales, que posteriormente todos os municípios vão
 47 encaminhar e a sugestão de ser aprovada ad referendum. Chamou atenção que os municípios devem encaminhar a CIB ordem
 48 de serviço original para ser assinada por Dr. Jorge Solla. Comunicou que é provável que o município de Bom Jesus da Lapa
 49 será a primeira UPA inaugurada porque já está na fase de conclusão com recebimento da terceira parcela. O Senhor
 50 Coordenador passou a palavra para Dr. Heron Silva Carmo. O mesmo ressaltou que deveria vir do GCMR esta documentação
 51 que está mais próximo das microrregiões, pois, está vendo o andamento das obras. Dra. Regina deu informe que na próxima
 52 terça-feira dia 14 haverá um evento para todos que foram contemplados com as UPAS para que se possa fazer um ajuste com
 53 relação aos cadastramentos. O Senhor Coordenador complementou que já visitou as obras das UPAS dos municípios de Bom
 54 Jesus da Lapa, Jequié, Santo Antonio de Jesus, Porto Seguro, Barreiras, Itabuna, Feira de Santana. Fez observação que não
 55 teve oportunidade de visitar a UPA de Cruz das Almas. As obras estão em estágio diferentes; salientou que a UPA de Bom
 56 Jesus da Lapa está mais avançada em uma fase final. Informou que dia quatorze do mês de setembro do ano de dois mil e
 57 dez, no Auditório Rosa Abreu, na Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária - SEAGRI, Centro Administrativo da
 58 Bahia às 09 horas da manhã, acontecerá um Seminário para fazer um balanço do andamento dos projetos de construções das
 59 unidades de pronto atendimento. Pontuou que todos os municípios que tiveram aprovadas as Unidades de Pronto Atendimento
 60 – UPA precisam estar presentes e se possível as Diretorias Regionais de Saúde que foram convidadas e também
 61 representantes do COSEMS. Designou Dr. Emerson Garcia para informar os nomes dos representantes do COSEMS para
 62 acompanhar o processo no Seminário. Colocou que com a realização deste seminário o Estado irá ajudar aqueles municípios
 63 que estão com dificuldades no processo das UPA, como as pendências com a Caixa Econômica e documentos que devem
 64 apresentar ao Ministério da Saúde. Informou que até o momento o Estado tem duas UPA credenciadas frutos de obras
 65 anteriores e agora vamos ter a primeira neste processo de implantação de UPA. **Após as colocações foi aprovada a**
 66 **ratificação das ordens de serviço para recebimento da 2ª parcela para construção das UPA.** O Senhor Coordenador
 67 solicitou que após o Seminário fosse encaminhado um relatório individual das UPA com a situação dos processos para o
 68 COSEMS. O Senhor Coordenador voltou ao item 2. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em
 69 Saúde – SAFTEC/DASF; **2.1** Habilitação do município de Nova Redenção para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental
 70 da Atenção Básica. **APROVADO.** **3.** Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON; **3.1**
 71 Termo de Compromisso de Gestão Municipal. O Senhor Coordenador convidou Dra. Conceição Denigno. Esta agradeceu a
 72 mudança do Auditório proporcionando mais conforto para todos da plenária. Apresentou os Termos de Compromisso de
 73 Gestão Municipal dos municípios que solicitaram adesão ao pacto sem o Comando Único, que tiveram suas documentações
 74 analisadas pela Secretária Executiva da CIB e a DIPRO.



46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111

112 Informou que o município de Elísio Medrado a princípio pediu com comando e depois solicitou sem o Comando, mas está
113 intencionado a aderir o Pacto com o Comando Único. O Gestor irá apresentar a solicitação no próximo mês.
114



135 Informou que são dezesseis municípios que estão aderindo ao Pacto sem o Comando e ficou quatorze municípios com
136 pendências de documentação para cumprimento da Portaria. Salientou quanto aos municípios que não se sentem
137 contemplados, favor procurar Sra. Ivone, Técnica da DIPRO e a Secretária Executiva da CIB, para rever a situação. Lembrou
138 que na reunião do COSEMS foi discutida a questão do comando único e questionado porque os municípios não estão aderindo
139 ao comando. Pontuou que quanto ao Estado tem se colocado a disposição para dar apoio técnico a esses municípios, inclusive
140 a Diretoria da DIPRO estará disponibilizando mensalmente durante uma semana uma capacitação em relação as
141 responsabilidades do Pacto pela Saúde principalmente o monitoramento dos Pactos já assinados. O Senhor Coordenador
142 agradeceu a Dra. Conceição Benigno. Dr. Emerson Garcia ressaltou a importância de está conduzindo o Pacto de Gestão, até
143 porque foi colocada a importância de está sendo avaliado o Pacto pela Vida; citou que o COSEMS está cobrando e
144 entendendo. Colocou que Dra. Suzana Ribeiro falou da importância de assinar o Pacto tendo em vista a responsabilidade
145 sanitária de todos os Gestores de conduzir o sistema no município como um todo. Colocou que o município não está fragilizado
146 e dizendo não posso por motivos que não sejam aqueles critérios estabelecidos e pactuados na CIB ou na CIT. Pontuou que o
147 COSEMS tem trabalhado e com a colaboração de Dra. Conceição Benigna que disponibilizou sua equipe para ajudar os
148 municípios para trabalharem e enfatizarem cada vez mais o crescimento dos municípios para que possam estar aderindo ao
149 Pacto como um todo sem está fragilizado, com comando ou sem comando. É do entendimento do COSEMS que o Comando
150 está subscrito que todos são responsáveis pela Portaria 399, ou seja, querendo ou não assumindo toda responsabilidade
151 sanitária. O Senhor Coordenador colocou em votação sendo **Aprovado**. **3.3 Habilitação para CAPS dos seguintes**
152 **municípios:**
153

MUNICÍPIO	CNES	Razão Social	CNPJ	HABILITAÇÃO
Itapetinga	6489087	Prefeitura Municipal de Itapetinga	13751102/0001-90	CAPS AD
Igaporã	6374735	Fundo Municipal de Saúde de Igaporã	10421872/0001-87	CAPS I

154

155 O Senhor Coordenador questionou a presença da Secretária de Itapetinga, mas a mesma não estava presente. O Senhor
156 Coordenador pediu que fosse feito contato com a Secretária de Itapetinga informando a aprovação do CAPS porque a mesma
157 estava pensando que a habilitação do CAPS AD já se encontrava no Ministério da Saúde. **APROVADO**. O Senhor
158 Coordenador convidou o Dr. Lindemberg Assunção para Apresentação do Plano de entrega dos computadores destinados à
159 estruturação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Dra. Gisélia Souza informou que constava para ser apresentada
160 na Reunião da CIB agendada para o dia 19 de agosto, que foi remarçada para o dia 09 de setembro, o mesmo dia que foi feito
161 a entrega dos equipamentos, não havendo portanto razão de manter o ponto. Deu continuidade, passando para o ponto de
162 pactuação. **1. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH. 1.1 Aprovação da 2ª Turma do Curso de**
163 **Qualificação para Gestores do SUS: parceria com a ENSP.** Dra. Marcelle Paim, Coordenadora de Estudos e Pesquisa da
164 EESP, colocou os critérios de seleção de alunos para o Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS II na Bahia.
165 Informou que já foram apresentados na reunião do COSEMS sendo discutido e ficou de apresentar a proposta para ser
166 legitimada na CIB. Minuta de Resolução: **1.** Aprovar o Curso Nacional de Qualificação dos Gestores do SUS II (CNQGS II) em
167 nível de aperfeiçoamento, agora em sua segunda versão, na modalidade a distância, coordenado nacionalmente pela
168 ENSP/FIOCRUZ, e tendo como instituição líder na Bahia, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, através da Escola
169 Estadual de Saúde Pública (EESP). **2.** Definir os seguintes critérios para seleção de alunos para as 379 vagas destinadas à
170 Bahia: **a.** Processo seletivo aberto para todos os municípios; **b.** O número de vagas será, preferencialmente, distribuído de
171 forma proporcional por CGMR, onde a proposta será apresentada e acompanhado junto a EESP; **c.** Processo seletivo deve
172 priorizar equipes gestoras municipais/regionais, considerando o mínimo de 3 profissionais indicados por município; **d.**
173 Considerar, preferencialmente, servidores efetivos, mas não de forma restrita, desde que a pessoa exerça função de gestão; **e.**

174 Não será submetido ao processo seletivo, o candidato/aluno que na primeira versão do curso, abandonou o mesmo sem
 175 justificativa plausível. 3. Assegurar a transferência de tecnologia das metodologias pedagógicas ativas e cessão de direitos
 176 autorais do curso para a instituição-líder na Bahia de forma a proporcionar a disseminação do conteúdo no estado. Pontuou
 177 que o objetivo é reforçar o conceito que o curso trabalha de metodologias da idéia força da equipe. Pontuou a importância de
 178 não ter uma pessoa só por município e sim a equipe trabalhando junto. Lembrou que essa idéia força foi sucesso na primeira
 179 turma e os municípios que tiveram mais de uma pessoa trabalhando obtiveram um resultado melhor. Colocou que a proposta é
 180 aprovar uma equipe e não uma pessoa individualmente. O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dr. Moacir Diretor da 1ª
 181 DIRES questionou se quando fala de preferencialmente servidores efetivos tem uma preocupação se é servidor do Estado ou
 182 Município porque tem Servidores Federais que estão no Estado e podem participar tendo cargo efetivo. Dra. Marceli Paim
 183 explicou que SUPERH entende que é formação para o SUS e seria preferencialmente para servidores efetivos, mas está
 184 aberto para todos. O Senhor Coordenador passou a palavra para o Secretário de Saúde do Município de Capim Grosso, Kleber
 185 Soares de Oliveira. Este questionou quanto aos números de vagas se são 379 pessoas ou por municípios. Dra. Marceli Paim
 186 pontuou que são 379 vagas para todo Estado da Bahia. Informou que a previsão para início da turma é depois do carnaval do
 187 ano dois mil e onze, e o processo de inscrição será até o final do ano dois mil e dez. Informou que o Curso faz parte do
 188 programa nacional de gestores sendo um curso de qualificação em nível de aperfeiçoamento com duração de 180 horas sendo
 189 56 horas à distância e 24 horas presenciais, abordando vários assuntos relativos à gestão como modelo de atenção à
 190 vigilância, fundamentos do SUS e instrumentos para o SUS. O Senhor Coordenador colocou em votação sendo **APROVADO**.
 191 Dando seguimento ao ponto 1.2 Projeto do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde –
 192 **PROGESUS** o Senhor Coordenador convidou Dra. Renata Costa para apresentar o Projeto do Curso de Especialização em
 193 Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – PROGESUS.
 194

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE(CGETS)

ESCOLA ESTADUAL
DE SAÚDE PÚBLICA

PARCERIAS

- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES/MS;
- Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ;
- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB/ SUPERH / EESP/ EFTS/DARH/DGETS;
- COSEMS

OBJETIVO

- Formação e qualificação de profissionais que atuam na área de Gestão do Trabalho e Educação dos municípios que aderiram ao ProgeSUS e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, de forma coerente com as necessidades do SUS-BA.

PÚBLICO ALVO

- Gestores municipais e estaduais que atuam na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com curso superior, dos municípios que aderiram ao ProgeSUS e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia .

231 Informou que o COSEMS pleiteou a ampliação dos números de vagas, pois, já temos quarenta e três municípios que aderiram
 232 ao ProgeSUS e só tinha 30 vagas conforme edital do projeto. Comunicou ao COSEMS que a sua solicitação de ampliação será
 233 atendida para 45 vagas.
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240

241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
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

NÚMERO DE VAGAS

- Considerando que trata-se do Componente III do ProgeSUS, serão oferecidas 22 (vinte duas) vagas para servidores que atuam na área de gestão do trabalho e da educação na saúde nos municípios que aderiram ao ProgeSUS (Componente III) e 08 (oito) vagas para gestores estaduais que atuam na mesma área, totalizando 30 vagas.

PROPOSTA DA SUPERH

- Oferecer 30 (trinta) vagas para servidores que atuam na área de gestão do trabalho e da educação na saúde nos municípios que aderiram ao ProgeSUS.
- CRITÉRIOS:
1. Oferta do curso pela EESP;
 2. Ampla possibilidade de reedição do curso atualmente ofertado pela EESP

Apresentou os municípios contemplados nas macrorregiões.

Municípios PROGE SUS

- MACRO NORTE

JUAZEIRO

PAULO AFONSO

Municípios PROGE SUS

- MACRO NORDESTE

ALAGOINHAS

APORÁ

ARAMARI

CARDEAL DA SILVA

ESPLANADA

INHAMBUPE

Municípios PROGE SUS

- MACRO CENTRO NORTE

JACOBINA

PRESIDENTE DUTRA

SÃO GABRIEL

Municípios PROGE SUS

- MACRO OESTE

BARREIRAS

Municípios PROGE SUS

➤ MACRO LESTE

AMARGOSA
CAMAÇARI
CANDEIAS
DIAS D'ÁVILA
LAJE
LAURO DE FREITAS
MARAGOGIPE
MADRE DE DEUS
MUTUÍPE
SALVADOR- CONTEMPLADO CURSO EESP
SANTA TEREZINHA
SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ

Municípios PROGE SUS

➤ MACRO SUL

IBICARAÍ
ILHÉUS
ITABUNA- CONTEMPLADO CURSO EESP
JEQUIÉ- CONTEMPLADO CURSO EESP

Chamou atenção com relação aos municípios que estão com observação é porque a escola já oferta um curso na mesma área com a mesma temática com um número bem mais ampliado, com 236 vagas.

Municípios PROGE SUS

➤ MACRO SUDOESTE

LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA
MAETINGA
VITÓRIA DA CONQUISTA

Municípios PROGE SUS

➤ MACRO EXTREMO SUL

EUNÁPOLIS
ITAGIMIRIM
ITAMARAJU
ITAPEBI
PORTO SEGURO
SANTA CRUZ DE CABRÁLIA

Municípios PROGE SUS

➤ MACRO CENTRO LESTE

AMÉLIA RODRIGUES
FEIRA DE SANTANA - CONTEMPLADO CURSO EESP
ITABERABA
RIACHÃO DE JACUÍPE
SANTO ESTÉVÃO
SERRINHA

Informou que dos quarenta e três municípios, quatro municípios contam com alguns técnicos contemplados no outro curso que a Escola está ofertando, mas como é um curso de especialização para qualificar essa área nos municípios efetivamente é interessante que aconteça. Explicou que o curso que está sendo oferecido contempla também profissionais de nível médio e alguns municípios que estão participando do outro curso são profissionais de nível médio. Pontuou que o curso será financiado pelo Ministério para trabalhadores já graduados.

375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
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

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- Atuar na área de gestão do trabalho e/ou educação na saúde;
- Possuir, preferencialmente, vínculo efetivo;
- Não ter participado de cursos de especialização promovidos pela EESP no período de 2 anos;
- Apresentar entre outros documentos a Carta de Autorização da Unidade/ Instituição;
- Possuir conhecimentos básicos em informática

ORGANIZAÇÃO

- Curso terá duração de 6 meses;
- 220 horas presenciais;
- 80 de interação prática;
- 80 de educação a distância;
- Data prevista para início: 18/10/2010;
- Data prevista para término: 29/04/2011

ORGANIZAÇÃO

- Curso terá duração de 6 meses;
- 220 horas presenciais;
- 80 de interação prática;
- 80 de educação a distância;
- Data prevista para início: 18/10/2010;
- Data prevista para término: 29/04/2011

SEQUENCIA DOS MÓDULOS

- POLÍTICAS DE SAÚDE/ Elaboração do TCC
- GESTÃO DO TRABALHO / Elaboração do TCC
- PLANEJAMENTO E GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE/Elaboração do TCC
- ELEMENTOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NO CONTEXTO DA GESTÃO DO TRABALHO/ Elaboração do TCC
- GESTÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE/Elaboração do TCC
- METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO/Elaboração do TCC

Finalizou a apresentação. O Senhor Coordenador parabenizou a equipe da Escola de Saúde Pública. Abriu para discussão. Dr. Paulo, técnico do município de Camaçari, sugeriu que tendo em vista que o curso está vinculado ao programa do PROGESUS que é um programa de Gestão da área de recursos humano para o SUS, então preferencialmente que sejam contemplados os Gestores de RH das Secretarias Municipais de Saúde e outro técnico talvez desta área de acompanhamento do processo. Colocou que na primeira e segunda etapa do PROGESUS a maioria dos participantes que estava na direção do Recurso Humano de alguns municípios que tomaram o curso não está mais na Administração, agora são novas pessoas, independente de ter terminado a Gestão. Solicitou que os Gestores tenham o cuidado porque o curso é para estruturar a Gestão de Recursos Humanos das Secretarias Municipais de Saúde. Dra. Renata Costa salientou que muitas vezes na secretaria municipal o setor de gestão do trabalho está desvinculado do setor da gestão da educação sendo dividido em setores de Educação Permanente e Recursos Humanos. E que na verdade a proposta inclusive da política gestão do trabalho e educação é uma política única de um trabalho em conjunto, tornando importante também porque às vezes temos dificuldade de identificar um servidor que seja já graduado. Deu como exemplo no setor pessoal, mas se tem o setor como da educação permanente esse servidor pode sim participar do processo seletivo. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Elisa Carvalho. A mesma questionou porque na Macrorregião Oeste só o município de Barreiras entrou. Dra. Renata Costa informou que esses foram os processos homologados na CIT alguns já resolvidos e encaminhados, mas a Escola trabalhou com aqueles que foram homologados. Dra. Telma Dantas Superintendente de Recursos Humanos pontuou que a sua preocupação enquanto Gestora é de fazer a indicação para seleção deste curso de pessoas que estão diretamente ligadas à área de Recursos Humanos e a tentativa também naturalmente de articular com as duas áreas. Ressaltou que foi muito difícil ter conseguido ampliar essas vagas inicialmente como foi colocado por Renata Costa eram 30 vagas e já havíamos discutido nessa expectativa de ampliação. Concordou que tem que haver um esforço do Gestor Municipal no sentido de potencializar a indicação para as pessoas que estão trabalhando na área de forma a atender ao perfil que foi traçado para definição dos candidatos. Pontuou a importância do Curso porque tem um caráter bastante dinamizador da reorganização da gestão do trabalho da educação permanente no âmbito dos municípios quanto pela experiência que estamos vivendo em oferecer esse tipo de curso que é articulado com a Escola Nacional de Saúde Pública cujo aprendizado já colocou a Bahia no plano de tomar a iniciativa de fazer o curso, embora esse seja quase que totalmente à distância, mas de todo modo está ampliado essa perspectiva. Informou que não só os 43

442 candidatos serão beneficiados tem o outro curso que naturalmente ofereceremos posteriormente para os demais que não
 443 foram atendidos nesta primeira turma de Curso de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **O Senhor Coordenador**
 444 **questionou a todos e como houve consenso foi aprovado o Curso de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.** O
 445 Senhor Coordenador deu seguimento com o item **2.1 Diretrizes do Acolhimento Pedagógico para Equipes de Saúde da**
 446 **Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o Estado da Bahia.** Dr. Ricardo sinalizou que essa pauta está sendo
 447 debatida já algum tempo e na reunião do COSEMS do mês anterior foi encaminhado um grupo de trabalho formado pela
 448 câmara técnica de Educação Permanente do COSEMS onde Dra. Marília Fontoura participou representando a câmara técnica
 449 e a participação da Escola Estadual de Saúde Pública com Dra. Verônica e a DAB para formatar e analisar melhor a proposta
 450 de resolução que será apresentada nesta CIB. Deu início a apresentação.

451 - Acolhimento Pedagógico - 452 Curso Introdutório das Equipes 453 de Saúde da Família

454
455
456
457
458
459
460 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
461 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO
462 INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
463 DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA - DAB
464 SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS
465 ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA

466 Acolhimento Pedagógico

467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477 A proposta é a realização do **curso**
478 **introdutório aos profissionais da Estratégia**
479 **Saúde da Família,** havendo um momento de
480 chegada no Processo de Educação
481 Permanente que não se encerra como ação
482 pontual e que seja compartilhado entre Estado
483 e Municípios.

484
485 Batizamos de "Acolhimento pedagógico".

488 Continuando...

489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508

Construída e debatida junto a EESP e COSEMS.

Definir o formato do AP para o Estado através de uma Resolução representa o desejo de construir coletivamente a proposta e pactuá-la com todos os atores envolvidos.

Núcleo Microrregional- Cursos de Especialização em Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica - Linhas de Cuidado



Continuando...

Essa proposta foi construída a partir de um piloto que ocorreu no final de 2009.

Passaram pelo AP através dos NMR em 2009 mais 240 EqSF abrangendo 40 municípios.

A proposta foi reformulada através das avaliações feitas pelos trabalhadores e gestores em 2009.

Apresentada e debatida na oficina com Coordenadores dos NMR e representantes das DARES durante a Mostra Integrada de Saúde da Família e Vigilância.

Objetivos

- Acolher os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, permitindo que reflitam sobre o processo de trabalho e as ações de cuidado na atenção básica;
- Articular momentos de aprendizagem e formação como dispositivo para estruturação da Educação Permanente nas equipes, nos municípios e nas microrregiões;
- Fomentar implicação dos profissionais com a política da Atenção Básica para fortalecimento do SUS.

509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575

O que esperamos com essa proposta?

A SESAB formulou a proposta do AP em parceria com os NMR e COSEMS e está colocando à disposição dos municípios todo o material produzido.

Espera-se que os municípios debatam e adaptem a proposta de acordo com suas necessidades e realidade, contando com o apoio da DAB, DIRES e NMR.

Esse processo é vivo e espera-se que a co-responsabilização entre gestor municipal e estadual, trabalhador e gestor seja a base para a construção de uma rede regionalizada de Educação Permanente.

Conteúdos

Seguem a Portaria GM/MS nº. 2.527:

- Atenção Básica no contexto das políticas públicas de saúde e as estratégias de implementação;
- A organização dos sistemas locais de saúde, com ênfase no planejamento de base territorial;
- O processo de trabalho das equipes
- Concepções pedagógicas e Educação Permanente;
- Atuação interdisciplinar e participação popular.

Colocou que o quadro resumo de atividades do AP estabelece exatamente as divisões desses conteúdos de acordo com momentos preferenciais nos momentos de interface com o trabalho.

Desenvolvimento do AP

- Cada dupla de facilitadores do Núcleo Microrregional (NMR) será designada para realizar o Acolhimento Pedagógico para 2 equipes de saúde da família, 2 gestores (1 coordenador de Atenção Básica e outro gestor com perfil para desenvolvimento de EP).
- Quando houver equipe de NASF no município, o AP deve ser com 1 EqSF e 1 EqNASF, além do gestor.
- O cronograma das atividades do Acolhimento Pedagógico deverá ser pactuado entre os facilitadores do NMR e gestor do município que receberá o Acolhimento Pedagógico.

Desenho do Acolhimento Pedagógico

momentos de interação com o trabalho

Os conteúdos serão desenvolvidos no formato de oficinas, compostas por 4 (quatro) **momentos de interação pedagógica** de 8 horas e 3 (três) **momentos de interação com o trabalho** de 8 horas a ser desenvolvido no território da equipe de saúde da família. Representando uma carga horária total de 56 horas.

Cada momento presencial deverá ser intercalado com um momento de atividades no território.



Quadro resumo de atividades do AP

Turnos	1º dia – Momento de interação pedagógica	2º dia – Momento de interação com o trabalho	3º dia – Momento de interação pedagógica	4º dia – Momento de interação com o trabalho	5º dia – Momento de interação pedagógica	6º dia – Momento de interação com o trabalho
Manhã	Apresentação Tendências Pedagógicas	Conceito e Determinantes da Saúde	Construção de Estratégias de Trabalho	Segunda parte de construção da cartog	Plano de ação para apoiar as equipes d	Atuação Permanente
Tarde	Políticas de Saúde	Vivenciando práticas pedagógicas no cotidiano da equipe	Controle Social	Cartografia, Mapeamento da rede e equ	Atuação da Saúde da Família	Atuação Final

Pactuação da proposta

Cada microrregião deverá na reunião do CGMR debater/adaptar a proposta a sua realidade e necessidade;

O NMR deverá apresentar sua capacidade de multiplicação (técnica e financeira) para realização do AP;

E em reunião do CGMR deverá ser decido os municípios a serem contemplados com o AP em 2010 de acordo com critérios de prioridade pactuados. Sendo que os não contemplados nesse momento poderão ser contemplados em 2011.

576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642

Sugestão de Critérios para eleger municípios a serem contemplados com o AP em 2010

- 1º Critério: municípios com população menor do que 100.000 (cem mil) habitantes e que não receberam o AP em 2009 e;
- 2ª Critério: cobertura de saúde da família maior ou igual a 70% e;
- 3ª Critério: os municípios que possuem *Lei de criação do cargo/emprego público de ACS e seleção pública realizada*, e/ou;
- 4ª Critério: municípios com NASF credenciados junto ao Ministério da Saúde.

Responsabilidade do NMR

- Cabe ao Coordenador do NMR organizar as atividades e apoiar os facilitadores no desenvolvimento do AP, incluindo, obrigatoriamente a entrega de relatório final das atividades segundo modelo disponibilizado pela DAB/SESAB e que deverá ser encaminhado para a DAB/SESAB e CGMR, além de arquivar na memória do NMR;
- Os multiplicadores do NMR deverão formar duplas e adaptar o AP, descrito através do passo a passo no Guia do Facilitador, conforme a realidade do município;

Responsabilidade do NMR

- O CGMR deverá ser assessorado pelo Coordenador do NMR para discussão e pactuação dessa proposta e organização do fluxo de recebimento da manifestação de interesse e homologação da lista de municípios contemplados;
- Cabe ao Coordenador do NMR juntamente com o CGMR receber e conferir os documentos solicitados aos municípios que irão realizar o AP, de acordo com os critérios da resolução da CIB e encaminhar a lista dos municípios homologados à DAB/SESAB.

Responsabilidade do Estado

- Apoiar os municípios na realização do AP através do desenvolvimento do NMR;
- Fornecer Guia do Facilitador e Guia para o Trabalhador fornecidos pela SESAB para o AP, contendo os conteúdos e metodologias a serem abordadas no AP;
- Emitir através da SESAB certificado para os trabalhadores que concluírem o AP com aproveitamento de no mínimo 75% de presença.

Responsabilidade do Município

- Apresentar na reunião do CGMR a manifestação de interesse para receber o AP conforme Anexo da Resolução CIB.
- Disponibilizar espaço físico, materiais e equipamentos para a realização do Acolhimento Pedagógico no município;
- Apoiar, quando necessário, o deslocamento e alimentação dos facilitadores, assim como hospedagem no município.

643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657

Colocou que existe uma preocupação de quem irá financiar o deslocamento e alimentação e hospedagem dos facilitadores e foi proposto que isso irá ficar a critério do colegiado, esse tipo de pactuação, respeitando os Gestores que vão está definindo a partir da sua realidade local. Finalizou a apresentação. O Senhor Coordenador agradeceu e abriu para discussão sendo **Aprovado**. Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador passou para o seguinte ponto de pauta: 4. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: 4.1 Saldo do Recurso do bloco de Vigilância da Saúde x DST/AIDS. A Sra. Elza Calafange iniciou falando da Portaria 3252 da SVS que dispõe que quando há um saldo bancário na conta do bloco de vigilância da saúde correspondente a seis meses de repasse, a instituição deve preencher este formulário, submeter à CIB e depois encaminhar à SVS. Esclareceu que o bloco de vigilância tem uma conta única que contempla as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e ambiental, fortalecimento de LACENS e incentivo à rede nacional de laboratórios de saúde pública, vigilância epidemiológica em ambiente hospitalar, e registro de câncer de base populacional, essas ações são contempladas dentro do bloco de vigilância onde a conta recebe todos esses valores, agora com a Portaria 3252, os valores são quadrimestrais. Informou que em 30 de agosto estávamos com um saldo bancário correspondente a mais de seis meses de repasse para essa conta e mostrou os formulários com os recursos comprometidos:

Formulário MS Bloco de Vigilância

MINISTÉRIO DA SAÚDE SVS		ANEXO I DETALHAMENTO DO COMPROMETIMENTO DE RECURSOS BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
1. MUNICÍPIO / ESTADO:		2. UF :	3. DATA:
BAHIA		BA	30/08/2010
4. ITEM	5. DATA DOCTO	6. DISCRIMINAÇÃO DA JUSTIFICATIVA/DESPESA	7. VALOR EM R\$
1		Treinamentos centralizados em Salvador.	270.000,00
2		Monitoramento / supervisão.	3.087,50
3		Investigação e busca ativa complementar.	1.752,50
4		Descentralização para 2ª etapa Pólio para as DIRES.	650.000,00
5		Descentralização recursos para treinamento / seminário interior	45.000,00
6		Realizar curso de capacitação de vigilância epidemiológica da Dengue para DIRES, municípios prioritários e NVEH.	20.000,00
7		Realizar curso de capacitação de vigilância epidemiológica da FA para DIRES, municípios das áreas de risco, municípios com CCZ, municípios sentinela e NVEH.	15.000,00
8		Capacitação de médicos e enfermeiros em diagnóstico e manejo clínico da Dengue em, no mínimo, 10 Regionais de Saúde.	60.000,00
9		Realizar levantamento entomológico LTA nos 13 municípios da 5ª DIRES e 03 municípios da 7ª DIRES (Buerarema, S.J. da Vitória e Pau Brasil).	15.000,00
10		4ª Etapa do Plano Incremental para eliminação do Triatoma infestans.	590.000,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE SVS		FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS ACUMULADOS BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
1. MUNICÍPIO / ESTADO:		2. UF :	3. DATA:
BAHIA		BA	30/08/2010
4. SALDO BANCÁRIO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		4.1 DATA:	4.2 VALOR DO SALDO BANCÁRIO R\$
		30/08/10	22.149.834,36
5. DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS COMPROMETIDOS			VALOR EM R\$
5.1	NOTAS DE EMPENHO EM FASE DE LIQUIDAÇÃO		4.190.938,82
5.2	PAGTOS EFETUADOS APÓS A DATA DE VERIFICAÇÃO DO SALDO		0,00
5.3	PROCESSOS LICITATÓRIOS EM ANDAMENTO, C/ EDITAL JÁ PUBLICADO		4.121.552,22
5.4	PROCESSOS LICITATÓRIOS C/ RECURSOS ADMINISTRATIVOS E/OU JUDICIAIS		0,00
5.5	TOTAL DOS RECURSOS COMPROMETIDOS (DETALHAMENTO- ANEXO I)		8.312.491,72
6. PROPOSTA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS NÃO COMPROMETIDOS (Listar ações estabelecidas na Programação Anual de Saúde para execução Financeira até dezembro de 2010)			VALOR EM R\$
7. NOME DO GESTOR DA SECRETARIA DA SAÚDE			
Jorge José Santos Pereira Solla			
11	Supervisionar as ações de implantação / implementação nas regionais		359.608,00

12		Realizar capacitação para os profissionais das DIRES, em vigilância epidemiológica em Doença de Chagas.	80.000,00
13		Curso introdutório de formação inicial e continuada nos municípios que já realizaram processo seletivo para agentes de combate às endemias.	60.000,00
14		Realização de 01 seminário de avaliação do Curso de Atualização para ACE.	20.000,00
15		01 seminário para Avaliação do Desenvolvimento da Política de Desprecarização no Estado.	30.000,00
16		Capacitar profissionais de saúde para a realização do diagnóstico, tratamento, prevenção de incapacidades físicas.	20.000,00
17		Promover em parceria com o LACEN a capacitação de técnicos para a coleta e leitura de BAAR em Hanseníase.	15.000,00
18		Produção / reprodução de material institucional para capacitação.	300.000,00
19		Mobilização comunitária estadual / municipal com divulgação de sinais e sintomas de Hanseníase.	30.000,00
20		Criar e reproduzir material de Informação, Educação e Comunicação – IEC (álbum seriado, cartazes, folhetos e spot) para apoio às capacitações e mobilizações comunitárias.	200.000,00
21		1º Encontro Anual de Leptospirose.	25.000,00
22		Capacitação.	480.000,00
23		Supervisão.	650.000,00
24		Atividades de campo para controle das endemias.	60.000,00
25		Descentralização para as DIRES.	250.000,00
26		Descentralização para as DIRES.	380.000,00
27		Plano incremental Chagas.	590.000,00
28		Insumos de Laboratório.	490.000,00
29		Reforma de Unidades Assistenciais	500.000,00
30		Equipamentos.	700.000,00
31		Produção material educativo.	500.000,00
32		Seminários.	285.000,00
33		Aquisição de 03 caminhões baú p/ transporte de vacinas	405.000,00
34		Treinamentos realizados em Salvador <ul style="list-style-type: none"> • Georeferenciamento – 140 participantes • Oficina Notificação Violência – 200 participantes • Oficina Monitoramento 2009/2010 – 40 participantes 	150.000,00
35		Monitoramento 2009 e I semestre de 2010.	15.004,00
36		Descentralização III Plano Trimestral de Trabalho.	500.000,00
37		Descentralização IV Plano Trimestral de Trabalho.	500.000,00
38		Descentralização do diagnóstico laboratorial em saúde pública (Rede de Laboratórios de Saúde Pública) aquisição de insumos, equipamentos, supervisão e capacitação	557.350,00
39		Apoio técnico-financeiro aos municípios na estruturação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública – RELSP para reforma e adequação	900.000,00
40		Apoio técnico e financeiro às DIRES nas ações de Vigilância Sanitária no estado.	240.000,00
41		Contratos em andamento (cursos de capacitação)	430.000,00
42		Contratos de manutenção diversos (Rede de Frio, veículos, dentre outros)	380.000,00
43		Atividades de Vigilância sanitária no estado	430.000,00
TOTAL			12.201.802,00

7. COMENTARIOS:

Até o final de 2010 a Rede de Laboratórios de Saúde Pública deverá ter 11 Laboratórios Municipais de Referência Regional – LMRR em funcionamento. Serão inaugurados os laboratórios de Serrinha, Guanambi, Ibotirama, Bom Jesus da Lapa, Teixeira de Freitas, Alagoinhas, Jequié, Juazeiro e Cícero Dantas. Estão em funcionamento: Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista e Salvador.

Até o final de 2010, a rede de Laboratórios de Vigilância de Qualidade da Água e Entomologia estarão em funcionamento: Feira de Santana, Ilhéus, Teixeira de Freitas, Brumado, Serrinha, Vitória da Conquista, Senhor do Bonfim, Jequié, Santo Antônio de Jesus, Guanambi e Irecê.

8. NOME DO GESTOR DA SECRETARIA DA SAÚDE

Jorge José Santos Pereira Solla

658 Dentro do bloco de vigilância, o incentivo do programa nacional de DST AIDS tem uma conta específica, não está dentro da
659 conta do bloco de vigilância e em 30 de agosto tínhamos um saldo de R\$ 5.567.470,10.
660

661
662

Formulário MS Incentivo AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE SVS		ANEXO I DETALHAMENTO DO COMPROMETIMENTO DE RECURSOS BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	
1. MUNICÍPIO / ESTADO: BAHIA		2. UF : BA	3. DATA: 30/08/2010
4. ITEM	5. DATA DOCTO	6. DISCRIMINAÇÃO DA JUSTIFICATIVA/DESPESA	7. VALOR EM R\$
1		insumos de laboratórios para exames de HIV p/ LACEN e CEDAP	R\$ 200.000,00
2		Realizar amostra estadual de saúde e prevenção	R\$ 80.000,00
3		Adequar estrutura física do SAE p/ realização de baciloscopia p/ o diagnostico da tuberculose	R\$ 50.000,00
4		Apoiar reforma do ambulatório e enfermaria do H. Couto Maia, Roberto Santos e CEDAP	R\$ 500.000,00
5		Descentralização p/ as Dires p/ as ações de prevenção, assistência e diagnostico	R\$ 250.000,00
6		Seminário Estadual Hepatites Virais e HTLV	R\$ 100.000,00
7		Realizar cursos de capacitação	R\$ 250.000,00
8		Apoiar ações da sociedade civil (encontros, seminários, capacitações e oficinas)	R\$ 450.000,00
9		Aquisição de equipamentos	R\$ 700.000,00
10		Aquisição de formula lacta infantil	R\$ 240.000,00
11		Habilitação de novos municípios a política de incentivos	R\$ 380.000,00
12		Supervisão técnica às Dires/Municípios	R\$ 50.000,00
13		Participação dos servidores estaduais, colaboradores e sociedade civil em eventos (passagens, diárias e inscrição em eventos)	R\$ 100.000,00
TOTAL			3.350.000,00

MINISTÉRIO DA SAÚDE SVS		FORMULÁRIO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS ACUMULADOS INCENTIVO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS	
1. MUNICÍPIO / ESTADO: BAHIA		2. UF : BA	3. DATA: 30/08/2010
4. SALDO BANCÁRIO DO INCENTIVO DO PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS		4.1 DATA: 30/08/10	4.2 VALOR DO SALDO BANCÁRIO R\$ 5.567.470,10
5. DEMONSTRATIVO DOS RECURSOS COMPROMETIDOS		VALOR EM R\$	
5.1	NOTAS DE EMPENHO EM FASE DE LIQUIDAÇÃO	637.889,73	
5.2	PAGTOS EFETUADOS APÓS A DATA DE VERIFICAÇÃO DO SALDO	0,00	
5.3	PROCESSOS LICITATÓRIOS EM ANDAMENTO, C/ EDITAL JÁ PUBLICADO	357.089,00	
5.4	PROCESSOS LICITATÓRIOS C/ RECURSOS ADMINISTRATIVOS E/OU JUDICIAIS	268.000,00	
5.5	TOTAL DOS RECURSOS COMPROMETIDOS (DETALHAMENTO- ANEXO I)	1.262.978,73	
6. PROPOSTA DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS NÃO COMPROMETIDOS (Listar ações estabelecidas na Programação Anual de Saúde para execução Financeira até dezembro de 2010)		VALOR EM R\$	
7. COMENTÁRIOS			
7. NOME DO GESTOR DA SECRETARIA DA SAÚDE Jorge José Santos Pereira Solla			
7. COMENTÁRIOS: Até o final de 2010 a Rede de Laboratórios de Saúde Pública deverá ter 11 Laboratórios Municipais de Referência Regional – LMRR em funcionamento. Serão inaugurados os laboratórios de Serrinha, Guanambi, Ibotirama, Bom Jesus da Lapa, Teixeira de Freitas, Alagoinhas, Jequié, Juazeiro e Cícero Dantas. Estão em funcionamento: Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista e Salvador. Até o final de 2010, a rede de Laboratórios de Vigilância de Qualidade da Água e Entomologia estará em funcionamento: Feira de Santana, Ilhéus, Teixeira de Freitas, Brumado, Serrinha, Vitória da Conquista, Senhor do Bonfim, Jequié, Sto. Antônio de Jesus, Guanambi e Irecê.			
8. NOME DO GESTOR DA SECRETARIA DA SAÚDE Jorge José Santos Pereira Solla			

663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728

Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão e votação e foi aprovado à unanimidade. Em seguida passou para o seguinte ponto de pauta: 3. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde – SAFTEC/DASF: 3.1 Aprovação do Termo de Compromisso entre entes públicos para implantação do Projeto de Abordagem Global do Sintomático Respiratório – RESPIRA BAHIA. Dr. Lindemberg Assunção informou que este projeto já foi apresentado aqui na CIB há algum tempo por Dr. Antônio Carlos Lemos e é um projeto na área de pneumologia sanitária que engloba o tratamento de várias patologias na área de pneumologia. Pneumonia comunitária já tem cobertura na atenção básica de antibióticos importantes e é uma das maiores causas de internação hospitalar juntamente com hipertensão pulmonar, tuberculose, asma de difícil controle, asma grave, leve e moderada, e o DPOC que é uma doença que não tem cobertura. O MS já está trabalhando em um protocolo que provavelmente sai até o final do ano com um financiamento que vai ser pactuado na CIT provavelmente ainda este ano. Este protocolo está em fase de elaboração pelo MS e agora estamos trazendo a proposta desse programa Respira Bahia, englobando a cobertura de tratamento e diagnóstico dessas doenças. Trabalhamos com um grupo envolvendo todas as áreas da SESAB, com representação do COSEMS e a proposta é de pactuação através de um Termo de Compromisso com as linhas gerais desse projeto que intitulamos “Respira Bahia” e que vai ter um grande impacto especialmente na área da atenção básica porque uma das maiores causas de internação são as doenças respiratórias.



Assistência Farmacêutica

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia-SESAB, em parceria com a Sociedade de Pneumologia da Bahia e a Universidade Federal da Bahia (Serviço de Pneumologia do Hospital Universitário Professor Edgard Santos) apresenta o Programa “Abordagem Global do Sintomático Respiratório” – RESPIRA BAHIA como uma importante estratégia para um adequado controle das patologias respiratórias mais prevalentes na população.

Objetivo Geral

- Melhorar o *manejo clínico* (qualidade da atenção) e a *capacidade de tomada de decisões* do sistema de saúde para as doenças respiratórias, especialmente na atenção básica.

Justificativas

- Constituir-se em uma estratégia importante para a redução da morbi-mortalidade decorrente das patologias respiratórias;
- Sistematização da abordagem global do sintomático respiratório, aproveitando, integrando e reforçando os recursos humanos e a rede instalada;
- Permitir à população assistida maior acesso aos fármacos;

Afirmou que o programa vai contemplar um treinamento focado nas doenças respiratórias para todas as equipes de saúde dos municípios que aderirem ao programa e citou que já temos trabalhos importantes de custos e efetividade como o que foi realizado no PROAR, só em asma grave, as taxas de internação e os custos associados com internação dessas doenças que são bastante conhecidas. Relatou que vamos pegar a estrutura da atenção básica, das equipes de saúde da família, qualificar e colocar um aporte tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento das patologias. Lembrou que antes, na Portaria 3237 eram separados os medicamentos para rinite e asma que são os recursos que mais se acumularam no decorrer dos anos na área de assistência farmacêutica básica por falta de utilização, e identificamos nestes últimos anos que essa falta de utilização de recurso é porque não tinha qualificação adequada nessa área de pneumologia sanitária.

Justificativas

- Contribuir para o fortalecimento das ações de controle da TB, pela sistematização e padronização da abordagem do SR;
- Contribuir para qualificação do profissional de saúde em atuação na atenção básica em relação às doenças respiratórias;
- Permitir o acesso da população a informações sobre patologias respiratórias, reduzindo hospitalização, com economia de recursos.

Objetivo de Rentabilidade

- Reduzir o custo de gestão por paciente com enfermidade respiratória;
- Aumentar o número de pacientes com sintomas respiratórios atendidos na atenção básica de saúde;
- Reduzir o número de consultas de urgência e necessidade de internamento de pacientes com asma, DPOC e pneumonias.

729 Colocou que a Tuberculose ainda é uma patologia importante, prevalente, que já tem um programa e que não vamos deixar de
 730 fora uma importante causa de mortalidade e de internação. Comentou que temos um feedback muito grande dos municípios
 731 que tem dificuldade com o médico da atenção básica no tratamento dessas patologias, especialmente em DPOC que envolve
 732 uma linha de tratamento que não tem cobertura e o estado, para a maioria dos municípios, vai contribuir para o acesso da
 733 população a esses medicamentos.

Objetivo de Rentabilidade

- Aumentar a detecção e diagnosticar mais precocemente casos de TB;
- Reduzir o grau de absenteísmo e incapacidade associados à asma e à DPOC;
- Aumentar a adesão ao tratamento, o índice de satisfação e melhorar a relação custo - benefício do programa a longo prazo.

Assistência Farmacêutica de Todos Nós

Projeto Piloto

Respira Bahia

RABUNA

ILRÉUS

VITÓRIA DA CONQUISTA

GUANANDI

TERRERA DE FREITAS

BARREIRAS

752 Ressaltou que estes municípios do Projeto Piloto já tinham uma estrutura de diagnóstico para a área de pneumologia e já
 753 tinham avançado na conversa inicial.

Assistência Farmacêutica de Todos Nós

Status

Respira Bahia

GRUPO DE TRABALHO ESTADUAL

GRUPO DE TRABALHO MUNICIPAIS

AQUISIÇÃO DE ESPINÔMETROS

ASSINATURA DO TERMO DE COMPROMISSO

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

CENTROS DE REFERÊNCIA

Termo de Compromisso

- O Termo tem por objetivo formalizar a implantação do Projeto RESPIRA BAHIA definindo o papel dos sistemas municipal e estadual de Saúde.
- A formalização da contratação se dará através da fixação de metas e constará no pacto de Gestão entre o Estado e o Município.

Equipe Técnica

- ❖ **Autores/Assessoria técnica:**
 - Antônio Carlos Moreira Lemos
 - Eliana Dias Matos
- ❖ **Coordenação:**
 - Lindemberg Assunção Costa
- ❖ **Parcerias**
 - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)
 - Sociedade de Pneumologia da Bahia (SPB)
 - Serviço de Pneumologia do HUPES
 - Secretarias Municipais de Saúde

Contatos

- E-mail
 - sesab.dasf@saude.ba.gov.br
 - dasf.promex@saude.ba.gov.br
- Telefone
 - 3115-4376
 - 3115-4352



791 Após a apresentação o Senhor Coordenador colocou em discussão. Dra. Vicenza Lorusso comentou que os objetivos estão
 792 claros e bem definidos, mas sentiu falta de um indicador para que amanhã possamos dizer, por exemplo, que aumentaram os
 793 sistemáticos respiratórios da tuberculose, mas o interessante seria saber de quanto para quanto ou pelo menos na sua meta,
 794 de quanto para quanto está previsto. É preciso que a base esteja clara, ou seja, com que números estão partindo, para que
 795 possamos saber daqui a um tempo onde vamos chegar, assim sugeriu que fossem colocados indicadores para cada objetivo.

796 Manifestou sua preocupação quanto a ficar discutindo em ensinar atenção primária, pois a sua impressão às vezes é de que
797 passamos à vida toda ensinando, treinando educação permanente, e assim se questiona sobre o que as pessoas saem
798 sabendo da universidade. Questionou ainda se não temos que qualificar o ensino nas universidades. Chamou atenção por
799 todas essas pessoas que saem continuamente para cursos, pois na medida em que o profissional se ausenta uma semana, um
800 dia, ou até algumas horas, ele pára de trabalhar e não produz o que deveria e isso ocorre inclusive na sua equipe que vários
801 profissionais estão sempre em cursos e com isso os processos regulatórios não avançam. Dr. Lindemberg colocou que em
802 parceria com a Universidade, com a SESAB e a Sociedade de Pneumologia, as metas todas estão escritas no Projeto. Com
803 relação à educação, concordou com a Dra. Vicenza, tanto que a universidade foi chamada. Relatou que a Escola de Saúde
804 Pública e as universidades têm o papel de formar, e quanto à forma que vamos pactuar com cada serviço para liberar as
805 pessoas, pretendemos fazer através das macrorregionais aproveitando a capacidade instalada que já temos; o maior indicador
806 que temos que é simples de se mensurar, são os medicamentos que estão no estoque e não tem saída, então é evidente que
807 não é desconhecimento do médico que não tem esse medicamento, é porque não se tem um treinamento focado para os
808 pequenos municípios especialmente em patologias que tem frequência e não tem uma formação adequada na faculdade.
809 Farmacologia na UFBA até bem pouco tempo atrás era dado em um semestre, então o médico aprende no dia a dia e aprende
810 com outro, olhando e prescrevendo, então por isso é importante formar, mas infelizmente o estado assume essa função porque
811 as escolas não acompanham apesar da melhora substancial na formação dos médicos nos últimos tempos com os currículos
812 generalistas. Dr. Ricardo Gouveia lembrou a questão da capacitação, e sugeriu que haja algum tipo de cobrança desse
813 profissional que foi capacitado, ou seja, na medida em que se investiu e o medicamento continua parado na prateleira
814 perdendo inclusive a validade, e isso acontece muito, porque o que vemos nesse profissional especificamente formado para
815 ser generalista é que existe infelizmente um grande costume de “encaminhe ao especialista”, ou seja, chegou no consultório
816 ele encaminha para o pneumo e com isso não temos pneumo dentro da unidade básica, pois o medicamento fica todo parado
817 e quando a pessoa vai justamente para um pneumo, ele vem com uma receita toda de alto custo, então é preciso se colocar
818 dentro dessas capacitações principalmente visando o uso desse tipo de medicamento alguma forma de sensibilizar o
819 profissional quanto à responsabilidade dele e o envolvimento com a comunidade, porque se não for cobrado isso do
820 profissional deixaremos que este seja cada dia mais encaminhador. Colocou ainda que existe por parte da população também
821 um interesse muito grande em procurar o especialista por achar que estará sendo melhor tratado, assim é preciso, dentro
822 desse tipo de projeto pedagógico colocar sempre as questões de capacitação, cobrança e sensibilização da responsabilidade
823 social. Dr. Lindemberg enfatizou que não há nem o que discutir, isso é um mau exemplo no Programa Medicamento em Casa,
824 diabetes e hipertensão, onde monitoramos quantas vezes o paciente volta na unidade e sabemos se ele está sendo prescrito e
825 visto pelo médico continuamente, então quando começa a cair o número de prescrição e o atendimento do doente, mandamos
826 uma equipe in loco, mas é óbvio que o gestor municipal que está aqui é o principal responsável pelas unidades de saúde da
827 família e em parceria com eles, com a criação de centros e pegando profissionais que tenham baixa rotatividade nas equipes,
828 conseguimos manter um determinado equilíbrio, mas é uma tarefa hercúlea manter um profissional principalmente nos
829 municípios de pequeno porte, mas esse profissional que está hoje aqui vai para outra unidade de saúde da família, então é
830 importante treiná-lo porque sempre são os mesmos que estão circulando naquela macrorregional, por exemplo. O Secretário
831 Municipal de Saúde de Capim Grosso, Kleber de Oliveira, considerou importante este tipo de acompanhamento para capacitar
832 melhor o profissional de saúde porque às vezes o médico que está no interior tem dificuldade de acesso a algumas
833 informações, às vezes existe a troca de medicamentos da rede básica e ficamos sem saber o porquê trocou, por isso também
834 a educação continuada é importantíssima não só para os médicos como também para os técnicos de enfermagem. Dra. Gisélia
835 Souza ponderou que Dra. Vicenza trouxe algumas questões que não dizem respeito apenas ao programa apresentado pelo
836 Respira Bahia, mas também a conseguirmos medir o impacto do processo da política de educação permanente nas práticas
837 dos profissionais de saúde em todos os âmbitos. Essa questão é um grande desafio para todos os gestores, pois dificilmente
838 temos hoje no SUS algum profissional que não tenham passado por algum processo de capacitação de educação permanente;
839 obviamente que os processos se renovam e temos também concepções e paradigmas que vão entrando no processo de
840 formação do profissional a partir inclusive do próprio processo de organização de trabalho, dos próprios processos que a
841 sociedade exige e que precisamos aprimorar e adequar. Relatou que estamos trabalhando como acabamos de ver na
842 apresentação, com linhas de cuidado, de forma integral não fragmentando o conhecimento nem o paciente dentro do que seria
843 a sua trajetória, seu itinerário terapêutico. Quando pensamos no Respira Bahia foi pensando naquele profissional da atenção
844 básica que seja capaz de fazer o diagnóstico e que tenhamos minimamente algum equipamento, algum recurso para
845 diagnosticar e os recursos para o tratamento, estes na verdade o estado já possui, o que precisamos é ampliar o acesso e a
846 capacidade de controlar essas patologias para ter condição de dar resposta e resolutividade a essas patologias no nível da
847 atenção básica para que o indivíduo não tenha que percorrer uma via crucis no processo e até de agravamento das suas
848 condições de saúde, portanto, a inovação do Respira Bahia é que ele chega na ponta, na atenção básica para o controle das
849 patologias respiratórias no nível da atenção básica inclusive treinando o médico generalista, a equipe de saúde multi-
850 profissional, então é um programa que tem uma grande potencialidade de controlar essas patologias de forma integral no nível
851 da atenção básica, é claro que aportando os equipamentos necessários para diagnóstico e tratamento dessas patologias. Dra.
852 Telma Dantas agregou o fato de que hoje a política estadual de educação permanente estabelece também e com muita
853 clareza, que a educação permanente tem que se fazer no trabalho, pelo trabalho, utilizando inclusive as ferramentas desse
854 processo de trabalho para a educação contínua, além do que sabemos que o reconhecimento da necessidade de
855 conhecimento de todos os profissionais de novas tecnologias é inexorável. Dra. Gisélia ressaltou que no termo de
856 compromisso consta o que compete ao estado e o que compete aos municípios, destacando que é importante porque
857 justamente essas condições para implementação do programa estão dadas concretamente e objetivamente nesse documento.
858 Dr. Lindemberg informou que todos receberam o Termo de Compromisso que estava disponibilizado na entrada do auditório,
859 junto da lista de presença. **Após as colocações foi aprovado à unanimidade.** Dando prosseguimento à pauta, o Senhor
860 Coordenador passou para o seguinte item: 5. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde –
861 SUREGS/DICON/DIPRO: **5.1 Política de Regulação.** **Dra. Vicenza Lorusso informou que apresentaria a segunda versão**
862 **da proposta da Política de Regulação,** resultado de uma primeira discussão que houve no mês de março com o COSEMS

863 que montou uma comissão e fez um documento que sugeria todas as modificações para a Política que vem num segundo
 864 produto e já foi rediscutida pela manhã na reunião do COSEMS e teve a incorporação das sugestões colocadas. Uma das
 865 exigências do COSEMS foi que o documento da Política de Regulação tivesse formato de portaria e que se reportasse a todas
 866 as portarias que regem o SUS.
 867

POLÍTICA DE REGULAÇÃO

Versão 2 (3)

(Revisada após sugestões da Comissão do COSEMS)

Considerando

- Lei Orgânica da Saúde N.º 8.080: Condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências
- Portaria N.º 2048/GM: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais U/E
- Portaria N.º 399/GM: Diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde
- Portaria N.º 699/GM: Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida/Gestão
- Portaria GM N.º 648: Política Nacional da Atenção Básica;
- Portaria N.º 3.277/GM: Participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS
- Portaria N.º 1.571/GM: Incentivo financeiro implantação/implementação dos CR;
- Portaria Estadual N.º 1.232: CGMR nos 28 municípios Pólo de Microrregião;
- Portaria GM N.º 1.559: Política Nacional de Regulação do SUS;
- Portaria N.º 2.907/GM: Incentivo financeiro para implantação e/ou implementação dos CR.

Considerando necessidade de:

- Estruturar ações de regulação, no âmbito do Estado, visando aprimoramento e integração dos processos de trabalho;
- Fortalecer instrumentos de gestão do SUS que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais
- Fortalecer processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

RESOLVE

Art. 1

- Instituir Política Estadual de Regulação do SUS como instrumento que possibilite plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.
- Parágrafo único: Trata das diretrizes e princípios definidores da Regulação Estadual.
- *Elementos referentes à operacionalização do processo serão elaborados e consensuados nos CGMR, no Plano de Regulação da Assistência e no Manual Implantação dos CR.*

Art. 2

- Processos de trabalho que compõem Regulação do Acesso à Assistência serão implantados/implementados de forma integrada, nos municípios do Estado, de acordo com PDR.
- § 1º Em municípios apenas com AB (*solicitantes*), processos de regulação poderão ser efetuados na SMS, obedecendo aos fluxos de solicitação para município de referência, de acordo com PPI.
- § 2º Em municípios com serviços de MC ambulatorial e hospitalar, processos de Regulação poderão ser realizados na SMS, ou numa Central de Regulação.
- § 3º Os Municípios pólo de micro terão CR de abrangência regional, funcionando 24h, utilizando sistema de informação descentralizado para todos municípios de sua abrangência / referência, comunicando com sistema estadual.

928

929 Chamou atenção que este documento apenas trata das diretrizes e dos princípios definidores da regulação estadual e que tudo
 930 o que vai ser operacional será contemplado num segundo momento com a elaboração de um plano de regulação da
 931 assistência e do manual de implantação dos complexos reguladores.

Art. 2 (cont.)

- 932 ○ § 4º CER, - funcionamento 24h - utilizará sistemas informatizados comunicando-se com os CR regionais.
- 933 ○ § 5º CER deverá:
 - 934 • Monitorar processos de referência e contra-referência inter-macro;
 - 935 • Articular referência e contra-referência inter-macrorregional;
 - 936 • Regular procedimentos de AC contratualizados com recursos próprios;
 - 937 • Operar CERAC/CNRAC;
 - 938 • Regular prestadores de serviços nos municípios sob gestão estadual.
- 939 ○ Parágrafo único: as áreas técnicas de regulação municipais deverão construir estratégias de ação necessárias à
 940 implantação/implementação dos processos regulatórios mediante apoio técnico do CR de abrangência regional e da
 941 DIREG/SUREGS.

Art. 3

- 942 ○ A Regulação do acesso será operacionalizada por estruturas denominadas “Complexos Reguladores”, formados por unidades operacionais - Centrais de Regulação -, integradas por protocolos de acesso e sistemas informatizados e, *na falta destes, por protocolos de comunicação por fax ou telefone.*
- 943 ○ § 1º Os processos de autorização de AIH e de APAC serão integrados às demais ações da regulação do acesso.

Art. 4

- 944 ○ **O financiamento da regulação será tripartite - união, estado e município, sendo explicitado em plano de trabalho a ser elaborado.**

Art. 5

- 945 ○ Autorizações para TFD deverão seguir o preconizado na Portaria/SAS/Nº 055 e estabelecido no Manual de TFD.
- 946 ○ § 1º TFD Intermunicipal de responsabilidade de cada gestor municipal que deve administrar os recursos oriundos do SUS, alocados no teto dos municípios, segundo parâmetros de financiamento aprovados em CIB, complementando, quando necessário, com contrapartida do FMS.
- 947 ○ § 2º TFD interestadual de responsabilidade do gestor estadual que utiliza recursos do tesouro estadual para garantia de acesso a procedimentos de AC não disponíveis ou insuficientes no seu território.

948 O Artigo 4 acima, foi colocado hoje após a discussão no COSEMS, pois na versão anterior não tinha sido mencionada a
 949 questão relativa ao financiamento porque o entendimento era que uma vez que fossem elaborados planos de trabalho de
 950 regulação, definidas as estratégias e atividades, poderíamos destinar a parte financeira, mas hoje foi colocado que era
 951 importante como diretriz estar definido que este financiamento deverá ser tripartido embora poderá ser explicitado com plano
 952 de trabalho.

Art. 6, 7 e 8

Art. 6

- 953 ○ CR Estadual é de gestão e gerência da SES

Art. 7

- 954 ○ CR Regional é de gestão e gerência das SMS nos casos assim definidos.

- 955 • I. CR Regional do Município Pólo de Microrregião deverá operacionalizar e monitorar os processos regulatórios intermunicipais da sua área de abrangência sendo monitorado periodicamente pelos CGMRs;
- 956 • II. CR Regional do Município Pólo de Macrorregião deverá operacionalizar e monitorar processos regulatórios inter-microrregionais da sua área de abrangência, fazendo interface com os setores de regulação dos municípios e com CER para fluxo inter-macrorregionais.

Art. 8

- 957 ○ CR Municipal é de gestão e gerência da SMS e deve garantir acesso da população própria às unidades de saúde e da população referenciada, conforme pactuação.

Art. 9

- 958 ○ O CR será organizado em:
 - 959 ○ I - Central Regulação de Consultas e Exames: regula acesso a todos procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
 - 960 ○ II - Central Regulação de Internações Hospitalares: regula acesso aos leitos e procedimentos hospitalares eletivos e acesso aos leitos hospitalares de urgência;
 - 961 ○ III - Central Regulação de Urgências: regula atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, acesso aos leitos hospitalares de urgência.

996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061

Art(s) 10, 11 e 12

Art. 10

- A porta de entrada para serviços de MAC que não de U/E, deve ser AB, organizada por linha de cuidado, utilizando protocolos definidos pelo MS, SESAB e SMS.

Art. 11

- Todos municípios deverão organizar uma AB resolutive e integrada com demais níveis de assistência, através de solicitações padronizadas por protocolos.

Art. 12

- Transporte inter-hospitalar deverá seguir regulamentações do CFM e Portaria GM n.º 2048 de 05/11/2002.
- § 1º Os municípios deverão assumir transporte sanitário para transferências intra e intermunicipal de pacientes não críticos em USB e críticos, quando houver de USA.
- § 2º A indicação do tipo de transporte será do médico assistente, cabendo a CER a análise da pertinência, de acordo com o quadro clínico descrito.

Art. 13

Cabe ao Estado:

- I. Cooperar tecnicamente com Municípios para qualificação atividades de regulação;
- II. Avaliar desempenho das redes regionais de atenção à saúde;
- III. Fomentar uso e qualificação das informações do Cadastros de Usuários e CNES;
- IV. Elaborar e divulgar protocolos clínicos e de regulação
- V. Operacionalizar CR estadual *de forma integrada com os regionais*;
- VI. Estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;
- VII. Subsidiar, através das informações dos CGMR, revisão periódica da PPI intermunicipal e interestadual;
- VIII. Subsidiar, através das informações geradas dos CR, contratualização de serviços de saúde;
- IX. Apoiar municípios na capacitação dos RH de Regulação, através dos NEPs;
- X. Estabelecer fluxos de referência regionais, de acordo com PDR e PPI;
- XI. Participar e articular, junto ao MS, na pactuação interestadual e operar os fluxos interestaduais;
- XII. Contratualizar os serviços de municípios sob gestão estadual;
- XIII. Elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal;
- XIV. Fomentar comunicação entre diferentes instâncias no intuito de monitorar os processos regulatórios.
- XV – *Produzir periodicamente relatórios que possibilitem avaliar e readequar o complexo regulatório do SUS-BA.*

Art. 14

Cabe aos Municípios:

- I. Organizar processos de trabalho de Regulação, de acordo com Art. 2
- II. Viabilizar processo de regulação do acesso a partir da AB (*e em situações especiais de outras unidades*), provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização
- III. Utilizar protocolos clínicos e de regulação
- IV. Regular procedimentos referenciados para outros municípios, de acordo com PPI, seguindo fluxos estabelecidos
- V. Efetuar controle e avaliação dos procedimentos referenciados
- VI. Garantir acesso, referencia e contra-referencia da população própria e referenciada, de acordo com PPI
- VII. Realizar e manter atualizado o Cartão SUS e CNES;
- IX. Participar da elaboração e revisão periódica da PPI intermunicipal
- X. Contratualizar serviços de municípios sob gestão municipal
- XI. Elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal
- XII. Garantir a conectividade para operacionalização e comunicação dos sistemas
- XIII. Manter comunicação com as diferentes instâncias envolvidas no processo regulatório.

Art. 15

- **A regulação da AC será assumida pelos municípios com comando único, observadas as responsabilidades pactuadas assumidas no Termo de compromisso de Gestão por eles assinados;**
- **Os Termos de Compromisso deverão ser monitorados e avaliados através dos CGMR, conforme o disposto no artigo 18.**

Após uma discussão no COSEMS foi sugerido que o Artigo 15 (acima) substituisse o que tinha sido colocado anteriormente (abaixo). Foi considerado que não havia necessidade de colocar todos aqueles critérios que amarravam os municípios com comando único à gestão da alta complexidade, desde que se o município tem comando único, é obvio que ele tem que assumir e respeitar esse compromisso. Foi um pouco polêmico, mas o consenso no COSEMS foi pela substituição do artigo.

Art. 15

- Para que o município com comando único assumira a Regulação da AC complexidade, deverá comprovar implantação de ações e instrumentos que possam garantir a Regulação:
 - I. Rede assistencial conformada, tendo a Atenção Básica como coordenadora do sistema;
 - II. Plano de regulação elaborado;
 - III. Disponibilização da agenda de prestadores para o sistema regulatório do município, através de contratos;
 - IV. Sistema informatizado que possa gerar lista de espera única;
 - V. Protocolos clínicos baseados em evidências científicas e protocolos de regulação implantados;
 - IV. Funcionamento 24h do CR para gestão da U/E e gestão dos leitos, com sistema informatizado descentralizado para os municípios de sua abrangência;
 - VI. Aprovação no CGMR e posteriormente na CIB do plano de regulação.

Art. (s) 16, 17 e 18

Art. 16

- Nos municípios que não atenderem ao disposto no artigo 14, o Estado poderá assumir regulação da AC no seu território, *ao tempo em que spdia a efetivação dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso de Gestão.*

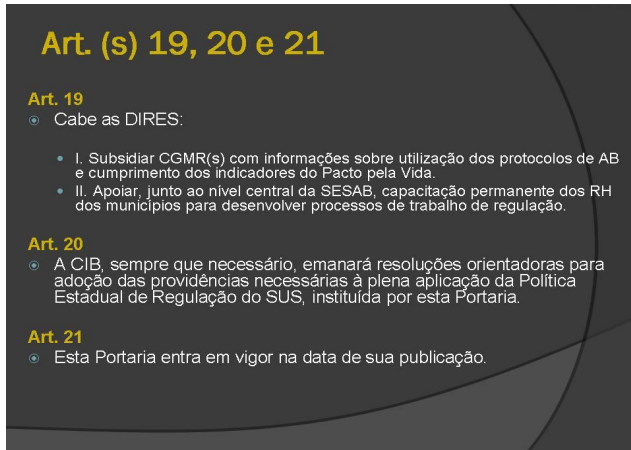
Art. 17

- Comunicação dos municípios com municípios sede de Micro, sede de Macro e o CR Estadual deverá ser garantida através da utilização de sistemas de regulação que se comuniquem entre se.

Art. 18

- Cabe aos CGMR(s), com apoio institucional e matricial da SESAB e do COSMS:
 - Instituir processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional;
 - Acompanhar cumprimento das pactuações estabelecidas
 - Avaliar as redes municipais e estadual de saúde no que se refere a garantia do acesso qualificado e equânime às ações e serviços de saúde.

Com relação ao Artigo 16 acima, o que se quer é que quando o município não está aderindo ao disposto no artigo 14 o estado apóie para que ele chegue numa condição tal de poder assumir a alta complexidade.



Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão e aprovação. O Secretário Municipal de Saúde de Teodoro Sampaio, Heron Silva, considerou que este assunto deve ser bem discutido porque não ficou muito claro; o recurso para os municípios que têm alta complexidade é de todo o estado e da forma que está sendo colocado, acredita que os pequenos e médios municípios vão estar extremamente prejudicados. Considerou que essa lista tem que ser publicizada para todo o estado, porque como já disse desde a aprovação da PPI, não é culpa do governo atual nem dos municípios, a política de saúde implementada no estado foi centralizada em alguns municípios e sabemos que os pólos realmente têm que ter alta complexidade, mas não em detrimento à assistência ao restante da população do estado, temos que ter essa garantia de acesso, e da forma como está colocado aí corremos o risco de um município estar trabalhando com um recurso que é de todos nós e só atender à sua população própria ou a quem ele quiser. Dr. Andrés Alonso parabenizou a equipe da DIREG e a Central de Regulação pelo trabalho realizado juntamente com todos os participantes e o COSEMS, que se empenharam muito para elaborar este documento. Colocou alguns questionamentos, até de algumas alterações que foram feitas, primeiro quanto a estar amarrando neste momento de uma forma linear o financiamento da regulação tripartite, pois este processo tem que ser discutido caso a caso e não tem que estar neste momento já como uma diretriz da política, essa necessidade, essa obrigatoriedade, a depender da situação. Com relação à regulação da alta complexidade, acha que passa um pouco pela discussão inclusive das responsabilidades do comando único, nós não temos que ser contraditórios nas posições que tivemos no processo de elaboração da Política de Regulação, a representação do COSEMS em alguns momentos colocou de uma forma muito clara que era necessário inclusive reafirmar alguns princípios do Sistema Único de Saúde na elaboração da Política de Regulação, o que entra em contradição com a necessidade e a proposta de retirar o Artigo 15 que é estabelecer e fortalecer as responsabilidades dos municípios que estão com comando único, justamente no sentido de garantir o acesso aos municípios pactuados, dessa forma ninguém tem responsabilidade sobre nada e é muito fácil transferir especialmente nos momentos de dificuldade a responsabilidade para o estado, especialmente na linha de cuidado que diz respeito à urgência e emergência, então em sua opinião o Artigo 15 deve ficar dentro desse processo, não concorda que este seja transformado e remetido especificamente ao pacto, é necessário afirmar sim, como política, como diretriz, para que possamos fortalecer o processo regulatório no estado, garantindo o acesso e fortalecendo a própria PPI. O Senhor Coordenador concordou com a preocupação do Secretário Heron, só tem dúvida se está dado conta ou não no texto que foi estabelecido. Dr. Andrés já trouxe outras questões, frente a estes pontos, considerou melhor não aprovar agora, remeter para uma nova discussão com o COSEMS e voltar para a pauta na próxima reunião. Houve consenso. Dra. Suzana Ribeiro colocou que pela manhã junto com Dra. Vicenza foi feito este encaminhamento, pois tinham entendido que não havia consenso, porém no momento de sua fala Dra. Vicenza propôs substituir o Artigo 15 e aí, discordou frontalmente com a fala de Dr. Andrés, pois em sua opinião princípios e diretrizes do SUS são bastante claros, comando único é do município, município não tem de passar pelo crivo de critérios para ter ou não comando único, isso sim é um contra senso, mas acha também que o município tem que ser responsabilizado por aquilo que assina no termo do Pacto e que não cumpre, então a nossa lógica de regulação não tem como discutir política de regulação se ela não estiver atrelada ao Pacto. Estamos discutindo Pacto o tempo todo, falamos durante estes quatro anos que o Pacto não seria cartorial, então para ele não ser cartorial temos que fazer acompanhamento da execução dos Termos de Compromisso, coisa que não estamos fazendo, e o espaço legítimo para fazer este acompanhamento é no CGMR sim, por isso que na proposta da própria Diretora de Regulação, Dra. Vicenza, ela colocou muito claramente naquele artigo que elaborou que seria o 14º, inclusive apresentou antes, atrelando a regulação à execução do termo, então aonde ele vai ser monitorado, dentro dos CGMR, se o município não estiver cumprindo o que assinou, a situação se reverte, mas não dá para ficarmos trabalhando com lógica de critério porque critério vem da NOAS, da NOB, e nós estamos num outro momento em que talvez ainda não tenhamos maturidade para enxergar o que é um Pacto de Gestão. Pacto é Pacto, as coisas só acontecem se houver pactuação entre as partes, sem isso não avança, então estamos indo e vindo para um ponto que talvez não tenhamos tido clareza. Concordou com a fala do Secretário Heron de que a lista tem que ser publicizada, pois não podemos ficar reféns dos prestadores nem de um gestor que entenda de forma enviesada o que é serviço de alta complexidade, nisso concorda plenamente, agora para o gestor, ele vai ter que regular, se ele tem comando único não tem jeito, o estado é o coordenador, como é alta complexidade que está servido a todo o território estadual, aí sim vai ter que haver uma interlocução e isso vai ter que estar claro no Pacto para os dois, tanto no Termo de Compromisso de Gestão Estadual que já está quanto no Municipal,

então no momento de monitorar isso vão ter que ter pesos e medidas diferentes. Esclareceu ainda que na reunião do COSEMS isso ficou amarrado e no entendimento do COSEMS isso estava pactuado com a diretoria de regulação que representava a superintendência naquele momento, então se agora a própria Superintendência de Regulação não tem essa compreensão, o dissenso não está entre nós, aí já é uma questão interna que precisa ser maturada, sendo assim é realmente melhor tirar da pauta e discutirmos mais sobre isso. O Secretário Jorge Solla disse que queria colocar uma questão de encaminhamento, pontuou que ficava difícil discutir no momento, sendo que ele mesmo tinha vontade de comentar alguns dos assuntos colocados, mas, evitou fazer comentários por saber que não haveria tempo hábil para tal discussão, disse que havia outros itens que deveriam ser melhores trabalhados, disse que não é só alta complexidade a questão que está colocada, disse que não dá mais para, por exemplo, ter que ir para programas de rádio responder porque que o HGE não marca consulta eletiva de especialidade, porque termina caindo na porta de urgência e emergência tudo aquilo que não é regulado. Disse então que a gente precisa fazer uma discussão mais profunda, definir prioridades, definir cronograma de implantação de determinadas políticas que já passaram o tempo de serem trabalhadas, para efetivar de forma concreta a política de regulação, por que senão fica só nessa discussão teórica e não resolve aquilo que ele mesmo reforça a razão do Sr. Eron, à questão central da discussão é de acesso, como garantir que tenhamos mecanismos transparentes e adequados de definir o acesso dos pacientes aos procedimentos, seja de média, seja de alta, more em Teodoro Sampaio ou em Salvador. O Coordenador reforçou que a discussão central é acesso, e que para garantir o acesso é necessário ter política de regulação que passa por cada etapa, e daí ver como serão feitas, quem e quando irá fazer. Disse que, infelizmente, essa discussão não poderia ser aprofundada nesse momento, por isso, reiterou a proposta de ser marcada uma nova conversa, disse que acha que tem que haver aprofundamento do assunto entre o COSEMS e a SESAB, sendo que o COSEMS indica algumas pessoas e a SESAB encaminha outras pessoas, aprofunda a discussão antes de voltar para a Bipartite. O Sr. Emerson Garcia informou que já estava agendada uma reunião para o dia 16 de setembro, disse que sugeria que alguém da urgência do Estado fizesse parte da discussão e os municípios que foram contemplados no período da manhã durante a reunião do COSEMS, disse que estava passando a lista para Dra. Suzana Ribeiro, e a mesma irá encaminhar à CIB. Dando seguimento o coordenador passou para o ponto **5.2 Definição do valor de custeio da Santa Casa de Misericórdia de Itaberaba, que passará para a gestão estadual.** Dr. Andrés Castro disse que na verdade, é só para homologar a pactuação feita entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Secretária Municipal de Saúde de Itaberaba, no sentido de transferir para o teto do Estado o valor mensal de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), anual de R\$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais) no sentido de estar colaborando com o custeio do funcionamento da Santa Casa de Misericórdia de Itaberaba, no qual o Estado vem aportando mais de 70% (setenta por cento) dos recursos, e a contra partida da prefeitura vai de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais), anual de R\$ 480.000,00 (quatrocentos e oitenta mil reais), disse que é só para que esses valores fossem homologados na reunião da CIB, já de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde de Itaberaba. O Secretário Jorge Solla lembrou que a Santa Casa de Misericórdia de Itaberaba estava fechada e foi aberta a cerca de 15 dias. **O item foi aprovado sem observações. 5.3 Formação do GT de monitoramento e avaliação da PPI.** A Sra. Mariana da SUREGS informou que, cumprindo um dos acordos feitos desde a elaboração da PPI, a gente está propondo a criação do GT de acompanhamento e avaliação composto pela SESAB, por integrantes do COSEMS para a gente começar o processo de acompanhamento, e na verdade poder qualificar também a própria implementação da PPI tornando ela viva. Disse que já foi discutido no turno da manhã a representação da SESAB que está sendo indicada e a representação do COSEMS, sendo que a idéia no momento era validar a proposta para poder começar o trabalho já marcando a primeira reunião. O Sr. José Heron, Secretário de Saúde de Teodoro Sampaio disse que nas discussões do processo ficou mais ou menos acertado que seria o mesmo grupo que estava trabalhando, e continuaria nessa avaliação desse processo. Dra. Suzana Ribeiro assumiu a palavra dizendo que desde quando se estava montando o GT já havia esse indicativo de ser o mesmo grupo que vinha com o GT PPI quem pudesse continuar ficaria já indicado. Sra. Conceição Benigno assumiu a palavra informando que existem duas substituições de pessoas que deixaram de ser Secretários Municipais de Saúde que são o Odilon Cunha Rocha e Marta Rejané Montenegro Batista, portanto, sendo necessário que sejam feitas essas substituições por parte dos municípios, e a SESAB vai fazer a substituição, porque havia o momento onde entrava a DGC, tinha uma parte das áreas técnicas que era importante estar fazendo esse trabalho que agora a gente resumiu em uma representação da SAIS como essa área, e da rede própria porque agora entra mais um processo de implementação mesmo, disse que já tem os nomes e só precisa que sejam definidas as substituições por parte do COSEMS. Disse ainda que assim que houver o encaminhamento, será marcada a primeira reunião, sendo que já existe bastante trabalho, pois, estava sendo aguardado apenas a renomeação desse grupo para que os processos do trabalho fossem retomados. O Sr. José Heron questionou se realmente continuava no grupo, sendo que tinha entrado por acaso. Dra. Suzana Ribeiro informou que ele continuaria, caso desejasse. O Sr. José Heron confirmou então que continuaria integrando o grupo. Em seguida, a Secretária de Saúde de Amélia Rodrigues, Sra. Eliana machado questionou quem fazia parte desse GT, informando que tinha interesse em fazer parte do mesmo. Sra. Conceição Benigno informou que dentre os integrantes, estavam Dr. Raul Molina, Dra. Stela Souza, Geraldo Magela, Marília Fontoura, Joseane Mota Bonfim, Emerson Garcia, Marta Rejane, Odilon Cunha Rocha, Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, sendo que Rosa Virgínia participava de todas as reuniões com a equipe técnica de Salvador, o Secretário de Saúde de Barreiras, Everaldo França Galvão Júnior, que vem pouco mas seria interessante se o mesmo participasse mais vezes, e Dra. Suzana Ribeiro, que na verdade, na época pediu para sair do processo. Sra. Mariana, da SUREGS informou que a SUREGS considera interessante se fosse trazido para o GT representatividade de todas as macrorregiões por conta de ser mesmo uma comissão que irá operar muito a política de implementar a PPI em todas as regiões do Estado, sendo importante pessoas que estejam desde o início mas também que tenha representatividade de todas as regiões. Dra. Suzana Ribeiro completou informando que quando o GT foi montado, o desejo do COSEMS é que houvesse representantes de todas as microrregiões, mas foi percebida a inviabilidade porque ia se tornar uma plenária. Daí então, o grupo foi reduzido, tentando garantir a representação das macrorregiões. Disse que infelizmente as pessoas acabam não comparecendo, e diante disso, disse que acha que deveriam haver alguns critérios internos para garantir a frequência porque, se houver uma certa quantidade de ausentes, fica inviável, sendo necessário haver a substituição, porque, mesmo havendo o titular e o suplente, existiram momentos que não apareceram nenhum dos dois, e a partir desse momento algumas pessoas foram se agregando ao GT, como é o caso do Secretário José Heron. Disse ainda que

1196 é necessário pensar nisso porque isso ajuda a desencadear uma movimentação em determinada macrorregião, caso contrário,
1197 aparentemente fica parecendo que o GT se trata de um movimento isolado. Sra. Conceição Benigno sugeriu que todos os
1198 presentes que tivessem interesse em ingressar no GT, encaminhar oficialmente para o COSEMS a solicitação da inclusão do
1199 seu nome, a partir desse momento, ser feita uma avaliação, e no dia 23 de setembro de 2010, próxima reunião CIB, ser
1200 homologada essa portaria em CIB. Dra. Suzana Ribeiro completou ainda dizendo que, nesse sentido, além de acolher as
1201 solicitações, o COSEMS deve fazer uma movimentação para dentro das macrorregiões. Disse que, embora o prazo seja curto,
1202 disse que o COSEMS tem que solicitar ou trabalhar com a referência da sede macrorregião inicialmente, e desdobrar isso,
1203 porque não adianta também haver a indicação e as pessoas não estarem envolvidas. Disse que se na reunião CIB em curso
1204 tivessem representantes das macrorregiões interessados em fazer parte seria bom para fechar essa questão. De qualquer
1205 forma, concluiu informando que mesmo antes de enviarem o documento, aqueles que tivessem interesse em participar desse
1206 GT de monitoramento da PPI, trouxessem o nome até o final da reunião para dar tempo de ser mapeado, ser verificada
1207 também a região, para dar tempo de fechar essa questão, pois, a próxima reunião da CIB será no dia 23 de setembro, e diante
1208 disso não há tempo para discussões acerca desses integrantes. E a partir das pessoas que demonstrarem interesse já até o
1209 final da reunião, serão mapeadas as macrorregiões que faltam. O Sr. Rafael informou o interesse do município de Feira de
1210 Santana, inclusive com a mudança de titularidade. Sra. Conceição Benigno completou informando que, era suficiente informar
1211 o nome e o município, e então já sendo concluído a formação do GT para titular e suplente. O Secretário Jorge Solla retomou
1212 a palavra e deu continuidade a pauta. **6.1 Município de Itabuna solicita habilitação do Centro de Referência de Doença**
1213 **Falciforme.** A Sra. Cláudia Almeida iniciou dizendo que essa habilitação não existe para ser passada em CIB. Disse que são
1214 procedimentos de média complexidade, é um levantamento que a DGC está fazendo. Disse que já foi conversado com o
1215 Secretário de Saúde, disse que no dia seguinte ia se encontrar com o mesmo para trazer a clareza de organização do fluxo
1216 para a implantação, sendo que o serviço já está implantado, para ser discutido a questão da FPO. **6.2 Município de Salvador**
1217 **solicita homologação dos processos de habilitação dos serviços de vasetomia (Hospital Universitário Prof. Edgard**
1218 **Santos), laqueadura (Maternidade Climério oliveira) e deficiência visual (Instituto de cegos da Bahia).** A Sra. Cláudia
1219 Almeida informou que, em relação a habilitação das Laqueaduras, sendo que na realidade, está cumprindo um mero processo
1220 solicitado por portaria, o município de Salvador é pleno, é a equipe técnica que dá o parecer e faz a publicação para estar
1221 habilitado. **Com relação ao Instituto do Cegos, disse que receberam também o parecer da DGC e que está favorável a**
1222 **habilitação do Instituto de Cegos e Saúde Visual.** Completou a explicação dizendo que, em relação a Vasetomia e
1223 Laqueadura, o próprio município faz a habilitação quando é gestão plena. **E deficiência visual tem parecer técnico favorável**
1224 **tem que encaminhar para a DICON/SUREGS para que, pelo gestor estadual, seja encaminhado ao Ministério da Saúde**
1225 **todo o processo. Aprovado. 6.3 Município de Igrapiúna solicita homologação do Termo de Adesão as Ações de**
1226 **Vigilância Sanitária e Ambiental e apreciação do Projeto Vida Saudável.** Sra. Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB
1227 informou que a área técnica encaminhou um e-mail para a CIB informando que projeto desse município tem pendências, e que
1228 a própria DIVISA já está entrando em contato com o município para regularização das mesmas para aprovação na próxima
1229 reunião da CIB. Dr. Jorge Solla informou que esse item fica pendente para a próxima reunião da CIB. **6.4 Município de Vitória**
1230 **da Conquista solicita aprovação da habilitação do projeto de cirurgias bariátricas na Santa Casa de Misericórdia.** Sra.
1231 Claudia Almeida explicou que existem duas pendências nesse serviço. Primeiro, a balança de trezentos quilos que está
1232 precisando está resolvendo, e a questão do próprio relatório da vigilância em função do serviço, que também é uma exigência
1233 da portaria. Disse que no restante, ele está cumprindo todas as determinações. Dra. Suzana Ribeiro colocou que, com a visita
1234 da Sra. Dione houve um acordo onde o prestador já tinha encaminhado a compra da balança, e se comprometeram a anexar
1235 ao processo a nota fiscal. Em relação ao relatório da vigilância, embora o município assumia várias ações, a vigilância de saúde
1236 da 20ª DIRES precisava também emitir um parecer, e como essas pendências são mínimas, até porque, o parecer da vigilância
1237 sanitária não deverá ser impeditivo, visto que recentemente o serviço de cirurgia cardíaca foi habilitado em alta complexidade.
1238 Então, as pendências que a Santa Casa de Misericórdia apresentaram em relação a vigilância sanitária foram resolvidas ou
1239 foram acordadas no termo de pactuação e de compromisso. Disse que o que está sendo solicitado é que isso seja aprovado ad
1240 referendum, com essa condicionalidade, porque a nota fiscal o prestador já estava encaminhando para ser apensado ao
1241 processo, somente seria o relatório, mas o que tivesse de pendência a gente poderia considerar a balança mais o relatório da
1242 vigilância, e o ad referendum liberaria a aprovação a partir do momento que essa pendência fosse resolvida. Sra Claudia
1243 informou que, enquanto equipe técnica da DICON, concordava que passasse ad referendum e a equipe ia fazer o
1244 monitoramento e só encaminhar para o Ministério depois que resolvesse todas as pendências. **Aprovado. 6.5 Projetos na**
1245 **área de educação permanente - alocação de recursos envolvendo a Fundação Estatal para a Saúde da Família.** Dra.
1246 Suzana disse que foi feita uma discussão rápida na reunião do COSEMS que ficou até prejudicada pela ausência do Heider, o
1247 presidente do Conselho Curador, ele não tinha informação da pauta, não chegou a discutir, que é o Antônio. Então o que foi
1248 colocado para ele é que, o COSEMS tem entendimento que essa é uma discussão que tem que ser remetida à CIB, então toda
1249 distribuição de alocação de recurso financeiro precisa ser pactuada na CIB, até porque envolve educação permanente e
1250 atenção básica. Pontuou que foram recursos que foram apresentados, segundo informação do Antônio, conforme um projeto
1251 que estava bem elaborado, bem definido, dizendo quais eram os objetivos. Disse que nem foi discutida a existência do projeto,
1252 até porque o Ministério não libera recurso sem que tenha uma sustentação. Informou que, a questão é que, o Ministério
1253 também através da diretoria, através do CONASEMS que havia uma informação de que essa proposta havia passada para
1254 remeter a CIB e que havia o compromisso de trazê-la para a reunião. Completou que, embora as suas informações não
1255 estejam muito bem encontradas, o que estão solicitando é porque conversaram com a DAB, discutiram sobre essa questão,
1256 tiveram conversa com algumas áreas de educação permanente da SESAB, e o seu entendimento é o mesmo, disse que não
1257 dá para entender que a SESAB e o COSEMS não estejam envolvidos nesse processo de pactuação, nada contra, pelo
1258 contrário, tudo a favor da fundação, disse que entende que a fundação deve inclusive contribuir principalmente para os
1259 municípios que já aderiram a ela, é uma fundação interfederada, mas é preciso garantir os recursos que são sempre muito
1260 parcos, é preciso garantir que esses recursos estejam atrelados a política de educação permanente do Estado da Bahia, a
1261 política de atenção básica do Estado da Bahia, porque nós temos que fazer a interlocução na CIB, e disse que entende que a
1262 fundação tem o papel de viabilização da gestão, ela vai ser executora, mas não é a formuladora do processo, ela não pode

1263 deliberar. Disse que se são R\$ 8.000.000,00 (oito milhões de reais), se são duzentas máquinas, ótimo, conseguiu foi o projeto,
1264 mas isso não pode passar distante da Bipartite que é uma instância deliberativa do SUS na Bahia. Continuou informando que o
1265 que a gente propôs foi, por informação da área técnica, do projeto, pois, nem a SESAB e nem o COSEMS tem conhecimento,
1266 disse que o proposto é criar uma comissão para fazer a discussão com a fundação e não só em relação a esse projeto, mas a
1267 todos os que vierem, que envolva a política de educação permanente e atenção básica na Bahia, essa comissão que é
1268 paritária vai conhecer a proposta e vai trazendo parecer, porque, se não, a gente vai começar a ter passagens que vai sair ao
1269 largo da Bipartite e a gestão municipal e estadual vão acabar se submetendo à deliberações outras que não seja dessa
1270 instância. Retornou ainda ao pacto, informando que o pacto é intergestores, é entre entes federados, disse que a fundação é
1271 uma fundação estatal de direito privado, e que está proposta para facilitar, para executar os processos que a gestão demanda,
1272 ela não é uma autarquia, quem delibera e quem decide é o Estado e os municípios, portanto deve haver concordância, então
1273 disse que a gente está propondo um encaminhamento que se crie entre SESAB e COSEMS uma comissão permanente para
1274 garantir, não só a avaliação desse projeto, mas de todos os outros, porque o processo natural é esse, é recurso que vai pela
1275 universidade aberta do SUS, é recurso que vem do próprio Ministério da Saúde, e o espaço, fórum, deliberativo de alocação de
1276 recurso, distribuição, definição de prioridades é a CIB, reforçou que o que está sendo proposto é que se siga o mesmo rito que
1277 é seguido para todas as outras áreas. Disse que a política só pode ser executada com financiamento, e muitas vezes a
1278 ausência desse financiamento compromete gravemente a execução da política. Disse que acha que a gente tem que estar
1279 mais próximo, Fundação, SESAB e COSEMS, inclusive porque é de responsabilidade nossa a estruturação da fundação, disse
1280 que a gente tem que se aproximar cada vez mais, fortalecendo a fundação mas fazendo tudo de modo que não fique
1281 parecendo que a gente está simplesmente fazendo uma composição e que a fundação está seguindo sozinha o curso dela. Em
1282 seguida, a Sra. Telma Dantas assumiu a palavra dizendo que nesse momento, Dra. Suzana Ribeiro colocou com muita clareza
1283 toda a preocupação no sentido de articular com a Fundação Estatal Saúde da Família no que diz respeito ao nosso projeto,
1284 nossa proposta de educação permanente. Disse que nesse sentido, nós já desencadeamos um processo não só pelo momento
1285 da mostra de saúde da família, onde nós participamos da mesa discutindo a questão de educação permanente, substituindo o
1286 secretário de saúde que teve que se retirar, mas naquele momento já identificamos e colocamos de forma clara, no sentido de
1287 apontar a necessidade da articulação permanente, intensiva, profunda da fundação com a superintendência de recursos
1288 humanos no que diz respeito a política de educação permanente. Disse que esses projetos, no momento nós não temos como
1289 responder ainda e disse que acha que se existe tão bem definidos, já foram encaminhados para Brasília, esses projetos
1290 deveriam ser passados pela Comissão de Integração Ensino Serviço, comissão que já funciona, composta com a parceria bem
1291 ampla com as universidades do Estado da Bahia, as mais reconhecidas do ponto de vista da proposta de formação de recursos
1292 humanos para o Sistema Único de Saúde, todas as universidades tem acento, e mais do que isso, disse que acha que temos
1293 uma escola, a Escola Estadual de Saúde Pública, que está trabalhando cotidianamente em parceria com todas as
1294 superintendências, junto com a SAIS, em todos os projetos no que diz respeito a Atenção Básica de Saúde, então não poderia
1295 jamais estar de fora dessa discussão. Disse que reitera e comunga com essa preocupação, e que a gente possa decisivamente
1296 contribuir com a Fundação Estatal de Saúde da Família, que é uma proposta que realmente vem beneficiar e modificar
1297 substancialmente também a gestão no âmbito dos municípios no que diz respeito à saúde da família. Em seguida, o Sr. José
1298 Heron disse que queria colocar que, com relação à fundação, a gente sabe da transparência da Fundação Estatal de Saúde da
1299 Família, e todo o processo foi bem discutido ao longo de mais de dois anos envolvendo todos os municípios, foram abertas
1300 todas as discussões, disse que sabe a dificuldade de implantar esse projeto, disse que os participantes das reuniões bem sabe
1301 das dificuldades, disse que juntando com esse processo político, parece que a dificuldade aumenta ainda mais, disse que acha
1302 que a gente tem que pensar mais nessa comissão, e fortalecer a Fundação estatal de Saúde da Família, porque, o programa
1303 de saúde da família atualmente está bem decadente, com a carga horária que vem sendo dada pelos profissionais, pelos
1304 médicos em todo o Estado e todo o Brasil. Disse que fundação é uma alternativa, que foi criada, muito discutida, disse que
1305 acredita que o COSEMS deveria apoiar muito mais a fundação, visto que o COSEMS representa os secretários municipais de
1306 saúde, fortalecer a fundação estatal porque desprezaria essa relação de trabalho e fortalece o SUS. Disse que da forma como
1307 está não é possível continuar, e hoje existe uma alternativa, e evidente que a fundação é transparente, o que tiver de ser
1308 discutido será feito abertamente, disse que lá não se tem nada para esconder, até pela formação do conselho curador, foram
1309 convidadas universidades, entidades de sindicatos, representantes do Estado, representantes dos municípios, representante
1310 do COSEMS, enfim, é uma transparência total. Completou dizendo que acredita ainda que todos os municípios e suas equipes
1311 ainda irão participar. Em seguida, assumiu a palavra o Secretário de Saúde de Itabuna, Sr. Antônio Vieira. Ele iniciou dizendo
1312 que concorda com o Sr. José Heron. Disse que contratou vinte profissionais, e conseguiram mandar para ele dois, com um da
1313 rede. Disse que está com um problema sério, e sua esperança era estatal, mas está se esvaindo. Disse que seu problema era
1314 e continua sendo médico, disse que lutou com o conselho municipal, câmara de vereadores, com a sociedade, com os
1315 sindicatos, e mesmo assim continua sem médicos nas unidades. O Sr. Ricardo Heinzmann, assumiu a palavra dizendo que
1316 primeiramente, era necessário deixar algumas coisas com mais clareza, até para separar uma idéia sobre o fortalecimento do
1317 projeto da fundação estatal, e a questão das instâncias de diálogos institucionais entre as esferas de atuação da gestão,
1318 município, estado, ministério da saúde, e essa relação com esse novo ator que surge dentro da esfera do SUS na Bahia, que é
1319 a Fundação Estatal de Saúde da Família. Continuando dizendo que há uma questão que motivou muito o COSEMS e, em
1320 algumas conversas que se teve com a superintendente de recursos humanos, com a SAIS, com a DAB, disse que tem um
1321 entendimento comum de que havia uma necessidade de algo junto ao Ministério da Saúde, porque há um equivoco por alguns
1322 setores do ministério, que compreenderam que a partir do momento que a fundação estatal foi criada, todo diálogo em relação
1323 à atenção básica e educação permanente para atenção básica seria via a fundação estatal. Houve de fato o entendimento e
1324 falas de representantes do ministério da saúde nesse sentido, disse que acha que nesse ponto é interessante o
1325 encaminhamento da CIB no diálogo com o ministério de reforçar o entendimento de que não se conduz dessa forma, porque
1326 continua havendo a instância Gestão Estadual da Atenção Básica, que é a DAB, e continua havendo a instância Gestão de
1327 Educação Permanente do Estado da Bahia, que está localizada dentro da Superintendência de Recursos Humanos, e esses
1328 diálogos tem que passar por essas instâncias e a fundação estatal vai fazer parte porque a fundação estatal é constituída por
1329 sessenta e nove municípios constituidores que estão bem representados por alguns dos secretários de saúde presentes na

1330 CIB. Portanto, disse que essa é uma das questões. Disse ainda que esse momento que está sendo vivenciado é um momento
1331 novo, onde foi recém-criada a fundação estatal, apesar de ter sido discutido de forma muito democrático o processo de
1332 condução da formulação e da sua implementação foi muito bem realizado aqui no Estado da Bahia, diferente de outros estados
1333 do país que vem implantando também algumas fundações, mas na Bahia a gente implantou de forma muito bem dialogada,
1334 mas esse momento que estamos vivenciando é um momento único porque a partir de agora nós definimos as relações. O que
1335 compete à fundação estatal, como ela dialoga com o Estado, com o ministério, e com os municípios. Porque, o tempo todo,
1336 mesmo os profissionais que vão atuar pela fundação estatal, a exemplo de Itabuna, mas a SESAB continua dialogando com
1337 Itabuna sobre as equipes de saúde da família que estão atuando lá, mesmo elas sendo contratadas pela fundação estatal.
1338 Então, é uma relação complexa, e disse que quando se leva isso para a CIB, é necessário haver muita maturidade para
1339 compreender e em nenhum momento colocar se é contra ou a favor da fundação, é fortalecer ou não fortalecer, até porque,
1340 essa é uma discussão que foi muito bem definida. Destacou também que tem uma questão em relação ao fortalecimento dessa
1341 instância como alternativa importante para a gente desenvolver a estratégia de saúde da família no Estado que a gente já
1342 conseguiu debater bem. Disse que acredita que, quando se leva essas questões para a CIB, é um momento fundamental, a
1343 gente tem que usar ela de forma mais freqüente, porque se a gente permanece no não entendimento, na não fala ou no não
1344 dito, isso vai se acumulando, e depois os problemas se acumulam e a gente não vai ter clareza sobre esses papéis que ficam
1345 em cada esfera nessas relações. Reforçou que no entendimento da gente tem que ter essa comissão, sendo que essa não
1346 anula a comissão que já existe do conselho curador da fundação estatal, disse que, acredita que é uma outra questão, acha
1347 que é diferente do conselho curador, disse que aqui é uma definição entre o COSEMS que está aqui colocado, o Estado da
1348 Bahia, através de sua representação, em relação a tudo isso que passa pelos municípios que contratam serviços também da
1349 fundação estatal. Disse que esse é um ponto. Deu prosseguimento, dizendo que essa comissão sendo criada, tendo a
1350 participação da DAB, das escolas da SUPERH, da SAIS e do próprio COSEMS, disse que acredita que tem um mérito nessa
1351 discussão, além do entendimento do convênio dos projetos de educação permanente que já existem dentro da fundação
1352 estatal, tem uma questão que vai ser importante discutir, até atualizar, e a fundação estatal através do Heider, informando que
1353 o mesmo não compareceu na CIB em função do nascimento de sua filha há dois dias, mas disse que acredita que o mesmo
1354 teria muito interesse em estar presente na reunião. Continuou, dizendo que nesse sentido, acredita que já tem o entendimento
1355 por parte do Sr. Heider, pois o mesmo já o tinha informado por telefone, de rever esse próprio convênio e o seu financiamento,
1356 que é um convênio no valor de quase R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais), que naquele momento estaria contemplando
1357 quase quatro mil profissionais da saúde da família, e que hoje na fundação estatal, a gente não tem esse número de
1358 profissionais, portanto é necessário rever o uso desse recurso e pensar nos critérios da utilização desse recurso para os
1359 municípios da Bahia, então, vai ser fundamental haver essa discussão para a fundação apresentar esse projeto, e a gente
1360 rever o convênio, para repactuação, e pensar critérios de uso desse recurso que é para educação permanente para atenção
1361 básica do Estado da Bahia. Em seguida, a Sra. Marília Fontoura assumiu a palavra dizendo que, ao seu ver, a fundação não é
1362 ente federado, ela não tem que fazer relação direta com o ministério. Disse que, a fundação deve estabelecer relação via CIB,
1363 via os fóruns do SUS do estado da Bahia, portanto foi um equívoco do ministério, a gente tem que fortalecer a fundação sim,
1364 mas a fundação tem que entender que toda negociação que diz respeito aos municípios tem que passar pelo COSEMS, e tem
1365 que passar pelos fóruns do SUS, que é o conselho, a CIB, a CIES que agora já tem a comissão estadual, enfim, no que diz
1366 respeito a educação permanente, não há necessidade alguma da fundação fazer esse trabalho. A SESAB hoje tem uma
1367 organização, com a CIES, com a UNASUS, tudo em parceria e com a participação do COSEMS que pode perfeitamente
1368 conduzir a política de educação permanente no Estado da Bahia, portanto, o que está em questão é o papel da fundação e dos
1369 outros órgãos do estado em relação a educação permanente, logo, ao seu ver, esse papel cabe a superintendência, cabe a
1370 UNASUS, aos fóruns da CIES que já existe, e não diretamente a fundação. Disse que, da mesma forma que tem os órgãos que
1371 conduzem as políticas de assistência no Estado, tem os órgãos e os espaços que conduzem a política de educação
1372 permanente. Disse que a CIB tem que ter uma resolução colocando isso claramente, qual é o papel de cada um. Disse que não
1373 é o papel da fundação fazer articulação sem a mediação da CIB, sem a mediação do CIES, do COSEMS, enfim. Disse que
1374 acredita que foi impropriedade, e também um equívoco do ministério, e isso precisa ser corrigido, e essa comissão deve ser
1375 criada porque é uma coisa nova, e acredita que ninguém fez por mal, mas é preciso corrigir para mais tarde não haver
1376 equívocos e distorções maiores. Dra. Suzana Ribeiro continuou dizendo que, poderia ser feito um encaminhamento porque,
1377 esse momento é bastante pertinente, porque estamos começando, a fundação está começando a existir de fato a acontecer, e
1378 é natural que essas coisas se ajustem no compasso de cada dia. Disse que poderia ser colocada uma resolução em que, todos
1379 os projetos de captação de recursos vinculados ao Sistema Único de Saúde, ao Ministério da Saúde, passem pela CIB, e o
1380 outro, dentro dessa mesma resolução definir a criação dessa comissão permanente de acompanhamento, até porque a gente
1381 acaba ganhando tempo nessa discussão. Sra. Marília Fontoura continuou dizendo que nessa resolução que tudo que tem a ver
1382 com educação permanente tem que passar pela CIES, pelas escolas do SUS, pela UNASUS, pelos espaços, existem outros
1383 papéis importantes que a fundação precisa e deve atuar, mas na questão de educação permanente, não há necessidade da
1384 interveniência da fundação, visto que tem a CIES, a UNASUS, a SUPERH, as escolas, que vem fazendo isso muito bem há
1385 muito tempo. Reiterou que não demanda a fundação atuar nessa questão de educação permanente, disse que ela pode
1386 demandar todas as necessidades dos municípios que aderiram que os órgãos, a SUPERH, a CIES, as escolas vão atender
1387 como atendem a todos os municípios, então todas as demandas da fundação devem passar por esses órgãos. Disse que tem
1388 que ser única e há espaço que dá conta perfeitamente disso, a fundação veio para dar conta de questões e problemas, que
1389 não se podia dar conta na administração direta, mas a questão da educação permanente, a gestão estadual e municipal
1390 podem perfeitamente dar conta e vem fazendo isso há muito tempo através das escolas do SUS. Dra. Suzana Ribeiro lembrou
1391 a universidade aberta, a UNASUS, o espaço que foi pactuado na CIB para viabilizar uma série de processos de educação
1392 permanente. Disse ainda que essas decisões que envolvam recursos para a educação permanente, isso tem que passar pela
1393 CIB. Lembrou ainda que são duas resoluções distintas, sendo uma que envolve educação permanente e outra em relação aos
1394 espaços de instâncias deliberativa de negociação inclusive dos projetos da fundação. Disse ainda que a fala do Sr. Ricardo
1395 Heinzemann a contemplou totalmente, porque, destacou que fortalecer a fundação não pode ser discurso, e um
1396 posicionamento que está sendo resgatado nesse momento não significa dizer que não se apóie a fundação, ao contrário, o que

1397 se quer é dizer que, para que ela seja fortalecida, é necessário que as coisas caminhem no passo adequado, seguindo os ritos
1398 do Sistema Único de Saúde. Em relação ao relacionamento COSEMS e Fundação, disse que realmente é necessário
1399 aproximar mais porque entende que apenas a representação única de um membro do COSEMS dentro do conselho curador
1400 não é suficiente para estreitar esse relacionamento, sendo que o relacionamento entre as instituições está muito além do que
1401 isso, então a gente precisar se movimentar nessa direção, tanto a fundação quanto o próprio COSEMS, até porque quando o
1402 COSEMS pensou e discutiu, e, ao longo desse tempo participou da construção da política da implantação da fundação, da
1403 discussão de como seria, e de ser interfederada, foi nesse sentido, portanto, não se tem nenhuma dúvida de que o COSEMS
1404 apóia, mas destacou ser importante resgatar quais são os espaços e as instâncias deliberativas, e então fazer um
1405 encaminhamento das resoluções que foram colocadas, a que a Sra. Marília Fontoura trouxe, e as que a gente coloca em
1406 relação as deliberações da fundação, que tem quem que ser remetidas para a CIB. A Sra. Marília Fontoura assumiu a palavra
1407 e disse que a comissão colocada por Dra. Suzana Ribeiro é em termos gerais, e com isso concorda plenamente, e está
1408 propondo, além disso que como já surgiu esse problema gravíssimo de fazer uma ponte direta com o ministério, que tenha uma
1409 resolução da CIB confirmando que tudo deve passar pela CIES, pelas escolas, e o curso que a escola possa fazer não precisa
1410 ser necessariamente articulado com universidades de fora do estado, visto que a escola pode certificar. Dra. Suzana Ribeiro
1411 reassumiu dizendo que concordava com o que foi colocado pela Sra. Marília Fontoura, e completou que caberiam duas
1412 resoluções, sendo uma para educação permanente, e outra para a comissão. Em seguida, a Secretária de Saúde de Rio Real,
1413 Sra. Emanuele Araújo Dias, assumiu a palavra, e disse que estava discutindo com alguns membros do conselho curador, e
1414 disse que estavam todos surpresos com essa discussão, porque há tempos que a fundação estatal vem se mostrando e
1415 colocando o que ela está se propondo a fazer, e sempre se falou em educação permanente, plano de carreiras na fundação
1416 estatal, e até então, questionou quem apresentou algum projeto em relação a educação, se a fundação estatal, o grupo que
1417 está trabalhando nela se prontificou em fazer um projeto, sendo que esse projeto foi aprovado junto ao ministério, disse que
1418 acha que não teria que passar por outras instâncias, apenas, passaria na CIB para ser homologado, mas que só seria via as
1419 escolas de saúde públicas do Estado, não concordava com a criação de tal resolução, mas disse que deixava aos critérios da
1420 coordenação. Colocou ainda que, se a fundação se propôs a ir atrás desse grupo, da educação permanente, então, questionou
1421 se as escolas do Estado fizeram esse trabalho, disse que a gente conseguiu um recurso junto ao ministério, porque não
1422 abraçar, agora, disse que houve uma falha porque deveria ser pactuado na CIB. O Coordenador, Dr. Jorge Solla assumiu a
1423 palavra e informou que todo o recurso a ser pactuado para educação permanente pelo Ministério da Saúde tem que passar
1424 pela CIB, portanto, disse que não há porque entrar em outras discussões, já que a questão central que foi pautada pelo
1425 COSEMS foi isso. Sra. Marília Fontoura questionou se não era consenso que tudo de educação permanente tem que passar
1426 pelo CIES e pelas escolas do SUS. Disse que estava propondo e queria um posicionamento dos membros da CIB. O
1427 Coordenador propôs que essa questão entrasse em pauta oficialmente para a próxima reunião da CIB. Sra. Marília Fontoura
1428 disse que concordava então com a entrada do item para discussão na próxima reunião. Dra. Suzana Ribeiro colocou ainda
1429 que, já que essa discussão será abordada na próxima pauta, disse que aquela comissão proposta envolvendo a fundação, a
1430 SESAB e o COMSEMS já poderiam estar se reunindo para fazer a discussão, senão na próxima reunião vai ser feita a mesma
1431 discussão que está sendo feita, se delongando em entrar em consenso. Portanto, é melhor que se discuta os pontos de
1432 conflito, quais os pontos que não tem consenso e comece a fazer o estudo para que, isso possa vir para a CIB mais
1433 encaminhada. O Coordenador reafirmou a sugestão feita por Dra. Suzana Ribeiro, que, antes da próxima CIB, reúnam-se o
1434 COSEMS, a SESAB e a Fundação Estatal de Saúde da Família, e discutam a temática, porque, a CIB só aprova por consenso,
1435 e sendo assim, não adiantar vir para a CIB às questões sem um consenso anterior já construído, pois dessa forma é perda de
1436 tempo. Disse que tanto o COSEMS, quanto a SESAB e a fundação estatal iriam indicar os representantes, e depois seria
1437 marcada a reunião. **O que ocorrer. 1. SAIS/DAB. 1.1 Credenciamentos: 02(duas) Equipes de Saúde da Família para o**
1438 **município de Araci.** Sr. Ricardo Heinzemann explicou que esse processo chegou nessa mesma data, mas chegou pronto,
1439 com parecer favorável da DIRES, com toda documentação, e a DAB achou por bem trazer já que tem o parecer favorável para
1440 homologar no que ocorrer, para não atrasar esse processo para a próxima CIB sendo **Aprovado**. Em seguida, a palavra foi
1441 passada para o Sr. José Amilton de Souza, Secretário de Saúde de Pindobaçu. Ele colocou que o município possui quatro
1442 áreas descobertas de agentes comunitários de saúde, e disse que entrou com um processo junto a DAB para selecionar esses
1443 quatro, sendo que um desistiu. Disse que no tramite do processo, solicitaram a posse de todos os agentes que estavam
1444 faltando, no total, quarenta e nove. Mas, diante disso, eles entraram na justiça, disse que depois da lei que desprezizou os
1445 agentes comunitários, apareceram muitos advogados dizendo que eles teriam direito do tempo anterior a lei 11 350. Eles
1446 entraram com um processo junto ao ministério do trabalho de Senhor do Bonfim, e por coincidência, quando ele foi informado
1447 da posse, já que eles não tinham posse, junto a DAB, chegou a determinação da juíza dando como nulo o processo seletivo
1448 anterior deles, porque eles não tinham posse, e diante disso, há quatro áreas descobertas. Esse processo está tramitando,
1449 essas quatro comunidades tem mais de dois anos sem cobertura de agentes comunitários. Disse ainda que, se a justiça do
1450 trabalho determinar que devam esperar para que a justiça do trabalho determine se a seleção deles está legal ou ilegal, essas
1451 áreas ficarão descobertas por mais algum tempo indefinido, disse que queria solicitar na CIB a possibilidade de selecionar
1452 esses quatro agentes comunitários para essas quatro comunidades que estão descobertas, e também fazer a seleção para
1453 cadastro de reserva de cinquenta e três agentes já que depois que foi criada a lei, não tem mais nenhum cadastro de reserva.
1454 O Sr. Ricardo Heinzemann assumiu a palavra e disse que queria prestar um esclarecimento. Disse que solicitou ao Secretário
1455 de Saúde de Pindobaçu, após o mesmo ter trazido essa demanda a DAB, que levasse também a CIB porque existe uma
1456 resolução da CIB anterior aprovada já quando a gente montou a política estadual para desprezificação dos vínculos, que
1457 colocava que a gente só ia fazer seleção de agente comunitário de saúde nos municípios que desprezicassem os vínculos, e
1458 entre as documentações solicitadas, é que teria que ser dado o termo de posse desses agentes. Disse que em alguns
1459 municípios, além de Pindobaçu, tem acontecido algumas pendências jurídicas por conta de alguns juizes que estão tendo o
1460 entendimento diferentes do que a legislação prevê, e por isso não estão reconhecendo esses direitos desses agentes, que a
1461 emenda 51 permitiu que eles fossem empossados como efetivados, como servidores públicos, mesmo não tendo passado por
1462 concurso público, mas reconhecendo essa seleção que a SESAB em anos anteriores realizou junto ao município, e dessa
1463 forma, o município fica realmente em uma situação sem ter o que fazer, porque, ao mesmo tempo a justiça, em primeira

1464 instância nega, e daí o município não pode fazer a seleção também porque o Estado, através da resolução CIB diz que tem
1465 que ter esse termo de posse. Disse ainda que, enquanto Estado, a DAB/SESAB está apoiando os municípios, inclusive
1466 fornecendo documentação, entrando em contato com esses juizes, para convencê-los também sobre o que está acontecendo,
1467 para que, como a maioria dos municípios regularizaram essa situação e esses são exceções, e para que o Estado apóie a
1468 seleção nesse caso, dessas quatro vagas, que são até para além desses agentes que estão nessa pendência, são para novas
1469 áreas, para expandir a cobertura dos agentes comunitários de saúde, portanto a DAB precisa ter o aval da CIB para que,
1470 nessas situações de exceção a DAB possa analisar, incluir o município, e fazer a seleção. Houve concordância dos membros
1471 da CIB. **Aprovado.** Dra. Suzana Ribeiro disse que foi informada por Dra. Débora do Carmo que, **o município de Itororó tem**
1472 **um processo de CAPS I, e que já está tudo correto, com toda parte de vistoria, apenas para colocar em CIB para**
1473 **aprovação. Aprovado.** Por fim, foi solicitado por Dra. Suzana Ribeiro que a próxima reunião da CIB de setembro fosse
1474 postergada para depois das eleições, pelo pouco intervalo entre a reunião atual e a próxima. O Secretário Jorge Solla em
1475 consenso com os presentes concordou e a sua data deve ser posteriormente divulgada.
1476

1477 Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando que a próxima reunião ordinária será
1478 marcada posteriormente. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será
1479 assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 09 de setembro de 2010.
1480

1481 Jorge José Santos Pereira Solla _____

1482 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1483 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1484 Gisélia Santana Souza _____

1485 Suplente: Washington Luiz Abreu de Jesus _____

1486 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

1487 Andrés Castro Alonso Filho _____

1488 José Carlos Raimundo Brito _____

1489 Suplente: Marília Santos Fontoura _____

1490 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____