

1  
2  
3 Aos trinta e um dias do mês de janeiro do ano de dois mil e doze, no Auditório da União dos Municípios da Bahia – UPB,  
4 Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla –  
5 Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Raul Moreira Molina Barrios – Coordenador Adjunto da CIB e Presidente do  
6 COSEMS, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto,  
7 Gilberto José dos Santos Filho, Maricélia Oliveira Figueiredo Lima e Cyntia Lopes Abreu Marques e dos Suplentes: Alcina  
8 Marta Souza Andrade, Telma Dantas Teixeira de Oliveira e Stela dos Santos Souza. Às 14 horas, havendo número legal, Dra.  
9 Suzana Ribeiro declarou aberta à sessão. Aproveitou a oportunidade para registrar a presença de Dra. Itana Viana, e  
10 convidando-a para se sentar à mesa, ressaltando a honra de tê-la na Reunião da CIB, destacando que não é qualquer Estado  
11 que dispõe de uma Coordenadora do Grupo de Saúde do Ministério Público Estadual participando das reuniões da CIB e  
12 reiterando ser um privilégio. Na sequência Dr. Raul Molina cumprimentou os membros da CIB, agradeceu a presença de Dra.  
13 Itana Viana, deu boas vindas aos Secretários e Secretárias Municipais de Saúde que estão começando nesta tarefa. Colocou  
14 que nas últimas reuniões tem visto muitos gestores novos, destacou achar ser este um sinal de renovação e mencionou  
15 desejar que 2012 seja um ano melhor que 2011. Pontuou ainda que estatutariamente seria ele que teria que abrir a CIB, mas  
16 como a Sub Secretária estava presente e como está como Secretária em exercício, porque o Secretário está fora do país, ela  
17 assume a abertura da reunião, e ele estando no país, reforçou que naturalmente seria ele, assim, disse que iria passar mais  
18 essa responsabilidade para Dra. Suzana. Assim, esta agradeceu, registrando que iria precisar do apoio do COSEMS para ser  
19 rápido e ágil porque a pauta estava bem extensa e reforçou que há teto para encerrar a reunião por conta do horário da UPB, e  
20 aproveitou a oportunidade para dar as boas vindas a todos os Gestores Municipais, Técnicos, Membros Técnicos da SESAB e  
21 Superintendentes, Diretores, tendo pontuado que estava se iniciando mais um ano de gestão na Saúde na Bahia e reforçou  
22 que esse ano realmente prometia muito trabalho, principalmente nos seis primeiros meses do período de pleito eleitoral nos  
23 municípios que começa em outubro mais que pela legislação é a partir de julho. Em seguida colocou em discussão a  
24 aprovação da Ata da reunião da CIB que foi encaminhada por e-mail e pediu para Nanci rever o item 2. Conforme  
25 esclarecimento de Nanci que informou que a Ata da 1ª Reunião Extraordinária foi encaminhada por e-mail aos membros,  
26 pontuou que a proposta é na próxima CIB aprovar esta Ata com as Atas das três últimas reuniões ordinárias, informando que o  
27 COSEMS não tinha feito avaliação e ficaria para próxima junto com as outras três. Em seguida passou a palavra para Nanci –  
28 Secretária Executiva – para leitura dos informes e as publicações das Resoluções ad referendum, conforme segue: **1.1** Até  
29 esta data **03** municípios ainda não encaminharam o **Relatório de Gestão 2007** para a CIB e não apresentaram justificativas  
30 (Buerarema, Itacaré e Lamarão); **1.2** Até esta data **15** municípios não encaminharam **Relatório de Gestão 2008** aprovado pelo  
31 CMS para as DIRES e não apresentaram justificativas (Aratuípe, Nazaré, Salinas da Margarida, Santa Luzia, Itabuna, Lajedão,  
32 Jucuruçu, Vereda, Dário Meira, Irajuba, Caldeirão Grande, Dom Basílio, Guajeru, Feira da Mata e Carinhanha); **1.3 354**  
33 municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2009 para as DIRES (84,89% dos municípios)**, e **63** municípios não  
34 encaminharam (**15,11% dos municípios**), conforme lista anexa; **Município de Itabuna encaminhou nova justificativa do**  
35 **atraso na entrega dos RAGs 2008 e 2009.1.4 291** municípios encaminharam **Plano Municipal de Saúde 2010-2013 para as**  
36 **DIRES (69,78% dos municípios)**, e **126** municípios não encaminharam (**30,22% dos municípios**); **1.5 109** municípios  
37 encaminharam **Programação Anual de Saúde 2010 para as DIRES (26,14% dos municípios)**, e **308** municípios não  
38 encaminharam (**73,86% dos municípios**); **1.6 206** municípios encaminharam **Relatório de Gestão 2010 para as DIRES**  
39 **(49,40% dos municípios)**, e **211** municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (**50,60% dos municípios**);  
40 **1.7** Auditoria da SESAB encaminha cópia do relatório e parecer conclusivo referente a auditorias realizadas nas Secretarias  
41 Municipais de Saúde de Feira de Santana (CEREST), Iraquara e Barreiras, para conhecimento e cópia do parecer conclusivo e  
42 publicação no DOE que refere a celebração do TAS – Termo de Ajuste Sanitário do município de Morro do Chapéu, e cópia da  
43 publicação no DOE onde consta o TAS celebrado entre a SESAB e os municípios de Dom Macedo Costa e Nova Canaã, para  
44 conhecimento; **1.8** O Conselho Estadual de Saúde indicou uma Comissão para acompanhar as Reuniões da CIB, composta  
45 pelos seguintes Conselheiros: Maria de Fátima Gomes Almeida (Representante dos Usuários – Titular), Antônio Carlos Lima de  
46 Santana (Representante dos Usuários – Suplente), Ricardo Luiz Dias Mendonça (Representante dos Usuários – Titular), Jair  
47 Alves dos Santos (Representante dos Usuários – Suplente), Edson Moraes de Oliveira (Representante dos Trabalhadores-  
48 Titular), Josivaldo de Jesus Gonçalves (Representante dos Trabalhadores – Suplente), Deborah Dourado Lopes  
49 (Representante dos Gestores – Titular), Luis Delfino Mota Lopes (Representante dos Prestadores – Titular); **1.9** Curso de  
50 Aperfeiçoamento, modalidade EAD, em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde; Nanci informou que a Escola de  
51 Administração da UFBA pede que informe sobre as inscrições: estão abertas e o edital está disponível no site  
52 [www.adm.ufba.br](http://www.adm.ufba.br), [www.inovar.ufba.br](http://www.inovar.ufba.br) e [www.saude.ba.gov.br](http://www.saude.ba.gov.br). Pontuou também que o curso tem prazo de inscrição até 16 de  
53 fevereiro o público alvo são trabalhadores de nível médio e superior de todas as macrorregiões de saúde e essas informações  
54 vão ser colocadas também a disposição no site da CIB; Ao final dos informes apresentou a proposta de **1.10** Calendário de  
55 2012 para as reuniões da CIB.

56

57

58

59

60

61

62

63

64  
65

## PROPOSTA DE CALENDÁRIO DE REUNIÕES DA CIB/2012

MÊS	CIB	CIT	
JANEIRO /FEVEREIRO	31/01	16/02	68
MARÇO	22	29	69 70
ABRIL	19	26	71 72
MAIO	24	31	73
JUNHO	5 OU 6 *	13	74 75
JULHO	19	26	76 77
AGOSTO	23	30	78
SETEMBRO	20	27	79 80
OUTUBRO	18	25	81 82
NOVEMBRO	22		83
DEZEMBRO	-	06	84 85

86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105

\*Propõe-se estas datas considerando-se que 21/06 fica próximo ao São João e a CIT será 13/06.

Observação: Considerando que só haverá 10 CIT's, no ano de 2012, propõe-se realizar 10 CIB's neste ano.

Dra. Suzana registrou duas observações: a primeira que o Congresso do COSEMS estará acontecendo exatamente nesses dias 23, 24 e 25 de maio e propôs que a CIB de maio aconteça no dia 24 dentro do Congresso do COSEMS, no Centro de Convenções; e a CIB de junho que seria no dia 21, considerando a data de São João, propôs antecipar, porque dia 13 acontece a CIT e vai acontecer no Congresso do CONASEMS, então a proposta foi antecipar a CIB que vai ficar bem próxima da CIB de maio, mas considerando que tem uma agenda também do congresso e muitas vezes a agenda precisa desdobrar em CIB extraordinária, poderia se manter a CIB que é quinze dias após a CIB de junho, dia 05 ou 06 de junho, dia 05 cai numa terça-feira e 06 numa quarta-feira e 07 que seria exatamente quinze dias após a última CIB acontece o feriado de Corpus Cristis. Então, a proposta foi antecipar porque a CIT vai ter um prazo muito pequeno a reunião é dia 31 de maio e a seguinte é 13 de junho, então menos de quinze dias, para que se possa fazer algumas homologações e encaminhamentos para a CIT a tempo, são datas para serem fechadas o COSEMS pode avaliar e dá um retorno para confirmar porque a única que ficou pendência foi a de junho. Nanci retomou destacando que Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum, ressaltando inicialmente que ficou desde o mês de dezembro sem reunião de CIB e vários pontos são de credenciamento, foi aprovado ad referendum tendo em vista a necessidade dos credenciamentos dos municípios e ressaltou que as resoluções ad referendum a partir de então passam a sair com as assinaturas do gestor municipal que é o presidente do COSEMS, Dr. Raul Molina e o Secretário de Estado que é o Coordenador da CIB.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
323/2011	20.12.2011	Aprova, ad referendum, o recebimento do valor referente à segunda parcela do repasse financeiro do MS para a UPA Tipo I, do município de Riachão do Jacuípe, conforme recomendação da Portaria nº 1020/09 do GM/MS.
324/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035456/2011, Emenda Parlamentar nº 35640023, para o Projeto de Reforma de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
325/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035456/2011, Emenda Parlamentar nº 35640023, para o Projeto de Reforma de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
326/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035059/2011, Emenda Parlamentar nº 24690012, para o Projeto de Reforma de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
327/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035015/2011, Emenda Parlamentar nº 12890009, para o Projeto de Ampliação de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
328/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035015/2011, Emenda Parlamentar nº 24700006, para o Projeto de Ampliação de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.

329/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035015/2011, Emenda Parlamentar nº 17110008, para o Projeto de Ampliação de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
330/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 22178/2011, Emenda Parlamentar nº 23790023, para o Projeto de Reforma de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
331/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 22178/2011, Emenda Parlamentar nº 23790023, para o Projeto de Reforma de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
332/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 22178/2011, Emenda Parlamentar nº 23790023, para o Projeto de Ampliação de Unidade Básica de Saúde do Município de Salvador.
333/2011	21.12.2011	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035363/2011, Emenda Parlamentar nº 23790014, para construção de uma Policlínica no Distrito Sanitário de Itapuã, no município de Salvador.
334/2011	23.12.2011	Aprova, ad referendum, a implantação de Unidade de Pronto-Atendimento – UPA Tipo I no município de Campo Formoso.
336/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
337/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
338/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos municípios de Pojuca, Mucuri, Muritiba, Esplanada, Xique-Xique, Campo Formoso, Gongogi, Mucugê, Caturama, Floresta Azul, Anagé, Planalto, Tremedal, Nordestina, Acajutiba, Itatim e Brotas de Macaúbas.
339/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a conversão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF III para NASF II e alteração da composição da equipe de NASF III para NASF II nos municípios de Maetinga e Cordeiros.
340/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a alteração da composição do NASF I modalidade consórcio Igaporã/Tanque Novo, excluindo o município de Tanque Novo e incluindo o município de Matina.
341/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a alteração da composição da Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos municípios de Igaporã, Condeúba, Pé de Serra e Sebastião Laranjeiras.
342/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a conversão do NASF I para NASF II no município de Souto Soares.
343/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a conversão do NASF III para NASF II nos municípios de Pé de Serra e Condeúba.
344/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos municípios de Brumado, Ouriçangas, Paramirim, Cordeiros, Canudos, São Domingos, Irará, Mata de São João, Mucugê e Antas.
345/2011	28.12.2011	Aprova o credenciamento de Equipes de Saúde da Família – ESF nos municípios de Brumado, Malhada de Pedras, Canudos, Cabaceiras do Paraguaçu e Pilão Arcado.
346/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Mucugê e Salvador, referente à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Boninal, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
347/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Cachoeira e Salvador, referentes à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência, pactuados na PPI 2010 pelo município de Iraquara, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
348/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Ilhéus e Ruy Barbosa, referente à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Lençóis, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
349/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Iraquara, Ruy Barbosa, Salvador e Wagner, referente à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Palmeiras, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
350/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Iraquara, Itaberaba e Mucugê, referente à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Piatã, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.

351/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Ibitiara e Salvador, referente à programação física e financeira dos leitos/especialidades hospitalares de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Seabra, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
352/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Itaberaba, referente à programação física e financeira do leito/especialidade hospitalar de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Souto Soares, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
353/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência por 90 dias dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Itaberaba, referente à programação física e financeira do leito/especialidade hospitalar de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010 pelo município de Souto Soares, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Seabra, conforme Anexo I.
354/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Lauro de Freitas, referente aos agregados ambulatoriais de média complexidade por referência, pactuados na PPI 2010, alocados no Teto Financeiro Federal de MAC do município de Salvador, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Lauro de Freitas, conforme Anexo I.
355/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Maracás, referente aos agregados ambulatoriais de média complexidade por referência pactuados na PPI 2010, alocados no Teto Financeiro Federal de MAC dos municípios de Jequié, Itiruçu e Jaguaquara para o Teto Financeiro Federal de MAC dos municípios de Maracás e Salvador, conforme Anexo I, II, III e IV.
356/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Marajú, referente aos agregados ambulatoriais de média complexidade por referência e alta complexidade por abrangência, pactuados na PPI 2010, alocados no Teto Financeiro Federal de MAC dos municípios de Ilhéus, Itabuna e Valença para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Marajú e Ilhéus, conforme Anexo I, II e III.
357/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Santa Brígida, referente aos agregados ambulatoriais de média complexidade por referência, pactuados na PPI 2010, alocados no Teto Financeiro Federal de MAC do município de Paulo Afonso, para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Santa Brígida, conforme Anexo I.
358/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) do município de Simões Filho, referente aos agregados ambulatoriais de média complexidade por referência, pactuados na PPI 2010, alocados no Teto Financeiro Federal de MAC do município de Camaçari e Simões Filho, conforme Anexos I e II.
359/2011	28.12.2011	Aprova, ad referendum, a transferência dos recursos do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade (MAC) dos municípios de Barra, Feira de Santana, Ilhéus, Irecê, Jacobina, Juazeiro, Jussara, Morro do Chapéu, Presidente Dutra, Ruy Barbosa, Seabra, Xique-Xique, referente à programação financeira dos serviços ambulatoriais de alta complexidade por abrangência, agregados ambulatoriais de média complexidade por abrangência; leitos/especialidades hospitalares de alta e média complexidade por abrangência, pactuados na PPI 2010 pelo município de Uibaí para o Teto Financeiro Federal de MAC do município de Salvador, conforme Anexo I, II, III e VI.
		<b>2012</b>
001/2012	03/01/2012	Aprova, ad referendum, a habilitação como Unidade do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento Secundário a Gestante de Alto Risco, da Maternidade Albert Sabin.
002/2012	03/01/2012	Aprova, ad referendum, a habilitação como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal – UCI, do Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA.
003/1012	14 e 15/01/2012	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
004/2012	14 e 15/01/2012	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
005/2012	14 e 15/01/2012	Aprova, ad referendum, a relação dos municípios prioritários e elegíveis do Estado da Bahia, para receberem o incentivo financeiro, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica de Hepatites Virais.

006/2012	17/01/2012	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 035758/2011, para aquisição de equipamentos/material permanente por Emenda Parlamentar para a Associação Obras Sociais Irmã Dulce.
007/2012	20/01/2012	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma.
008/2012	25/01/2012	Aprova, ad referendum, a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família.
009/2012	27/01/2012	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 11760.271000/1110-01, Emenda Parlamentar Nº 33550003, para aquisição de equipamentos/material permanente para a Unidade de Saúde e Maternidade Júlia Maria, no município de Jiquiriçá.

Passando de volta a palavra para Dra. Suzana ela direcionou a pauta para o ponto de apresentação da Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS – DGC sobre a portaria de criação de Unidade de Monitoramento de Qualidade – UMEQ, em controle do câncer de colo do útero. Dra. Debora do Carmo relatou que gostaria de apresentar a portaria e chamar a atenção que a aprovação dessa portaria indicará a reorganização do fluxo, destacando ser essa uma grande vitória do Estado da Bahia porque até então não se fazia monitoramentos externos da qualidade das lâminas do Citopatológico de prevenção do câncer do colo do útero no Estado, isso era um problema muito sério, porque os estados que já fazem, e reiterou que não são muitos os estados que fazem, tem detectado qualidade muito ruim de leitura de lâminas. Assim destacou que a portaria que é estadual ela é baseada na portaria conjunta de nº 92/2001 do Ministério da Saúde, destacou que a base da portaria estadual segue a mesma base da portaria nacional e determina que todos os prestadores da rede SUS façam o monitoramento interno, todos aqueles que estiverem habilitados, credenciados, recebendo recursos do SUS para leitura de lâminas devem organizar o monitoramento interno de qualidade e ressaltou que há critérios definidos no anexo I dessa mesma portaria estadual, e esta também define critérios para credenciamento de laboratórios novos que utilizam o protocolo de controle interno de exames citopatológicos, controle de qualidade. Assim começou a apresentação que segue.

Governo da Bahia  
Secretaria de Saúde  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde  
Diretoria de Gestão do Cuidado  
Coordenação de Ciclo de Vida e Gênero

**UNIDADE DE MONITORAMENTO EXTERNO DA QUALIDADE DE EXAMES CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO**

Debora do Carmo  
Diretora DGC  
gestao.cuidado@gmail.com



**Monitoramento Externo Minuta de Portaria**

O Secretário da Saúde no uso de suas atribuições legais e considerando o disposto na **Portaria Conjunta SPS/SAS nº 92**, de 16 de outubro de 2001 que determina a execução do monitoramento interno e a obrigatoriedade do monitoramento externo da qualidade do exame citopatológico realizado pela rede SUS de prestadores, resolve:

Determinar que **todos os prestadores da rede SUS** – Sistema Único de Saúde realizem **monitoramento interno** da qualidade dos exames citopatológicos segundo o protocolo para controle interno de qualidade que atendam aos critérios definidos no **anexo I** desta portaria, devidamente registrado e apresentado à VISA – Vigilância Sanitária municipal ou estadual.

Determinar como **critério para credenciamento**, a ser exigido de prestadores novos e já credenciados, a apresentação à VISA, de **protocolo para controle interno da qualidade dos exames citopatológicos**.



Determinar o **prazo de 120 dias** a partir da publicação desta portaria para apresentação do protocolo para controle interno de qualidade à VISA municipal ou estadual.

Determinar a **obrigatoriedade** da participação dos laboratórios de citopatologia da rede SUS no processo de **monitoramento externo** da qualidade dos exames citopatológicos por ela realizados de acordo com **anexo II** desta portaria.

a) entende-se por monitoramento externo da qualidade uma nova leitura dos exames citopatológicos por um laboratório diferente daquele que realizou a primeira leitura.

a) é dever do laboratório providenciar as lâminas solicitadas para monitoramento externo e documentar sua saída, a fim de que sua guarda passe a ser de responsabilidade da UMEQ até a devida devolução ao laboratório de origem, o qual as deverá recolhê-las da UMEQ num prazo de até 20 dias.



**1. Apontar o CICAN** – Centro Estadual de Oncologia como instância responsável pela **condução tático-estratégica e operacional do monitoramento externo da qualidade dos exames citopatológicos realizados pela rede SUS, cabendo a ele a definição e readequação das estratégias para consolidação do referido monitoramento.**

a) é responsabilidade do **CICAN a definição dos fluxos e periodicidade** de envio dos exames para monitoramento externo da qualidade, a avaliação de todos os resultados encontrados.

a) o gestor estadual ou municipal que tem UMEQ (municípios em gestão plena do sistema) deve enviar os resultados do monitoramento externo sob sua responsabilidade à Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo de Útero.

a) O CIGAN deve enviar à Coordenação Estadual do Programa, a lista mensal de laboratórios a serem monitorados, a fim de receber as bases de dados correspondentes, a partir das quais serão gerados os relatórios.



160 Destacou que mais ou menos uns 55 municípios encaminham lâminas para o CICAN fazer a leitura das lâminas da Atenção  
 161 Básica, ressaltando que não se tratam de leituras de exames de monitoramento externo, e, portanto, esses municípios vão ser  
 162 redirecionados para rede do município de Salvador. Sinalizou que os municípios em gestão plena devem enviar os resultados  
 163 de monitoramento externo, sob sua responsabilidade, para o programa estadual. Destacou que não tem ainda nenhum  
 164 município em gestão plena que faça monitoramento externo e reforçou com a observação de que não que seja necessário que  
 165 houvesse somente um Centro de Controle de Qualidade, que no caso vai ser o CICAN, mas pontuou que um município em  
 166 gestão plena, pode também habilitar uma unidade para realizar um monitoramento externo dos laboratórios da região do seu  
 167 próprio município desde que atenda a portaria. Arrematou destacando que essas unidades que farão monitoramento externo  
 168 no próprio município elas ficam também submetidas ao monitoramento do CICAN. Informou que tem um código específico,  
 169 disse que os laboratórios não informam no SISCOLO dos municípios, e os municípios não tem cobrado. Apontou a  
 170 necessidade de condicionar o pagamento dos procedimentos realizados pelos laboratórios a serem monitorados, a  
 171 alimentação do SISCOLO – Sistema de Informação do Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero. Assim  
 172 arrematou, encaminhou o BPA, tem que alimentar o SISCOLO, que de outra forma não vai conseguir e nem tem informação  
 173 epidemiológica e monitoramento do caminhar da mulher pela rede, porque o SISCOLO é um sistema de acompanhamento e  
 174 também não poderia fazer o monitoramento externo, porque as lâminas que vão ser relidas, elas são escolhidas pelo sistema,  
 175 destacando serem 10% de todas as lâminas.  
 176

177  
 178  
 179  
 180  
 181 Ratificar a Tabela de Procedimentos SIA/SUS como padrão de remuneração e  
 182 adotar o código 02.03.01.001-9 – Exame Citopatológico Cérvico-vaginal /  
 183 Microflora como procedimento a ser cobrado pelas releituras das lâminas do  
 184 monitoramento externo.

185 **Condicionar o pagamento dos procedimentos realizados pelos laboratórios**  
 186 **a serem monitorados, à alimentação do SISCOLO – Sistema de Informação**  
 187 **do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero.**

188 Condicionar a criação de UMEQs a parecer do CICAN, mesmo para municípios  
 189 em gestão plena do Sistema Único de Saúde segundo critérios definidos nos  
 190 **anexos III e IV.**

191 As UMEQs dos municípios em Gestão Plena do Sistema deverão ser  
 192 monitoradas semestralmente, para tanto devem, quando solicitadas, enviar as  
 193 lâminas selecionadas pelo SISCOLO à UMEQ estadual responsável por seu  
 194 monitoramento.



195  
 196  
 197  
 198  
 199  
 200  
 201  
 202  
 203  
 204  
 205  
 206  
 207  
 208  
 209  
 210  
 211  
 212  
 213  
 214  
 215  
 216  
 217  
 218  
 219  
 220  
 221  
 222  
 223  
 224  
 225  
 226

Determinar que o CICAN participe do monitoramento externo como unidade prestadora de serviço, devendo ser monitorado a cada seis meses pela Fundação Oswaldo Cruz ou pela Universidade Federal da Bahia.

Condicionar a renovação do alvará da VISA para laboratórios que realizem exames citopatológicos para a rede SUS à participação no monitoramento externo.

227  
 228  
 229  
 230  
 231  
 232  
 233  
 234  
 235  
 236  
 237  
 238  
 239  
 240  
 241  
 242  
 243  
 244  
 245  
 246  
 247  
 248  
 249  
 250  
 251  
 252  
 253  
 254  
 255  
 256  
 257  
 258  
 259  
 260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273  
 274  
 275  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284  
 285  
 286  
 287  
 288  
 289  
 290  
 291  
 292  
 293  
 294  
 295  
 296  
 297  
 298  
 299  
 300  
 301  
 302  
 303  
 304  
 305  
 306  
 307  
 308  
 309  
 310  
 311  
 312  
 313  
 314  
 315  
 316  
 317  
 318  
 319  
 320  
 321  
 322  
 323  
 324  
 325  
 326  
 327  
 328  
 329  
 330  
 331  
 332  
 333  
 334  
 335  
 336  
 337  
 338  
 339  
 340  
 341  
 342  
 343  
 344  
 345  
 346  
 347  
 348  
 349  
 350  
 351  
 352  
 353  
 354  
 355  
 356  
 357  
 358  
 359  
 360  
 361  
 362  
 363  
 364  
 365  
 366  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 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  
 442  
 443  
 444  
 445  
 446  
 447  
 448  
 449  
 450  
 451  
 452  
 453  
 454  
 455  
 456  
 457  
 458  
 459  
 460  
 461  
 462  
 463  
 464  
 465  
 466  
 467  
 468  
 469  
 470  
 471  
 472  
 473  
 474  
 475  
 476  
 477  
 478  
 479  
 480  
 481  
 482  
 483  
 484  
 485  
 486  
 487  
 488  
 489  
 490  
 491  
 492  
 493  
 494  
 495  
 496  
 497  
 498  
 499  
 500  
 501  
 502  
 503  
 504  
 505  
 506  
 507  
 508  
 509  
 510  
 511  
 512  
 513  
 514  
 515  
 516  
 517  
 518  
 519  
 520  
 521  
 522  
 523  
 524  
 525  
 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  
 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  
 643  
 644  
 645  
 646  
 647  
 648  
 649  
 650  
 651  
 652  
 653  
 654  
 655  
 656  
 657  
 658  
 659  
 660  
 661  
 662  
 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  
 729  
 730  
 731  
 732  
 733  
 734  
 735  
 736  
 737  
 738  
 739  
 740  
 741  
 742  
 743  
 744  
 745  
 746  
 747  
 748  
 749  
 750  
 751  
 752  
 753  
 754  
 755  
 756  
 757  
 758  
 759  
 760  
 761  
 762  
 763  
 764  
 765  
 766  
 767  
 768  
 769  
 770  
 771  
 772  
 773  
 774  
 775  
 776  
 777  
 778  
 779  
 780  
 781  
 782  
 783  
 784  
 785  
 786  
 787  
 788  
 789  
 790  
 791  
 792  
 793  
 794  
 795  
 796  
 797  
 798  
 799  
 800  
 801  
 802  
 803  
 804  
 805  
 806  
 807  
 808  
 809  
 810  
 811  
 812  
 813  
 814  
 815  
 816  
 817  
 818  
 819  
 820  
 821  
 822  
 823  
 824  
 825  
 826  
 827  
 828  
 829  
 830  
 831  
 832  
 833  
 834  
 835  
 836  
 837  
 838  
 839  
 840  
 841  
 842  
 843  
 844  
 845  
 846  
 847  
 848  
 849  
 850  
 851  
 852  
 853  
 854  
 855  
 856  
 857  
 858  
 859  
 860  
 861  
 862  
 863  
 864  
 865  
 866  
 867  
 868  
 869  
 870  
 871  
 872  
 873  
 874  
 875  
 876  
 877  
 878  
 879  
 880  
 881  
 882  
 883  
 884  
 885  
 886  
 887  
 888  
 889  
 890  
 891  
 892  
 893  
 894  
 895  
 896  
 897  
 898  
 899  
 900  
 901  
 902  
 903  
 904  
 905  
 906  
 907  
 908  
 909  
 910  
 911  
 912  
 913  
 914  
 915  
 916  
 917  
 918  
 919  
 920  
 921  
 922  
 923  
 924  
 925  
 926  
 927  
 928  
 929  
 930  
 931  
 932  
 933  
 934  
 935  
 936  
 937  
 938  
 939  
 940  
 941  
 942  
 943  
 944  
 945  
 946  
 947  
 948  
 949  
 950  
 951  
 952  
 953  
 954  
 955  
 956  
 957  
 958  
 959  
 960  
 961  
 962  
 963  
 964  
 965  
 966  
 967  
 968  
 969  
 970  
 971  
 972  
 973  
 974  
 975  
 976  
 977  
 978  
 979  
 980  
 981  
 982  
 983  
 984  
 985  
 986  
 987  
 988  
 989  
 990  
 991  
 992  
 993  
 994  
 995  
 996  
 997  
 998  
 999  
 1000

#### ANEXO I

##### Critérios Mínimos para Realização do Monitoramento Interno

A fim de garantir que o monitoramento interno, ao qual todos os laboratórios estarão sujeitos a partir da publicação desta portaria, se realize, os critérios mínimos abaixo deverão ser atendidos:

1. **Ter responsável técnico pertencente ao seu quadro permanente** de funcionários e devidamente registrado no cadastro da unidade junto ao SUS municipal ou estadual, não sendo permitida a terceirização desta atividade;
2. **Ter processo de trabalho desenhado** de tal modo que possibilite o controle de qualidade dos exames realizados, incluindo uma nova leitura por outro observador;



3. Realizar, pelo menos, **10% (dez por cento) de releitura** das lâminas do SUS mensalmente;
4. Ter **sistema de registro**, manutenção e guarda dos resultados das práticas de monitoramento interno da qualidade;
5. Disponibilização, sempre que solicitados pela autoridade de saúde estadual ou municipal responsável pelo credenciamento, dos resultados do monitoramento interno.
6. Atender às determinações/recomendações vigentes das Sociedades de Citopatologia e Anatomia Patológica.

227  
228 Anexo II o Processo de Monitoramento e como são compostas as amostras de lâminas destacou ser um processo muito  
229 importante e destacou que Minas Gerais, Curitiba, Ceará já fazem monitoramento e têm identificado muitos problemas, tanto  
230 de falso positivo, quanto de falso negativo. O fluxo é mensal agora nesse início como se trata de um momento de transição de  
231 retirada das lâminas de leitura de atenção básica para que o CICAN possa receber as lâminas deve-se informar através de  
232 ofício os laboratórios que deverão encaminhar quais as lâminas e quantidades.  
233

## ANEXO II

### Processo de Monitoramento Externo

#### 1. Composição da amostra

Do total de lâminas examinadas por um laboratório, 10% (dez por cento) deverão ser encaminhadas para monitoramento externo com a seguinte composição:

5% das lâminas consideradas negativas – no mínimo,

Todas as lâminas consideradas alteradas,

Todas as lâminas consideradas insatisfatórias;

As lâminas serão selecionadas de acordo com os critérios acima pelo Sistema de Informação SISCOLO;

#### 1. Responsabilidade técnica

•A fim de acompanhar e responder, no que lhe compete, pelo processo de monitoramento interno e externo, **cada laboratório deverá indicar** ao gestor estadual ou municipal através da UMEQ de referência, o seu **responsável técnico**, o qual deverá pertencer ao seu quadro permanente e estar registrado no contrato de prestação de serviço celebrado com o SUS municipal ou estadual.

#### 1.3. Fluxo geral

a) o monitoramento externo ocorre **mensalmente**, de modo que a cada mês os laboratórios deverão disponibilizar as lâminas selecionadas pelo SISCOLO, para serem analisadas pela UMEQ responsável.

b) a UMEQ, mensalmente, **encaminhará a cada um dos laboratórios que serão monitorados, ofício de solicitação das lâminas para releitura.**

c) o laboratório após receber o ofício de solicitação das lâminas a serem disponibilizadas, deverá enviá-las à UMEQ no prazo máximo de 05 dias corridos.

d) as lâminas e duas vias da sua listagem que é emitida pelo SISCOLO serão recebidas e conferidas pela UMEQ que deverá vistar uma das vias da lista certificando o recebimento e assegurando a devida devolução, após releitura.

e) as lâminas deverão ser encaminhadas ao citopatologista da UMEQ para releitura sem identificação da sua procedência devendo conter o código de identificação da paciente apenas.

f) todo caso discordante deverá ser selecionado para discussão com o responsável técnico do laboratório que apresentar tal discordância, devendo este ser notificado e convocado a uma reunião de consenso.



249  
250 Destacou ainda que há medidas disciplinares estabelecidas, tanto na portaria nacional quanto na estadual, quanto ao  
251 encaminhamento de lâmina, aos laboratórios da rede credenciada quando solicitarem enviar uma solicitação de lâmina e não  
252 fizerem, podem ter o seu credenciamento suspenso até que cumpram o determinado pela unidade de monitoramento.  
253

#### 1. Tratamento das discordâncias

a) Considera-se caso discordante aquele, cuja leitura feita pela UMEQ diverge da leitura feita pelo laboratório de origem e a conclusão clínica decorrente do exame também é divergente. Ver diagrama abaixo.

b) As discordâncias, identificadas pela UMEQ, deverão ser analisadas caso a caso buscando o consenso entre ela e o laboratório de origem com releitura conjunta previamente marcada.

**NEGATIVO? ASCUS/AGUS/HPV/NCI? NCI/NCII/CARCINOMA**

a) Após consenso com a UMEQ o laboratório deverá localizar a unidade de saúde da paciente e emitir novo laudo com o novo diagnóstico e observação de que se trata de leitura realizada em conjunto com a UMEQ de referência.

b) A UMEQ deve atualizar o responsável técnico do laboratório sobre as técnicas mais adequadas ao preparo de lâminas, leitura, acondicionamento, transporte e registro, a fim de contribuir para melhoria da qualidade dos exames sob sua responsabilidade.

c) As unidades de saúde deverão reprogramar o tratamento e/ou seguimento das pacientes de acordo com os novos laudos emitidos.

#### 1. Medidas disciplinares

##### a) Encaminhamento das lâminas:

Os laboratórios da rede credenciada, que quando solicitados a enviar uma seleção de lâminas, não o fizer por dois meses consecutivos ou alternados terão seu **credenciamento suspenso até que cumpra o determinado pela UMEQ**. Do mesmo modo para os que não vierem recolher de volta as lâminas reexaminadas pela UMEQ no prazo por esta determinado.

##### a) Discordância:

É considerado **aceitável** um percentual de **discordância de até 10%** (dez por cento) pelas Sociedades Brasileiras de Citopatologia e Anatomia Patológica. Os laboratórios que apresentarem percentuais acima desse deverão ser submetidos às **medidas administrativas** que se seguem.



285 O objetivo da portaria não é fazer perseguição a laboratório nenhum, mas no caso de discordância no considerável aceitável,  
286 na possibilidade de erro humano. O objetivo é que se possa fazer um processo de educação permanente com esses  
287 laboratórios.  
288  
289  
290  
291  
292  
293

294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360

1. Para valores entre 11 e 20% - **imediate reorientação pedagógica e monitoramento por 03 (três) meses seguidos**, a fim de que dificuldades técnicas sejam identificadas e sanadas. A UMEQ de referência, caso considere necessário, poderá oferecer-se para treinamentos e capacitações dos laboratórios ou indicar outra unidade que possa realizá-los;

2. Havendo reincidência dentro do período de monitoramento seguido, a UMEQ deverá **notificar a instância responsável pelo credenciamento do SUS estadual ou municipal, a qual deverá descredenciar o laboratório** em questão, rescindindo o contrato celebrado entre ele e o SUS, a fim de que a população esteja resguardada dos riscos causados pela atuação de uma unidade de saúde que não cumpre as exigências mínimas de qualidade na realização de exames citopatológicos;

3. Para valores superiores a 21% - **suspensão imediata do credenciamento por 03 (três) meses, monitoramento mensal por igual período e reorientação pedagógica pela UMEQ ou unidade por ela designada;**



SECRETARIA DA SAÚDE

4. Havendo reincidência após retorno do credenciamento, a UMEQ deverá notificar a instância responsável pelo credenciamento do SUS estadual ou municipal, a qual deverá descredenciar o laboratório em questão, rescindindo o contrato celebrado entre ele e o SUS, a fim de que a população esteja resguardada dos riscos causados pela atuação de uma unidade de saúde que não cumpre as exigências mínimas de qualidade na realização de exames citopatológicos;

5. Estas medidas serão adotadas sem prejuízo das outras previstas pelo Controle, Avaliação, Vistoria e Fiscalização e pelo contrato de prestação de serviços celebrado entre o laboratório em questão e o SUS.



SECRETARIA DA SAÚDE

### ANEXO III

#### Crítérios para instalação de UMEQ em município em gestão plena do sistema

1. Ter projeto descritivo das ações de monitoramento externo dentro da sua microrregião aprovado pelo CICAN.
2. Aprovação nos monitoramentos semestrais realizados pela UMEQ estadual.
3. Declaração da VISA estadual aprovando o laboratório quanto às condições técnicas e estruturais para realização de exame citopatológico do colo uterino.
4. Estar em dia com a alimentação do SISCOLO (exporta dados e BPA).
5. Envio temporâneo das informações do monitoramento externo à Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero.



SECRETARIA DA SAÚDE

### ANEXO IV

#### Modelo de Projeto para UMEQs municipais

1. Identificação do município
  - a) Nome
  - b) Data do parecer da CIB/CIT que põe o município em gestão plena do sistema
1. Dados demográficos
  - a) População geral
  - b) População de mulheres
  - c) Estratificação da população de mulheres por idade
1. Cobertura
  - a) Metas do pacto da atenção básica – assistência oncológica
  - b) População feminina coberta incluindo a dos municípios signatários da PPI
    - Lista nominal dos laboratórios credenciados ao SUS municipal ou estadual disponível no município com os respectivos tetos para realização de exames citopatológicos do colo uterino
    - Número de lâminas coletadas/enviadas
    - Número de lâminas lidas



SECRETARIA DA SAÚDE

1. Laboratório indicado para ser UMEQ
  - a) Dados cadastrais
  - b) Responsável técnico
  - c) Capacidade instalada

1. Anexos
  - a) Cópia do alvará da VISA do laboratório indicado para ser UMEQ
  - b) Cópia do parecer CIB/CIT
  - c) Cópia da PPI



SECRETARIA DA SAÚDE

## REDIRECIONAMENTO DE LÂMINAS - CICAN

- **55 municípios encaminham lâminas para o CICAN**
- 1º momento: as lâminas deverão ser absorvidas pelos serviços credenciados pelo município de Salvador
- 2º momento: redesenho da rede de citologia do Estado
- Comissão formada: COSEMS, DGC, DICON, DIPRO, CICAN



SECRETARIA DA SAÚDE

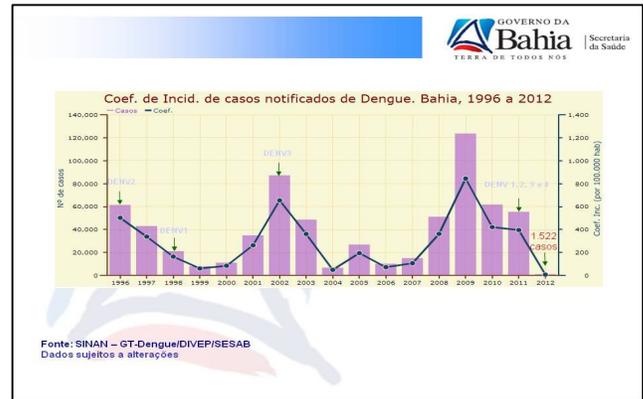
361 O redirecionamento de Lâminas dos 55 municípios que encaminham lâminas para o CICAN , eles vão ser informados, de como  
362 vai ocorrer, para qual laboratório vai mandar, no primeiro momento eles vão ser absorvidos, por serviços habilitados  
363 credenciados no município de Salvador, no período de 02 a 03 meses. No segundo momento vai ser apresentado a CIB, um  
364 redesenho da rede de citologia do estado. A Bahia tem 115 laboratórios que fazem leitura citopatológica segundo um cálculo,  
365 uma planilha apresentada pelo INCA de colo do útero. Existe laboratório fazendo 30, 40, 100, 200 lâminas por mês. Os critérios  
366 de qualidade que o INCA trabalha são de 15.000 lâminas por laboratório por ano, o que dá uma média de mais de 1.100  
367 lâminas por mês. Enfim reiterou que vai precisar reestruturar essa rede estadual para que se possa garantir qualidade no  
368 controle do câncer no colo do útero no estado. Pontuou que foi formada uma comissão, COSEMS, DGC, DICON, DIPRO E  
369 CICAN para fazer análise dessa rede estadual e uma proposta de desenho da rede para o estado nesse período, que deve ser  
370 apresentado, com relação a Salvador. Destacou que na 6ª Feira vai aconteceu uma reunião com o município, que vai redefinir  
371 qual o prestador ou prestadores que vão receber essas lâminas que hoje são lidas no CICAN e isso vai ser informado aos  
372 municípios interessados. Dra. Suzana – falou que não poderia deixar passar sem registrar a importância dessa proposta  
373 porque além da questão da qualidade, tem a questão que é crucial que é o tempo de retorno do exame para usuária, isso tem  
374 sido um grande problema e muitas vezes se perde a oportunidade de fazer um diagnóstico precoce e muitas vezes complica  
375 muito a condição de saúde da usuária e obviamente o tratamento. Ressaltou que acha que é uma proposta interessante, e  
376 pontuou aos municípios que tiverem condições ou puderem começar a estruturar ou sinalizar nesse sentido é interessante para  
377 unidade. Destacou também que quanto ao quesito qualidade, a proposta é importante não só em relação a questão técnica,  
378 mais também em relação até a própria celeridade no retorno. Além disso, pontuou que estava comentando da referência e da  
379 contra referência, que continua sendo um grande problema na rede SUS como um todo, e isso para atenção básica tem sido  
380 um grande foco, devido à dificuldade em ampliar e potencializar a resolutividade da atenção básica, porque muitas vezes a  
381 solicitação é feita, os exames encaminhados e o retorno não vem. Na questão de Controle do Câncer do Colo do Útero  
382 reforçou a necessidade de se envidar esforço em conjunto, tanto na aplicação dos protocolos da atenção básica, que começa  
383 na coleta que muitas vezes não fica adequada, a lâmina não fica boa, não dá para fazer a leitura, vai para o serviço, e não tem  
384 resposta e volta e essa lâmina demora de retornar para ser resgatada, isso acabará causando mais problema. Então ressaltou  
385 que precisava voltar a trabalhar com o processo de qualificação desde a atenção básica, que vai desde a coleta, até o  
386 prestador de serviço que faz a leitura e o retorno deste para unidade que fez a referência, reiterando ser fundamental.  
387 Destacou ainda que essa comissão que está sendo proposta pode inclusive também está se debruçando sobre essas outras  
388 questões, para poder conseguir fechar o círculo e ir pensando no processo de qualificação, tendo destacado que isso não é  
389 complicado, mas no dia a dia acaba virando, uma condição bastante difícil para se dar uma resposta. Reiterou que esta é uma  
390 grande demanda das mulheres usuárias do serviço, do retorno da leitura das lâminas ou até para se conseguir fazer os  
391 exames de forma adequada, podendo, às vezes, fazer a coleta mais de uma vez, na unidade de saúde que está próximo a sua  
392 residência, mas que acaba não sendo eficaz. Dra. Gizélia – Superintendente da SAIS – falou sobre a portaria que está bem  
393 explícita, disse que é mais um dado epidemiológico, que na verdade um câncer de colo do útero, ele é completamente  
394 previsível e evitável, e como coincide a sua prevalência maior, em regiões onde existe mais desigualdades sociais, mais  
395 problemas e pobreza, ele é mais prevalente, na região nordeste e na região norte do país, nos países desenvolvidos e em  
396 outros lugares o câncer de mama suplanta o câncer do colo de útero, isso é um indicador de desigualdades de baixa qualidade  
397 de assistência e dificuldade de acesso a assistência a saúde da mulher. Além disso, chamou a atenção que é importante ter  
398 esse pano de fundo e isso significa melhorar o indicador fundamental que é prevenir e evitar um câncer que é completamente  
399 curável. Do ponto de vista da contratualização, Dra. Suzana levantou uma questão importante que é o retorno, a contra  
400 referência do exame para o usuário, apontando que apesar de se fazer muitos contratos, o estado envolvendo toda sua  
401 estrutura, (seja união, estado ou municípios, grandes contratantes), o SUS não detém todos os meios de apoio diagnóstico e  
402 terapêutico, ao contrário ele depende do setor complementar, privado para contratualização. Destacou ainda que se tem o  
403 poder de contratar, precisa se exigir nos contratos que exista justamente o tempo resposta para esses exames, assim reiterou  
404 que é preciso que se exija isso no momento da contratação, e no processo de acompanhamento desses contratos. Então,  
405 arrematou ter o poder de no contrato exigir esse tempo resposta desses exames é muito pertinente. Debora do Carmo –  
406 Diretora da DGC – Falou que com relação a tempo resposta, acha muito pertinente e o que tem visto muito, é por não  
407 alimentarem o SISCOLO, os gestores e os trabalhadores das unidades de saúde, acabarem ficando sem informação com  
408 relação aquela mulher, porque se o laboratório demora, muitas vezes a própria unidade recebe o resultado e a pessoa não  
409 vem buscar e o resultado é positivo. Assim, pontuou que segundo Dra. Suzana há recursos para realização de curso de  
410 capacitação para coleta de exame citopatológico do colo de útero. Porém, destacou que para Técnico de Enfermagem , o  
411 Estado interrompeu a sua continuidade porque o COFEM baixou uma resolução proibindo que Técnico de Enfermagem faça  
412 coleta de exame citopatológico, mas informou que o Ministério da Saúde não é a favor dessa postura, e já foi marcada uma  
413 reunião para fazer essa discussão com esse grupo. Destacou ainda que estão esperando o término dessa discussão e definir  
414 de fato qual o papel, pois, pontuou fazer coleta é uma das questões relacionadas ao controle do câncer. Além disso, reiterou:  
415 fazer a busca ativa, organizar o fluxo, a assistência também é tão importante quanto, fazer o acompanhamento do SISCOLO, e  
416 informar no SISCOLO é muito importante. Independente disso sinalizou que existe uma série de ações que precisam organizar,  
417 porque há ainda um número muito expressivo de mulheres com câncer do colo de útero e é uma doença plenamente evitável e  
418 tratável, mesmo com o carcinoma já em cito. Arrematou dizendo que é um exame simples e barato que se precisa fazer, agora  
419 tem que garantir a qualidade, desde a coleta e leitura dessas lâminas, porque observou que o laboratório quando faz um bom  
420 exame ele fala qual a unidade de saúde está mandando o material inadequado, e isso é um indicador imaterial para que o  
421 gestor trabalhe e até solicite a capacitação dos trabalhadores. Uma gestora na plenária pergunta a Dra. Debora se no  
422 município pleno a leitura vai ser semestral, e ela responde que só naqueles que tiverem o UMEQ, Unidade de Monitoramento  
423 de Qualidade própria, porque ele faz o monitoramento de qualidade das lâminas do município ou da região e o CICAN, faz o  
424 monitoramento dessas lâminas que já foram monitoradas, e pode ser semestralmente. A portaria estabelece que ele só recebe  
425 se alimentar, então é atrelado o BPA ao SISCOLO, e no caso do município de gestão plena é simplesmente informar, de  
426 preferência fazer reunião da melhor forma possível e se não mandar o porta dados não recebe, não valida o BPA.  
427

428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494

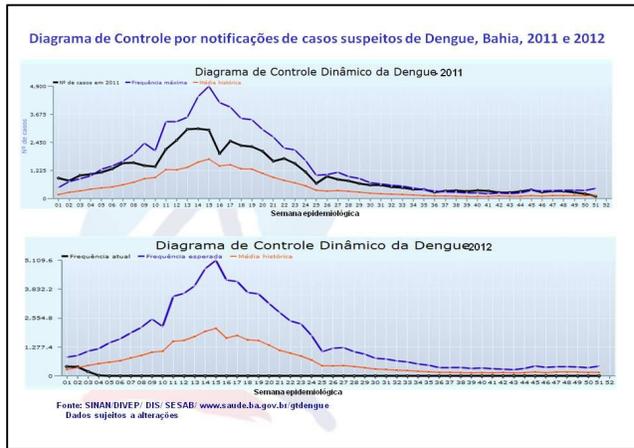
Dr. Raul Molina – COSEMES – Solicita celeridade na pauta porque está no primeiro ponto da mesma e passa a palavra para Sra. Maria de Fátima – Conselheira – esta abordou que este é um tema muito importante e o estado com essa portaria, nos remete a duas observações, uma que na década de noventa o país lançou uma campanha de coleta de lâmina que as mulheres até hoje não sabe o resultado de nada, então é bom atentar para isso e a segunda é que trata de uma questão super relevante, apesar da redundância, mais é uma ocorrência silenciosa e começou a ter por muitas reivindicações do segmento feminista, reiterou que representa os segmentos de mulheres, mais dizer que é preciso ir além, atentar para a estrutura da rede, para os aspectos que são abordados nessa portaria, para não ficar com a mesma, lançada, publicada, apresentada na CIB, mais não ter estrutura, porque essa de não ter estrutura para ter resolutividade, significa as mulheres continuarem com suas morbidades que na sua maioria leva ao câncer de colo do útero e aumentar os índices de mortalidade. Enfim observou a necessidade de colocar para ser discutido no conselho e inclusive a possibilidade dentro das instâncias organizativas, o Conselho Estadual Saúde ter assento nessa comissão. Dra. Suzana segue falando do segundo ponto dessa apresentação da SUVISA/DIVEP, a situação epidemiológica da dengue e informes sobre os municípios contemplados pelo ministério da saúde, com recurso adicional, Portaria 2557 de 2011. Agnaldo do GT da Dengue e faz parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SESAB, falou que iria descrever algumas situações epidemiológicas da dengue e fazer alguns alertas. Inicia sinalizando que os gráficos que seguem mostram a história da dengue no estado, pontua que atualmente há no estado 1.522 casos registrados no SINAN, mais que é importante atentar que cada vez mais tem tido epidemias maiores, seguindo com momentos de tranquilidade relativa, mas sempre tendo grandes epidemias, principalmente quando da introdução de novos sorotipos.

**Dengue:**  
**situação epidemiológica 2012**

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde  
TERRA DE TODOS NÓS



Pontua serem esses os diagramas de controle 2011/2012. Em 2011, observa que em alguns momentos houve um número de casos que é aquela linha preta, ultrapassando o limite máximo estimado, com base na média histórica das semanas epidemiológicas. Então, destaca que no início do ano e já no finalzinho do ano tiveram alguns momentos como esse. Já em 2012 há pouco acima da média histórica, mas ainda dentro do canal endêmico, ou seja, baixo DAM do limite máximo esperado nas primeiras semanas de 2012. Esse Diagrama de controle foi construído, excluindo os anos epidêmicos, e portanto, a média não sofre esta distorção.



**Diagrama de Controle**

O limite máximo esperado para cada semana foi calculado com base na média do nº de casos notificados nas semanas, somada a dois desvios padrão, tendo como referência a série histórica do período de 2002 a 2011, excluindo-se os anos epidêmicos (2002 e 2009).

**SINAN-net**

Os cinco municípios com os maiores números de casos notificados em 2012 são:

1. Salvador (384);
2. Feira de Santana (190);
3. Manoel Vitorino (110);
4. Itabuna (96);
5. Barreiras (48).

Estes municípios concentram 54,4% de todos os casos.

**Classificação final**

No SINAN estão registrados 1.522 casos suspeitos de Dengue, sendo:

- 55 Dengue Clássico;
- 4 Dengue com complicação;
- 5 Febre Hemorrágica do Dengue;
- 62 descartados e
- 1.396 casos não classificados.

No mesmo período de 2011 foram notificados 3.858 casos de Dengue, portanto, o número de casos atual corresponde a um decréscimo de 60,55%.

495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
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

O LACEN já realizou 522 sorologias e tem 37% dessas amostras, é um pouco menor do que a do ano passado, que ficou em torno de 50% das amostras. Pontuou que esse é um indicador que representa a qualidade do diagnóstico do paciente com suspeita de dengue. Na infestação pelo *Aedes aegypti*, reiterou que há 04 classes, que representa a situação que pelo Ministério da Saúde é considerada como de baixo, médio e alto risco, na verdade, corrigiu informando serem 03 classes, e destacou que o gradiente de cor representa a intensidade da infestação, portanto afirmou que há 48% dos municípios com índice de infestação considerada aceitável pelo ministério da saúde, na verdade pela Organização Mundial da Saúde, que é 1%, 35% com índice de infestação em uma faixa considerada de médio risco e 16% dos municípios com índice de infestação considerável alto, e o mapa verde representa a atualização da informação, o verde mais intenso significa o último trimestre e o pouco menos intenso significa o penúltimo trimestre, o gradiente também representa essa atualização.

**LACEN**

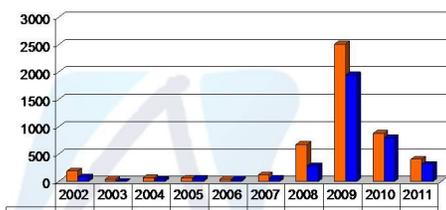
GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde  
TERRA DE TODOS NÓS

- Até o momento, o LACEN realizou 522 sorologias pelo método ELISA IgM, resultando em 198 (37,93%) amostras reagentes



**Casos notificados e confirmados de Dengue Grave, Bahia - 2002 a 2011**

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde  
TERRA DE TODOS NÓS



Ano	Not	Conf
2002	189	85
2003	42	8
2004	66	36
2005	63	53
2006	43	38
2007	124	54
2008	674	284
2009	2507	1947
2010	880	794
2011	413	321

Fonte: DIVEP/SESAB (planilha paralela)  
Dados sujeitos a alterações



**Casos Graves 2012**

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde  
TERRA DE TODOS NÓS

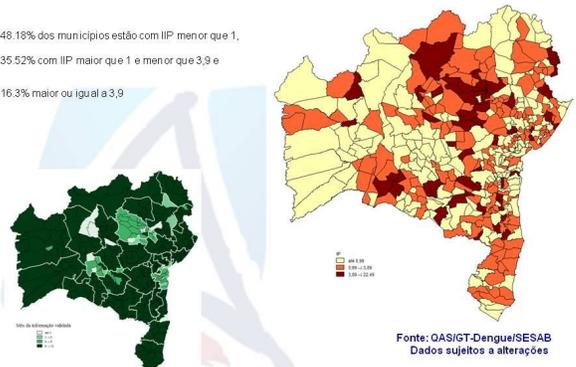
MUNICÍPIOS	DENGUE GRAVE		ÓBITOS		
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados	Descartados
FEIRA DE SANTANA	1	1			
ILHÉUS	1				
ITAPÉ	1		1		
ANAGÉ	1		1		
CAMAÇARI	1	1			
MANOEL VITORINO	1	1			
JEQUIÉ	1	1			
SALVADOR	2		1		1

Fonte: DIVEP/SESAB (planilha paralela)  
Dados sujeitos a alterações

**Infestação pelo *Aedes aegypti***

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde  
TERRA DE TODOS NÓS

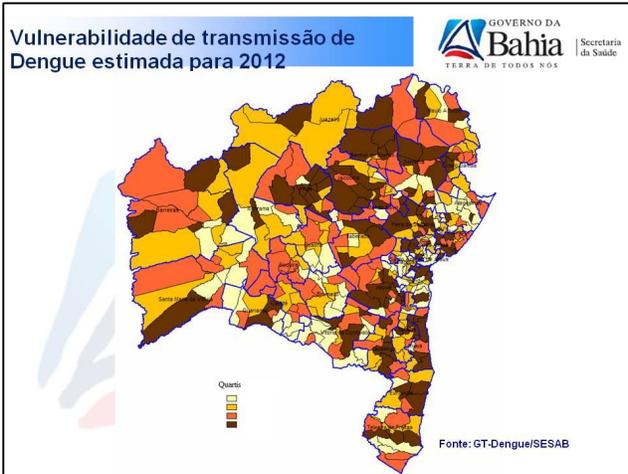
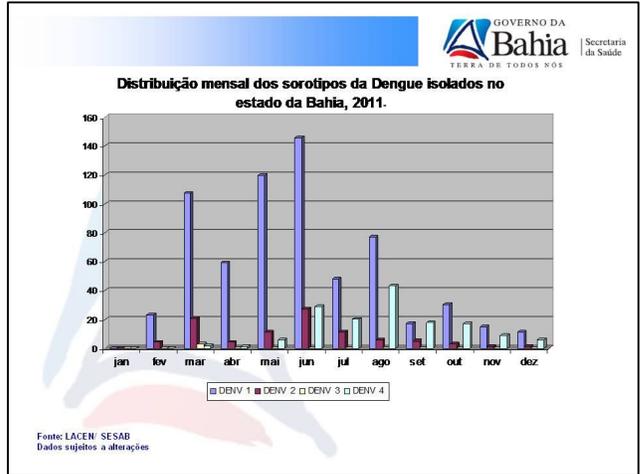
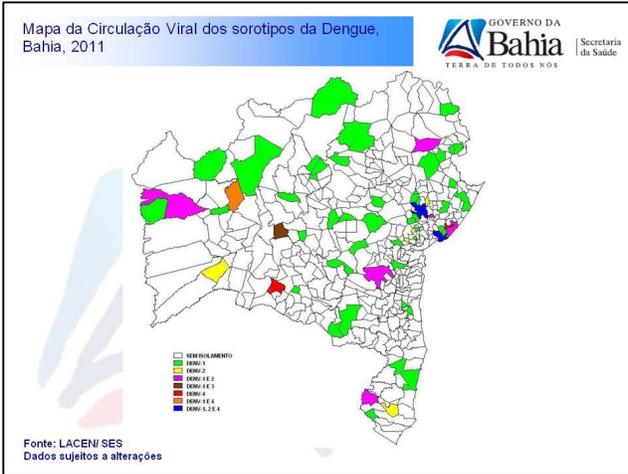
48,18% dos municípios estão com IIP menor que 1,  
35,52% com IIP maior que 1 e menor que 3,9 e  
16,3% maior ou igual a 3,9



Fonte: OAS/IGT-Dengue/SESAB  
Dados sujeitos a alterações

Quanto ao Mapa da circulação viral, destacou que já se tem circulando no estado, o vírus da dengue tipo 04, que já circula em Salvador, Wanderley, na verdade em cinco municípios, a união com as situações, todas as questões em azul e laranja. Ressaltou que quanto aos municípios contemplados com recurso financeiro adicional definido pela portaria, como se sabe, inicialmente o ministério da saúde elencou 56 municípios para receber esse recurso, porém em reunião com o coordenador nacional, Dr. Jovenine, o estado falou que tinham outros municípios que deveriam está sendo contemplados. De acordo com os critérios usados pelo próprio Ministério da Saúde foi feita, pelo grupo técnico, uma lista com 244 municípios, além dos 56 que o ministério tinha estabelecido. E no final do processo o Ministério da Saúde selecionou 75 municípios habilitados para receber o incentivo da portaria citada, esses são os municípios e esses são os recursos repassados. Todos os planos de contingência, todos os termos de compromisso que foram recebidos pela DIVEP foram encaminhados para o Ministério da Saúde e eles fizeram a seleção. Destacou ainda que gostaria de enfatizar que a dengue é cíclica, o primeiro semestre representa o maior risco de transmissão, nesse momento há no estado 04 sorotipos circulando e a presença do dengue 04, portanto, reforçou que existe um potencial muito grande de epidemia e que entedia que para esse momento o mais importante, não menos relevante, para controle de transmissão e para evitar epidemia seria a organização de bloqueios de transmissão, que são ações feitas, com o objetivo de conter a circulação viral. Ressaltou que esta ação no início é imprescindível para se evitar epidemia de dengue. Então é imprescindível que a organização das ações de bloqueios sejam reorganizadas e para isso é necessário uma sensibilização para notificação dos casos e para busca ativa também desses casos.

560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626



Municípios contemplados com recurso financeiro adicional definido na Portaria GM/MS 2.557/2011

[Port\\_incentivo\\_municipios\\_contemplados\\_BA.pdf](#)

**ATITUDE**

O MELHOR REMÉDIO CONTRA A DENGUE

Contatos:

GFAD/ SCDTV/DIVEP/ SUVISA/SESAB

3116-0029/ 0047

gerenciadengue@gmail.com

www.saude.ba.gov.br/gtdengue

www.bahiacontraadengue.com.br

627 Dr. Raul parabeniza os técnicos da DIVEP e SUVISA e chama a atenção dos municípios a respeito desses números apontados  
628 na apresentação , pontuando que mil quinhentos e pouco, se refere as três primeiras semanas, e isso significa dois mil e  
629 pouco, levando em conta que é verão, e não se teve ainda época de chamar a atenção aos municípios que deram férias  
630 coletivas, demitiram no final do ano, fizeram aquelas coisas todas para poder fechar suas contas, esse é o grande problema  
631 que se assume aqui porque dengue é isso e esta é a resposta daquilo que se está chamando aqui aos gestores. Os gestores  
632 têm que prestar muita atenção nestes dados, não é terror que está se fazendo não, é isso mesmo, é convidar e apresentar aos  
633 prefeitos isto que está se vendo. Pontua ainda que está aí a informação diária do diagrama que mostra como está cada  
634 município, reforça que está na hora de registrar e levar para o município lá e dizer olha aqui o que está encarando é isto.  
635 Reforçou que os gestores sempre colocam que o dinheiro que se recebe para fazer essa ação é muito pouco, mas uma coisa  
636 não justifica outra, então reitera que não se pode ficar aqui a vida inteira reclamando que não recebeu dinheiro para isso, para  
637 a vigilância epidemiológica, mas os números estão aí chamando atenção que no ano passado havia três mil e pouco, sendo  
638 dois mil a mais, é uma melhora, mas reitera que não houve chuva como no ano passado, isto é importante que fique registrado,  
639 então, chama a atenção aos gestores para as informações apresentadas, sendo por isto a importância de repassar isto para os  
640 prefeitos dos municípios. Dando seguimento, Alcina comenta que acha que Dr ° Raul foi bastante enfático no risco que todos  
641 estão correndo, mas continua dizendo que alerta para mais um risco, que diz respeito a circulação simultânea de quatro  
642 sorotipos da Dengue no território do estado, isto nos impõe uma condição cada vez mais grave que é a ocorrência de  
643 epidemias de formas graves, mais do que atender ao casos que podem ocorrer de forma clássica de dengue nos territórios que  
644 estão prontos para receber as formas graves de dengue. Destaca que todos viram que pela ocorrência de forma grave, que  
645 ano a ano vem aumentando, independente de ter epidemia ou não as formas graves ocorrem, pois, há no estado uma  
646 quantidade imensa da população sensibilizada para pelo menos dois sorotipos da dengue, talvez uma outra parcela tenha para  
647 três sorotipos e agora está tendo a quarta possibilidade de ter dengue com a introdução do vírus quatro. Então fez um alerta  
648 quanto a necessidade de ter uma rede pronta, treinada para dar resposta a ocorrência mais elevada de formas mais graves de  
649 dengue que vai demandar uma necessidade de leito, um atendimento rápido, uma conduta oportuna e rápida para evitar óbito.  
650 Ainda no sentido da informação pontuou a necessidade de disponibilizar alguns endereços eletrônicos e orienta-los para que  
651 acessem a internet para ver o boletim dinâmico que foi mostrado por Agnaldo para que os gestores consultem diariamente para  
652 ter noção da ocorrência em seu município, no momento que a coluna desse ano ultrapassar a média é possível entrar no  
653 momento em que a epidemia pode estar se anunciando de forma que as medidas de controle são fundamentais, hoje o que se  
654 recomenda é o que Agnaldo chamou atenção. Prenunciou a epidemia, começaram a ocorrer casos com a confirmação de  
655 laboratório, caso suspeito de dengue grave, deve-se imediatamente fazer o bloqueio de bombas UBV conforme portaria,  
656 bombas costal, e não o uso de fumacê pesado, reiterou que este é o menos eficiente para o controle da dengue, então é o  
657 bloqueio focal com máquina costal e para isto foi descentralizado, comprado e entregue, máquinas costais para todas as  
658 diretorias regionais do estado e vários municípios, já assumiram esta tarefa. A própria coordenação municipal está fazendo o  
659 bloqueio focal, conseguindo realmente que a comunhão desça ladeira abaixo, essa metáfora é interessante porque se pegar  
660 ela caindo, o freio solto, começando a descer pode-se segurar, mas se pegar velocidade, não se controla mais. Aí só o  
661 esgotamento susceptíveis para epidemia. Em seguida, Dra. Suzana retoma a palavra dizendo que há necessidade de realizar  
662 o prenúncio ou o pré-anúncio da epidemia que tenha ações mais efetivas para saber que todos não deram conta de fazer,  
663 dever de casa, nosso dia-a-dia que é nos 365 dias do ano. Então lombo costal, fumacê, etc, está usando no momento em que  
664 não se consegue dar a resposta que se deveria dar para não ficar imaginando que precisa se disso no dia-a-dia para dar  
665 resposta a prevenção que é a obrigação se fazer enquanto gestor. Então destacou que é importante registrar isto, mas também  
666 ressaltar que a ação fundamental do dia-a-dia com os agentes de endemias, com equipe da atenção básica, com trabalho de  
667 monitoramento, com vigilância, articulado com a atenção básica, é acompanhamento de redução de infestação, a educação  
668 popular, se envolver a sociedade como um todo, fazer mobilização, envolver o Ministério Público, que tem sido grande parceiro  
669 em todos os movimentos que se tem feito em relação a dengue, a sociedade civil organizada, clube diretores logísticos, enfim  
670 tem-se uma infinidade de atores no âmbito municipal que podem entrar como grandes parceiros, e se consegue ter respostas  
671 bastante eficazes e muitas vezes tem os que usam criatividade também para fazer esse trabalho em parceria através de  
672 promoção de gincanas, fazer um milhão de atividades que com certeza dão respostas envolvendo principalmente a educação.  
673 Suzana agradece a Agnaldo. Dra. ALCINA – SUVISA – aborda que teve no final novembro e início de dezembro um  
674 desabastecimento de larvicida inseticida, no país inteiro, foi um problema com a licitação do ministério, pois, ele é o  
675 responsável por essa licitação. Observa que já se tinha nota de situação semelhante em outros momentos, mas se regularizou,  
676 e reforça que já se recebeu o quantitativo necessário e já foi distribuído e entregue para os municípios e isso se deu  
677 principalmente nos municípios que usam diflubenzuron, que são 04 municípios só no estado, Itabuna, Ilhéus, Jequié e  
678 Salvador, os 04 que trocaram o larvicida por conta de resistência ao anterior que era o temefois e reitera que os outros  
679 continuam usando o temefois, e este não chegou a zerar o estoque no estado e ainda ficou resíduo no campo, destacando que  
680 na hora que esse resíduo estava acabando, o estoque do ministério chegou e já regularizou-se a distribuição. Dra. Suzana  
681 segue para o ponto de Homologação e registra que os municípios que tiverem pendência na entrega do relatório de gestão  
682 2007, 2008 e 2009, só poderão ter suas equipes de NASF, Saúde Bucal, Saúde da Família ou Agentes Comunitários  
683 devidamente credenciados, após o envio da sua pendência do envio do relatório e, portanto, fica condicionado ao ad  
684 referendum. Mesmo que não tenha pendência de área técnica, mas o Relatório Anual de Gestão é algo que já está previsto em  
685 pactuações anteriores a própria CIB e que remete a nosso fluxo de liberação de habilitação e credenciamento. Alexandre,  
686 Secretário Municipal de Saúde de Nova Ibiá, destacou que não tinha pendências e reforça que encaminhou no dia 31 de maio  
687 de 2010 o Relatório de Gestão para a Dires e que pediu credenciamento de Equipe de Saúde Bucal, Equipe de Saúde da  
688 Família e que não teve problemas e que estava com o Relatório. Reforçou que pediu agora que mandasse por e-mail o ofício  
689 que foi para a Dires e a cópia da Ata do Conselho aprovando o relatório de Gestão. Dra. Suzana orientou observar junto a  
690 Secretaria da CIB e dando continuidade passou a palavra a Dr. Ricardo – Diretor da Atenção Básica, que esclareceu que o  
691 ministério da saúde prorrogou a data de adesão ao componente de ampliação de unidades, colocado na pauta porque a data  
692 inicial era no dia 15 de janeiro, mas foi prorrogado para o dia 31 de janeiro. Como ainda hoje faltam muitos municípios, ainda  
693 pode está realizando seu cadastramento, e propôs ficar acordado na CIB, para fechar essa lista a posteriori e deixar o ad

694 referendum, para homologar depois e incluindo aqueles que chegaram hoje, tendo todos concordado. Dra. Suzana segue com  
695 o ponte de Homologação da Superintendência de Vigilância e Atenção à Saúde, SUVISA, DIVEP e DIVAST e passa a palavra  
696 para Dra. Alcina – Superintendente da SUVISA – que tinha uma sugestão, a fazer, como a discussão dessa rede retardou um  
697 pouco, a proposta da rede só chegou ontem a tarde e que foi descobrindo que tem alguns problemas no texto da minuta da  
698 resolução, e como estava com recurso garantido nessa portaria 2693 do ministério da saúde, que foi publicado em 17 de  
699 novembro de 2011, para ampliação da rede sentinela para vigilância do vírus da influenza e para implantação da Vigilância da  
700 síndrome respiratória aguda grave e unidade hospitalares de referência, propôs, numa discussão que foi feita com o município  
701 de Salvador, pois, só Salvador pode ser contemplada conforme os critérios da portaria, pois, teria que ser município de capital,  
702 ou município de região metropolitana com população acima de 300 mil habitantes e só Salvador podia, pois, os da RMS, não  
703 atingem a esse nível de população, assim, propôs-se ficar as seguintes unidades, para vigilância do vírus da influenza, já tinha  
704 uma unidade implantada em Salvador, que era o 5º Centro – Clementino Fraga e a proposta da SMS junto com a vigilância  
705 epidemiológica do estado, é que se inclua o pronto atendimento Hélio Frago em Itapoã, o 12º Centro de Saúde Alfredo Bureau  
706 que é no Imbuí, o Centro de Saúde de Pernambuco e O Centro de Saúde Adroaldo Albergaria em Periperi, amplia de uma para  
707 cinco unidades de sentinela para vigilância da influenza. Para vigilância da Síndrome Respiratória Aguda Grave, tem que incluir  
708 o hospital da rede, que tenha UTI, rede municipal e estadual e em Salvador tem uma situação peculiar, que todos hospitais  
709 implantados no território do município são da rede estadual ou hospitais privados, os que foram selecionados para essa  
710 vigilância da síndrome respiratória aguda grave foi o Hospital Estadual Octávio Mangabeira, a Maternidade Professor José  
711 Maria de Magalhães Neto, o Hospital Geral Roberto Santos e esses hospitais são da rede estadual e as características de cada  
712 um todos já conhecem. O Octávio Mangabeira é o o hospital de referência, para pneumologia sanitária e referência também,  
713 para Síndrome respiratória aguda grave isso é a referência da epidemia de influenza; a Maternidade Professor José Maria de  
714 Magalhães Neto, por conta da vulnerabilidade desse grupo da população, as mulheres grávidas são as mais vulneráveis pelo  
715 acompanhamento do comportamento da pandemia de influenza principalmente, que é uma das principais causas de síndrome  
716 respiratória aguda grave, esse grupo é um dos mais atingidos e com maior risco de óbito. O Hospital Geral Roberto Santos,  
717 também pela sua característica, um hospital geral de porta aberta, com emergência que atendeu uma grande demanda no  
718 momento da pandemia, e os hospitais da rede privada, o Aliança e o São Rafael. Também foram hospitais que informaram e  
719 atenderam uma grande parcela da população, especialmente aquelas que são portadoras de seguro saúde. O primeiro caso de  
720 infecção respiratória por influenza vírus pandêmico na Bahia foi atendido no Hospital Aliança. Anunciou-se a epidemia através  
721 do monitoramento da emergência do Hospital Aliança e depois do Hospital São Rafael, só posteriormente os casos foram  
722 chegando na rede pública, seriam pessoas que vinham do exterior, de classes sociais mais elevadas e tinha seguro saúde e  
723 podiam ser atendidos. Então, esses hospitais da rede privada também entraram por esses motivos. A proposta de  
724 financiamento é para cada unidade sentinela de vigilância da influenza, há para implantação um valor estimável de R\$5.000,00  
725 (Cinco mil reais) e para manutenção mensal, um valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais), pois as cinco unidades de vigilância da  
726 influenza, receberiam esse valor, R\$ 8.000, 00 (oito mil reais), só que os R\$5.000,00 (cinco mil reais) para investimento e  
727 equipamentos é uma parcela única, para unidades hospitalares que vão ser referência da vigilância da síndrome respiratória  
728 aguda grave, tem um valor estimado para compra de equipamento de R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) em parcela  
729 única e uma manutenção de R\$20.000,00 (vinte mil reais). Arremata pontuando que essa é a proposta e o município de  
730 Salvador é o único que se enquadra nos critérios da portaria e alerta que gostaria de combinar para publicação posterior, pois,  
731 não encaminhou a tempo a minuta da resolução e descobriu que tem alguns equívocos no texto da minuta. Já conversou com  
732 a equipe técnica da DIVEP, e da SMS de Salvador, com Cristiane, que é a coordenadora de vigilância epidemiológica do  
733 município, e vai fazer uma revisão na minuta da portaria, encaminhar a todos os membros, assim, propôs aprovar ad  
734 referendum, para não haver nenhum prejuízo em relação a esse repasse de recurso, inclusive definir para que fundo de saúde  
735 cada recurso será transferido, porque a rede sentinela de vigilância da influenza vai para o município. Nos hospitais que são do  
736 estado, esse recurso vem para o fundo estadual, para o bloco de vigilância, compondo piso variável e para os hospitais  
737 privados vai ser repassado por portaria do secretário. **Arremata que isso tem que está escrito na resolução, e por isso irão**  
738 **refazer esse texto e encaminhar para os membros, assim a proposta é aprovada.** Reitera o compromisso firmado de  
739 enviar amanhã e aprovar o ad referendum. Dr. Raul Molina – COSEMS – Falou que o Secretario de Saúde de Salvador,  
740 naturalmente vai ter que se manifestar porque não estão fora disso, e assumir ver com Salvador. A fala do Secretario do  
741 município de Salvador foi registrada fora do microfone. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que já foi negociado com a Coordenação  
742 de Vigilância do município de Salvador, na verdade a Vigilância Epidemiológica do Estado (DIVEP) junto com a Vigilância  
743 Epidemiológica do município de Salvador vão se reunir a manhã e vão fazer a estratificação, definição dos valores, colocando  
744 unidades que não estavam previstas, inclusive do próprio município. Dra. Suzana deu continuidade à reunião. **Homologação**  
745 **das unidades da Rede de sentinela de saúde do trabalhador.** Apresentou uma lista de municípios que estarão com suas  
746 unidades de sentinela já estão fazendo adesão para consolidação dessas unidades, e que os municípios estão realmente  
747 aderindo a Rede de Saúde do Trabalhador. Informou os municípios que aderirão Dom Basílio, Ruy Barbosa, Nova Canaã,  
748 Potiraguá, Caatiba, Macarani, Teolândia, Itubera, Wenceslau Guimarães, Igrapiuna, Taperoá, Ibiquera, Lajedinho, Nova  
749 Redenção, Itaberaba, Andaraí, Iaçu, Bonito, Camamu, Cairu, Gandu, Valença, Candido Sales, Bom Jesus da Serra, Mirante,  
750 Dário Meira, Irajuba, Itagiba, Barra do Rocha, Itaquará, Rio Real, Iraquara, Milagres, Laje, Belmonte, Lafaiete Coutinho, Boa  
751 Nova, Jequié, Apuarema, Santo Inês, Ipiaú, Ibiraia, Iramaia, Iajedo do Tabocal, Conceição de Maria, Tanquinho, São Gonçalo  
752 dos Campos, Itarantim, Itapetinga, Entres Rios, Crisópolis, Jandaíra,  
753 Sátiro Dias, Itapicuru, Mucugê, Barra do Estiva e Guareju. Pontuou que varia muito o quantitativo de unidades de sentinela de  
754 município de acordo com que o Gestor encaminhou no Termo de Adesão, e alguns municípios tem uma unidade saúde da  
755 família e outro tem unidade mais hospital e centro de saúde e outros tem um conjunto de cinco a seis unidades de saúde da  
756 família, mas aí cada Gestor pode está verificando depois e na verdade já encaminhou e foi avaliado pela área técnica e reforça  
757 trazer para a CIB para ser remetida a Resolução CIB, a ser aprovado pela Comissão. **Aprovado.** Abriu para questionamento. **Aprovado.**  
758 No seguimento, Item 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON/DIPRO; **3.1**  
759 **Habilitação em Cuidados Prolongados para a unidade abaixo relacionada: Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
-----------	------	---------	------	-------------

Vitória da Conquista	2402076	Hospital Geral de Vitória da Conquista	13.937.131/0062-63	09.06 Cuidados Prolongados - Enfermidades da AIDS
----------------------	---------	--	--------------------	---

760  
761  
762 **3.2 Habilitação do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva Alta Complexidade no Hospital Otorrinolaringológico no município de Feira de Santana. Aprovado. 3.3 Mudança da fase II para a fase III da habilitação do Estado da Bahia no Programa Nacional de Triagem Neonatal, permanecendo a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, como serviço de referência em Triagem Neonatal e estabelecendo o Hospital Especializado Octávio Mangabeira como Referência em Fibrose Cística. Aprovado.** Dra. Suzana Ribeiro convidou Dra. Conceição Benigno para apresentar os Termos de Compromisso de Gestão Municipal. Dra. Conceição Benigno, Diretora da Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional, na Superintendência de Regulação, colocou que essa apresentação a DIPRO faz todos os meses e trata-se da atualização da solicitação da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal pelos municípios da Bahia. Deu início a apresentação.

770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB  
Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS  
Diretoria de Programação e Desenvolvimento de Gestão Regional – DIPRO

**Adesão ao Pacto de Gestão**

Reunião CIB – 31/01/2012

Salvador  
2012

789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808

Municípios que pleitearam a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) - Sem Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade:  
**Micro de Feira de Santana:**

- Irará
- Mundo Novo
- Serra Preta;
- Baixa Grande
- Candeal
- Ichu
- Ipecaetã
- Nova Fátima
- Santa Bárbara
- Teodoro Sampaio
- Gavião
- Pintadas
- Anguera

809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824

Municípios que pleitearam a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) - Sem Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade:

**Micro de Seabra**

- Piaçã

**Micro de Salvador**

- São Francisco do Conde

**Micro de Valença**

- Camamu

**Micro de Itapetinga**

- Caatiba
- Firmino Alves

Municípios que pleitearam a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TCGM) - Com Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade:

**Micro de Feira de Santana**

- Conceição de Jacuípe

809 Fez uma observação quanto a microrregião de Ibotirama onde tem uma especificidade e tem um hospital microrregional que está com gerência e gestão do estado. Pontuou que na assunção do comando o Estado continua com a Gerência e Gestão como já foi aprovado na CIB anterior faltando apenas definir o valor que seria retirado no teto do município para continuar Unidade de Gestão e Gerência do Estado, e o valor fixado foi o valor de 80% da capacidade instalada desta unidade assim como foi pactuado na Resolução CIB para outras unidades Hospitalares referência de microrregião para o interior. Lembrou que na época foram fixados 80% da capacidade instalada da unidade do Interior e 73% na Capital. E na microrregião de Itabuna temos em processo a solicitação da assunção do comando único ao município de Itabuna que está em Processo Judicial onde teve uma audiência. Pontuou que essa situação de Itabuna será colocada pelo COSEMS, Dr. Raul Molina e representante da SESAB que participaram dessa reunião. Quanto a micro de Jequié pontuou que há o município de Ipiá que já existe uma demanda há cinco meses, porém, ficou parado dependendo da definição de um valor, que neste caso a Secretária Aline quer assumir comando com a assunção da unidade hospitalar do Estado no município. Colocou que foi passado um documento para Secretária Aline para acordar esse valor e ainda não houve uma definição. Portanto, não poderá ser encaminhado pela DIPRO.

825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891

Municípios que pleitearam a Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade:

- **Micro de Serrinha**
  - Cansanção
- **Micro de Senhor do Bonfim**
  - Campo Formoso
- **Micro de Ibotirama**
  - Ibotirama
- **Micro de Itabuna**
  - Itabuna
- **Micro de Jequié**
  - Ipiáu

Municípios que solicitaram Capacitação para Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade a ser realizada em 2012:

- **Mucuri**
- **Itacaré**
- **Conceição de Feira**
- **Pindobaçu**
- **Chorrochó**

Informou que a DIPRO continuará com os trabalhos tendo em vista que as responsabilidades sanitárias assumidas no Termo de Compromisso de Gestão elas farão parte das cláusulas do COAP e esse exercício é importante. Colocou que Dra Stela lembrou que muitos dos critérios para capacitação de recursos nas redes temática como rede cegonha e a Urgência e Emergência tem como critérios a adesão ao pacto, então muitos municípios que estão fazendo seu plano, estão tomando esse cuidado. E para tanto a DIPRO está a disposição para apoiar esses municípios. Lembrou que a DIPRO realizou duas oficinas no mês de novembro, sendo uma para o grupo de Feira de Santana e outra no encontro Estadual, e também no mês de dezembro, e onze municípios em Itabuna foram apoiados para assinar o Termo de Compromisso.

Municípios que solicitaram Capacitação para Assunção ao Comando Único dos Serviços Hospitalares e Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade a ser realizada em 2012:

- **Mucuri**
- **Itacaré**
- **Conceição de Feira**
- **Pindobaçu**
- **Chorrochó**

Situação de Adesão de Adesão ao Pacto de Gestão no Estado da Bahia:

- 270 municípios com TCGM assinados;
- 70 com assunção do Comando Único (além de Barreiras – pleno NOB);
- Dos Pólos de Micro, apenas Barreiras não aderiu ao Pacto. Itabuna aderiu ao Pacto, porém não possui Comando Único.

**Contatos**

**Maria Conceição Benigno Magalhães**

Diretoria de Programação e Desenvolvimento de Gestão Regional - DIPRO  
Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde - SUREGS  
Tel.: (71) 3116-3942  
Fax: (71) 3116-3941

e-mail: [dipro.suregs@saude.ba.gov.br](mailto:dipro.suregs@saude.ba.gov.br)

Ao finalizar a apresentação Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a Dra. Conceição Benigno e fez algumas observações até porque pontuou a necessidade de a partir do mês de janeiro, enquanto SESAB e COSEMS iniciar a discussão em relação ao Contrato Organizativo de Ação Pública, que na verdade não é um elemento, por si só, mas está inserido na estratégia de implantação

892 do Decreto 7508. Ressaltou que tem uma Comissão na SESAB que é coordenada pelo Gabinete e está programando algumas  
893 atividades para agora com a comissão definida pelo Secretário onde estarão sendo definidas as estratégias e discutindo com o  
894 COSEMS a agenda de implantação do Decreto de adequação da Rede SUS ao Decreto 7508. Lembrou que o COAP foi  
895 aprovado na última CIT de dezembro, e, portanto há muitas tarefas de um modo muito urgente disparadas inclusive às  
896 discussões das regiões de saúde. Fez um encaminhamento do município de Canudos que está na pauta 3.5 solicitação de  
897 mudança no PDR do município de Canudos sair da microrregião de Serrinha para a microrregião de Juazeiro; pontuou que não  
898 é apenas o município de Canudos que tem essa solicitação há outros municípios que solicitam mudança de DIRES porque não  
899 estão de acordo com o desenho do PDR, então já havia conversado com Dr. Andrés e o encaminhamento que está sendo  
900 proposto é que essas mudanças de desenho da região possam está sendo incorporadas dentro do grupo de trabalho que será  
901 implantado para avaliação e validação do atual PDR. Comunicou que a SESAB estará informando ao Ministério da Saúde esta  
902 semana que a decisão por tanto neste momento em relação ao PDR estará sendo mantida até porque não se convervou para  
903 se fazer a análise e discussão e, além disto, estará também transformamos os Colegiados de Gestão Microrregional em  
904 Comissões Intergestores Regionais que é o previsto, portanto há um indicativo do nosso Secretário que os vinte e oito  
905 Colegiados de Gestões Microrregionais sejam transformados em Comissão Intergestores, mas ressaltou também que isso não  
906 é um movimento unilateral porque se precisa discutir neste conjunto o Regimento da CIB e para isso existe uma Comissão,  
907 conforme Resolução da CIB, formada por dois membros do COSEMS, Dra. Stela e Fabiano e dois Membros da SESAB, Dra.  
908 Suzana e Dr. José Raimundo da Auditoria, e que é preciso ter uma agenda porque na verdade é um trabalho único não dá  
909 para discutir desenho de PDR, sem discutir região de saúde e não entendendo a conformação da região a luz do decreto,  
910 assim como também não da para transformar CGR em CIB, sem está discutindo obviamente também o Regimento da CIB,  
911 uma vez que as Comissões Intergestores Regionais estão diretamente vinculadas a CIB e que isso tem uma condução do  
912 próprio Secretário, e isso tem sido conduzido no formato de uma comissão para que possamos retomar os nossos trabalho  
913 agora já a partir de fevereiro. Ressaltou que não se pode aprovar o item da pauta 3.5 Solicitação de mudança no PDR do  
914 município de Canudos sair da Microrregião de Serrinha para a Microrregião de Juazeiro, mesmo entendendo a solicitação do  
915 município ou dos municípios sem que possamos fazer um estudo mais profundo para que não seja comprometido o desenho  
916 da região de saúde obviamente em sessão deste município na sua região. Quanto ao Termo de Compromisso Municipais foi  
917 sinalizada por Dra. Conceição Benigno a situação específica de dois municípios, Itabuna e Ipiaú; lembrou que o ponto de  
918 Itabuna já consta no ponto de pactuação da pauta porque remete a uma discussão mais prolongada e detalhada com  
919 informações inclusive das ultimas reuniões que foram feitas junto com Município e a Justiça, então solicitou ao COSEMS dá  
920 seqüência a pauta para que não seja comprometido o ponto da homologação porque vai derivar em desdobramento outros, e  
921 ressaltou que tem o QUALISUS Rede que é um projeto importante que tem de garantir a homologação hoje para ser  
922 encaminhado ao Ministério. Salientou que se entenderem necessário pode pedir inversão de pauta para garantir a discussão  
923 com maior coro qualificado. Dr. Raul Molina mostrou-se preocupado com a situação de Itabuna, e que na reunião do COSEMS  
924 foi pactuada que é preciso ser definido na CIB claramente qual é o fluxo que será aprovado aqui para Resolução, se é  
925 impeditiva ou para normatizar, então, quando tratar de todos os municípios, considerou que se devemos colocar todos no  
926 mesmo bojo. No entanto, respeitando o que foi colocado por Dra. Suzana Ribeiro concordou que se passe adiante o assunto e  
927 quando for discutir o problema de Itabuna, retome, pois há uma demanda da Justiça e se tem que responder enquanto  
928 Conselho. Dra. Suzana Ribeiro reiterou que este ponto também está na pauta do COSEMS no item 5.3 O Município de Itabuna  
929 solicita Comando Único. Dra. Suzana Ribeiro deu seqüência a pauta e retomou com o encaminhamento final com relação aos  
930 Termos de Compromisso de Gestão Municipal, já com Ipiaú e Itabuna, sendo feito esclarecimento. Passou a palavra para Dra.  
931 Gilma, Secretária de Saúde do Município de Canudos, que se desculpou por não ter participado da reunião do COSEMS, mas  
932 esclarece que foi informada pelos colegas da proposta. Registrou que essa não foi uma decisão apenas do município, mas que  
933 a própria Dra. Conceição e Dr. Washington e outras pessoas já participaram disto. Colocou que procurou todas as instâncias  
934 deliberativas para poder resolver essa situação e que o município de Canudos fica a 180 km de Juazeiro e 230 km de Serrinha  
935 e o fluxo de pacientes é para Juazeiro, e antes de existir a Central de Regulação de Juazeiro, os pacientes de Canudos eram  
936 encaminhados para Juazeiro e só depois com a conformação da Central de Regulação passou a tentar encaminhar para Feira  
937 de Santana, que nem sempre é possível; pontuou que a população não aceita porque primeiro sempre foi encaminhada para  
938 Juazeiro é há certa restrição, e segundo porque não se consegue regular para Feira de Santana. Exclamou que todos sabem  
939 qual é a situação de Feira de Santana. Pontuou a sua frustração em não conseguir sair desta reunião com isso resolvido, pois,  
940 a SMS acaba recebendo esses pacientes na porta. Colocou as suas dificuldades que é de conhecimento de Dr. Ubiratan por  
941 está sempre em contato, e mencionou que tem regulado pacientes para municípios vizinhos para que eles possam regular os  
942 pacientes para Juazeiro, e isso já foi discutido com a DIPRO e a pactuação de Canudos está toda em Juazeiro inclusive a PPI.  
943 Ressaltou que foi questionado quando da discussão sobre a Rede, pontuou ter sido bem pensada e planejada, e apontou que  
944 o município de Canudos já fez parte desta rede porque indiretamente os pacientes estavam alocados nesta rede e que  
945 Canudos foi sempre usuário do município de Juazeiro. Solicitou que fosse revisto, mesmo entendendo que existem outras  
946 situações semelhantes, mas reforçou que esta solicitação foi encaminhada para DIPRO em setembro/2011, e é do  
947 conhecimento do CGMR, reiterando que foi discutido em várias instâncias, assim, arrematou que não acha que se tem mais o  
948 que discutir, pois, necessita de respostas definitivas. Registrou que é importante a presença do Ministério Público porque quem  
949 responde ao ministério é a Secretária de Saúde de Canudos, Dra. Gilma. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu para a Secretária de  
950 Canudos que a CIB não considera falta de sustentação técnica, e destacou que a CIB está pontuando que o município de  
951 Canudos não tem sido o único a solicitar junto a SESAB alteração de PDR, tem outro conjunto de municípios que tem a mesma  
952 solicitação e a SESAB vem discutindo e tendo a necessidade de fazer a discussão urgente das regiões de saúde, e com o  
953 processo de pactuação na CIT em relação aos critérios para definições das regiões de saúde e a estruturação dos contratos  
954 organizativos. Reforça que esse movimento no Ministério demorou mais do que estava previsto e isso só findou entre  
955 novembro e dezembro e a SESAB não teve tempo hábil de se debruçar sobre os critérios e definir quais seriam as mudanças  
956 que seriam feitas ou estariam homologando as Regiões de Saúde. Pontuou que é preciso fazer esse estudo e aí não é só por  
957 conta de Canudos porque até para atender não só os municípios que pedem mudança de DIRES, mas também que solicitam  
958 alteração na sua posição dentro no PDR precisa-se ter cuidado porque se começa a fazer análise isolada de um município,

959 hoje Canudos, na próxima CIB, vem Bom Jesus da Lapa, e retorna a pauta da CIB, que esteve duas vezes no ano passado, e  
960 a CIB/BA não tinha os critérios do Ministério pactuados em CIT, resultará em problemas. Solicitou que aguarde mais um pouco  
961 porque em fevereiro a SESAB estará fechando as regiões de saúde porque não tem como desenhar e garantir Canudos, até  
962 porque o desenho do PDR não implica em comprometimento no que foi pactuado com o município de Juazeiro, o que está no  
963 teto de Juazeiro. Colocou de uma forma clara que não é só uma questão de série histórica, trata-se de uma questão real dos  
964 dias atuais, e, além disso, tem outra questão que é tão importante quanto, que é a estruturação das redes de atenção a Saúde.  
965 Então, não se pode está fazendo movimentos isolados do todo. Explicou que fechou a rede cegonha e está agora começando  
966 a discussão da rede de urgência e terá que se reunir com os Colegiados para fechar a pactuação com relação ao desenho da  
967 Rede de Urgência em todo estado da Bahia. Pontuou que o município de Canudos não esta sozinho, solicitou a Secretária de  
968 Canudos que entenda e compreenda porque a CIB não pode se debruçar individualmente em cada caso, mesmo entendendo,  
969 até porque os critérios para redefinição dos desenhos das regiões de saúde foram aprovados na CIT de novembro, então de lá  
970 para cá não houve tempo para se debruçar sobre o estudo das regiões de saúde, deixou-se para fazer agora no retorno porque  
971 em dezembro estava se debruçando sobre a rede cegonha e também tem que se debruçar na pactuação do COAP. Arrematou  
972 dizendo que é um processo que muitos Estados mantiveram o desenho que está no PDR sem mexer em nada, e é do  
973 entendimento da CIB que para definir isso é melhor que defina já agora na saída do que mandar o desenho que está e depois  
974 está fazendo alteração, então agora tem um conjunto de municípios junto com Canudos que vem solicitando isso. Pontuou que  
975 é preciso se debruçar agora para validar os critérios das Regiões de Saúde do Estado da Bahia, e poder fazer o ajuste em  
976 bloco porque o estado tem que mandar para o Ministério inclusive qual é o novo desenho ou se a mudança é pontual do PDR.  
977 Então, não é algo que cause um prejuízo tão grande que se possa ainda agora no mês de fevereiro, garantir que todos tenham  
978 suas solicitações analisadas e validadas, ou não, a depender da avaliação da Comissão. Reforçou que a CIB solicita que  
979 precisa deste tempo, mais o mês de fevereiro para que se possa remeter para uma próxima CIB a discussão da regionalização  
980 porque reforça que se faz de forma isolada não se está fazendo regionalização já que o movimento de um município pode  
981 comprometer o fluxo de outros. Dando seguimento passou a palavra para Dra. Itana Viana, Procuradora do Ministério Público.  
982 Esta dirigiu-se aos Secretários de Saúde, em nome do Ministério Público, apenas para fazer uma observação, destacou que  
983 coordena o CESAL, Centro de Apoio Operacional em Defesa da Saúde, órgão no Ministério Público criado a menos de um ano  
984 e está completando um ano agora em março, e que houve uma decisão do Conselho Nacional de Procuradores Gerais de que  
985 todos os Estados deverão ter esse centro de apoio para dar uma orientação técnica aos Promotores das Comarcas em Saúde.  
986 Disponibilizou o endereço eletrônico do centro para os Secretários porque da mesma maneira em que a Secretaria Estadual e  
987 Secretarias Municipais estão se adequando às alterações legislativas acontecidas no ano de dois mil e onze, ressaltando que  
988 não foi só o Decreto regulamentando a Lei 8080, que traz uma série de novidades, inclusive abordando a pouco que é a  
989 redefinição das Regiões de Saúde, o tipo de contrato operativo, e os mapas de saúde que deverão ser refeitos; também tem  
990 uma alteração que é muito importante e impacta na lei de responsabilidade fiscal que foi uma modificação do artigo 12 no que  
991 tange a obrigação dos Gestores de Saúde de trimestralmente em audiência pública apresentar uma prestação de contas  
992 perante o Conselho Municipal, e no caso dos Estados e da Câmara Federal aos respectivos Conselhos também ao Poder  
993 Legislativo. Ressaltou que essa data deve ser divulgada porque é Audiência Pública e o público tem direito a participar,  
994 destacando que esta deve ser de portas abertas; segundo o Ministério Público deverá ser comunicado; e existem alguns  
995 destaques neste artigo que foi modificado e acrescentado um parágrafo único, pontuando que os destaques são: apresentação  
996 dos recursos aplicados naquele trimestre com a respectiva fonte de origem em que foi aplicado e qual a fonte de origem  
997 daquele recurso; outra questão é a apresentação do mapa de serviços, quais são os serviços que existem e quais os que  
998 foram desativados e quais foram acrescentados, se assim foi. Então o Ministério Público vai exigir em cada município porque  
999 é uma exigência legal e isso faz parte do aspecto de transparência que a Lei 8080 trata e que o Decreto detalhou, então  
1000 reiterou que essas questões são muito importantes. Reforçou que este mesmo momento de adequação e adaptação das  
1001 Secretarias e Serviços com essa nova legislação o Ministério Público também está passando por essa readequação tendo que  
1002 com os Colegas de equipe repassar para os Colegas do interior essas inovações e como deverão atuar nestas situações. Na  
1003 oportunidade, a mesma ainda fez a divulgação do correio eletrônico da CESAL - Centro de Apoio Operacional em Defesa da  
1004 Saúde que é um órgão no Ministério Público do Estado da Bahia [saudepublica@mp.ba.gov.br](mailto:saudepublica@mp.ba.gov.br) e sinalizou que as  
1005 correspondências podem ser dirigidas a Dra. Itana Viana para que possam ser emitidas respostas. Ao final da sua fala  
1006 agradeceu a todos. No seguimento, Dra. Suzana Ribeiro passou a palavra para Dra. Deborah Dourado que esclarece que  
1007 passará a acompanhar as reuniões da CIB com o Grupo que vai acompanhar a CIB, informa que representa o Gestor Federal,  
1008 mais especificamente o Ministério da Saúde no Conselho Estadual de Saúde. Lembrou que a fala de Dra. Itana Viana em  
1009 relação a lei de responsabilidade remete a publicação da Lei Complementar 141/2012, assim reforçou que todos os presentes  
1010 são Gestores e questionou quantos já tiveram conhecimento da lei 141, esclarecendo que trata-se de uma lei que regulamenta,  
1011 depois de vinte e três anos da criação do SUS – Sistema único de Saúde, o financiamento do SUS em função também da  
1012 regulamentação da Emenda Constitucional que regulamenta o parágrafo 3º do artigo 198 da Constituição Federal. Assim  
1013 detalhou que esta define o que são ações e serviços de saúde, como deve ser realizado o financiamento do SUS, qual a  
1014 responsabilidade do município, Estado e União, e quem vai auditar as contas dos entes federados, destacando que os tribunais  
1015 de contas terão papel fundamental e abordou como vai se dá a execução orçamentária e financeira dos municípios,  
1016 especificando que tem que ter fundo de saúde organizado, CNPJ próprio, o Gestor, o Secretário Municipal de Saúde através  
1017 do Fundo deve apresentar quadrimestralmente a prestação de contas e deve apresentar o relatório de execução para que o  
1018 Conselho faça o parecer em relação a prestação e este deve ser aprovado em audiência pública, e na suspeita de qualquer  
1019 irregularidade deve ser solicitada Auditoria pelo Gestor respectivo. Sugeriu ao COSEMS e a CIB que faça um amplo debate e  
1020 destacou que o Brasil todo está debatendo a Lei Complementar 141. Chamou atenção de Dra. Itana Viana que na Lei tem um  
1021 artigo, com capítulo específico, que fala de transparência, visibilidade e fala o que é um Relatório de Gestão e informa que o  
1022 município até cinquenta mil habitantes fará um Relatório de Gestão sistematizado que vai ser aprovado o modelo no Conselho  
1023 Nacional de Saúde nos próximos dias e os demais terão que fazer Relatório de Gestão segundo o modelo SARGSUS.  
1024 Salientou que não falta matéria para os Gestores presentes acompanharem na dinâmica que o SUS vivencia neste momento.  
1025 Finalizou dizendo que existem dois instrumentos essenciais para mudar os rumos da efetividade e resolutividade do SUS no

1026 País, o Decreto 7508 que organiza o sistema do ponto de vista da Epidemiologia, regiões e indicadores, e a Lei Complementar  
1027 que passa a ser o instrumento, junto com a lei 8080 e 8142, instrumento pilar fundamental em relação ao financiamento do  
1028 SUS no Brasil; citou que isso é um grande avanço, um marco histórico, e apesar de se ter aprovado e regulamentado um  
1029 financiamento que não é suficiente, mas lá define o que é o financiamento do SUS, depois de tanto debate e tantas  
1030 contradições na sociedade. Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a Dra. Deborah Dourado pelo esclarecimento. Dando seguimento a  
1031 reunião Dra. Suzana Ribeiro convidou Dr. Andrés Alonso para falar sobre o ponto: **3.6** Transferência da gestão para o Estado  
1032 da Unidade Hospital Dantas Bião, localizado no município de Alagoinhas. Dra. Suzana Ribeiro colocou que o COSEMS pediu  
1033 que o município encaminhasse uma cópia do termo onde faz a mudança da Gestão ou formalizasse ao COSEMS que está de  
1034 acordo com a mudança de Gestão para que o COSEMS tenha conhecimento. Dra. Suzana Ribeiro passou a palavra da Dra.  
1035 Conceição Benigno. Esta questionou se os Termos de Compromisso de Gestão foram aprovados. Dra. Suzana Ribeiro  
1036 informou que foi aprovado. Apenas o município de Itabuna que o COSEMS remeteu para outro momento. Dra. Conceição  
1037 Benigno pontuou que quanto a essa questão de Alagoinhas, tem o representante do Secretário que está presente e os  
1038 documentos, a DIPRO pode encaminhar para o COSEMS. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que o COSEMS solicita que entre  
1039 no fluxo, onde o município formalize ao COSEMS mudando a Gestão, encaminhando o anexo ou formalizando com ofício  
1040 dando ciência ao COSEMS optando pela mudança da Gestão. Dr. Raul Molina colocou que a Secretária de Maracás levantou  
1041 que o COSEMS aproveitasse o momento de estar discutindo isso e fosse colocado o que está acontecendo com esses  
1042 municípios que estão entregando a Gestão para o Estado, a regulação destes Hospitais, pois, está se fazendo literalmente pelo  
1043 Médico plantonista. Solicitou ao pessoal da SAIS junto com a SUREGS, pois, refere terem saído do TCEP, que estava na mão  
1044 dos Diretores de Hospitais, e agora estão na mão do Médico plantonista. Dra. Gisélia Souza pontuou que a SAIS junto com a  
1045 SUREGS deve observar isso, pois, na verdade a gestão que está sendo trazida para o Estado é a gestão financeira do recurso  
1046 que era repassado para o fundo municipal para o Hospital e será repassado para o fundo estadual de saúde. Esclarece que  
1047 quanto a gestão dos leitos deve seguir o mesmo padrão e o mesmo processo de regulação que já estava estabelecido pela  
1048 SUREGS, pela central estadual de regulação e pelas pactuações que são realizadas. Então, reforçou que essa alteração da  
1049 gestão não é alteração de leitos, nem alteração do município em relação a sua influência, e o papel deste hospital dentro  
1050 daquela região de saúde. Ressaltou que não está sendo discutido isso, a discussão é a aprovação da mudança da gestão  
1051 financeira do recurso que estava alocado no fundo municipal que passa para o Fundo Estadual. Reiterou ser esse o seu  
1052 entendimento e destacou que não deverá haver alteração do ponto de vista do processo da regulação de leitos. Passou a  
1053 palavra para Dr. Andrés Alonso que registrou que a melhor experiência anterior com relação a unidade que estava sob a  
1054 Gestão Estadual dentro de um município de comando único foi Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, no município de  
1055 Santo Antônio de Jesus, e foi a melhor experiência que o estado teve em termo de relação de regulação com o município e  
1056 sobre gestão Estadual direta. Pontuou que podem testemunhar diretamente e inclusive os Gestores que tenham tido  
1057 oportunidade de fazer essa pactuação com o Estado tem obtido um relacionamento diferenciado e a relação de regulação dos  
1058 Gestores com as unidades da rede própria tem avançado sim, dentro deste processo e isso tem inclusive sido debatido em  
1059 vários espaços e dentro de vários CGMR onde estão incluídas essas unidades que estão sendo passada para Gestão  
1060 Estadual, naturalmente que se reconhece que existe dificuldade, que independe desta forma de gestão, mas dificuldades  
1061 operacionais e corporativas que inclusive, como o próprio Dr. Raul Molina colocou a questão do Médico, não é a questão de  
1062 passar para Gestão Estadual ou Municipal que muda a conduta do médico dentro deste processo é o estabelecimento de  
1063 protocolo e fluxo de acompanhamento, inclusive da responsabilidade do ato médico, isso não envolve interferência direta na  
1064 questão da passagem da Gestão, portanto não tem nenhuma procedência essa discussão de que a passagem de Gestão  
1065 fortalece a questão da autonomia do ato médico contra o paciente ou o Sistema Único de Saúde. Chamou atenção que isso  
1066 tem que avançar sim, Estado e Municípios em parceria, e é neste processo que a SESAB tem procurado fazer esse debate.  
1067 Dra. Suzana Ribeiro lembrou que Comando Único prevê comando dentro do território, e aí pontua que essa discussão de  
1068 quando se passa para Gestão Estadual uma unidade Hospitalar que é de Gerência Estadual isso não sobrija ou retira a  
1069 responsabilidade do município dentro do processo. Pontuou que deve se ter clareza disso e no diálogo entre a Gestão  
1070 Municipal e os Diretores das Unidades, que isso precisa ser tomado e resgatado porque para além do processo regulatório, a  
1071 regulação é feita pelo município, e se tem feito uma parceria e tem dificuldades, enfim de fazê-los isso está posto, agora  
1072 reforça que outra questão é o ato administrativo do Médico Regulador que não pode está confuso com o processo de Gestão  
1073 Municipal ou com processo de Regulação. Observou que é isso é algo que precisa deixar claro e tentar superar esses desafios  
1074 porque realmente são reais, mas não por uma implicação da mudança da Gestão da Unidade Hospitalar muito mais de  
1075 entendimento do Gestor local da Unidade Hospitalar e o Gestor Municipal. Passou a palavra para Dra. Cristiane, Secretária de  
1076 Saúde de Maracás, e Vice-Coordenadora do CGMR de Jequié. Esta colocou que a fala ficou um pouco conturbada e pontuou  
1077 que quando o Hospital passa a ser da Gestão Estadual, que o Prado Valadares a gestão agora é do Estado, isso não foi  
1078 debatido dentro do Colegiado, se seria a relação financeira, administrativa ou relação com RH que mudaria, não ficou claro; a  
1079 regulação de leitos na microrregião de Jequié quem faz é o médico assistencial plantonista e não o médico que está na  
1080 regulação pago para isso. Então, destaca que não se sabe quantas vagas têm no Hospital Prado Valadares, e quem diz se  
1081 pode vir ou não é o médico plantonista, inserindo uma nova modalidade, orientando a levar o paciente e com a retenção da  
1082 ambulância. Assim, arremata que o transporte do tipo A fica lá no hospital até o horário que o médico avaliar. Deu exemplo de  
1083 uma munícipe que saiu de Maracás e ficou das 14 horas às 21 horas, gerando todo esse debate a ponto do médico ligar  
1084 solicitando que a Secretária de Saúde fizesse a regulação. Colocou que a Gestão do Hospital ainda não está sensível a  
1085 regulação do Estado e de fato o médico regulador não tem a gestão do leito quem diz traz o paciente é o médico que está no  
1086 plantão. Esclareceu que não passou para o Estado a Gestão e fortaleceu esse problema, não é essa a colocação. Dra. Suzana  
1087 Ribeiro agradeceu ao esclarecimento. Reforçou em relação a questão da passagem para Gestão Estadual é uma prerrogativa  
1088 do Gestor Municipal porque está no território dele, e afirmou que se entende a necessidade do colegiado ter conhecimento do  
1089 que aconteceu e seja consultado para que o município possa fazer essa movimentação porque ele tem autonomia, por outro  
1090 lado a questão que traz em relação a regulação já existia, especificamente neste caso colocado pela Secretária de Maracás,  
1091 antes quando a unidade estava sobre gestão municipal, reforça que isso já acontecia, então o problema que se tem de fundo é  
1092 a definição de protocolos claros de regulação, estabelecimento e pactuação do manual de regulação e do marco regulatório e

esse que é o grande problema. Ressaltou que não é por conta de quem seja o Gestor Estadual ou Municipal, e inclusive está posto que o manual de regulação está vindo logo em breve para serem pactuados com COSEMS as diretrizes e os processos regulatórios. Dra. Cristiane Vice-Coordenadora do CGMR de Jequié informou que já solicitou uma reunião com Diretor do Hospital Prado Valadares e os demais diretores dos hospitais da região com a presença de um representante da SUREGS e não se conseguiu avançar na discussão, e diante deste problema tem fortalecido dentro da microrregião. Arrematou que parece não estar claro para a Gestão que o Prado Valadares é o nível primário da região e a primeira referência para urgência e emergência. Dra. Suzana Ribeiro colocou que por conta da pauta que está bastante extensa e oelo avançar do horário propõe dividir a pauta e remeter o manual de regulação para a próxima CIB, pois, se terá toda condição de fazer uma discussão mais profunda e reforça que há pontos de pauta importantes e que precisam ser debatidos e encaminhados a essa CIB hoje. Assim dá continuidade a pauta com o ponto: **4. GASEC: QualiSUS – Rede: Subprojeto Tecnologia da Informação – Uma Proposta de Integração da Rede de Saúde do Vale do Médio São Francisco.** Dr. Raul Molina propôs como encaminhamento não ser feita a apresentação porque todas as demandas que vieram de contribuições foram aceitas na reunião do COSEMS. Dra. Suzana Ribeiro solicitou que a apresentação QualiSUS – Rede seja encaminhada para o COSEMS. Registrou, quanto ao fluxo, que existe a Comissão Regional inter Estadual do Vale do médio São Francisco, formada pela região de saúde Pernambuco e da Bahia. Então, registrou que o fluxo do projeto da Bahia estaria aprovando o objetivo e eixo estruturante que são de apoio logístico. Entretanto, a análise detalhada do projeto, tanto a elaboração que está na mão do grupo condutor, junto com os municípios que compõe a CRE, assim como a análise detalhada e a aprovação do projeto, o instrutivo do Ministério da Saúde e a secretaria executiva são bastante claros que é da responsabilidade da CRE. Então, a proposta é que a CIB faça homologação do objetivo geral e eixo estruturante que é o eixo que define a aplicação dos recursos, que é o eixo quatro de apoio logístico e tecnologia de informação, e fica também aprovado na Resolução CIB deixar claro no artigo remetendo ao CRE, a comissão regional, a delegação que já lhe é dada pela própria preposição do Ministério que é a análise detalhadas do projeto e as alterações que inclusive o Ministério já solicitou que fizesse alterações específicas do quantitativo porque a região é muito mais apropriada e capaz porque está empoderada da realidade para fazer essas alterações e fazer proposições do que a CIB. **Aprovado os objetivos e a definição do eixo de aplicação dos recursos.** E ai a CRE vai se debruçar em breve sobre análise detalhada do projeto e encaminhará para o Ministério que o prazo é em fevereiro. Pontuou que a minuta de Resolução CIB está aprovada, trata destes artigos, e pode ser remetida ao COSEMS para assinatura. Dra. Suzana Ribeiro passou para o ponto pactuação. 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE: 1.1 Apresentação do projeto Telessaúde Brasil Redes Bahia e Nova composição do Comitê Estadual de Coordenação do Telessaúde Bahia. Informou que já foi apresentado na reunião do COSEMS e convidou Dr. Ricardo, Diretor Estadual da Atenção Básica, para apresentar a composição do Comitê Gestor e o que ficou definido para ser pactuado hoje. Dr. Ricardo informou que o Ministério da Saúde no final do ano passado atualizou as portarias relacionadas ao Telessaúde Brasil redes publicando outra Portaria. Assim começou a apresentação falando sobre a Portaria GM/MS nº 2.554/2011 que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Lembrou que no ano passado havia sido aprovado na CIB um projeto Telessaúde e um comitê gestor deste projeto de acordo com uma Portaria anterior que foi revogada, mas o projeto persiste com base nestas duas portarias publicadas no final do ano passado e assim foram encaminhados novos projetos ao Ministério da Saúde; Mencionou principalmente como uma atuação importante do COSEMS no encaminhamento de outros projetos, para além dos projetos enviados pelo Estado anteriormente, e agora no final do ano passado até o momento atual foi feita uma grande parceria importante envolvendo SESAB, COSEMS e outros parceiros como UFBA, Fundação Estatal de Saúde da Família para pensar a construção de um projeto Único de Telessaúde para o Estado da Bahia e para tanto se pensou em definir um comitê gestor único do Estado para evitar duplicidade e aprimorar e otimizar o uso deste recurso financeiro. Pontuou que foi acordada na reunião do COSEMS uma composição enxuta do comitê para ter facilidade de reunião enxuta e representativa de todos aqueles autores importantes para essa pauta. Então, foi proposta a instituição do Comitê Gestor Estadual do Telessaúde Brasil Redes – Bahia, vinculado à CIB, com a seguinte composição; um representante da Diretoria da Atenção Básica, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; um representante da Comissão de Integração Ensino Serviço- CIES; três representantes do Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS; um representante da Universidade Federal da Bahia – UFBA; um representante da Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis – EFTS; um representante da Escola Estadual de Saúde Pública Prof. Francisco Peixoto de Magalhães Netto – EESP; um representante da Fundação Estatal de Saúde da Família- FESF/SUS; o Coordenador Estadual do Telessaúde Brasil Redes – Bahia, vinculado à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Além disso, informou que todas essas representações devem contar com seus respectivos suplentes. Citou o que compete ao Comitê Gestor Estadual Telessaúde Brasil Redes – Bahia: promover a articulação entre as instâncias de gestão estadual, municipal e de instituições de ensino, tendo em vista a gestão do programa no âmbito estadual; integrar a rede colaborativa entre os Pontos de Telessaúde e Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, em âmbito regional e estadual; elaborar e implementar projetos contemplando as necessidades loco-regionais; e o Comitê Gestor Estadual elaborará e acompanhará o Projeto Estadual do Telessaúde Brasil Redes na Bahia, incluindo o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, de acordo com a Portaria GM/MS nº 2.554/2011. O Projeto referido no parágrafo anterior deverá ser aprovado em CIB e conterá com Plano de Trabalho e Plano Operativo Anual. Deverá conter ainda a definição dos objetivos, estrutura, gestão e funcionamento. Pontuou que se tem uma perspectiva muito positiva para o Telessaúde e a idéia é avançar bastante ao longo deste primeiro semestre do ano dois mil e doze, com a conformação deste projeto e iniciar as suas atividades. Dra. Suzana Ribeiro abriu para observações. Dra. Suzana pergunta aos membros da CIB se há alguma observação. O Secretário de Saúde de Itabuna, Sr. Geraldo Magela, pede a palavra dizendo que Stela estava acompanhando o processo mais de perto do Telessaúde, e diz que percebeu que havia dois itens que não tinham sido aprovados, portanto não se sente à vontade para aprovar, pois, os dois itens não constavam na última reunião. Dr. Raul passa a palavra para Fabiano, este segue dizendo que houve na reunião do dia anterior consenso, sendo discutido em 31 de fevereiro de 2012 apenas um ponto que era relacionado ao Colegiado dos núcleos descentralizados e que foi consenso. Ainda no mesmo dia fechou a composição, foram feitas outras sugestões, mas acabou que ficou assim, existem núcleos descentralizados e neste instante da CIB a idéia é para aprovar o Comitê, o qual

1160 deverá ter governabilidade para discutir em relação ao Projeto como foi falado por Ricardo e que o grupo que compõe o Comitê  
1161 (COSEMS e outras representações) para discutir o formato do projeto, tendo algumas decisões que precisam ser tomadas,  
1162 mas que necessitam de aprovação do Ministério da Saúde, portanto ficou de aguardar resposta e como até o momento não  
1163 houve resposta, então foi pactuado que fecharia o comitê, as definições sem respostas ficariam para a próxima reunião  
1164 extraordinária, mas em relação ao Comitê houve consenso. Fabiano continuou se referindo ao Secretário Geraldo Magela  
1165 dizendo que compreendia sua fala, mas que o comitê tem governabilidade para alterar, e reforça que quando se fala de uma  
1166 política estadual, quem a conduz é o estado, pois este é o seu papel. Assim, segue perguntando se o Secretário Geraldo  
1167 Magela se lembra da aprovação do Projeto Telessaúde no ano de 2012, que havia a formação de um Comitê para acompanhar  
1168 alguns municípios no Projeto Telessaúde. E sinaliza que agora neste Projeto Telessaúde Brasil junto com o Projeto de Atenção  
1169 Básica se faz necessário uma conformação do Comitê mais ampliado. Dr. Raul diz que parece que houve esclarecimentos e  
1170 que o projeto anterior envolvendo 100 municípios precisa ser revogado para que haja aprovação do novo projeto, mas quando  
1171 se referia a paridade que é o foco da preocupação, a governança que já foi definido e que a história foi diferente, mas não  
1172 havendo problema a respeito disso, continua dizendo que acha que o comitê deu a paridade que precisava e finaliza  
1173 questionando a todos se ficou tudo esclarecido. Dra. Suzana retoma a palavra esclarecendo ao Sr. Ivonildo que existe uma  
1174 Portaria anterior que é de 2010 que tratava da Política sobre o Telessaúde Brasil e esta Portaria já trazia um Comitê Gestor.  
1175 Pontua que neste Comitê Gestor, feito por consenso não existia a necessidade da paridade porque existem Escolas técnicas,  
1176 escolas de governo, tem as Universidades, tem o COSEMS, o MS e as Escolas de municípios. Ela destacou também que as  
1177 escolas de governo são ligadas as secretarias estaduais. Com a nova Portaria 2546, de 27 de outubro de 2011, que  
1178 transformou o Telessaúde Brasil em Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, essa Portaria traz também a formação do  
1179 Grupo condutor, ampliando a participação porque antes tinha o Grupo Científico que era formado pela Universidade, na  
1180 Portaria anterior, agora é uma representação do Grupo Técnico Científico que ficou definido manter a Universidade se não ela  
1181 sairia da composição. Dra. Suzana finaliza dizendo que fica claro que este Comitê está vinculado à CIB, portanto, destaca que  
1182 ele não deve emitir Resolução própria, ele vai apresentar o projeto, proposta, mas ele irá submeter à CIB para apreciação e  
1183 validação se não houver concordância retorna para o Comitê para que este possa refazer a proposta e retornar à CIB para  
1184 validação e pactuação. Dra. Suzana dá seguimento à reunião com o ponto de Pauta **1.3 Aprovação de Diretrizes e**  
1185 **Consensos para a Rede de Urgência** e passa a palavra para Dra. Alcina Bulhosa. Esta pontua que foi discutido com o  
1186 COSEMS, sendo remetida ao Grupo Condutor da Rede de Urgência, em dezembro, as diretrizes e consensos da Rede de  
1187 Urgência e foi preparado uma Minuta de Resolução, onde Dra. Stela deu retorno com algumas contribuições dentro da minuta,  
1188 e destaca que o que será apresentado é a Minuta de Resolução, onde estará o escopo dos consensos e diretrizes da Rede de  
1189 Urgência, portanto, não será necessário entrar no detalhamento do Plano da Região Metropolitana de Salvador, da definição  
1190 das regiões prioritárias, até porque não foi feito tal diálogo no Grupo Condutor. Assim arremata dizendo que o objetivo da  
1191 apresentação é a aprovação das diretrizes e consensos da Rede de Urgência para que a partir do dia 15, os municípios  
1192 possam postar suas solicitações, aqueles que se enquadrarem nos critérios no site do fundo nacional que vai abrir para essa  
1193 ação, sendo encerrado ainda em março. Além disso, esclarece que a aprovação das UPAS do Estado da Bahia, já foi alvo de  
1194 uma pactuação na semana anterior no Ministério da Saúde, definindo UPAS novas para a Bahia e isso demandava um  
1195 quantitativo pré-agendado pelo MS, sendo assim foi chamado o COSEMS, representado por Dra. Kátia, Secretária de Saúde  
1196 de Porto Seguro, e Dra. Ledívia Espinheira, representando a SESAB, onde houve um consenso quanto as doze UPAS, mas se  
1197 faz necessário aprovar primeiro os critérios e diretrizes para a construção dos Planos Regionais porque todos estes  
1198 componentes independente das postagens no fundo nacional de saúde devem compor os Planos Regionais a partir de sua  
1199 elaboração. Alcina reforçou que a Minuta de Resolução já foi alvo de apreciação do COSEMS no próprio Grupo Condutor de  
1200 Redes. Diretrizes e Critérios para construção do Plano Estadual, regionais e municipais da Rede de Atenção às Urgências do  
1201 Estado. Assim, segue apresentando a Minuta de Resolução que estabelece no artigo 1º que o Plano Estadual de Urgência  
1202 deve estar em consonância com as Portarias Ministeriais, princípios e diretrizes constitucionais do SUS; no artigo 2º que os  
1203 planos regionais de atenção às urgências devem estar em consonância com as Portarias e com os Planos Estaduais, sendo  
1204 compostos pelos planos municipais de atenção às urgências e que devem ser aprovados na CIR e homologados pela CIB-BA.  
1205 Os prazos para os planos regionais e municipais deverão ser objetos de Resolução CIB posteriormente porque ainda não  
1206 foram estabelecidas as regiões prioritárias, que é a ordem de implantação e elaboração destes planos, tendo como prazo até  
1207 2014 para se elaborar os planos regionais. Assim, a partir do momento que a CIB aprovar Resolução 2012 definindo quais as  
1208 regiões vão trabalhar para elaboração do plano regional, os planos municipais seguirão esta mesma ordem. E para  
1209 qualificação dos planos regionais e municipais será constituído apoio institucional a nível central, regional e do COSEMS para  
1210 dar suporte. O Artigo 3º estabelece como princípios da Rede de Urgência, a descentralização e hierarquização a assistência na  
1211 busca da integralidade, a universalização do acesso com resolutividade, à humanização com qualidade. Como diretrizes:  
1212 ampliação do acesso para o atendimento de urgências clínicas, cirúrgicas ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas  
1213 e relacionadas a causas externas. Garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento, também de  
1214 urgências clínicas, cirúrgicas, ginecológicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e relacionadas a causas externas. Continua  
1215 dizendo, que a organização da Rede deve favorecer o tempo de resposta com atenção especial às causas assistenciais e da  
1216 linha de cuidado prioritárias, que compreende as especialidades: Cardiovascular, e traumatologia. Além de garantir a  
1217 ampliação do acesso, com acolhimento e classificação de risco. Esclarece ainda que em todos os pontos de atenção  
1218 pactuados se deve buscar: a descentralização de maior complexidade, aos pólos regionais e/ou assistenciais; regionalização  
1219 das urgências com articulação das diversas redes e acesso regulado, com regulação informatizada articulada com todos os  
1220 pontos de atenção e componentes da urgência com garantia de equidade e integralidade e atendimento a catástrofe e  
1221 acidentes com muitas vítimas, tendo como base planos de riscos regionais; articulação gestora inter-federativa desenvolvendo  
1222 atuação solidária responsável e compartilhada respeitando os princípios de escala desde que contemple os vazios  
1223 assistenciais e a prioridade do acesso em tempo oportuno; a implantação de modelo de caráter multiprofissional  
1224 compartilhando com trabalho em equipe; o monitoramento e avaliação, a qualidade do grupo condutor Estadual de Rede; a  
1225 humanização baseado no modelo de vigilância a saúde, centrado nas necessidades da população; a qualificação profissional  
1226 através da educação permanente; e a participação do controle social dos usuários sobre o serviço. Alcina segue dizendo, que

1227 os componentes da Rede de Urgência é estabelecido por Componente 1 - Promoção, Prevenção e vigilância em saúde.  
 1228 Componente 2-Atenção Básica. Componente 3 – Serviço de atendimento móvel de urgência e suas Centrais de Regulação  
 1229 Médica. Componente 4 – Sala de Estabilização. Componente 5 – Força Nacional de Saúde. Componentes 6 e 7 - Rede  
 1230 Hospitalar abrangendo as portas de entrada de urgência e os leitos de retaguarda, que são leitos clínicos de longa  
 1231 permanência e de terapia intensiva. Componente 8 – Atenção domiciliar. O desenho da rede de urgência no Artigo 6º está  
 1232 explicitado como desenho que deve ser adotado pelo Plano Estadual e que contará com recurso do Ministério da Saúde para  
 1233 investimento, construção, reforma, ampliação, aquisição de materiais e equipamentos e custeio de ações conforme pactuado  
 1234 na CIB e das Portarias Ministeriais Específicas. No Parágrafo 1º estabelece que os valores de investimento, custeio do Estado  
 1235 e Municípios para os componentes UPA, Sala de Estabilização, Hospitalar e Atenção Domiciliar deverão ser pactuados  
 1236 posteriormente pela CIB. Artigo 7º O desenho da Rede de Urgência deverá contemplar os seguintes componentes e adotar os  
 1237 respectivos critérios. 1. Sala de Observação em unidade de Saúde. Tendo como critério: SAMU regional funcionando ou  
 1238 aprovado em CIB com prazo de 180 dias para funcionamento; Municípios que aderiram ao pacto ou em processo de adesão.  
 1239 Municípios com proporção de cobertura de atenção básica igual ou superior a 50% e municípios com unidades ambulatoriais  
 1240 básicas. 2. Sala de Estabilização: Municípios com população inferior a 50 mil habitantes, cobertura por municípios de sede por  
 1241 SAMU Regional aprovado em CIB, funcionando ou com prazo de 180 dias para funcionar, cobertura de 50% da população por  
 1242 atenção básica, municípios que aderiram ao pacto ou estão em processo de adesão. SAMU 192 e centrais de regulação deste,  
 1243 estes não possuem critérios seguindo prioridade que é expandir a cobertura SAMU 192 e centrais de regulação, mas reforça  
 1244 que apesar de não ter critérios, se deve priorizar a expansão da cobertura SAMU para 100% dos municípios, assim todos,  
 1245 independentemente de critérios, deverão ter seu SAMU regional implantado. Para componente UPA 24 horas como critérios  
 1246 municípios com população acima de 50 mil habitantes; cobertura do município pelo SAMU 192 aprovado em CIB com prazo de  
 1247 funcionamento de 180 dias; cobertura de 50% da população por Atenção Básica e município que aderiu ao Pacto ou em  
 1248 processo de adesão. Componente hospitalar, para a questão das portas de entrada Hospitalares de Urgência visando a  
 1249 definição das Unidades Hospitalares Estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia foram utilizados  
 1250 os seguintes critérios: Hospital Geral, prioritariamente público, localizado em Município sede de microrregião, ou em Município  
 1251 com população de abrangência superior a 100.000 habitantes; Hospital com atendimento de população de referência igual ou  
 1252 superior a 10%; Hospital Geral com média mensal de internações superior a 150 AIHS; Hospital com mais de 100 internações  
 1253 hospitalares por mês com caráter de Urgência/Emergência; Hospital com número de leitos superior a 100 (preferencialmente),  
 1254 ou com menor número de leitos desde que localizado em Município estratégico para diminuir os vazios assistenciais. Pontuou  
 1255 ainda que seria objeto de pactuação pelo Grupo Condutor: Definir vinte e dois Hospitais Estratégicos para a Rede de Atenção  
 1256 às Urgências do Estado da Bahia. E Destacou que as situações específicas e os casos omissos, deverão ser enviados ao  
 1257 Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgência, para análise e parecer, que posteriormente encaminhará à CIB-Ba. Continuou  
 1258 pontuando para o componente: Leitos Clínicos e de Longa Permanência os seguintes critérios: Hospital Geral localizado em  
 1259 Microrregião, preferencialmente os de natureza pública; esclarecendo que sendo necessário, poderão ser implantados em  
 1260 instituições filantrópicas e se, ainda assim for necessário, implantar em unidades privadas credenciadas; Hospital Geral  
 1261 localizado em macrorregião com déficit de leitos de internação. Colocou sobre os leitos de Terapia Intensiva como critérios:  
 1262 Hospital geral com mais de 100 leitos, preferencialmente os de natureza pública; porém esclarecendo que sendo necessário,  
 1263 poderão ser implantados em instituições filantrópicas e se, ainda assim for necessário, implantado em unidades privadas  
 1264 credenciadas. Atenção domiciliar critérios: municípios com população igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes; municípios  
 1265 com população igual ou superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferiores a 100 (cem) mil habitantes, desde que localizados  
 1266 em região metropolitana. Estabeleceu que para definir vinte e dois Hospitais Estratégicos como porta de entrada esclareceu  
 1267 como critério inicial que fossem foram distribuídos pelas nove macrorregiões e ressaltou que já foram objeto de discussões no  
 1268 grupo condutor COSEMS e SESAB, chegando-se a uma definição de vinte e um hospitais inicialmente e reitera que houve um  
 1269 aceno do Ministério da Saúde da possibilidade de incluir mais um hospital no Estado da Bahia ficando então, vinte e dois  
 1270 Hospitais Estratégicos. Reiterou que as situações específicas e os casos omissos, deverão ser enviados ao Grupo Condutor  
 1271 Estadual da Rede de Urgência, para análise e parecer, e posterior encaminhamento à CIB-Ba. A Secretária Municipal de  
 1272 Saúde de Aramari, Lívia Mançur, que também faz parte do Grupo Condutor de Redes comentou em relação a alguns artigos  
 1273 que precisavam ser definidos para aprovação e também a questão do monitoramento e avaliação para ser revisto também.  
 1274 Neste momento Dra. Alcina esclareceu que quanto ao monitoramento, havia uma proposta de ser tripartite, então para  
 1275 esclarecer ficou o Grupo Condutor da Rede Estadual de Urgência, que é o que todas as Portarias do Ministério falam.  
 1276 Ressaltou que todo monitoramento, avaliação, da implantação da Rede de Atenção às Urgências deve ser feito pelo Grupo  
 1277 Condutor Estadual. A Sra. Lívia sugeriu que como tinha redação diferenciada principalmente no Artigo 1º, Artigo 2º, Parágrafo  
 1278 1º, que se pudesse rever a redação a fim de um consenso, também o ponto da Sala de Estabilização que só contemplou  
 1279 abaixo de cinqüenta mil habitantes e algumas mudanças também no nível de redação no que tange ao Leito Clínico de Longa  
 1280 Permanência, Leito de Terapia Intensiva e Atenção Domiciliar. Enfatizou que eram poucas alterações, mas como sairá uma  
 1281 resolução que vai reger o Estado no nível de futuros planos, e como hoje estão sendo estabelecidos critérios, sugeriu ver  
 1282 direito a redação para não aprovar uma resolução com futuros problemas. Em seguida, Dra. Alcina apresentou a relação que  
 1283 constavam os vinte e um hospitais lembrando que o vigésimo segundo, por sugestão do Ministério da Saúde é o Hospital do  
 1284 Subúrbio:

MACRORREGIÃO	MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO	HOSPITAL ESTRATÉGICO
LESTE	Salvador	Salvador	Hospital do Subúrbio Hospital Geral Roberto Santos Hospital Geral Ernesto Simões Hospital Geral do Estado
	Camaçari	Camaçari	Hospital Geral de Camaçari

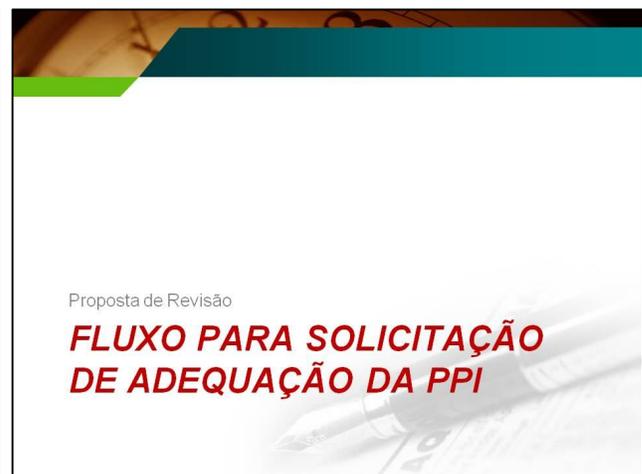
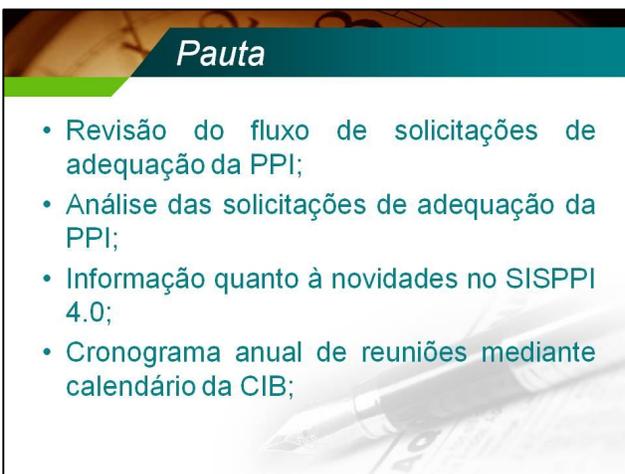
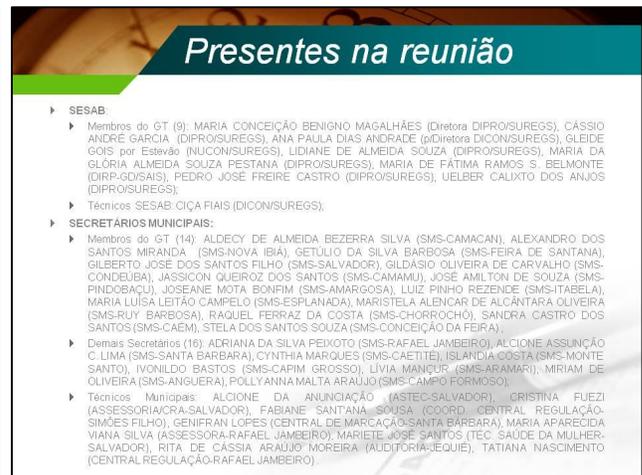
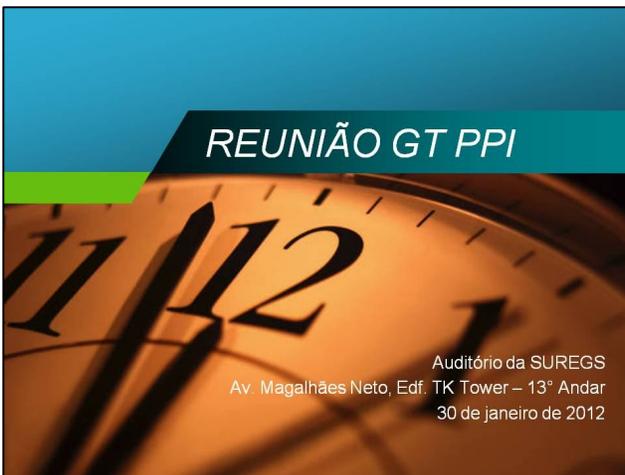
	Santo Antonio de Jesus	Santo Antonio de Jesus	Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus
CENTRO LESTE	Serrinha	Monte Santo	Hospital Monsenhor Berenguer
	Feira de Santana	Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade
CENTRO NORTE	Irecê	Irecê	Hospital Regional Mario Dourado Sobrinho
	Jacobina	Jacobina	Hospital Municipal Antonio Teixeira Sobrinho
OESTE	Barreiras	Barreiras	Hospital do Oeste
	Ibotirama	Ibotirama	Hospital Regional de Ibotirama
NORTE	Juazeiro	Juazeiro	Hospital Regional de Juazeiro
	Paulo Afonso	Paulo Afonso	Hospital de Paulo Afonso
NORDESTE	Alagoinhas	Alagoinhas	Hospital Regional Dantas Bião
	Ribeira do Pombal	Ribeira do Pombal	Hospital Regional Santa Tereza
SUDOESTE	Vitória da Conquista	Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista
	Guanambi	Guanambi	Hospital Regional de Guanambi
SUL	Ilhéus	Ilhéus	Hospital Geral Luís Viana Filho
	Itabuna	Itabuna	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães
	Jequié	Jequié	Hospital Geral Prado Valadares
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas

1285  
1286  
1287  
1288  
1289  
1290  
1291  
1292  
1293  
1294  
1295  
1296  
1297  
1298  
1299  
1300  
1301  
1302  
1303  
1304  
1305  
1306  
1307  
1308  
1309  
1310  
1311  
1312  
1313  
1314  
1315  
1316  
1317  
1318  
1319  
1320  
1321  
1322

Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que já tinha sido feito uma discussão com Dra. Stela que deu sua contribuição na minuta de resolução encaminhada e relatou que hoje já foi conversado e discutidos alguns pontos. Em relação à Sala de Estabilização, se fosse colocado o quantitativo de leitos de trinta ou cinquenta iria reduzir a possibilidade de implantação da sala de estabilização, então foi cortado com menos de trinta leitos de internação hospitalar, pois a discussão inicialmente era de que se precisava ampliar e há consenso tanto com o COSEMS quanto com a SESAB, então esclarece que quando se percebeu que os critérios poderiam travar a possibilidade de implantação de Salas de Estabilização, se resolveu cortar e aí ficaram os critérios que Alcina apresentou. Em relação ao texto e redação não há problema até porque Dra. Stela já tinha sinalizado e Alcina já estava incorporando essas alterações. Dra. Alcina esclareceu que no Artigo 1º na verdade tinha sido pensado em poder aprovar critérios do Plano Estadual; o texto não poderia ser aprovar o Plano Estadual, como está no de Stela, porque ainda não está pronto, então isso foi tirado do Artigo 1º e quando houve o consenso de aprovar critérios isso automaticamente já saiu e só foi estabelecido a que é que o Plano Estadual e Regional tinham que se reportar. Dra. Suzana colocou que foi acrescentado que não se tratava de diretriz a questão da definição de contrapartida para custeio, pois isso já estava contemplado até porque isso não era diretriz, esclareceu que diretriz trata de humanização, implantação de modelo de atenção, monitoramento e avaliação, que foi até uma questão levantada em relação à Comissão Tripartite, na verdade ao Grupo Condutor Estadual porque ele é formado por representação do Ministério da Saúde, do COSEMS e da SESAB, e tem a responsabilidade de acompanhar e monitorar a implantação da rede e da qualidade de serviços, da mesma forma que a Rede Cegonha, e a definição da contrapartida foi remetida, então, para o Parágrafo 1º quando se trata da questão dos valores de investimento e custeio porque vai existir a discussão de percentual, de aplicação de município e de estado, e isso ficou remetido para ser pactuado em CIB, pois, isso não é diretriz da política. Reiterou que havia uma diretriz que tratava da questão da definição de contrapartida para custeio, isso saiu daí porque já está contemplada no Parágrafo 1º do Artigo 6º e por entender também que isso não é uma diretriz da política. A contrapartida trabalha com a questão de custeio e na diretriz inclusive não se define nem aplica percentuais, isso é pactuado em CIB como foi feito à época com o SAMU 192 que ficou pactuado em CIB que seria 30% de contrapartida estadual, isso em 2003. Então reforça que o que saiu da diretriz foi a definição da contrapartida estadual porque já estava contemplada no Artigo 6º, Parágrafo 1º, que refere que os valores de investimento/custeio do Estado e municípios para os componentes UPA 24 Horas, Sala de Estabilização, Hospitalar e Atenção Domiciliar deverão ser pactuados posteriormente pela CIB-BA. Lembrou que o SAMU já tem pactuação em CIB, então foi tirado, pois o componente SAMU já tem definição de contrapartida. Ressaltou as observações feitas por Dra. Stela no final da Resolução que foram inseridas como Artigo 9º em relação à questão de situações específicas e os casos omissos. Dr. Raul Molina chamou atenção para as coisas que estão surgindo dentro disso e colocou que a idéia era remeter isso para o Grupo Condutor, ficando aprovado ad referendum uma vez que estão discutindo e tem algumas coisas que já se viu que dá para consensuar. Relatou que na grande maioria o trabalho já foi montado, mas destacou o problema das UPAS para discutir e colocou uma questão levantada pelo Secretário Aureliano que queria ver aqui todas as UPAS porque foi colocado na segunda-feira em Brasília que isso seria feito. Assim, propôs a título de encaminhamento que fosse aprovado ad referendum, remetendo ao aval do Grupo Condutor e reforçou que o Secretário Municipal de Saúde de Salvador também faz parte do Grupo Condutor, e que o que foi apresentado com relação às UPAS, estando Salvador dentro do Grupo Condutor, naquilo que apresentaram com relação às UPAS, reiterou que também está contemplado e já que o trabalho foi iniciado, sugeriu que deve continuar o mesmo grupo. O Secretário Municipal de Saúde de Juazeiro, Ubiratã Moreira solicitou que fosse reapresentada a questão das

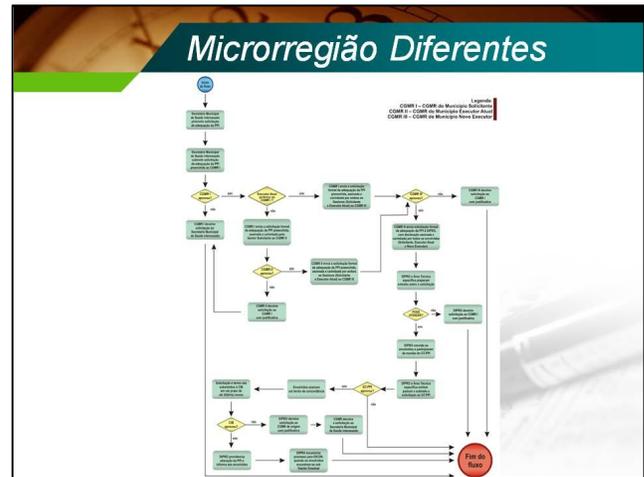
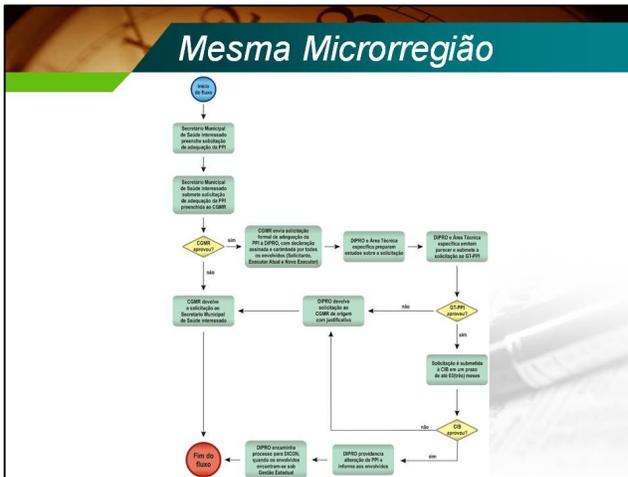
1323 diretrizes para os Hospitais Estratégicos. Dra. Alcina mostrou o Componente Hospitalar no Artigo 7º, Componente 5. O Sr.  
1324 Ubiratã questionou se os hospitais listados serão o que está posto nos critérios, pois, sinalizou que hoje eles não são,  
1325 destacando que o Hospital Regional de Juazeiro não é o que foi estabelecido nos critérios hoje, ressaltando que o outro  
1326 hospital que há em Juazeiro está mais compatível com os critérios que o Regional. Então, reforça que se o Hospital Regional  
1327 de Juazeiro está listado como dos vinte e dois estratégicos, precisa ficar claro que a intenção é que funcione como os critérios  
1328 que estão propostos, pois reitera que quem faz urgência de forma mais intensa em Juazeiro não é o Hospital Regional.  
1329 Arremata dizendo que esclarecer isso na Resolução é fundamental, porque destaca que se colocar na lista o hospital como ele  
1330 é hoje, ele não vai ser a porta de entrada da Urgência de Juazeiro e muito menos referência para a microrregião, pois, reitera  
1331 que hoje quem faz urgência de forma intensa em Juazeiro não é o Regional, que faz minimamente urgência clínica, mas a  
1332 urgência cirúrgica reforça que é realizada na Unidade Pró Mater e ressalta que Trauma não é em Juazeiro, mas em Petrolina.  
1333 Daí reforça sua preocupação, reiterando que o Hospital Regional de Juazeiro terá que ser isso, pois destaca que não será  
1334 possível aceitar uma relação que tem Juazeiro como referência para a população e a microrregião, sendo que hoje hospital  
1335 não é isso, então reforça que ele terá que ser. Dra. Stela Souza lembrou que o Secretário Ubiratã é membro do Grupo  
1336 Condutor de Redes e do Grupo Condutor de Redes de Urgência e que também discutiu esse processo. Desculpou-se pelo  
1337 atraso e reiterou que o Grupo Condutor estava todo representado na reunião, sendo a única que não estava presente.  
1338 Considerou importante o encaminhamento feito por Dr. Raul porque esses critérios já foram apresentados e aprovados  
1339 inclusive na reunião de Diretoria do COSEMS de dezembro. Relatou que houve alguns ajustes na Portaria em relação ao texto  
1340 e caso haja ainda alguma dificuldade pode-se ajustar. Destacou ainda que tinha a questão da sala de Estabilização que se  
1341 percebeu que realmente 30 ou 50 leitos ou o critério de leitos iam deixar ainda alguns municípios de fora, então o Grupo  
1342 Condutor trabalhou em conjunto para contemplar o maior número possível de municípios, pois sabiam que as salas de  
1343 estabilização irão estar localizadas em municípios que não tem acesso a urgência praticamente nenhuma. Com relação à  
1344 resposta ao Secretário Ubiratã, hospital com número de leitos superior a 100, preferencialmente ou com número de leitos  
1345 desde que localizados em municípios estratégicos, ou seja, hospital estratégico tem que estar em município estratégico, no  
1346 caso de da discussão do Grupo Condutor, a lista dos hospitais estratégicos, apesar de não funcionar ainda assim, já está no  
1347 Ministério e consta o Hospital Regional de Juazeiro, assim como consta o Hospital de Paulo Afonso, porque se pensou no  
1348 Estado como um todo e não só na região metropolitana, pois a Portaria aprovada na Tripartite diz que todas as regiões  
1349 metropolitanas do Brasil devem ser as primeiras contempladas, mas o estado correu e fez logo a divisão para o Estado todo,  
1350 dos hospitais estratégicos para atender a todas as regiões e não deixar tudo concentrado somente na região metropolitana que  
1351 é o primeiro plano que vai seguir para o Ministério. Citou ainda que a exemplo o Hospital de Paulo Afonso, o mesmo também  
1352 não atende os critérios em 100%, mas a Portaria dará a oportunidade de que se o hospital for estratégico e em algum item ele  
1353 não atender o critério ele pode sim ser colocado, e ele foi colocado, já foi aprovado e encaminhado. O Secretário Municipal de  
1354 Saúde de Itabela, Lúcio Martim, questionou quanto à expansão de UPA na Bahia, e sugeriu colocar nos critérios a  
1355 possibilidade da junção de dois municípios para atingir a capacidade de cinquenta mil habitantes. O Secretário Municipal de  
1356 Saúde de Paulo Afonso, Luiz Aureliano, esclareceu que a reunião do Ministério na semana passada foi sobre recurso do PAC  
1357 2, reforçando que não é orçamento do Ministério da Saúde e sim do Governo Federal, da União, e pontua que foram chamados  
1358 os municípios que já preenchem os pré-requisitos estabelecidos pelo Governo Federal. Sinaliza então que não se trata da  
1359 questão de se inscrever ou não, os municípios foram chamados. Relatou que Paulo Afonso trata-se de sede de microrregião,  
1360 aonde não tem nenhuma UPA, e tendo o município 108 mil habitantes, e pactuado com 238 mil habitantes, o Governo Federal  
1361 viu que Paulo Afonso preenchia todos os pré-requisitos e o chamou na sexta-feira para estar em Brasília na segunda-feira, dia  
1362 26, e está lá no orçamento do PAC 2, que foi pactuado na segunda-feira, dia 23, para ser aprovado na CIB. Assim, reforça que  
1363 os municípios se inscrevem de 15 de fevereiro a 1º de março, com os documentos que tem que apresentar e pronto, essa  
1364 questão já está alinhada e não pode entrar mais ninguém. O Secretário de Itabela entendeu, mas colocou que como já estava  
1365 sendo discutidos os critérios de urgência e emergência e não era o plano ainda, seria só para incluir uma observância de  
1366 colocar os municípios que poderiam fazer o consórcio para atingir pelo menos a população que é de 50 mil habitantes para ter  
1367 acesso a UPA, para que no futuro o Grupo Condutor possa estar colocando isso. Dr. Raul Molina ponderou que mesmo sendo  
1368 Portaria não iria remeter para o Grupo Condutor. O Secretário de Juazeiro reiterou sua preocupação em colocar uma resolução  
1369 que diz que a Bahia vai ter vinte e dois hospitais estratégicos, destacando que só em falar que é estratégico lhe vinha à cabeça  
1370 que estes hospitais vão ser bem cuidados, terão investimento e melhorias para se tornarem prioritários, e está colocado lá  
1371 porta hospitalar de urgência. Assim, reforçou a necessidade de deixar claro que naquela relação de vinte e dois, neste caso  
1372 específico, não é o que existe hoje e sim o que se investirá no futuro hospital em Juazeiro, com outras características que não  
1373 possui hoje. Dr. Raul Molina esclareceu que a política prevê investimento e custeio após a Resolução CIB e chamou a atenção  
1374 do Grupo Condutor que a data para isso é 15 de fevereiro. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu fazer a agenda do Grupo Condutor  
1375 lembrando que a coordenação é feita pelo GASEC e colocando que já será conversado com Dra. Stela para se dar um  
1376 indicativo da reunião do Grupo Condutor da Urgência. Esclareceu ao Secretário de Juazeiro que esta definição de hospitais  
1377 estratégicos, a lista foi pactuada dentro do Grupo Condutor analisando todos os critérios que já foram colocados, e neste  
1378 momento estão dando ciência à plenária da CIB e aos membros para que se possa validar o que foi analisado, todas as  
1379 incongruências, se é que elas existiram, todas as situações em que não foram 100% contempladas nos critérios, foram  
1380 validadas pelo Grupo Condutor com a presença do Ministério da Saúde, assim como foi identificado a situação do Hospital de  
1381 Juazeiro podem existir outros também, que inclusive foi feita a discussão no Grupo Condutor que analisou um conjunto de  
1382 hospitais inclusive da região metropolitana de Salvador e o Hospital do Subúrbio que atende a todos os critérios, estava de fora  
1383 e o Ministério então sugeriu que se colocasse como vigésimo segundo o Hospital do Subúrbio. Enfatizou que o Grupo  
1384 Condutor da Urgência e Emergência está vinculado à CIB sim, mas ele tem o poder e a responsabilidade de apresentar  
1385 proposta para esta CIB e como já tinham encaminhado antes, e remetido ao Grupo Condutor da Urgência e Emergência, tanto  
1386 esta resolução na íntegra, quanto a questão das UPAs, reforça que inclusive quando o Secretário de Paulo Afonso aponta essa  
1387 questão das UPAs o Ministério listou e chamou os municípios da UPA do PAC 2: Alagoinhas – Porte 2, Camaçari – Porte 1,  
1388 Campo Formoso – Porte 1, Casa Nova – Porte 1, Ipirá – Porte 1, Itabuna – Porte 1, Itamaraju – Porte 1, Paulo Afonso – Porte  
1389 1, Salvador – Porte 3, Vitória da Conquista – Porte 3, Jequié – Porte 1 e Juazeiro – Porte 1. Dra. Alcina pediu a palavra e

1390 esclareceu que o Gestor de Alagoinhas informou que prefere manter o contrato com a Caixa. Dra. Suzana Ribeiro destacou  
 1391 que houve desistências e mudanças de proposição, porque alguns municípios desistiram do convênio com a Caixa e aí houve  
 1392 outra proposição, inclusive para repasse Fundo a Fundo. Então, propôs para não postergar a discussão nisso, até porque  
 1393 reforça que há um Grupo Condutor, já agendar para a próxima semana uma reunião para dar tempo de fechar os  
 1394 encaminhamentos, a CIB delegando ao Grupo Condutor a proposição para que seja homologada ad referendum. **Houve**  
 1395 **consenso.** Dando prosseguimento, Dra. Suzana Ribeiro passou para o próximo ponto de pauta: 2. Superintendência de  
 1396 Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVAST: 2.1 Criação do CEREST no município de Caetité. Dr. Raul Molina informou  
 1397 que já foi apresentado pela manhã na reunião do COSEMS, a equipe técnica da SESAB já deu o encaminhamento pela sua  
 1398 aprovação, com algumas adequações no projeto para melhor atender à Portaria. **Aprovado.** 3. Superintendência de Recursos  
 1399 Humanos da Saúde – SUPERH: 3.1 Conformação das Comissões de Integração Ensino e Serviço – CIES Microrregionais. Dr.  
 1400 Raul também pontua que este item também foi apresentado pela manhã no COSEMS que fez as suas solicitações e foram  
 1401 acatadas pela equipe técnica, portanto sairá a publicação conforme sugestões. **Aprovado.** 4. Superintendência de Gestão e  
 1402 Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DIREG/DIPRO: 4.1 Aprovação do Manual do TFD. Da mesma forma, Dr. Raul  
 1403 pontua que já foi apresentado na reunião do COSEMS e houve consenso. **Aprovado.** 4.1 Consensos do GT PPI. Dra.  
 1404 Conceição Benigno relatou que aconteceu ontem a reunião do GT PPI com a presença de uns vinte Secretários e foi feita uma  
 1405 apresentação que depois foi repassada para a Superintendência e sugeriu que nesta reunião da CIB fosse apenas feita uma  
 1406 leitura dos consensos, não precisando retomar as apresentações. Dr. Raul Molina chamou atenção para o avançado da hora,  
 1407 pois, ainda precisaria ser discutida a situação do município de Itabuna. Dra. Conceição Benigno argumentou se tratar de  
 1408 assuntos que mexem com recursos e necessitam de Resolução CIB, senão não dá para alterar o teto e há um prazo com os  
 1409 municípios de atender as demandas no máximo em até três meses. Lembrou que os Consensos do GT PPI já é o ponto de  
 1410 pauta permanente na CIB e houve consenso quanto à leitura dos consensos, uma vez que já tinha sido apresentado e  
 1411 aprovado na reunião do COSEMS. Dra. Conceição Benigno colocou que iria pular o detalhamento de Portaria e passar direto  
 1412 para a leitura dos consensos (slide 7), enfatizando que houve uma participação excelente na reunião do GT PPI com um  
 1413 grande número de Secretários. Relatou que foi feita uma revisão do fluxo de solicitação de adequação da PPI com a análise  
 1414 das solicitações e adequações, que foram dados alguns informes em relação ao atual sistema SISPPPI com o Módulo da PPI  
 1415 Viva que está atrelado ao sistema de Redes e foi mostrado também um cronograma anual que estava atrelado à apresentação  
 1416 do cronograma da CIB hoje e em relação ao fluxo informou que praticamente se mantém o mesmo e iniciou a leitura dos  
 1417 consensos. Segue apresentação na íntegra:



1456

1457  
1458  
1459  
1460  
1461  
1462  
1463  
1464  
1465  
1466  
1467  
1468  
1469  
1470  
1471  
1472  
1473  
1474  
1475  
1476  
1477  
1478  
1479  
1480  
1481  
1482  
1483  
1484  
1485  
1486  
1487  
1488  
1489  
1490  
1491  
1492  
1493  
1494  
1495  
1496  
1497  
1498  
1499  
1500  
1501  
1502  
1503  
1504  
1505  
1506  
1507  
1508  
1509  
1510  
1511  
1512  
1513  
1514  
1515  
1516  
1517  
1518  
1519  
1520  
1521  
1522  
1523



### Consensos

- Fica consensuado que as solicitações de adequação de PPI inter micros:
  - Só serão analisadas e encaminhadas ao GTPPI pela DIPRO, após avaliação, aprovação e validação dos CGMR/CIR envolvidos. Essas solicitações serão acompanhadas pelo Coordenador do CGMR/CIR e secretário de saúde do município solicitante;
  - A assinatura do executor anterior não será obrigatória, desde que a solicitação esteja assinada pelos demais interessados, contudo o executor anterior será informado oficialmente do remanejamento;
  - Enviar ofício aos Coordenadores dos CGMR/CIR informando que as solicitações de adequação de PPI deverão vir individualmente, por solicitante;

### ADEQUAÇÃO DA PPI

Solicitações/Estudos

### Número/relação de municípios com solicitações de adequação da PPI recebidas/respondidas (DEZ/2011)

Nº	RESUMO DA SOLICITAÇÃO	FÍSICO	VALOR EXECUTOR (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	SITUAÇÃO
11	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	50,00	50,00	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
12	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	39,38	39,38	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
13	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	132,50	132,50	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
15	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	6,12	6,12	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
16	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	204,50	204,50	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
17	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	130,90	130,90	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
18	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	2.193,95	2.193,95	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
20	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	98,18	98,18	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
21	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	1.917	1.917	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
22	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	82,80	82,80	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
23	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	189,2	189,2	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
24	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	171,20	171,20	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
25	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	152,20	152,20	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
26	SOLICITAÇÃO Nº 01/007/2011 em 20/07/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	291,90	291,90	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
25	SOLICITAÇÃO Nº 02/018/2011 em 10/08/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	2.118	3.273,14	3.273,14	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
189	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	6.903,28	6.903,28	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
190	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.483	2.262,01	2.262,01	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
195	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.483	1.262,01	1.262,01	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
196	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.720	4.148,50	4.148,50	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
206	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	186	3.813,32	3.813,32	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
207	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	4.244	14.818,12	14.818,12	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
211	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.212	121,000	121,000	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
223	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	451	10.914,20	10.914,20	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
193	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	2.768	36.650,00	36.650,00	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
194	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	2.064	7.868,36	7.868,36	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011
195	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	2.762	27.120,95	27.120,95	RES. CR. 559/2011 em 20/12/2011

Fonte: Grupo PPI/PROS/DESE

### Número/relação de municípios com solicitações de adequação da PPI recebidas/respondidas (DEZ/2011)

Nº	RESUMO DA SOLICITAÇÃO	FÍSICO	VALOR EXECUTOR (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)	SITUAÇÃO
28	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	10.877,66	11.661,13	Resposta no município por adequação de PPI
31	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	10.877,66	11.661,13	Resposta no município por adequação de PPI
33	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	-	4,28	20.956,04	RESPOSTA RECEBIDA DO SOLICITANTE
30	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	271	2.491,05	3.461,05	Resposta no município - 20/12/11
29	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	262	2.056,00	2.956,00	Resposta no município - 20/12/11
34	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.960	5.144,20	5.144,20	Resposta no município
175	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1.975	6.714,95	6.714,95	Resposta no município - 20/12/11
207	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	997	23.930,44	23.930,44	Resposta no município - 20/12/2011
208	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	7.848	60.814,25	60.814,25	Resposta no município
132	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	80	13.818,20	13.818,20	Resposta no município
176	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	1067	4.722,06	4.722,06	Resposta no município
192	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	100	3.000,00	3.000,00	Resposta no município
171	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	42	940,21	940,21	Resposta no município
183	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	110	2.833,70	2.833,70	Resposta no município
182	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	136	1.103,99	1.103,99	Resposta no município
81	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	514	8.300,00	8.300,00	Resposta no município
185	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	50	5.000,00	5.000,00	Resposta no município
186	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	185	1.737,17	1.737,17	Resposta no município
187	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	130	1.344,80	1.344,80	Resposta no município
188	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	30	-	-	Resposta no município
180	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	10	-	-	Resposta no município
189	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	3.931	35.574,76	35.574,76	Resposta no município - 20/12/11
190	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	306	4.708,28	4.708,28	Resposta no município - 20/12/11
191	SOLICITAÇÃO Nº 55501000004 em 01/11/2011 - SOLICITANTE: MUNICÍPIO - IÇHU - INC: DE SAÚDE PARA SALLUDOR	2.708	287.657,31	287.657,31	Resposta no município - 20/12/11

Fonte: Grupo PPI/PROS/DESE

### Consensos

- A DIPRO disponibilizará planilha para acompanhamento dos processos em estudo de adequação, em seu site;

### Ambulatorial – Média Complexidade

#### Referência

Município solicitante: Ichu / Novo Executor: Ichu

MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
ICHU	0302050000 - Assistência fisioterapêutica nas disfunções musculó esqueléticas (todas as origens)	RIACHÃO DO JACUIPE	ICHU	1.365	7.521,15
	0302060000 - Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	FEIRA DE SANTANA		210	1.192,80
Total				1.575	8.713,95

1524  
1525  
1526  
1527  
1528  
1529  
1530  
1531  
1532  
1533  
1534  
1535  
1536  
1537  
1538  
1539  
1540  
1541  
1542  
1543  
1544  
1545  
1546  
1547  
1548  
1549  
1550  
1551  
1552  
1553  
1554  
1555  
1556  
1557  
1558  
1559  
1560  
1561  
1562  
1563  
1564  
1565  
1566  
1567  
1568  
1569  
1570  
1571  
1572  
1573  
1574  
1575  
1576  
1577  
1578  
1579  
1580  
1581  
1582  
1583  
1584  
1585  
1586  
1587  
1588  
1589  
1590

Ambulatorial – Média Complexidade								
Referência								
Município solicitante: Campo Formoso / Novo Executor: Campo Formoso (continua...)								
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)				
				FÍSICO	FINANCEIRO			
CAMPO FORMOSO	0101010028 – ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	SENHOR DO BONFIM	CAMPO FORMOSO	357	963,90			
	020101XXXX – COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIÓPSIA (BÁSICO)			30	507,60			
	020201XXXX – EXAMES BIOQUÍMICOS (AVANÇADO)			100	1.352,00			
	020201XXXX – EXAMES BIOQUÍMICOS (BÁSICO)			1.900	5.491,00			
	020201XXXX – EXAMES BIOQUÍMICOS (INTERMEDIÁRIO)			100	560,00			
	020202XXXX – HEMATOLOGIA (BÁSICA)			400	1.044,00			
	020202XXXX – HEMATOLOGIA (INTERMEDIÁRIA)			80	414,40			
	020202XXXX – HEMOSTASIA (AVANÇADA)			20	248,40			
	020202XXXX – HEMOSTASIA (BÁSICA)			92	253,00			
	020202XXXX – HEMOSTASIA (INTERMEDIÁRIA)			50	288,00			
					<b>114</b>			

Ambulatorial – Média Complexidade								
Referência								
Município solicitante: Campo Formoso / Novo Executor: Campo Formoso (continua...)								
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)				
				FÍSICO	FINANCEIRO			
CAMPO FORMOSO	021070000 – DIAGNÓSTICO EM OTORRINOLARINGOLOGIA/FONOAUDILOGIA	SENHOR DO BONFIM	CAMPO FORMOSO	50	890,50			
	021107XXXX – AVALIAÇÕES FONOAUDIOLÓGICAS/NEUROPSICOMOTORAS			395	1.695,80			
	021401000 – TESTE REALIZADO FORA DA ESTRUTURA DE LABORATÓRIO			41	41,00			
	030101048 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX CETO MÉDICO) – 2236 – ENFERMEIRO			1.862	11.730,35			
	030101048 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX CETO MÉDICO) – 2236 – FISIOTERAPEUTA/TERAPEUTA OCUPACIONAL/ ORTOPTISTA			813	5.121,31			
	030101048 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX CETO MÉDICO) – 2237 – NUTRICIONISTA			1.447	9.115,66			
	030101048 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX CETO MÉDICO) – 2238 – FONOAUDIÓLOGO			127	799,86			
	030101048 – CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EX CETO MÉDICO) – 2515 – PSICÓLOGO / PSICANALISTA			973	6.128,12			
	030101072 – CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA – 223105 – MÉDICO ANGIOLÓGISTA			80	800,00			
	0301040036 – TERAPIA EM GRUPO			4.356	26.789,40			
					<b>314</b>			

Ambulatorial – Média Complexidade					
Referência					
Município solicitante: Campo Formoso / Novo Executor: Juazeiro					
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
CAMPO FORMOSO	0404010000 – CIRURGIAS DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	SENHOR DO BONFIM	JUAZEIRO	303	8.105,25
	0407010000 – ESÓFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO			24	987,60
<b>TOTAL</b>				<b>327</b>	<b>9.092,85</b>

Ambulatorial – Média Complexidade					
Referência					
Município solicitante: Monte Santo/ Novo Executor: Monte Santo					
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADOS	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
MONTE SANTO	0205020000 – ULTRASSONOGRAMA DOS DEMAIS SISTEMAS	SÁLVADOR	MONTE SANTO	940	22.155,80
	0205020046 – ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL			310	11.764,50
	0205020097 – ULTRASSONOGRAMA MAMÁRIA BILATERAL			330	7.988,00
	0211020036 – ELETROCARDIOGRAMA			960	4.944,00
	0302050000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULOS ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS)			11.262	62.053,62
	0302040000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAIS			479	2.557,86
0302060000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA	1.344	7.633,92			
<b>TOTAL</b>				<b>15.625</b>	<b>119.098,70</b>

Ambulatorial – Média Complexidade								
Referência								
Município solicitante: Campo Formoso / Novo Executor: Campo Formoso (continua...)								
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)				
				FÍSICO	FINANCEIRO			
CAMPO FORMOSO	020203XXXX – IMUNOLOGIA (BÁSICA)	SENHOR DO BONFIM	CAMPO FORMOSO	150	415,50			
	020203XXXX – IMUNOLOGIA (INTERMEDIÁRIA)			100	940,00			
	020203XXXX – PAINEL INFECCIOSO			68	648,72			
	0202040000 – EXAMES COPROLÓGICOS			20	36,00			
	0202050000 – EXAMES DE URONÁLISE			30	84,60			
	0202060017 – ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA			200	740,00			
	0202050092 – DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA			511	4.149,32			
	0202060276 – DOSAGEM DE PARATOMÔNIO			44	1.897,72			
	020206XXXX – EXAMES HORMONAIS			404	4.593,48			
	020212XXXX – IMUNOHISTOLÓGICO (BÁSICO)			50	68,60			
	020401XXXX – EXAMES RADIOLÓGICOS – ODONTOLOGIA			140	368,20			
	0204030000 – EXAMES RADIOLÓGICOS DO TORAX E MÍDIASTINO			10	102,10			
	0205020000 – ULTRASSONOGRAMAS DOS DEMAIS SISTEMAS			2.580	60.810,60			
	0205020046 – ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL			960	36.432,00			
					<b>214</b>			

Ambulatorial – Média Complexidade					
Referência					
Município solicitante: Campo Formoso / Novo Executor: Campo Formoso (continua...)					
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADO	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
CAMPO FORMOSO	0301040044 – TERAPIA INDIVIDUAL	SENHOR DO BONFIM	CAMPO FORMOSO	4.356	12.240,36
	0301040044 – TERAPIA INDIVIDUAL – 2238 – FONOAUDIÓLOGO			100	281,00
	0301040044 – TERAPIA INDIVIDUAL – 2515 – PSICÓLOGO/PSICANALISTA			112	314,72
	0301060006 – ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO			2.085	22.935,00
	030108XXXX – ATENDIMENTO/ ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL (GERAL)			364	3.403,40
	0301100017 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE			10.000	6.300,00
	0302030000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA EM ALTERAÇÕES ONCOLÓGICAS			115	665,85
	0302040000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCIONAIS			823	4.394,82
	0302050000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES MUSCULO ESQUELÉTICAS (TODAS AS ORIGENS)			13.222	72.853,22
	0302060000 – ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA NAS ALTERAÇÕES EM NEUROLOGIA			2.700	15.336,00
	070107XXXX – OPM EM ODONTOLOGIA (BÁSICO)			20	494,60
	<b>TOTAL</b>				<b>52.437</b>
				<b>414</b>	

Ambulatorial – Média Complexidade					
Referência					
Município solicitante: Monte Santo/ Novo Executor: Monte Santo					
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADOS	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
MONTE SANTO	0205020000 – ULTRASSONOGRAMA DOS DEMAIS SISTEMAS	FEIRA DE SANTANA	MONTE SANTO	1.185	27.458,05
	0205020046 – ULTRASSONOGRAMA DE ABDOMEN TOTAL			326	12.371,70
	0205020097 – ULTRASSONOGRAMA MAMÁRIA BILATERAL			431	10.430,20
	0211020036 – ELETROCARDIOGRAMA			960	4.944,00
<b>TOTAL</b>				<b>2.882</b>	<b>55.204,95</b>

Ambulatorial – Média Complexidade					
Referência					
Município solicitante: Serrinha / Novo Executor: Serrinha					
MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADOS	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
SERRINHA	0205010032 – ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	SÁLVADOR	SERRINHA	46	1.837,24
	0211020044 – MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)			30	1.140,00
	0211020060 – TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO			10	540,00
<b>TOTAL</b>				<b>102</b>	<b>3.517,24</b>
SERRINHA	0205010032 – ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	FEIRA DE SANTANA	SERRINHA	33	1.517,72
	0211020044 – MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)			30	1.140,00
	0211020060 – TESTE DE ESFORÇO / TESTE ERGOMÉTRICO			29	840,00
<b>TOTAL</b>				<b>104</b>	<b>3.497,72</b>

1591  
1592  
1593  
1594  
1595  
1596  
1597  
1598  
1599  
1600  
1601  
1602  
1603  
1604  
1605  
1606  
1607  
1608  
1609  
1610  
1611  
1612  
1613  
1614  
1615  
1616  
1617  
1618  
1619  
1620  
1621  
1622  
1623  
1624  
1625  
1626  
1627  
1628  
1629  
1630  
1631  
1632  
1633  
1634  
1635  
1636  
1637  
1638  
1639  
1640  
1641  
1642  
1643  
1644  
1645  
1646  
1647  
1648  
1649  
1650  
1651  
1652  
1653  
1654  
1655  
1656  
1657

## Ambulatorial – Alta Complexidade Abrangência

Município solicitante: Serrinha / Novo Executor: Serrinha

MUNICÍPIO SOLICITANTE	AGREGADOS	EXECUTOR ATUAL	NOVO EXECUTOR	VALOR (ANO)	
				FÍSICO	FINANCEIRO
SERRINHA	DIAGNÓSTICOS-DENSITOMETRIA-OSSEA	FERRA DE SANTANA	SERRINHA	107	5.865,69

## CRONOGRAMA ANUAL DE REUNIÕES MEDIANTE CALENDÁRIO DA CIB.

Em relação ao cronograma, ficou consensuado que as reuniões serão sempre um dia antes da CIB, à tarde. A DIPRO fará o contato, as reuniões são abertas, e fica a critério de todos os interessados que queiram assistir. Informou ainda que estes consensos quando são aprovados na CIB são automaticamente disponibilizados no site da DIPRO para consulta de todos.

## Cronograma de Reuniões

✉ **sesab cib** <sesab.cib@saude.ba.gov.br> 25 de janeiro de 2012 10:27  
Para: Lidiane Souza <lidiane.souza@saude.ba.gov.br>  
Cc: CIB Gmail <sesab.cib@gmail.com>

[Responder](#) | [Responder a todos](#) | [Encaminhar](#) | [Imprimir](#) | [Excluir](#) | [Mostrar original](#)

Bom dia,  
Informamos que o calendário de Reuniões CIB 2012 será pactuado no dia 31/01 na reunião da CIB, logo será mais viável a divulgação do mesmo após esta data.

Atenciosamente,  
Secretaria Executiva da CIB

Comissão Intergestores Bipartite  
4ª Avenida, 400, Plataforma 8, Lado B, 19º Andar, Sala 103 - Centro Administrativo da Bahia - Salvador-Ba  
CEP 41750-300 Tel: (71) 3115-4389 FAX: (71) 3115-4221  
Site: [www.saude.ba.gov.br/cib](http://www.saude.ba.gov.br/cib) e-mail: [sesab.cib@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.cib@saude.ba.gov.br)

PPIVIVA

## INFORMAÇÕES QUANTO À NOVIDADES NO SISPPPI 4.0;

## SISPPPI 4.0 – PPI VIVA

### Disponibilizada em 17.01.2012 para teste

- Estados selecionados: Bahia, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Norte;
- Atualização da base de dados: produção, tabela de procedimentos, regionalização e população;
- Relatório Resumo de Programação MAC: Trata-se de um relatório sugerido pelos colegas da Bahia, que detalha os valores do quadro 01 (detalhamento da programação por município);
- Abrangência da Hemoterapia: Pelo fato de ser atípico encaminhar pacientes para realizar serviços de Hemoterapia em outro município, em versões anteriores bastava informar o executor e o sistema se encarregava do resto. A partir da versão 4,0 será necessário informar, além dos executores, todos os encaminhadores também, como nos outros tipos de abrangência. Esta alteração foi necessária porque a regra implementada no SISPPPI, até então, gerava distorções nos valores alocados como população própria e população referenciada no quadro 1.

## SISPPPI 4.0 – PPI VIVA

- Geração de arquivos de conversão para o Tabwin (CNV): A partir da versão 4.0 estará disponível no menu "Configuração->Importação/Exportação->Exportação" a opção de "Gerar arquivos CNV". Nesta primeira atualização, serão gerados os arquivos de Agregados de MC Ambulatorial, AC Ambulatorial (Diagnósticos) e MC/AC Hospitalar. Anexo a este email, encaminhamos um tutorial de como incorporar estes arquivos no Tabwin.
- Funcionalidade de otimização de banco: É uma funcionalidade de uso facultativo e está disponível no menu "Apoio". Foi criada com o intuito de permitir que o usuário otimize a velocidade de resposta da base de dados, se necessário;
- Quadro 05 por estabelecimento: No quadro 05 (recursos sob gestão estadual) só é possível preencher o valor total do desconto por município. Como facilidade, a versão 4.0 traz a possibilidade de preencher os valores por estabelecimento de saúde, que automaticamente migrarão para o quadro 05.

## SISPPPI 4.0 – PPI VIVA

- Consulta de Leitões/Especialidades por procedimento: Nas versões anteriores, só era possível consultar os agregados de média complexidade por procedimento. A partir da versão 4.0 esta possibilidade foi estendida para a parte hospitalar;
- Compatibilidade com o Windows 7: As versões anteriores não eram compatíveis com Windows 7. A versão 4.0 poderá ser utilizada, neste primeiro momento, em todas as versões do Windows 7 menos a versão *Home Edition*. **É necessário que seja instalada em máquinas que não possuam nenhum outro sistema do Datasus**, para evitar perda de dados dos mesmos.

## INFORMES

1658  
1659  
1660  
1661  
1662  
1663  
1664  
1665  
1666  
1667  
1668  
1669  
1670  
1671  
1672  
1673  
1674  
1675  
1676  
1677  
1678  
1679  
1680  
1681  
1682  
1683  
1684  
1685  
1686  
1687  
1688  
1689  
1690  
1691  
1692  
1693  
1694  
1695  
1696  
1697  
1698  
1699  
1700  
1701  
1702  
1703  
1704  
1705  
1706  
1707  
1708  
1709  
1710  
1711  
1712  
1713  
1714  
1715  
1716  
1717  
1718  
1719  
1720  
1721  
1722  
1723  
1724

Em relação à Portaria de Cardiovascular de Juazeiro (slide abaixo) informou que recebeu habilitação e custeio e precisou adequar essas abrangências, o Secretário pediu um mês porque ele vai atender não só aos municípios do Estado, ele já está atendendo cinquenta e dois municípios que é da interestadual, então na próxima CIB se corrigiria o remanejamento e o recurso já está garantido.

### Rede AC - Cardiovascular

**PORTARIA GM nº 3.258, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011**

- Considerando:
  - a Deliberação - CIB/BA nº 173/2011, de 19 de agosto de 2011, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia;
  - a Portaria nº 1.007/SAS/MS, de 30 de dezembro de 2011, que habilita o Hospital Promatre de Juazeiro, como unidade em Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular;
- Estabelece recurso financeiro anual no montante de R\$ 3.240.659,40 destinados ao custeio do Hospital Promatre de Juazeiro - (CNES) – 2557509;
- Com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2011.

### CONSENSOS

- Informar ao COSEMS, CIB e CGMR/CIR sobre a Portaria GM/MS nº 3.258/2011 (AC Cardiovascular – Promatre Juazeiro) sobre a mudança de fluxo de Salvador para Juazeiro, pactuando com o secretário do município para a competência abril/12;

Em relação à Portaria da Rede Cegonha que foi publicada em dezembro (slide abaixo), ressaltou todo o esforço do Grupo Condutor e de todos que trabalharam de alguma forma, considerando muito pertinente porque conseguiu o recurso de trinta e cinco milhões; tem umas pequenas inconsistências que o Grupo Condutor até o dia 25 para informação do teto também responderá em ofício para a DIPRO para que possam fazer a alocação adequada desse recurso, ou melhor, mais qualificada.

### Rede Temática - Cegonha

**PORTARIA GM nº 3.060, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2011**

- Considerando:
  - a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
  - a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde; e
  - Considerando a Resolução nº 318/2011, de 06 de dezembro de 2011, da Comissão Intergestores Bipartite do Estado da Bahia;
- Resolve:
  - Art. 1º Aprovar a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado da Bahia;
  - Art. 2º Estabelecer recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios da Bahia, conforme anexo desta Portaria, destinados a implementação do previsto nos planos de ação de que trata o art. 1º desta Portaria;
  - Art. 3º Os leitos novos e já existentes qualificados deverão ser cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos quantitativos previstos nos planos operativos, no prazo de trinta dias após o início de vigência a esta Portaria;
  - Art. 4º Todos os componentes da rede previstos nesta portaria deverão ser regulados, conforme pactuação intergestores;
  - Art. 5º Os recursos referentes ao componente pré-natal da Rede Cegonha serão objeto de Portaria específica;
- Com efeitos financeiros a partir da competência novembro de 2011.

### Rede Temática - Cegonha

**DISTRIBUIÇÃO DO RECURSO**

MUNICÍPIO	CNES	ESTABELECIMENTO	TIPO DE GESTÃO	FINANÇAS (R\$ ANUAL)					CUSTEIO TOTAL POR ESTABELECIMENTO (R\$ ANUAL)
				LEITOS-CAR	UTI ADULTO (TIPO II)	UTI HOSPITAL (TIPO III)	LEI NEONATAL	LEITO (TIPO I)	
Caracaraípe	2389057	Hospital Geral de Caracaraípe	Estadual	-	844.323,84	-	919.800,00	131.400,00	1.895.523,84
Elagoinha	2653494	Hospital Maternidade Maria Luiza Dias Laudiano	Municipal	-	-	-	183.900,00	-	183.900,00
Salvador	2470607	Hospital de Segredos Família	Municipal	-	211.080,06	738.783,36	551.880,00	-	1.501.743,42
Salvador	00003659	Hospital Geral Roberto Santos	Estadual	4.368.320,00	3.377.295,36	2.638.512,00	2.115.540,00	-	12.499.667,36
Salvador	00003840	Maternidade Albert Salim	Estadual	-	-	-	919.800,00	105.120,00	1.024.920,00
Salvador	0004731	Maternidade Clímério de Oliveira	Municipal	-	-	1.055.404,80	1.379.700,00	262.800,00	2.697.909,60
Salvador	3956369	Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto	Estadual	7.917.580,00	1.055.404,80	5.065.943,04	735.840,00	262.800,00	15.037.569,84
Salvador	0003794	Instituto de Perinatologia da Bahia	Estadual	-	-	-	-	131.400,00	131.400,00
Salvador	0004170	Maternidade Tysila Beltrano	Estadual	-	-	-	-	131.400,00	131.400,00
<b>TOTAL</b>				<b>12.785.900,00</b>	<b>5.488.104,06</b>	<b>9.498.645,20</b>	<b>6.806.520,00</b>	<b>1.024.920,00</b>	<b>35.104.085,16</b>

Mostrou também a Portaria da Linha de Cuidado IAM (slide abaixo), de dois milhões/ano, que também precisa de qualificação. Chamou atenção para a importância da memória de cálculo das Portarias de impacto de tabela (slide abaixo), que foi um avanço colocado hoje pelo COSEMS e acabaram consensuando que teriam mais cuidado nessas portarias com essas memórias de cálculo que o Ministério faz para portarias com recursos novos e o impacto de tabela, porque às vezes nem sempre a memória de cálculo da área técnica do Ministério corresponde à necessidade de alocação de recurso do estado e a realidade do que ocorre aqui no Estado, e destacou também que essas Portarias todas seriam revisadas e qualificadas pela área técnica, a da Rede Cegonha, o Grupo Condutor Estadual de Rede ficou determinado que um representante da DAE, DGC, COSEMS e da DIPRO iriam discutir essa portaria e apresentar a proposta qualificada para aprovar em CIB ad referendum e alterar a próxima competência de março no limite financeiro MAC. Caso não se consiga até lá, só na próxima CIB. Esta portaria também tem que estar ligada à Rede de Urgência, a memória dela está totalmente descolada, inclusive colocou a representação para que a DAE possa se manifestar e fazer o link das duas coisas.

1725  
1726  
1727  
1728  
1729  
1730  
1731  
1732  
1733  
1734  
1735  
1736  
1737  
1738  
1739  
1740  
1741  
1742  
1743  
1744  
1745  
1746  
1747  
1748  
1749  
1750  
1751  
1752  
1753  
1754  
1755  
1756  
1757  
1758  
1759  
1760  
1761  
1762  
1763  
1764  
1765  
1766  
1767  
1768  
1769  
1770  
1771  
1772  
1773  
1774  
1775  
1776  
1777  
1778  
1779  
1780  
1781  
1782  
1783  
1784  
1785  
1786  
1787  
1788  
1789  
1790  
1791

## Linha Cuidado IAM

PORTARIA GM nº 3.163, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011

- Considerando:
  - a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenções Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
  - o perfil de morbimortalidade do Brasil onde os quadros relativos às urgências são de alta relevância epidemiológica e social;
  - a Política Nacional de Humanização e suas diretrizes relativas aos serviços de urgência;
  - a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011, que aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Orteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS,
- Resolve:
  - Art. 1º Ficam estabelecidos recursos financeiros no montante de R\$ 34.996.090,80 (trinta e quatro milhões, novecentos e noventa e seis mil noventa reais e oitenta centavos), a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme anexo a esta Portaria.
- Do total de recursos, assim distribuídos para Bahia:
 

TOTAL BAHIA	2.002.086,00	Memória de Cálculo-Gestão Estadual
GESTÃO ESTADUAL	571.584,00	
GESTÃO MUNICIPAL	1.430.502,00	
- Com efeitos financeiros a partir da competência dezembro de 2011.

## CONSENSOS

- A memória de cálculo das portarias com impacto de tabela publicadas pelo MS, precisam ser reavaliadas. Proposta: elaboração de fluxos para qualificação dessas portarias, quando for o caso;
- Realizar reunião com a área técnica da DAE/DGC/COSEMS/DIPRO, para discussão da portaria 3.163 de 27/12/11 para preparar proposta qualificada, apresentar/aprovar CIB (ad referendum) e alteração na próxima competência (março/2012) do Limite Financeiro Federal de MAC; (representantes: DIPRO – Glória, COSEMS – Grupo Conductor Estadual de Redes,

## 0203010019- EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

- Análise das Cotas/Lâminas e relação com o programado no SISPPi por Encaminhador;
- Lista de Executores por Encaminhador que tem cotas estabelecidas pelo CICAN.

## CONSENSOS

- Garantir a retirada do recurso de Exames Citopatológicos do CICAN (dos 55 municípios pactuados com Salvador) e realocá-lo para outros prestadores do território (Salvador), passando o recurso da Gestão Estadual/CICAN para Gestão Municipal/Salvador;
- Representantes do SMS Salvador se comprometem em garantir acesso em prestadores qualificados e informar os gestores envolvidos no processo, estabelecendo os novos fluxos;

## CONSENSOS

- Conformação de grupo técnico SESAB/COSEMS para elaborar proposta de regionalização da oferta desses procedimentos (Exames Citopatológicos) - representantes DIPRO / DICON / DGC / SUVISA / DIS:
  - Aldecy – Camacan (responsável pelo agendamento da reunião);
  - Mariete ( área técnica da Saúde da Mulher) – Salvador;
  - José Amilton – Pindobaçu;
  - Alcione – Santa Bárbara;
  - Pollyanna – Campo Formoso;

## TCGM - ALAGOINHAS

- Transferência da gestão para o Estado da unidade Hospital Dantas Bião, localizado no município de Alagoinhas;
- TOTAL QUADRO 4 - 6.979.715,60

## CONSENSOS FINAIS

- Acrescentar ao processo parecer técnico mais contundente para adequações de abrangência que ferirem o fluxo da regionalização e integralidade do cuidado;
- Conformar comissão para realizar estudo para programação dos ajustes da PPI 2010 aprovados em resolução CIB nº 141/2010:
  - COSEMS: Stela, Ivonildo, Pollyanna, Livia;
  - SESAB: Conceição, Cláudia, Gleide, DAE;

## CONSENSOS FINAIS

- Serão aceitas, a partir deste GTPPI, procurações assinadas pelos SMS de municípios com mais de 100 mil habitantes, nomeando legalmente seu(s) representante(s) (que contará quórum), aplicando-se a este(s) o regimento;
- A indicação dos representantes do COSEMS para o GTPPI será na pessoa do secretário de saúde, não do município;

## CONSENSOS FINAIS

- Os secretários envolvidos nas solicitações de adequação da PPI serão convidados a participar do GTPPI e, na oportunidade, contarão como quórum para os consensos desta;
- As reuniões do GTPPI serão agendadas sempre um dia antes das reuniões da CIB, do ano de 2012, no período vespertino, em local a confirmar previamente;

## Próxima reunião

- **Data:**
  - 1 dias antes da CIB de fevereiro;
- **Pauta:**
  - Discussão das abrangências com áreas técnicas;
  - Iniciar os estudos para programação dos ajustes da PPI aprovados em CIB, começando por os recursos alocados na reserva técnica HPP;
  - Elaborar propostas para solucionar problemas dos exames com contrastes, principalmente Ressonância Magnética e Tomografia.
  - Outras solicitações dos membros do GT PPI.

Após a apresentação Dra. Stela Souza questionou sobre a questão da adesão dos municípios com e sem Comando Único e Dra. Suzana informou que tinha havido inversão de pauta e foi apresentado antes. Em seguida passou para a pauta do COSEMS. Dr. Raul Molina iniciou informando que no dia 25 tinha sido convocado pelo Ministério Público Federal e pela Vara de Itabuna, para ser ouvido a respeito do Comando Único de Itabuna. Relatou que esteve lá e o compromisso que assumiu enquanto COSEMS que inclusive consta na ata da Audiência, foi de que iria trazer para a pauta da CIB de hoje a assunção do Comando Único de Itabuna. Quando colocou hoje de que os municípios que estavam aderindo ao Pacto com ou sem Comando Único, já surgiu o impasse que foi colocado ali e para isso é preciso retornar um pouco. Lembrou que quando estavam para elaborar os critérios para assunção ao Comando Único de forma específica para aderir ao Pacto, criaram uma resolução para apoiar os municípios para que eles se estruturassem para poderem assumir o Comando Único. Colocou que entende que a adesão ao Pacto se faz com ou sem Comando Único e quem define como quer aderir é o município, assim destacou que acredita que essa resolução chegou na justa e o pessoal leu para eles dizendo que teria que passar por esse fluxo, como foi colocado lá de que há uma resolução CIB impeditiva, no momento em que o COSEMS entendeu que essa resolução se tornou impeditiva, foram acordar aquilo que fizeram há algum tempo atrás em vez de facilitar que os municípios venham aderir ao Pacto e tenham que assumir as suas responsabilidades, foi criado um problema. A princípio, enquanto COSEMS, que defende e defendia na época aquela resolução, era no sentido de que os municípios não aderissem ao Pacto e assumissem o Comando de forma cartorial, que eles se preparassem e o Fundo Municipal de Saúde estivesse realmente instalado, que tivessem Auditoria, Controle, Avaliação, então tudo aquilo que tinham que colocar para que os municípios não viessem a aderir ao Pacto e principalmente ao Comando Único de uma forma irresponsável. Destacou que de repente se criou aquela resolução e no momento em que tanto o COSEMS, quanto o CONASEMS, quanto às pessoas que estavam presentes colocaram que o problema estava na resolução, pois, o juiz perguntou se havia algum impedimento para que o município retornasse ao Comando Único ele informou ter feito um relato da Comissão que foi criada na época, um relato inclusive das inconsistências e das coisas que encontraram em Itabuna que iniciou-se no Conselho Estadual de Saúde quando teve a incumbência de levar para a CIB e na resolução que foi colocada como impeditivo para que ele perdesse o Comando Único, pois, além do desvio de recurso, existia o não pagamento dos prestadores de serviço. Ressaltou ainda que a procuradora foi bem categórica ao perguntar como estava a situação e informou que o município de Itabuna colocou que deviam cinco milhões e meio e já teria pago cinco milhões, faltando somente pagar quinhentos mil reais o que inclusive já estava negociado. Relatou ter encaminhado uma comissão do COSEMS para o município, e reiterou que Dra. Stela que participou da anterior também participou dessa, Jaqueline também foi nessa comissão junto com Antônio Carlos e elaboraram um parecer onde as pendências que teria em Itabuna para assumir novamente o Comando Único tinham sido sanadas, inclusive com alguns elogios quanto à estrutura física, etc. Nessa posição e vendo que não existia ninguém que levantasse alguma coisa, destacou que ficou o impedimento da resolução, inclusive pontuou que o Juiz comentou que este era um fato inédito, pois todo mundo era a favor, mas a coisa não acontecia. Ressaltou que agora quando trazem novamente a resolução vem agora o puxão de orelha para o COSEMS, pois esta resolução que foi criada, agora se torna impeditiva, ou ela se mantém ou ela cai. No entendimento do COSEMS, se ela é impeditiva ela deve ser revogada, mas se é para determinar fluxo, é para colaborar, para contribuir para que se continue no avanço principalmente da adesão ao Pacto com ou sem Comando Único. Reafirmou que esta é a postura do COSEMS e cabe à CIB resolver porque ficou claro lá de que a instância que tirou o Comando Único foi a CIB e a instância que tem que devolvê-lo a Itabuna também tem que ser a CIB. Colocou que o COSEMS teve o apoio do CONASEMS na reunião e orientação do próprio Presidente para esta condução, de trazer até aqui para que se possa resolver não o problema do Comando Único de Itabuna e sim o que foi criado para não avançar dentro do Comando Único, porque ontem foi utilizado para Itabuna e amanhã pode ser utilizado para outro município. Pontuou ainda que se abriu uma brecha fora do SUS e foi inventado uma coisa que para ele está criando problemas. Alguns companheiros há algum tempo já diziam que essa resolução deveria cair, mas esclarece que entendiam que a resolução não era impeditiva e sim para normatizar e facilitar aos municípios que se preparassem para assumir sua própria responsabilidade. Dra. Suzana Ribeiro passou a palavra para Dr. Andrés Alonso que esteve representando a SESAB na reunião do último dia 25. Dr. Andrés iniciou dizendo que primeiro gostaria de esclarecer que não o Estado não foi convidado pelo Ministério Público Federal, o Estado foi acionado juntamente com a união como réu em uma ação movida pela Secretaria Municipal/Prefeitura de Itabuna, então deixa claro que acredita que esse fluxo não está previsto na legislação, nos pactos, no entendimento do que é o SUS e no respeito aos fóruns do SUS. Salientou que mais uma

1792  
1793  
1794  
1795  
1796  
1797  
1798  
1799  
1800  
1801  
1802  
1803  
1804  
1805  
1806  
1807  
1808  
1809  
1810  
1811  
1812  
1813  
1814  
1815  
1816  
1817  
1818  
1819  
1820  
1821  
1822  
1823  
1824  
1825  
1826  
1827  
1828  
1829  
1830  
1831  
1832  
1833  
1834  
1835  
1836  
1837  
1838  
1839  
1840  
1841  
1842  
1843  
1844  
1845  
1846  
1847  
1848  
1849  
1850  
1851  
1852  
1853  
1854  
1855  
1856  
1857  
1858

1859 vez tem a oportunidade de se debater com o mesmo município em juízo; destaca que há quatrocentos e dezessete municípios  
1860 na Bahia, há pactuações de diversas naturezas feitas dentro dos diversos fóruns e dentre eles a CIB, pactuações feitas com  
1861 maturidade e com responsabilidade. Considerou que ainda que tenha uma manifestação de protesto, respeita a justiça sim e  
1862 compreende que tem que se respeitá-la e fazer cumprir suas decisões. Elogiou a condução do Juiz Federal Dr. Igor, que  
1863 conduziu de uma forma sábia, prudente, e colocou de uma forma muito clara que não tinha jurisdição sobre a CIB, que estava  
1864 ali para respeitar a CIB e não estava ali naquele momento para passar por cima da CIB ou qualquer outro fórum do SUS. Outra  
1865 questão que pontuou foi que a justiça, e aí entrando na decisão do mérito, quando colocou a questão dos critérios, destacou  
1866 que aprofundar essa discussão vai para além exclusivamente de derrubar ou manter uma resolução, mas de discutir e respeitar  
1867 o papel do CGMR que quando se pensou nele foi como instância praticamente deliberativa que vinha para a CIB para  
1868 homologação do que estava nele colocado dentro da microrregião. Ressalta que se qualificou o CGMR para isso, reuniões  
1869 foram feitas, todos os CGMR foram implantados, qualificados, ganharam governança, ganharam credibilidade e se  
1870 transformaram num modelo inclusive de referência para o país, inclusive com o apoio grande do COSEMS e de sua  
1871 participação e da participação do atual Secretário Municipal de Itabuna, Dr. Geraldo Magela. Lembrou que quando se discute a  
1872 resolução que está posta em discussão, se discute a exclusão do Conselho Municipal de Saúde, reforça que na medida em  
1873 que se coloca se é impeditivo ou não, a discussão é se o parecer do Conselho deve ser deliberativo ou não, se é importante  
1874 para a tomada de decisão de um ente que está muito acima e aí estaria indo inclusive de encontro aos princípios do SUS,  
1875 destacando como um deles a descentralização que vem sendo defendida de uma forma veemente em várias instâncias,  
1876 inclusive reitera que foi colocada no processo como um princípio que estava sendo defendido na discussão do Comando, e na  
1877 própria discussão do Comando de uma forma responsável, pontuando que se deve colocar que o processo de  
1878 descentralização é qualificado e consolidado quando se descentralizam as decisões, as discussões, os pareceres, para o  
1879 CGMR e para o Conselho Municipal de Saúde e por tanto, compreende que a participação do Controle Social e a participação  
1880 dos Gestores locais que estão mais próximos da realidade daquela microrregião são fundamentais para que a CIB se  
1881 pronuncie e por tanto fundamental na manutenção dos fluxos e inclusive necessário para que se possa avançar na discussão.  
1882 Resgatou que se rever a resolução se verá com clareza que é uma etapa necessária, tanto que foi pactuado que os municípios  
1883 que não tivessem passado por essa etapa sequer viriam para a CIB, reitera que essa foi a compreensão do estado, inclusive  
1884 abriu mão da Resolução N° 89, estabelecendo critérios muito claros para assunção do Comando Único e que não dependiam  
1885 de Conselho ou de CGMR, e aí o entendimento da participação destes espaços de forma ativa e fundamental, tendo sido  
1886 descentralizada essa decisão e qualificada essa discussão para os CGMRs e para o Conselho Municipal de Saúde. Destacou  
1887 ainda que com relação ao que foi posto lá e aqui não cabia discutir o mérito nesse momento, reiterando que o que estão  
1888 discutindo aqui não se trata do mérito se Itabuna tem ou não condição de retornar ao Comando Único, mas o mérito do  
1889 respeito ou não às resoluções que foram aprovadas e do respeito ou não à participação do Controle Social no processo, este é  
1890 o mérito da discussão e do que está posto aqui, e resgata que o Juiz foi muito sábio quando disse que estava pedindo a todos  
1891 os presentes, Conselho Municipal de Saúde, o estado representado, o COSEMS representado, e colocando tanto o CGMR, e a  
1892 CIB, que se pronunciassem a respeito da condição ou não em sessenta dias, período pelo qual estaria suspenso o processo,  
1893 período dado para que estas instâncias se manifestassem a respeito da condição ou não do município de Itabuna retornar ao  
1894 Comando Único, reforçando que tudo foi registrado em uma Ata de conciliação, ata assinada por todos os participantes.  
1895 Registrou ainda que em nenhum momento, reforçando a fala de Dr. Raul Molina quando disse que nenhum dos entes se  
1896 colocou contra o retorno do Comando Único ao município de Itabuna; o Estado tem feito o seu papel, tem procurado apoiar o  
1897 município, tem procurado apoiar tecnicamente, durante todo esse período apoiar financeiramente, inclusive destacando que as  
1898 palavras do Capitão Azevedo, Prefeito do município de Itabuna, na audiência foram muito claras e transparentes a respeito do  
1899 papel do Estado dentro desse processo, e aí reforçou mais uma vez que o estado está à disposição no sentido de apoiar, mas  
1900 apoiar o retorno com responsabilidade, ouvindo dentro desse processo os representantes, os fóruns que tem melhor condição  
1901 de avaliar essa situação. Ressaltou ainda que acredita que uma comissão COSEMS/SESAB é importante, e destacou que no  
1902 primeiro momento da desabilitação foi uma comissão COSEMS/SESAB que emitiu parecer e aponta que agora foi apenas uma  
1903 comissão do COSEMS. Reiterou que acredita que esta comissão vai emitir um parecer que vai servir de subsídio para que  
1904 estas instâncias, para que estes fóruns deliberem dentro das outras informações que eles têm agregadas, dentro do  
1905 conhecimento da realidade que é mais próxima que eles têm, eles deliberem ou não pela condição e aí é o ajuste do Termo de  
1906 Compromisso de Gestão e a descentralização do SUS e fortalecendo estes espaços de pactuação. Dr. Raul Molina colocou  
1907 que antes de passar a palavra para o Secretário de Itabuna e até por ter sido citado, precisava fazer um esclarecimento a  
1908 respeito disso. Em primeiro lugar, referendou plenamente a colocação de Dr. Andrés de que este é o fórum que tem que  
1909 resolver o problema. No seguimento, elogiou a postura do Judiciário a respeito disso, mas citou que tem algumas  
1910 superposições de funções que estão sendo colocadas e estão deturpando isso. Pontuou que está se falando de uma resolução  
1911 para aderir ao Pacto, podendo ser com ou sem Comando Único, destacou que não se pode inventar lei sobrepondo o SUS e a  
1912 prerrogativa colocada para o Conselho Municipal de Saúde é de ele ser ouvido sempre e dele participar. Ressaltou que o  
1913 Conselho Municipal de Saúde de Itabuna vai estar mais a vontade para fiscalizar as ações que estão sendo feitas no seu  
1914 território quando o Comando for da Secretaria de Itabuna. Pontuou que para este fiscalizar, enquanto o estado está lá dentro,  
1915 não cabe ao Conselho Municipal de Saúde porque a responsabilidade do município fica restrita apenas à Atenção Básica.  
1916 Referendou também as palavras de Dr. Andrés quanto à ação do Estado em relação ao apoio ao município, reforçando que é  
1917 declarado claramente que todos os técnicos do Estado estiveram em Itabuna, inclusive para adequar o município para que ele  
1918 possa vir a assumir seu Comando Único. Ressaltou que Secretários Municipais do COSEMS entendem o Colegiado de Gestão  
1919 Microrregional como aval para as políticas, mas entende enquanto Secretário que não cabe dizer ao vizinho se ele tem que  
1920 assumir sua responsabilidade ou não, reforça, então pontuou que deveria se reafirmar os impedimentos que deveriam estar se  
1921 discutindo neste espaço porque lamentavelmente teria que repetir o que disse na frente do prefeito em Itabuna: "como é que  
1922 poderíamos aceitar que o município estivesse pagando indevidamente mais de um milhão e pouco de reais por mês e  
1923 simplesmente o Secretário Municipal vem para uma CIB e diz que recebe ordem do Prefeito, e está fazendo por que ele está  
1924 mandando?". Reforçou que a responsabilidade da CIB estava aí, isso inclusive foi discutido na época no Conselho Estadual de  
1925 Saúde, porém pontuou que é diferente do que está se vendo nesse momento, reiterou: se alguém tivesse apontado alguma

1926 coisa impeditiva, estaria neste momento dizendo que não deveria retornar o comando” e reforçou que todos do COSEMS  
1927 entendem dessa mesma forma, destacou ainda que o que não se pode abrir mão é da responsabilidade do gestor, não pode  
1928 agora aceitar, deve-se aceitar nos termos da Lei 141 e ir para o COAP. Sinalizou ainda que não dá para continuar dessa forma  
1929 e destacou saber o sacrifício que o Estado fez para desempenhar esse papel, reforçando que não dá para regular dois milhões  
1930 de habitantes daqui para ali, tem que ter em Itabuna, onde tem 121 municípios pactuados, ali que deve ser feito. Pontuou que  
1931 alguns colegas colocaram que tem municípios que estão sendo muito bem atendidos e outros que não, e que acabaram de  
1932 assistir em Itabuna um prestador entrar na CIB, como o prestador em relação a Sapeaçu, dizendo que o município não deve  
1933 assumir o seu Comando porque ele não quer, porque ele se sente mais à vontade com o estado. Assim reforçou que se estará  
1934 entregando a opção para o prestador, reforçando que isso é uma prerrogativa da CIB, e não se pode permitir que isso vá para  
1935 a Tripartite, é uma coisa que tem que ser resolvida aqui, reforçando que sempre se teve condições de resolver as coisas por  
1936 aqui. Arremata registrando o encaminhamento proposto de não fazer uma resolução ou criar na Bahia um documento  
1937 impeditivo para os municípios, que hoje penaliza Itabuna, ontem foi Sapeaçu e amanhã pode ser qualquer outro. Reforça ser  
1938 essa a posição do COSEMS e finaliza reiterando que se fossem mostrado dados de que o município não está cumprindo com  
1939 as suas obrigações, aí seria diferente, e como não é este o caso reforça se esta a posição do COSEMS. O Secretário  
1940 Municipal de Juazeiro, Ubiratã, se manifestou colocando que gostaria de fazer uma reflexão sobre a questão da intervenção de  
1941 uma esfera de Governo sobre outra em qualquer aspecto, destacando ser isto uma coisa bastante complicada, uma  
1942 intervenção federal em Estados, já ocorreu algumas vezes, mas reforçou ser uma coisa muito complicada do ponto de vista  
1943 social, político, etc. Além disso, pontuou que esta se dá em situações extremas, e destacou que apesar de não ter  
1944 acompanhado na época, a situação de Itabuna, que se encaixa neste caso, parece ter havido um descalabro, corrupção e uma  
1945 série de questões que chegou a essa situação extrema, onde houve a necessidade de uma intervenção. Destacou também  
1946 que uma intervenção serve basicamente para retomar a ordem, sanar os problemas, recolocar as coisas nos seus devidos  
1947 lugares, feito isso, no caso do estado é feita uma nova eleição, no caso do município é feita uma nova intervenção e finaliza; ou  
1948 se chega a uma conclusão de que após o período da intervenção, a qual poder durar mais de um ano, não se restabeleceu  
1949 essa ordem avalia, e se precisar, mantém a intervenção ou se devolve o Comando a Itabuna. Pontuou achar que isso é uma  
1950 questão de bom senso, se está restabelecida a ordem, o sistema está funcionando, a secretaria ou o Gestor que fez isso está  
1951 respondendo, ou vai responder pelos maus feitos, instalou todos os procedimentos que deveriam ser instalados, se a ordem  
1952 voltou, não há razão de ter mais a intervenção. Arremata colocando que se a situação de normalidade se restabeleceu não há  
1953 o que conversar, esta CIB tem que aprovar definitivamente a volta do Comando porque o próprio Pacto determina, a legislação  
1954 determina. Finaliza dizendo que a adesão ao Comando Único é um ato voluntário do município e que conforme foi apresentado  
1955 hoje pela manhã são quase duzentos municípios que não aderiram ao Pacto e nem tem Comando Único. Reforça que deve ser  
1956 este um ato voluntário do município e acredita está havendo também uma inversão de valores e uma série de contradições  
1957 com relação ao Controle Social, destacando que acha que o Controle Social de Itabuna deveria estar defendendo o Comando  
1958 Único para resolver junto com o Gestor municipal as questões, o que ao mesmo parece a forma mais correta dele impulsionar  
1959 enquanto Controle Social. Assim, reitera que a questão a ser avaliada é se está restabelecido ou não o ordenamento geral,  
1960 pois, dificuldades existem em todos os municípios, porque o entendimento do controle social com gestor, em vários momentos  
1961 pode ser divergente, pois são visões diferentes. Destaca ainda que se o cidadão exerce o seu papel fazendo o controle social é  
1962 de uma forma e gestor pode digerir aquela questão de outra forma, impor as limitações e as condicionantes que tem de todas  
1963 as ordens, mas reforça que percebe uma série de inversão de valores, e ele reforça que como cidadão se houvesse um  
1964 processo no seu município, retornado a normalidade, iria tentar resolver porque era um problema do seu município. Pontuou  
1965 ainda que esse é um problema do próprio município, um problema de Itabuna, e reforçou que essa questão deve está sobre o  
1966 comando do município, no estado é mais complicado, pois, registrou que conforme conversa com uma ex-promotora de saúde  
1967 de Juazeiro, sobre uma ação que ela moveu na questão das liminares, questionou porque a mesma não movia a ação contra o  
1968 estado ou a união, mas apenas contra o município, e a mesma respondeu que como o município estava mais perto ficava mais  
1969 fácil de resolver. Porém, pontuou que no caso de medicamento excepcional, que o recurso fica sob a responsabilidade do  
1970 estado, é injusto mover uma ação contra o município. Arrematou que essa questão de Itabuna está faltando razão, bom senso  
1971 e pode ser motivada por condicionantes. Além disso, registrou que não resta outra alternativa a esta CIB do que aprovar e  
1972 propôs que a representação do COSEMS vote pela volta do comando único de Itabuna, e se o estado votar contra, que isso  
1973 seja remetido a Tripartite para uma solução definitiva. Dr. Raul Molina pontuou que a Presidente do Conselho, que conheceu lá  
1974 no município, estava fora da reunião, inclusive em uma árvore reunida com o pessoal e gostaria que fosse identificada como  
1975 representante do Conselho. Dra. Itana Viana colocou por uma questão de respeito ao ser humano que não estava  
1976 acompanhado de advogado e podia não saber das conseqüências dos seus pronunciamentos, ressaltou que estava ali como  
1977 Ministério Público Estadual e não poderia desconhecer de qualquer ilegalidade na reunião no âmbito da sua competência.  
1978 Logo reiterou que o que acontecesse na reunião por pronunciamentos, atos ou palavras que viesse a violar a lei, as atribuições  
1979 em razão da lei, a mesma teria o dever de levar para o Ministério Público Estadual para as providências adequadas. Ressaltou  
1980 que o Estado falou, e não é de sua competência, por que existe uma ação judicial em curso no Tribunal Federal, que não se  
1981 tem competência legal para atuar, tratando-se do Ministério Público Federal, porque a questão foi levada a juízo nesta  
1982 instância e não na estadual, e esclareceu que quem poderia estar, por exemplo, advogando ou acompanhando o estado seria  
1983 a Procuradoria do Estado, no caso dos Secretários Municipais quem deveria acompanhar é a sua assessoria jurídica, quanto  
1984 ao COSEMS, o advogado deveria está presente para acompanhar, orientar e ver as conseqüências das suas falas e o  
1985 município de Itabuna, que é o autor da ação, estando presente o secretário, também deveria ter sua procuradoria jurídica que  
1986 se não se fez presente é por que achou desnecessário, achou que o secretário tinha condições de resolver juridicamente, ou  
1987 seja, se pronunciar aqui que é uma instância administrativa em que não sai nenhuma decisão jurídica, ele teria condições de  
1988 se posicionar, mas o Conselho não é o Estado, nem o Município, não é a CIB, nem o COSEMS, ressaltou que faz isso em  
1989 proteção ao controle social. Reiterou à representante do Conselho Municipal de Saúde de Itabuna a necessidade de pensar no  
1990 que ia colocar e salientou também que não veio a reunião para se manifestar por uma questão que não tem nenhuma  
1991 legitimidade para se posicionar, pois a questão está na órbita federal e na órbita administrativa, não está na órbita estadual da  
1992 sua competência. Ressalvou que podem surgir fatos que levem a agir e se a mesma agir, quis esclarecer para ser

1993 absolutamente correta e transparente, que sobre os conselhos estaduais e municipais tem legitimidade de agir, ressaltou, o  
1994 Ministério Público Estadual, pela mesma que é Coordenadora Estadual ou pelos promotores da COMARCA a quem tem a  
1995 obrigação de noticiar os fatos. Reforçou que não tem nenhuma intenção de influir em qualquer questão, até porque não houve  
1996 ação a nível estadual, e reiterou que se houvesse estadual também não poderia se manifestar por que seria uma ação sub  
1997 júdice, e não iria falar em outra instância. Finalizou pontuando que se isentaria de toda a discussão que estava sendo feita, e  
1998 que a representante do Conselho atentasse para as suas atribuições legais, que está em lei para se posicionar. A Senhora  
1999 Gisleide Lima Silva, representante do Conselho Municipal de Saúde de Itabuna, esclareceu não ser a presidente do conselho e  
2000 sim membro da diretoria, e este em nenhum momento nessa ação civil pública foi convocado. Destacou que estava presente  
2001 na audiência como ouvinte e houve um momento que o juiz, o Dr. Igor, franqueou a palavra para que algum representante  
2002 desta instância pudesse se posicionar sobre a situação que estava sendo descaracterizado o conselho no município, então se  
2003 fez presente na reunião, pois, assinou a ata dessa audiência. Além disso, destacou estar comprometida em acompanhar todo  
2004 o processo do retorno do comando único em qualquer discussão, seja na CIB, seja no CONASEMS, Tripartite, e salientou que  
2005 está atenta ao processo, a partir daquele momento que o juiz a deu a palavra. Esclareceu que o conselho em nenhum  
2006 momento foi contra o retorno do comando único, ele tem se posicionado a favor do retorno do comando único, contanto que  
2007 Itabuna tenha condição de assumir os seus vinte e um municípios pactuados. Destacou que Itabuna não evoluiu na atenção  
2008 básica, houve um retrocesso, a estrutura física da média e alta complexidade não está preparada, sendo um impasse que se  
2009 tenta resolver com o gestor. Pontuou que o Conselho recebeu no dia 26 de dezembro um ofício de oito páginas do secretário e  
2010 leu apenas um parágrafo para todos entendessem a posição do conselho hoje que está neutralizado nesse processo, no  
2011 parágrafo estava escrito: "Atualmente o secretário estadual de saúde, o próprio governador do estado, que, aliás, não deveria  
2012 nem se meter em tal mérito, visto que a secretaria de saúde deveria ser autônoma em declarações a imprensa, afirma que a  
2013 devolução do comando único depende de autorização do conselho municipal de saúde. Insisto que não existe qualquer lei ou  
2014 norma que sustentem ou justifiquem tais declarações, pelo menos que foi apresentado até agora, ao contrário à normativa da  
2015 CIB da sua Resolução 125/2009, afirma que o conselho municipal de saúde deve analisar e emitir parecer favorável do TCG,  
2016 apesar de tal resolução descumprir o pacto pela saúde. Ele analisa de forma clara que ao conselho cabe apenas analisar,  
2017 emitir parecer favorável, em nenhum momento esta resolução consta que ele tem o direito de discutir e votar contrariamente,  
2018 visto que é um termo de compromisso de gestão, é um direito do gestor, não sendo, portanto, instrumento de controle social  
2019 qualquer avaliação em contrário usurpar os direitos do gestor municipal a cerca de suas atribuições e prerrogativas da  
2020 resolução". Arrematou que conforme ofício do secretário municipal para o Conselho municipal de saúde, diante dessa situação  
2021 da Resolução da CIB, não cabe ao conselho discutir e nem emitir parecer desfavorável, logo o conselho municipal fica  
2022 neutralizado nessa situação. Dra Itana Viana reforçou para a Representante do Conselho Municipal de Saúde de Itabuna, que  
2023 se preocupou por se tratar de uma questão emocionante, e da mesma fazer alguma colocação como conselheira que tivesse  
2024 que ser tomada alguma medida, ficando assim muito preocupada em tomar uma atitude dessas, sem que tivesse feito uma  
2025 advertência anterior. Dr. Washington Couto colocou seu desejo de todos envolvidos estivessem imbuídos pela harmonia do  
2026 Sistema Único de Saúde e destacou ser preciso que todos saibam das suas responsabilidades, dos seus deveres e direitos e  
2027 reforçou a necessidade de cada peça desse sistema ser respeitada, e a importância da atitude de quem coloca os seus atos,  
2028 quem redige e muitas vezes até se expressa no calor da emoção ser pautada a partir disso, ou seja, tem-se de trabalhar pelos  
2029 fatos e acontecimentos". Deixou bastante claro que é contra derrubar fluxos, principalmente o fluxo que colocou um papel  
2030 fundamental ao ente do controle social, reforçou que ele é conselheiro estadual e pontuou que não é por aí o caminho, deve  
2031 haver um caminho de diálogo. Registrou que também é favorável ao retorno do comando único para Itabuna, ressaltou que  
2032 discorda plenamente de posições que apontam que se não concordarem, deve-se levar à votação, reiterando que na CIB as  
2033 decisões não se dão por voto, mas por consenso, e questionou e discordou plenamente das colocações que dizem que se não  
2034 for por voto deve-se levar o assunto para a CIT, reiterando que esse não é o caminho, como também reforçou não acreditar ser  
2035 o caminho entrar na justiça para algo que estão os dois entes imbuídos a dar o retorno. Destacou que se o retorno não veio,  
2036 vai-se atrás, e é essa a proposição que foi feita, mas pode-se obter um resultado favorável. Mencionou que a decisão que o  
2037 juiz propôs de suspender por sessenta dias o processo para que se tenha um procedimento em que se chegue um retorno  
2038 para o juiz, falando do que foi feito para aguardar a decisão, também é bastante favorável e propôs tirar uma comissão formada  
2039 de membros do estado, membros do município, para verificar todos os fluxos, inclusive o que o Senhor Geraldo Magela – SMS  
2040 de Itabuna colocou dos caminhões de ofícios, de pedidos, enviados ao estado junto com o Conselho Municipal e que a CIB  
2041 faça uma conversa institucional, inclusive com o próprio conselho municipal. Entretanto, reforçou ser importante serem trazidas  
2042 todas as demandas para a CIB, pois, além do Conselho Municipal, o Ministério Público também esteve presente. Reiterou que  
2043 o município de Itabuna tem problemas, como qualquer município também pode ter, e as dificuldades na atenção básica existem  
2044 em qualquer lugar, pois, o Sistema como todos sabem tem debilidades; e existe uma carga de dever muito grande, desde dar à  
2045 atenção a saúde, saúde para todos com qualidade prezando por todos aqueles princípios doutrinários que se tem dentro do  
2046 sistema. Então, arrematou dizendo que o consenso hoje não sai porque não se tem entendimento de que a proposta de vir  
2047 aqui hoje era para se ter uma votação, pois, se não acatado, como o próprio Secretário, Geraldo Magela, colocou vai ser  
2048 levado para a Tripartite. Solicitou ao mesmo que repense em prol da Comissão Intergestores Bipartite e que dê esse prazo de  
2049 sessenta dias para que todos façam um esforço de ter uma comissão que realmente seja bastante efetiva, que visite o  
2050 município, faça todos os levantamentos, converse com o Conselho e com isso se tenha um parecer favorável ou não do  
2051 Conselho Municipal e logo após passe pela CIB que não tem problema nenhum, já que se está entre estado e município, e se  
2052 sabe o se quer, e realmente isso vai garantir o fluxo. Ressaltou não concordar sair aqui uma resolução para anular uma outra,  
2053 que vai de certa maneira tirar outros atores do processo do sistema e se pode com isso ter uma solução que respeite tudo isso  
2054 considera melhor. Pontuou que é favor dessa solução e entende que isso vai dar essa condição e mais do que nunca a  
2055 responsabilidade para com o sistema, então solicitou mais uma vez ao Secretário municipal Geraldo Magela se recolocque  
2056 dessa forma e que se mantenha o fluxo, mais dê conta durante esses sessenta dias para que se consiga o êxito naquilo que  
2057 mais se quer, ou seja, a harmonia do sistema com todos os entes, todos os atores que fazem parte. Dr. Fabiano Ribeiro (SMS  
2058 de Vera Cruz) pontuou que se todos forem trazer discussões sobre o comando único e pautar sempre em relação a uma  
2059 situação pontual, a reunião fica desgastante. Destacou em primeiro lugar que algumas questões são apenas de compreensão,

2060 pois, a Resolução em momento nenhum foi colocada pra dizer se há impedimento ou não, foi para criar fluxos, todos têm a  
2061 compreensão disso. Ressaltou que era necessário naquele momento, porque na verdade ela vem de outras resoluções, por  
2062 que teve um momento em que estava desenfreada a situação de assunção de comando único e a própria área técnica da  
2063 SESAB não tinha condições de avaliar todos os municípios. Enfatizou que todo município tem o direito de assumir o comando,  
2064 se a instância máxima de deliberação do SUS no estado, a CIB falar o contrário, fere-se em primeiro lugar o SUS. Colocou que  
2065 se o município assumir o comando único, ele assume responsabilidades, por isso que foi criado critérios, só que é criado  
2066 “bichos de sete cabeças” por conta de uma situação pontual, pois, hoje mesmo se tem proposta para discussão de vários  
2067 municípios com comando, e arremata que a discussão longa se torna desgastante. Reiterou não ser a primeira vez que se faz  
2068 uma discussão como essa, e ressaltou não ter cabimento ter a representação do Ministério Público na mesa, ouvindo toda  
2069 essa discussão, os representantes do Conselho Estadual de Saúde, que também representam a auditoria federal e isso  
2070 enquanto gestão estadual e gestão municipal, além de resgatar que todos sabem legislação e não cabe mais ficar discutindo  
2071 essas coisas só por conta de argumentos, sendo que a legislação está dada, salientou que é improdutivo ficar discutindo uma  
2072 questão pontual. Ressaltou que ou se discute toda situação em relação ao pacto, ao comando único, no geral do conjunto dos  
2073 municípios, sendo trazidas às mudanças em relação à legislação, as responsabilidades sanitárias que devem ser mais  
2074 discutidas, e se os municípios que vão assumir comando único têm condição de assumir as responsabilidades sanitárias, se  
2075 não vai ser sempre discutido posições pontuais. Arrematou reforçando que se a área técnica foi ao município, analisou e o  
2076 município tem toda a competência para assumir o comando basta e reforçou que só isso cabe a área técnica, pois todo  
2077 município, enquanto ente federativo tem a sua autonomia quanto à decisão de assumir o comando ou não. Inclusive reforçou  
2078 que não cabe nem ao conselho municipal de saúde, nem ao Conselho estadual, por que isso é de competência do município,  
2079 ele tem essa autonomia, pois, o Brasil é um país federativo e não cabe ser discutido isso. Assim, pontuou que tem se o  
2080 encaminhamento que Dr. Washington Couto fez, da comissão ir e avaliar, não sendo necessário tanto tempo, pois reforçou que  
2081 essa discussão já é antiga, podendo acordar o prazo de 45 ou 30 dias. Finalizou dizendo que não dá para retornar essa  
2082 discussão toda vez que um município pólo faz essa solicitação, apesar de destacar que a situação de Itabuna realmente  
2083 merece uma atenção especial por se tratar de retirada de comando e todos naquele momento entenderem, que a CIB aprovou  
2084 a retirada. Porém, reforçou que não dá para ficar só discutindo Itabuna, tem outros municípios que tem necessidade de assumir  
2085 o comando, e não assumem, por que tem responsabilidade na sua microrregião com outros municípios e não estão assumindo,  
2086 não sendo discutido. Pontuou que tem várias situações, tem a situação do direito de Itabuna se ele quer assumir ou não, e tem  
2087 a situação de outros municípios que também tem o direito de negar, mas por responsabilidade com outros municípios não  
2088 podem negar, arrematou dizendo que ou é discutido todas as situações ou então não vale a pena ficar discutindo uma situação  
2089 pontual. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que em tempos de Decreto nº 7508 deve-se ponderar no processo que é pontual, pois  
2090 a questão de Itabuna é uma questão pontual, não se está discutindo politicamente; enquanto Política de saúde; enquanto  
2091 definição estratégica para Região Sul do Estado, qual é o papel do município de Itabuna no contexto da regionalização, o que  
2092 ficou pactuado, o fluxo que foi estabelecido não foi simplesmente para garantir um filtro para os municípios aderirem ou não ao  
2093 comando único, nos tempos do pacto pela saúde, pela própria Portaria de 2006, foi estabelecido um fluxo. Reitera que esse  
2094 fluxo não foi o Estado quem criou, estava lá previsto na Portaria Nº 699, e estava inclusive dito entre os aspectos relevantes  
2095 para adesão ao pacto pela saúde; têm-se o processo interno da Secretaria Municipal de Saúde que é de fazer a discussão com  
2096 a equipe técnica; fazer o reconhecimento das suas responsabilidades, das suas limitações para esta poder apresentar um  
2097 plano, o qual seria o termo de compromisso de gestão; a partir daí ela tem que partir para o controle social, isso não é fluxo  
2098 que é colocado para poder amarrar a adesão ao pacto, todo município ou qualquer ente federado deve fazer. No caso do  
2099 Estado com o Conselho Estadual, o município com o Conselho Municipal e obviamente a União com o Conselho Nacional,  
2100 todos têm que construir um espaço de diálogo e de construção. Então reforça ser o espaço de diálogo a oportunidade de  
2101 discutir pacto pela vida, para discutir o pacto de gestão e o pacto em defesa Sus, esses três pactos que constituem o Pacto  
2102 pela Saúde como um todo. Assim, reitera que eles tinham por obrigatoriedade do gestor municipal remeter ao conselho  
2103 municipal e o conselho junto com o gestor reconhecendo as limitações e as dificuldades de governança local, estaria  
2104 aprovando, deliberando em torno disso; tendo lembrado que para a adesão ao pacto, existe o extrato, o termo de limite  
2105 financeiro global, o extrato dos pactos devidos e também a declaração de comando único, mas isso tem que ser aprovado no  
2106 conselho municipal e tem que ser remetido a instância CIR que era o CGMR. Pontuou que não foi o Estado quem tirou o  
2107 comando único do município, isso foi uma decisão de CIB de 2008, que inclusive acabou chegando nessa situação, porque  
2108 não era o Senhor Geraldo Magela que estava lá, o gestor local se negou a fazer um plano de ação junto ao conselho  
2109 municipal, porque foi feita uma proposta enquanto na época COSEMS, de o município fazer um plano de ação local com o  
2110 conselho municipal de saúde, estabelecendo prazos, prioridades, envolvendo o gestor, a própria prefeitura, porque tinha uma  
2111 limitação orçamentária, envolver a comissão de saúde da câmara e pactuar com o conselho, que estava ali para sustentar essa  
2112 decisão, infelizmente a opção naquela época não foi essa, culminando com a desabilitação. Destacou que naquela época,  
2113 como o município não aderiu ao pacto, ele estava sendo regido pela NOAS, hoje com Decreto, reitera-se a questão da  
2114 responsabilização do ente federado, mas não se exime a responsabilidade do controle social, nem do planejamento ser pari  
2115 passo, de comum acordo com seus respectivos conselhos, reforça que isso está presente no Decreto, na questão da  
2116 organização, e reforçou que se existe um impasse em relação a questão específica entre o conselho municipal e o colegiado  
2117 de gestão microrregional em relação a questão de Itabuna, isso tem que ser resolvido no município, antes de vir para CIB,  
2118 porque esclareceu que fica parecendo que é o Estado que não quer reaver o comando único ao município e não é isso. Então,  
2119 sugeriu refazer esse movimento, com uma comissão e pontuou que nem precisa ser os sessenta dias, a comissão leva  
2120 informação técnica, subsidia o próprio conselho municipal de saúde pra compreender e dessa forma contribui com a discussão  
2121 e proporciona uma maior compreensão do processo para poder chegar a um ponto que seja de confluência. Ressaltou que  
2122 cada vez que entra uma pauta dessas, fica cada um fazendo uma fala, apontando numa direção, e destaca que não pode  
2123 existir cinquenta por cento de votos contrários ou a favor, pois, está sendo discutido dentro da CIB, que é uma Comissão  
2124 Intergestores e a posição não pode ser apenas em prol do município ou em prol do estado, deve ser uma posição em prol do  
2125 SUS, tendo sustentação nas bases legais que é o Decreto 7508, que é a condição que a própria lei 8142 traz, ou seja, de  
2126 fortalecimento do controle social. Arrematou dizendo que se existem outras variáveis que estão chegando e contribuindo para

2127 esse posicionamento, é preciso sentar e discutir em cima disso e começar a trabalhar, dando clareza e empoderando os atores  
2128 que precisam ser empoderados nesse processo. Pontuou que não concorda que a CIB passe por cima da legislação que  
2129 estabelece papel do conselho municipal de saúde, passe por cima também da legislação que define o papel do CGMR, porque  
2130 isso foi construído por todos, não é uma questão de Resolução, é uma questão de legislação, de portarias anteriores a  
2131 Resolução. Reitera que a Resolução revogada foi a 89, por que estabelecia um fluxo que era cartorial e foi montada uma  
2132 comissão naquela época de acompanhamento, avaliação e monitoramento do pacto e foi pactuado além das atribuições dessa  
2133 comissão, os fluxos para a adesão ao pacto com ou sem comando único, sustentado nas Portarias que implantaram o Pacto  
2134 pela Saúde. Mencionou o encaminhamento de Dr. Washington Couto como perfeitamente aceitável e cabível, pois, destacou  
2135 perceber que não vai se chegar a um consenso de simplesmente retomar o comando único sem passar pelo controle social  
2136 local e pela comissão de gestores da microrregião de Itabuna. Reforçou que se precisa no mínimo passar por essas instâncias,  
2137 ouvi-las, para se poder tomar uma decisão que sustente a posição da Comissão Intergestores Bipartite. Arrematou pontuando  
2138 que entende a situação do Senhor Geraldo Magela, da necessidade que ele sente de remeter a CIT, obviamente a CIT pode  
2139 até se debruçar na discussão em relação ao Decreto, mas não há que se debruçar sobre a questão da exclusão do controle  
2140 social, porque isso é legislação, é a Lei 8142. Reitera que o Decreto reforça isso e o próprio fluxo de adesão ao pacto, assim  
2141 arrematou que para resolver a situação não se pode simplesmente passar por cima das instâncias e reforçou que a Comissão  
2142 Intergestores pode contribuir com as discussões com o conselho municipal e talvez até mediar uma situação de conflito maior  
2143 que possa está acontecendo. Dr. Raul Molina reafirmou que em momento nenhum colocou que o problema é simplesmente de  
2144 Itabuna, trouxe a luz de Itabuna a discussão sobre o pacto, simplesmente para ilustrar, e destacou o fato do município de  
2145 Itabuna já ter aderido ao pacto, mas se ele vai com comando único ou não é outra situação. Destacou ainda entender que essa  
2146 é uma opção que o município tem, e o município tem o direito de se posicionar quanto a isso, não se tem de dizer pra ele o que  
2147 ele deve ou não deve fazer, salientou não achar lógico revogar resoluções ou se fazer outros fluxos, se todos entendem que  
2148 não há impeditivo. Observou que a Resolução, pela interpretação do juiz, é um impeditivo, porque teria que se ouvir o  
2149 Conselho Municipal de Saúde, o Colegiado de Gestão Microrregional e ressaltou que acha que eles deveriam ter se  
2150 manifestado no momento em que eles aderiram ao pacto. Pontuou também que existem vários municípios para aprovar hoje o  
2151 comando, assim, ponderou se vai ser utilizada a mesma avaliação ou avaliação diferente. Questionou se quanto a situação de  
2152 Itabuna, de se fazer comissão para avaliação, não deve considerar a palavra dita pelo superintendente de regulação que  
2153 esteve lá, pelos técnicos, que não teve motivo nenhum, que todo mundo é a favor que está tudo bem, reiterou que o COSEMS  
2154 já esteve lá. Porém pontuou sobre o que se está colocando de um encaminhamento, colocar que a questão já está vencida,  
2155 logo, essa foi a postura do COSEMS, mas pontua que não havendo consenso, é lógico que se vai respeitar, reafirma que não  
2156 havendo consenso não há problema nenhum, mas reforça que não se pode mais ficar perdendo tempo, não se pode deixar a  
2157 população de uma região a depender de problemas pessoais. Discordou plenamente do Secretário Geraldo Magela, pontuando  
2158 que não tem negócio de injustiça não, foi aqui que se resolveu é aqui que tem que se resolver, na época inclusive teve uma  
2159 liminar e derrubou-se a liminar mostrando que as instâncias do SUS são competentes para fazer isso, reiterou que discordou  
2160 plenamente disso, e reforçou que discordou também de que se tenha simplesmente que levar para a Tripartite, reiterando que  
2161 não se pode passar por isso lá na frente. Arrematou chamando todos ao bom senso, afirmando eu não foi feito outra coisa,  
2162 defendeu-se totalmente o município, hoje colocado o município de Itabuna amanhã pode ser outro município e destaca que  
2163 deve ser defendido enquanto COSEMS, a não ser que se provassem o contrário. Então, finalizou pontuando que não é  
2164 questão de vir aqui e tirar as prerrogativas do Conselho ou tirar as prerrogativas do Colegiado de Gestão Microrregional,  
2165 destaca que em sua opinião o colegiado e o conselho já se manifestaram no momento em que o município aderiu ao pacto.  
2166 Ressaltou uma contra proposta, em relação ao prazo de mais 60 ou 90 dias, 60 dias deu o juiz, portanto não vai se dar ao Juiz  
2167 a oportunidade dele manifestar nisso, se todos tem a clara evidência do que se quer. Ressaltou que concordou com Dr.  
2168 Washington Couto em relação a abrir um espaço para que se possam sentar os componentes da CIB, representantes do  
2169 Estado e do Município e discutir, pois o papel da CIB é buscar esse consenso, com essa fala será economizado uma série de  
2170 coisas, propôs que alguns membros da Bipartite, do COSEMS e Estado sentem pra conversar e dessa maneira resolver esse  
2171 problema antes dos 30 dias que se tem porque depois daí são 60 e tem - se que fazer isso porque se estar correndo o risco de  
2172 emperrar o pacto na Bahia, reiterou ser essa a postura do COSEMS. O COSEMS entende que se vai ser utilizado essa  
2173 Resolução dessa forma está na hora inclusive de parar com essa pactuação que se está fazendo. Dra. Suzana Ribeiro  
2174 salientou que por questão de ordem, já está se esgotando o horário da reunião e tem que entender que se deve priorizar as  
2175 pessoas inscritas, pois, destaca que além de Dr. Washington que já falou, Dra. Gisélia, Dr. Zé Carlos e Dr. Andrés, e reiterou  
2176 que tem o encaminhamento que Dr. Washington fez e que Dr. Raul concordou. Dr. Ivonildo (SMS de Capim Grosso) pontuou  
2177 que já está definido pela mesa da CIB que não tem consenso, então as falas que virão, podem ser falas de retórica mesmo.  
2178 Então, sugere que as pessoas que estão inscritas para falar, até mesmo por conta do horário, abram mão da inscrição e que se  
2179 encaminhe a definição, se vai fazer um meio termo com a proposta do juiz, com a proposta de Dr. Washington, para que na  
2180 CIB de fevereiro já haja uma definição. Assim, arremata propondo como encaminhamento que os inscritos abram mão de suas  
2181 falas e que se defina quais são os próximos passos. Dr. José Carlos (SMS de Ubaitaba) e membro do Colegiado de Itabuna  
2182 ressaltou que na fala de Dra. Suzana Ribeiro e na fala de Dr. Andrés, e todos os que falaram sobre o Colegiado de Gestão,  
2183 Itabuna não perdeu a plena na época, não foi por vontade do município, foi uma decisão que houve do colegiado, logo se têm  
2184 que respeitar o trâmite e o fluxo, além de ouvir os municípios, se todos os cem municípios pactuados com Itabuna, o colegiado  
2185 de gestão são vinte e um municípios, sabem o que passa em termos de saúde quando Itabuna perdeu a plena, tem que ser  
2186 visto se para os municípios da região, não sendo contra que Itabuna volte para o comando único, porém tem que ser discutido  
2187 no colegiado e ver a questão da gestão, se o secretário realmente tem a gestão financeira, a gestão da saúde de Itabuna,  
2188 porque são vistas brigas internas de diretor de hospital de base, e os municípios que vão responder. Além disso, discordou de  
2189 Fabiano que a questão seja pontual, Itabuna é o segundo município responsável pela resolutividade de saúde do Estado, ou  
2190 questiona se já perdeu para Feira de Santana ou Vitória da Conquista. Assim, finaliza que não se pode voltar um comando  
2191 único só com a vontade do município, deve-se ouvir sim o colegiado de gestão, numa discussão mais ampla. Salientou que  
2192 havia cinco municípios mais importantes, tem representantes de Coaraci, Ibirapitanga, devem-se ouvir os municípios se vale a  
2193 penar voltar o comando único de Itabuna, do jeito que está à gestão de Itabuna hoje. Dr. Geraldo Magela (SMS de Itabuna)

2194 pontuou que com o encaminhamento lembra que no Pacto não havia nada escrito do que Dra. Suzana Ribeiro colocou, foi lido  
2195 e relido dez vezes, colocou que em sua opinião deve ficar muito claro e registrado que a SESAB é contra a assunção do  
2196 comando único, recorreu-se a CIB para isso, desde o ano passado foi pedido ao Conselho Estadual de Saúde para  
2197 acompanhar o Conselho Municipal de Saúde nesse trabalho, em junho do ano passado. Inferiu que passou o ano todo  
2198 peregrinando, conversando e cada vez se estabelece um prazo, reforçando não ser possível que algo pontual se dê que está  
2199 desrespeitando a Constituição, a Lei 8080, o Pacto pela Saúde. Sinalizou que acredita se tratar de algo pessoal e que se está  
2200 muito abaixo do SUS, o SUS está muito acima de todos, mencionou que é possível sentar antes da próxima CIB, lembrou que  
2201 foi dito que mais uma vez estava ali solicitando um acordo, e reforçou que um péssimo acordo é melhor do que uma grande  
2202 briga, e teve-se que entrar na justiça, por que isso não estava acontecendo. Colocou que a justiça garantiu a reunião de hoje, e  
2203 destacou que todo município tem que ser ouvido. Destacou que o conselho tem dois escritórios se recusando a discutir, e existem  
2204 pelo menos cinco escritórios encaminhados ao CGMR que também não quis discutir. Então, reiterou que é democrático que venha  
2205 para instância superior, o que se está sendo discutido é que não se quer, mas não se quer falar que não quer, deve-se ser  
2206 franco e dizer porque não quer, não se está passando por cima de nada, foi pedido ao Conselho Municipal para discutir, foi  
2207 pedido ao Conselho Estadual para se discutir, o município de Itabuna está querendo discutir com todos que tecnicamente não  
2208 tem nenhum município de assumir o comando único do que Itabuna. Apontou que passou vários municípios com comando  
2209 único que não estão em melhores condições que Itabuna, e questionou por que isso com Itabuna e ponderou que é esse ponto  
2210 de interrogação que todos têm que pensar. Então, pontuou se quer dizer que todo mundo agora vai votar contra só por ser  
2211 contra, e afirmou que se Itabuna não pode assumir o comando único, nenhum outro pode assumir, e aborda que tem  
2212 municípios em torno de Itabuna que deveriam ser desabilitados, mas sabe-se porque não é desabilitado, não sendo essa a  
2213 discussão, porém solicita apenas o bom senso, e questiona quais os motivos que levam, porque esse discurso sobre o  
2214 município de Itabuna querer passar por cima do conselho, pois não é justo com município, porque vários escritórios com pedido, e  
2215 até pauta no próprio conselho, salientou que há um respeito enorme a todo o controle social, não dá pra dizer o que se está  
2216 saindo aqui, que vocês não querem homologar o TCG, sendo esse o pedido de recurso, recurso a CIB para homologar, ele  
2217 está pronto para homologar, ressaltou que o que Dr. Raul falou foi o mais importante, ninguém aqui vai homologar termo de  
2218 compromisso, pois já está homologado, foi votado pelo Conselho Municipal de Saúde, é só a revisão, sendo um absurdo o que  
2219 está acontecendo, passa qualquer um para assumir o comando único, Itabuna que já aderiu ao Pacto não pode ter a revisão  
2220 anual, não há explicação lógica, sensata nisso que está acontecendo. Então, conclamou aos representantes da SESAB, faça a  
2221 proposta junto, Raul, Fabiano e Washington para que volte a racionalidade aqui na Bahia, pontuou que ficaria envergonhado se  
2222 tiver que ir para instância superior, pois é um absurdo um pacto que já foi assinado, já foi votado no controle social, agora não  
2223 querem aceitar a revisão. Dra. Suzana Ribeiro registrou que não disse que o município não estava passando por cima da  
2224 instância conselho, o que foi dito foi que a Comissão Bipartite não pode passar por cima do fluxo que está estabelecido, se o  
2225 município já tem um parecer do Conselho que foi votado, então precisa-se da ata, encaminhar a ata do conselho em que ele  
2226 aprovou o comando único, é isso que tem que vir para cá, junto com a aprovação do CGMR, isso não foi inventado e nem é  
2227 discurso, é o que é real, o que foi pactuado em CIB, vem sendo seguido e não se pode mudar as regras do jogo agora. Dra  
2228 Gisélia ressaltou que não se privou desta discussão, pois, todos falaram, foi-se listado para que o Estado se pronunciasse,  
2229 inclusive pelo Secretário Geraldo Magela de forma imperativa de que ou o Estado se pronuncia ou ele ia levar para CIT. Pontua  
2230 ainda que a forma como o Senhor Geraldo Magela colocou não deixou nenhuma escolha a não ser de se posicionar e ver um  
2231 caminho em que se possa trilhar no sentido de avançar nesta discussão, ou se toma uma decisão, tem-se sessenta dias pra  
2232 tomar ou a justiça toma por nós, não significando que a justiça irá fazer uma decisão que será a favor do município de Itabuna,  
2233 ou será de manutenção da situação atual, que não é uma situação criada pelo Estado, não foi uma decisão unilateral do  
2234 Estado de intervenção, inferiu que recusa peremptoriamente esse termo de intervenção, não existe intervenção no comando do  
2235 SUS em Itabuna, o que existiu foi um movimento social, inclusive de grande força que mobilizou o conjunto daquela sociedade,  
2236 inclusive também Ministério Público e os municípios daquela microrregião, no sentido de que Itabuna perdesse o comando  
2237 único pela incapacidade, pela ineficiência, pelos absurdos que estavam acontecendo na gestão daquele município, inclusive  
2238 com os recursos repassados pra gestão daquele município, para gestão da alta e média complexidade, todos os recursos  
2239 financeiros que foram para o fundo municipal, e não se tinha controle nenhum. Além disso, o controle social também não tinha  
2240 controle dos recursos, então aquela situação, o Estado não teve como se eximir daquela situação, pontuou que todos foram  
2241 instigados a tomar uma posição, não foi decidido enquanto Secretaria Estadual de Saúde de fazer intervenção no município.  
2242 Ressaltou que essa posição de se estar hoje com o comando naquela região, isso está trazendo ônus para o Estado, do ponto  
2243 de vista político, inclusive por conta das dificuldades que se tem, até na atenção básica, das dificuldades nos indicadores do  
2244 controle de dengue, em todo o sistema naquela região. Isso está caindo sobre quem principalmente, no discurso que está  
2245 sendo colocado lá, o município de Itabuna não têm nada haver com isso, que agora a responsabilidade é do Estado, todos  
2246 sabem, pois não são ingênuos, então o ônus sobre isso está recaindo sobre o Estado, e o mesmo tem feito um esforço imenso,  
2247 a Secretaria Estadual de Saúde tem hoje, o aporte de recursos que já foram feitos, o acompanhamento que se faz, o  
2248 envolvimento pessoal do próprio Andrés e da equipe naquela região, salientou que do ponto de vista político, quer dizer se  
2249 Itabuna hoje reivindica esse direito de comando único, é preciso que seja respeitado o fluxo, que a região, que os municípios  
2250 digam o que foi que mudou efetivamente, houve mudança qualitativa na forma de gerir o serviço, o que tem de novo, de  
2251 mudança efetiva que possa mudar e dar de fato esse comando único para Itabuna, é preciso se fazer essa avaliação, que os  
2252 municípios façam essa avaliação, que o Conselho Municipal de Saúde se manifeste. Então, pontuou se fazer necessário a  
2253 criação de uma comissão para ouvir, buscar relatórios, visitar em loco, analisar os indicadores e ver efetivamente se o  
2254 município tem condição de assumir o comando único, porém se tem um prazo para fazer isso e entregar o parecer ao juiz, o  
2255 parecer desta comissão ao juiz, para inclusive fundamentar sua própria decisão ou decidir deve se dar aqui na própria CIB. Dr.  
2256 Andrés pontuou que em nenhum momento houve intervenção no município de Itabuna, inclusive Dra. Itana estava aqui, e era  
2257 importante ela está aqui para descaracterizar juridicamente qualquer aspecto relativo à intervenção. Em relação ao voto o que  
2258 foi colocado lá, foi que todos os membros da CIB, especialmente do Estado, se posicionaram nem a favor, nem contra o  
2259 retorno do comando único do município de Itabuna, são a favor do retorno responsável, e se está tentando construir esse  
2260 caminho, tem-se feito esse debate em vários fóruns. Foi colocado por Bira a questão do restabelecimento da ordem e quem

2261 melhor tem condições de falar em restabelecimento de ordem é o Conselho Municipal de Saúde e o Colegiado de Gestão  
2262 Microrregional, que estão perto, isso é que é falar sobre descentralização, delegar inclusive esse parecer e essa avaliação para  
2263 essas instâncias e não a decisão final, ressaltou que é o parecer que essas instâncias tem que dar, pra poder encaminhar a  
2264 CIB e pra que possam subsidiar os membros da CIB para tomada de decisão adequada. Uma outra questão é em relação ao  
2265 que o Conselho quer, também não há condição de qualquer membro da CIB está vindo aqui se manifestar a respeito do que o  
2266 Conselho quer; o Conselho tem que ter autonomia de se manifestar, não tem que ter a obrigação de dizer o que quer, se quer  
2267 o município retorne ao comando com ou sem condições, então ao Conselho cabe ter autonomia de manifestação, com relação  
2268 a legislação, se o que tivesse sendo posto aqui, esta contra a legislação, o juiz se sentiria em condições de deliberar sim e  
2269 então nada do que foi construído aqui é contra a legislação do SUS, aliás a Bahia avançou nesse aspecto, qualificando a  
2270 discussão e por dentro da legislação, valorizando o papel do controle social dentro desse processo. pontuou também que a  
2271 justiça de fato não tem condição de garantir que a decisão vai ser por esse ou por aquele, cabe-se apelar a todos os membros  
2272 que estão aqui pra que se tenha maturidade de estar fazendo essa discussão e se chegar a uma conclusão, de respeitar as  
2273 decisões dos fóruns que vão estar avaliando esse processo, e pode ser que na próxima CIB já se tenha condição de fazer uma  
2274 avaliação, considerando até que o CGMR já tem uma reunião dia 08/02, onde tem como pauta a discussão do comando de  
2275 Itabuna, essa discussão já estava marcada antes da audiência na justiça federal inclusive, essa questão foi até levada ao juiz e  
2276 está na fala que houve na audiência que ocorreu no dia 25 que no dia 08/02 já haveria essa reunião no CGMR, e pode ser  
2277 articulado o Conselho, tentar dialogar, pra que se possa acelerar essa avaliação dentro do Conselho, mas com  
2278 responsabilidade, pois ninguém está aqui para poder transferir gestão ou assumir gestão de uma forma irresponsável, e caso o  
2279 município de Itabuna não apresente as condições nesse momento, construir as condições e estabelecer um plano, e logo vai  
2280 se precisar do parecer do Conselho Municipal de Saúde e do CGMR. Dr. Raul Molina salientou que não se pode delegar ao  
2281 Conselho, aquilo que é do Estado, de obrigação, chegar à justiça e dizer que está tudo bem e depois procurar um consenso  
2282 não dá pra aceitar esse tipo de postura, pontuou que a título de encaminhamento não houve consenso, pediu respeito ao  
2283 colegas da Diretoria que foram até lá, ficaram, se manifestaram, foram até a justiça, essas pessoas não estavam brincando,  
2284 não podendo ser aceitado esse tipo de postura, todos que participaram do COSEMS, foi colocado em reunião ampliada do  
2285 COSEMS, se alguém não quis acompanhar foi porque não queria acompanhar. Então, fica difícil colocar algumas coisas  
2286 pontuais que não se quer colocar, salientou que nas reuniões ampliadas do COSEMS foi tirada a comissão, foi delegado para  
2287 eles irem e eles foram, e se manifestaram. Destacou que os secretários que acham que isso cabe recurso façam ao COSEMS,  
2288 pois, têm ampla liberdade para fazerem isso, no entanto não se pode aceitar o desrespeito com os colegas que foram,  
2289 lamentavelmente, não é assim que se defende um município. Ressaltou também que a mesma comissão se reúna com  
2290 aqueles que o Estado delegar para isso, e coloque na próxima CIB qual é a posição, pois, não dá pra discutir a mesma coisa.  
2291 Dra Suzana Ribeiro questionou ao COSEMS que se está discutindo a situação de Itabuna, o COSEMS remeteu, pelo que ficou  
2292 entendido quando foi discutido a apresentação de Dra. Conceição com relação aos Termos de Compromisso de Gestão  
2293 Municipal, o questionamento que o COSEMS levantou foi em relação ao fluxo, logo no entendimento não haveria essa  
2294 necessidade, considerando os termos atuais para que ficasse claro o encaminhamento, que se o fluxo não fosse aquele mais,  
2295 obviamente a situação de Itabuna estava resolvida, então a questão é, a situação de Itabuna está posta, fez-se o  
2296 encaminhamento, propôs inclusive, que a comissão seja resgatada, porque no momento da desabilitação em 2008 foi montada  
2297 uma Comissão Bipartite , agora essa Comissão Bipartite não foi validada também, porque o ideal era que tivesse ido, se não  
2298 houve agenda, é necessário que seja resgatado isso, e que representantes tanto do Estado quanto do COSEMS. Pontuou que  
2299 de fato o que se tem é uma demanda de municípios que entraram com pedido de adesão, inclusive destacou que é importante  
2300 que o COSEMS se pronuncie porque tem um conjunto de municípios que foi apresentado por Conceição, municípios que  
2301 entraram com solicitação de adesão ao pacto, uma parte sem comando único, e outra parte com adesão ao comando. Por  
2302 outro lado, destacou que não dá para travar todo o processo desses municípios que fizeram o dever de casa, que seguiram o  
2303 fluxo da pactuação que foi estabelecido por esta CIB, e enquanto essa Resolução não cair, não se pode mudar os fluxos, pois  
2304 se a Resolução está vigendo não se tem poder para poder derrubar isso por conta de uma situação específica. Salientou que  
2305 se deve esforçar para resolver essa situação específica, não se pode colocar mais de trinta municípios em uma situação de  
2306 comprometimento por que não se consegue chegar a um consenso em relação ao encaminhamento que foi trazido pelo  
2307 COSEMS especificamente em relação a situação de Itabuna, tem-se que ser justo nesse sentido. Dr. Raul Molina concordou  
2308 com a fala de Dra. Suzana Ribeiro e pontuou que sejam aprovados os municípios que foram colocados hoje e quanto a Itabuna  
2309 a situação da Comissão nos trinta dias. Dra. Suzana Ribeiro mencionou que o encaminhamento de Itabuna é de se fechar a  
2310 comissão, ou voltar a Comissão e fazer o encaminhamento que Dr. Washington Couto já tinha feito, que volte a discussão ao  
2311 Conselho Municipal, ao Colegiado de Gestão e feche-se a discussão, e ficam homologados os termos apresentados hoje. Dra.  
2312 Stela Souza pontuou que é um direito seu de membro da primeira comissão e membro da segunda comissão que foi abordada  
2313 várias vezes e tem o direito de se manifestar. Relatou que participou da primeira comissão, inclusive Dra. Suzana também era  
2314 membro na época, e quando foi acatado a solicitação do Conselho Estadual de Saúde da desabilitação do município, foi-se  
2315 favorável, hoje tem-se uma comissão já formada na CIB de agosto, com três membros do COSEMS e três membros da SESAB  
2316 e tentou-se realmente, salientou que ou se acompanha o que acontece nessa CIB ou fica-se questionando, pois Resolução  
2317 tem, se tiver que mudar Resolução é outra história, mas existe uma Resolução 142 de agosto de 2011, após várias solicitações  
2318 do Secretário de Itabuna a esta Comissão formada em uma Bipartite e foi publicada a Resolução 142, não conseguiu-se por  
2319 problemas de agenda, por várias situações, não conseguiu-se ir a Itabuna. Quanto aos três representantes do COSEMS,  
2320 mesmo sem a participação dos representantes da SESAB que por dificuldade de agenda não conseguiram ir ao município e  
2321 conseguiu-se fazer o relato, o município solicitou na reunião do COSEMS e foi-se ao município fazer o relato. Pontuou que  
2322 como secretária e gestora municipal que é, e que defende realmente a municipalidade, defende que o gestor do território é o  
2323 gestor de saúde do município, é fato que todo o arcabouço legal defende isso, e o secretário que não estiver a favor deve ler  
2324 no que está escrito. Colocou que na Ata do Ministério Público Federal que estava presente por ser membro desta comissão,  
2325 todos os presentes assinaram a Ata que o juiz ditou, de outro turno todos os aqui presentes manifestaram-se favoráveis a  
2326 descentralização do sistema e a possibilidade do município prestar o serviço de média e alta complexidade, desde que  
2327 conforme ponderado pelo Estado da Bahia, leia-se SESAB, fosse atendida as determinações legais e regimentais atinentes a

2328 espécie notadamente a manifestação do Conselho Municipal de Saúde e Colegiado de Gestão Microrregional. Salientou que  
2329 não pode expor a opinião pessoal, pois se trata de uma questão institucional, mas institucionalmente quem faz compromisso é  
2330 o gestor, cabe ao conselho, acompanhar, fiscalizar se esses compromissos estão sendo assumidos, ressaltou que está  
2331 havendo por parte de todos uma inversão de entendimento por parte da SESAB, COSEMS, Conselhos, técnicos e todos os  
2332 aqui presentes. Destacou que se precisa entender qual o papel de cada um dentro dessa instituição magnífica que é o SUS,  
2333 pontuou que se revolta e que fica muito triste quanto se fala em atitudes irresponsáveis, o que foi escrito no relatório a três ou  
2334 quatro anos atrás, escrever-se-ia o resto da vida e não precisava ser escrito, bastava falar, pois, não precisa assinar, e destaca  
2335 que o que ela escreverá agora está garantido. Salientou também que não é irresponsável, tem compromisso com a população,  
2336 foi da macrorregião sul por muitos anos, sabe o problema que se viveu naquela época, os problemas que vive-se hoje, as  
2337 dificuldades do Estado em fazer esse controle a 500km de distância, a DIRES também não tem perna para acompanhar e  
2338 quem tem que ter a responsabilidade sanitária é o gestor, se ele não cumprir ele tem que ser punido, no entanto não é dado a  
2339 negação a uma população, não somente a população de Itabuna, mas toda a população da Região Sul, que precisa sim de  
2340 cuidado, de investimento, mesmo que o Secretário José Carlos de Ubaitaba seja contra, se ele está sendo melhor atendido  
2341 hoje, é muito bom, mas se tem várias queixas. Logo, destaca que é necessário que a comissão nomeada em agosto, que ela  
2342 atue e que cumpra o papel dela que se comprometeu numa Bipartite que é uma instância maior do SUS no Estado da Bahia.  
2343 Dra. Suzana Ribeiro ressaltou que o encaminhamento foi resgatar a Comissão que já existe e essa Comissão atuar fazendo  
2344 avaliação, discutindo com o Conselho Municipal e o CGMR também sendo remetido à discussão. Dr. Raul Molina salientou que  
2345 está suspenso isso e que no prazo de trinta dias deve-se dizer se nega ou não nega o recurso. Dra. Suzana Ribeiro mencionou  
2346 que conforme acordado todos os municípios estão aprovados, com exceção de Itabuna e Ipiaú que não foi discutida a situação  
2347 específica, pois tem pendências, não houve recusa de provimento em relação ao recurso, salientou que o encaminhamento foi  
2348 de formar uma comissão, relatou ao Senhor Geraldo Magela que não existe manobra e que o mesmo esquentou a cabeça, se  
2349 precipita e diz coisas que não deve. Dra. Miriam de Oliveira (SMS de Anguera) pontuou que ficou morrendo de inveja por ouvir  
2350 quase três horas de discussão de Itabuna, e que estava na reunião desde cedo esperando que a CIB se manifestasse a cerca  
2351 do HPP de Anguera, e ressaltou que a mais de dois anos, recebeu um sinal verde do Estado de que o município poderia se  
2352 candidatar ao HPP, desde então, foi feito pleitos, tem contado com a ajuda de alguns técnicos da SESAB, os mesmos  
2353 estiveram no município, levou-se essa discussão ao colegiado de gestão, já foi trazido ao COSEMS e aprovado ad referendum,  
2354 na última reunião do COSEMS, sendo que o único empecilho é que o artigo dois da nova Portaria que é posterior ao pedido vai  
2355 de encontro. Então, essa Portaria veio para prejudicar o município, nesse artigo dois, inciso três, em que diz que o município  
2356 que não teve produção de AIH, então ele não pode se candidatar ao HPP, então solicitou que o artigo sofra modificação, ao  
2357 invés de e seja ou. Pontuou que Anguera tem reserva técnica, e equivocadamente a SESAB mandou um documento dizendo  
2358 que o município não tinha reserva técnica, esqueceu-se de olhar no portal que tem mais de duzentos mil reais, duzentos e  
2359 sessenta e poucos mil reais, foi levado para o Colegiado e Dra. Conceição Benigno enquanto coordenadora, deu um  
2360 documento, inferiu que não pode voltar para Anguera sem levar para o Conselho Municipal de Anguera que tem dois anos  
2361 cobrando. Reforçou que além do gestor, vereador, sociedade civil e colaboradores, o município precisa desse HPP. Dra.  
2362 Conceição Benigno pontuou que a gestora tem toda razão, e que ela tem presenciado a peregrinação do município em relação  
2363 a esse assunto. Na época, na PPI, fez-se uma classificação dos possíveis hospitais a fazer o contrato do HPP, inclusive está  
2364 alocado o recurso no ajuste reserva técnica HPP, e o município de Anguera foi contemplado, tem duzentos e sessenta mil/ano  
2365 para HPP, e posteriormente, através de Estevão, da Nucon e da própria superintendência, foi publicada a Portaria com mais  
2366 detalhamento das responsabilidades, entrando o referido artigo, dizendo que só poderia aderir quem teve produção 2009 e  
2367 2010, enquanto produção de AIH, porém no caso, tem uma inconsistência do próprio setor da SESAB, alocou-se recurso na  
2368 PPI, publicado e publicizado na reserva técnica e colocou-se uma condição na Portaria que inviabiliza o processo, foi  
2369 descoberto inclusive que foi uma servidora nova que deu o parecer da DAE, dizendo que o município não tinha reserva técnica  
2370 e já foi feito essa correção, através de ofício a Dra. Gisélia com cópia para DAE e para todos os envolvidos. Inferiu que tem  
2371 duas possibilidades, ou vai fazer toda a movimentação que já é uma proposta de um grupo de trabalho pra repensar essa  
2372 questão, dessa reserva técnica do HPP que está alocada pela PPI, que são os dezessete milhões para todos os municípios, ou  
2373 apenas essa artigo em relação a essa portaria, que ao invés de ter a palavra e, se tiver e/ou está resolvido o problema dela,  
2374 seria alterar só esse posicionamento, fazendo isso, automaticamente encaminharia para o setor competente pra conversar e  
2375 fazer a contratualização do município, esclareceu que na verdade é uma Resolução CIB a nível estadual. Dra. Suzana Ribeiro  
2376 pontuou que o HPP de Anguera foi definido mediante alteração sugerida na Resolução, agradeceu a todos. Em seguida, a  
2377 Senhora Coordenadora, em exercício, agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima  
2378 reunião ordinária para o dia 22 de março, quinta-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu,  
2379 Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.  
2380 Salvador, 31 de janeiro de 2012.

2381 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
2382 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade \_\_\_\_\_  
2383 Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
2384 Suplente: Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
2385 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
2386 Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
2387 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
2388 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
2389 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira \_\_\_\_\_  
2390 Gilberto José dos Santos Filho \_\_\_\_\_  
2391 \_\_\_\_\_  
2392 \_\_\_\_\_  
2393 \_\_\_\_\_