

1
2
3 Aos dezanove dias do mês de julho do ano de dois mil e doze, no Auditório da UPB – União dos
4 Municípios da Bahia, no Centro de Convenções da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da
5 CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Raul Moreira
6 Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro,
7 Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Cynthia Lopes Abreu
8 Marques e dos Suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Stela dos Santos Souza, José Raimundo
9 Mota de Jesus, Fabiano Ribeiro dos Santos e Maricélia Oliveira Figueiredo Lima. Às 14 horas, havendo
10 número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão colocando os expedientes
11 encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para pactuação e propondo uma inversão de pauta. **2.**
12 **GASEC/SAIS: 2.1** Redes de Atenção à Saúde – Redes Temáticas. – Grupo Condutor das Redes
13 Temáticas no Estado – Composição; – Rede de Atenção Psicossocial – Proposta; – Rede de Atenção
14 às Urgências: – Regiões Prioritárias 2012/2013; – Planos de Atenção Regional – Cronograma nas
15 Regiões de Saúde; – Salas de Estabilização nos municípios da Região Metropolitana de Salvador
16 Ampliada, incluindo as Microrregiões de Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas, para o ano de 2012.
17 Dra. Suzana Ribeiro pontuou que as Redes de Atenção à Saúde tratavam-se uma pauta conjunta do
18 GASEC/SAIS, informou que a primeira proposta era unificar o Grupo Condutor das Redes Temáticas,
19 pois, cada vez que se define uma nova tem que agregar mais um grupo, gerando várias resoluções e
20 tendo que revogar as anteriores. Ressaltou que ainda existem mais duas Redes para agregar às Redes
21 Cegonha, de Atenção às Urgências e de Atenção Psicossocial que é a Rede de Atenção à Pessoa com
22 Deficiência e a Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas. Relatou que ontem numa
23 conversa preliminar na CGMAC/MS foi colocado que deve estar vindo outra Rede específica para a
24 questão do Câncer de Mama e Colo de Útero, da oncologia focando este ponto. Reiterou a proposta de
25 fechar uma composição única e na medida em que com as representações da SESAB e do COSEMS,
26 as áreas técnicas específicas tenham que entrar já seja vinculado às Diretorias, com a informação para
27 subsidiar as discussões. Ressaltou que na SESAB há representação do GASEC, SAIS, SUREGS,
28 SUVISA e SUPERH e dentro dessas Superintendências tem a Diretoria da Atenção Básica que está
29 presente em todas as Redes, pois, é ordenadora do cuidado e faz a coordenação também do processo
30 da linha do cuidado; DGC, Coordenadora das Políticas de atenção à Saúde da Mulher, da atenção
31 Psicossocial, da atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, e pessoas portadoras de Doenças
32 Crônico-Degenerativas no Estado; a DAE que é responsável pela Coordenação da atenção às
33 Urgências no Estado, a DGRP que envolve toda a Rede Própria do Estado e aí de todas as maneiras
34 passa pela atenção à Urgência, pela Saúde Materna e Infantil, especialmente à Pessoa com Deficiência
35 porque existem equipamentos que são da Rede Própria. Neste sentido, ressaltou que essa composição
36 do Grupo Condutor com as representações do COSEMS que já existem, agregando o quantitativo de
37 secretários, e reiterou que hoje conta com Stela, da SMS de Conceição da Feira, na condução com
38 Fabiano, da SMS de Vera Cruz, Ivonildo, da SMS de Capim Grosso, Lívia, da SMS de Aramari,
39 Jaqueline, da SMS de Elísio Medrado, e Tatiana, da SMS de Salvador. Então, reforçou tratar-se de
40 agrupar, e não precisaria detalhar aqui, pois, cada representação estaria formalizando os nomes e
41 estariam reeditando a resolução CIB com a formação do Grupo Condutor de Redes Temáticas, pois, na
42 medida em que for acrescida uma nova rede não será preciso voltar e fazer essa movimentação toda
43 interna novamente; este Grupo Condutor de Redes Temáticas e as Redes que vierem serão conduzidas
44 através desse Grupo e na medida em que a área técnica tiver uma pauta específica, o diretor já está no
45 Grupo Condutor, e só terá de agregar a área específica ao tema da Rede, como é o caso da Urgência e
46 da Materna e Infantil com a Cegonha. Assim, arrematou dizendo que é só reeditar a Resolução para
47 transformar em uma só. Dra. Stela Souza relatou que vem sendo trabalhado de forma paritária, com
48 seis membros do COSEMS e seis da SESAB no Grupo de Redes com todas as Redes Temáticas, e
49 quando conta com a área específica da SESAB, o COSEMS solicita mais gestores para contribuir com
50 esse fórum de discussão. Reafirmou a composição do Grupo Condutor com as representações do
51 COSEMS citadas anteriormente, ressaltando que quando instituiu a de Urgência foi acrescentado o
52 nome de Geraldo Magela, Secretário de Itabuna, e Raquel, Secretária de Chorrochó; para a de
53 Deficiência inseriram Viviane, de Vitória da Conquista e Ubiratã, de Juazeiro; para a de Atenção
54 Psicossocial, indicaram Geraldo Magela, de Itabuna e Marlúcia, de Cruz das Almas. Ressaltou que já
55 está adiantado a de Crônicos, com Kátia de Porto Seguro e outra gestora que esqueceu o nome no

56 momento, assim, todos estes grupos de trabalho têm a representação do COSEMS, inclusive nas áreas
57 temáticas específicas. Dr. Raul Molina, reiterando as palavras de Dra. Suzana, ressaltou que com a
58 unificação das Redes, todas as áreas da SESAB citadas estão envolvidas para participar de todo esse
59 esforço. Enfatizou que o grande problema no COSEMS é que as mesmas pessoas participam de quase
60 todos estes grupos, assim, não estão tendo condições de estar em todos os locais, inclusive foi
61 discutido isso ontem na reunião ampliada do COSEMS e gostaria de fazer aqui uma solicitação, pois já
62 encaminharam pedido para assinatura do convênio que vem para passar recursos de apoio aos
63 COSEMS precisamente para isso. Relatou que houve um avanço fantástico com a contratação de
64 Marta, Flávia, Deise, Emanuele e Silvana, pessoas que colaboraram durante estes últimos sete meses
65 de uma forma bastante profícua. Porém, registrou que lamentavelmente o recurso existente no convênio
66 anterior já acabou e é preciso novamente mobilizar esse pessoal, pois, é muito importante a presença
67 destes apoiadores no acompanhamento das discussões, pois, há rotatividade nas reuniões.
68 Exemplificou essa situação citando Dra. Stela que está em quase todas as reuniões, mas em sua
69 opinião já está na hora de diminuir o ritmo. Argumentou que é preciso estar em dois ou três lugares ao
70 mesmo tempo e isso não tem acontecido, no Telessaúde, por exemplo, tinha reunião que o secretário
71 participava e na outra não e se avançava nas discussões, com isso havia um prejuízo daquilo que já
72 existia. Ressaltou que estas coisas, inclusive a operacionalização do Decreto que será pautada ainda
73 hoje, e as regiões de saúde também, todas estas pautas demandam que os Secretários estejam
74 presentes e principalmente na contratação de apoiadores. Assim, destacou que gostaria de sensibilizar
75 mais uma vez a SESAB, que tem sido parceira do COSEMS, e argumentou ter apresentado o projeto
76 “*Ipsis litteris*” ao apresentado no Estado de Alagoas, apesar de registrar menor per capita do Estado de
77 Alagoas em relação ao do Estado da Bahia, mas destacou acreditar ser suficiente para se fazer o
78 trabalho. Assim, reiterou a solicitação para a SESAB, especificamente ao Secretário e ao Chefe de
79 Gabinete que tem recebido esta demanda do COSEMS. Dr. Washington Couto relatou que foi
80 encaminhado ao Gabinete do Secretário a demanda do convênio do COSEMS, tudo muito bem
81 articulado e informou que esse estudo já está sendo feito, mas já há um consenso de que além de ter
82 os recursos que o COSEMS precisa para o seu dia a dia da gestão como um todo, é preciso também
83 definir muito bem a questão dos apoiadores. Colocou que as Portarias devem ser avaliadas
84 conjuntamente, pois é preciso criar um grupo de apoiadores que não vai ser o apoiador da SESAB, nem
85 o apoiador do COSEMS, mas o apoiador necessário para a construção passando também pelo crivo
86 das CIRs e da própria CIB, para que se possa fazer todo o processo de articulação de apoio
87 institucional. Argumentou que os elementos de despesa estão sendo avaliados um a um e parece que
88 será necessário retirar de parte da proposta que o COSEMS está fazendo, mas aí é uma decisão do
89 próprio COSEMS, para que fique bem separada a parte dos apoiadores. Ressaltou que a idéia é fazer
90 um processo de nove apoiadores para cada macrorregião, reforçou ser o desenho que ainda continua
91 permeando a cabeça de todos, mas principalmente na dinâmica do SUS Bahia, então é necessário ter
92 apoiadores nas macrorregiões para que estes assumam o compromisso de desenvolver o plano de
93 trabalho nas microrregiões dessas macrorregiões. Então, a idéia é enxugar em termos orçamentários,
94 em termos de recurso, mas não colocar para dentro deste convênio e sim ir atrás de recurso novo para
95 viabilizar e aí lançar mão das portarias. Informou que já tem um contato com a OPAS, na próxima
96 semana inclusive haverá uma reunião e a idéia é acomodar esses apoiadores dentro do acordo com a
97 OPAS, da cooperação técnica. E para viabilizar, fazer um processo seletivo com a definição do plano de
98 trabalho entre SESAB e COSEMS, para que se tenha condição de correr atrás de pessoas capacitadas
99 para isso. Assim reiterou ser necessário ter um processo seletivo dentro da lógica que estão
100 implementando. Depois deste recorte, levar ao COSEMS para mencionar se apoiador institucional está
101 resolvido, mas responder se precisam ter apoiadores de gestão e apoiadores administrativos em seu
102 quadro, e aí fazer um recorte no convênio que foi encaminhado, e estabelecer o valor deste porque
103 precisam também de apoiadores para complementar o quadro. Ressaltou que as outras estruturas
104 também estão sendo analisadas e se comprometeu a na próxima semana entregar essas propostas se
105 reunindo com Dra. Stela, Dr. Raul e os demais membros da Diretoria do COSEMS para fazerem uma
106 avaliação tendo estas duas propostas. Lembrou que está marcada uma reunião com a OPAS para a
107 próxima semana na segunda-feira à tarde que precisa ser confirmada, depois disso já será possível
108 esta reunião com o COSEMS para definir a questão do convênio e de como será com estes apoiadores.
109 Ressaltou que esta demanda chegou logo após a viagem de Dra. Suzana e espera estar em breve aqui
110 com uma resposta, a mais positiva possível, para que o COSEMS não tenha prejuízo quanto aos seus

111 trabalhos. Dr. Raul Molina lembrou que são duas coisas diferentes, uma que se tratava especificamente
112 dos apoiadores e que foi do ano passado, esse convênio está lá porque a OPAS continua de pé e este
113 ano os COSEMS fizeram uma demanda específica no CONASEMS para que pudessem participar
114 destas Redes e principalmente para implantação do Decreto teriam que ter outro recurso para poder
115 utilizar especificamente nisso. Ressaltou que dentro disso, em alguns estados onde havia algumas
116 interferências de que não era possível passar para o Estado e que sempre o CONASEMS passasse
117 para os COSEMS, parece que foram somente dois ou três estados que definiram dessa forma. A outra
118 forma foi repassar para o estado para que este repasse para os COSEMS, então são dois projetos
119 dentro dessa coisa. Concordou com a colocação de que aqueles apoiadores institucionais para
120 fortalecimento da regionalização é um projeto junto com a OPAS, inclusive Dr. Washington esteve com
121 o COSEMS na época e teve a iniciativa de que ele fosse renovado novamente inclusive antes dos
122 prazos, por isso é que ele está vigente. Então, reiterou que isso foi importante e foi feito no fim do ano
123 passado e ficaram de fazer isso novamente, mas lamentavelmente destacou que as coisas na OPAS
124 são um pouco mais difícil de se resolver. Assim, pontuou que nessas circunstâncias foi que os
125 COSEMS solicitaram de uma forma diferente que a Secretaria de Gestão Participativa colocasse de
126 outra forma. Deixou claro que são dois processos diferentes dentro disso e os secretários sabem a
127 importância que tem isso e tem sido uma demanda também trazida pelos próprios gestores. O
128 Secretário Municipal de Saúde de Vera Cruz, Membro da CIB, Fabiano Ribeiro, considerou importante a
129 questão do apoio institucional, colocando que é importante e precisa ser discutido o fortalecimento do
130 próprio COSEMS enquanto instituição, até para qualificar este espaço, pois, os gestores se dirigem para
131 aprovação de pactuações, sem que tenham uma qualificação prévia acerca de uma discussão técnica
132 realmente. Ressaltou que a Secretaria Estadual de Saúde é uma estrutura que conta com um quadro
133 técnico, então reiterou que se faz necessário também no COSEMS porque todos são gestores, tem
134 obrigações, e isso, fortaleceria o COSEMS. Observou que de certa forma não só qualifica o espaço de
135 gestão, mas o espaço também de decisão principalmente a CIB. Ressaltou que no momento que estão
136 agora na discussão do regimento da CIB e num momento eleitoral onde sempre os secretários
137 municipais se afastam um pouco devido a movimentos internos nos municípios, disputa eleitoral, neste
138 momento não pode haver um esvaziamento do COSEMS, por isso faz-se necessário ter uma equipe
139 técnica com capacidade para fazer debates, discussões, estudos técnicos e para vir a aprovar qualquer
140 que seja a discussão para condição de uma política a nível estadual ou até nacional, e também dar
141 suporte não só à Diretoria do COSEMS, mas ao conjunto de secretários que às vezes tem que
142 responder a uma auditoria, ou tem um processo interno no município que às vezes é menor e não tem
143 uma equipe técnica preparada e precisa do suporte do COSEMS. Ressaltou que por estes motivos
144 variados e principalmente por qualificar este espaço e o debate referente à gestão, qualificar as gestões
145 municipais, é necessário este apoio e como vimos nos últimos períodos que o COSEMS mesmo com
146 uma equipe bem reduzida de técnicos o quanto já tem apoiado os municípios, então é preciso garantir
147 que isso continue e este reforço não vai fortalecer só o COSEMS como também a própria gestão
148 estadual, quem é responsável também por dar suporte técnico aos municípios e do compartilhamento
149 de esforços numa intenção única que é fortalecer o SUS no Estado da Bahia, fortalecer o componente
150 da gestão, as decisões da gestão, qualificar as gestões e pra isso se faz necessário também essa
151 qualificação de um quadro técnico no COSEMS. Dra. Stela Souza argumentou que o tempo que se tem
152 é o tempo eleitoral, o tempo dos prazos, pois já existe uma agenda da urgência em todos os colegiados,
153 desenvolvendo a questão do Plano Estadual e acompanhando a fala de Fabiano e as colocações de
154 Washington Couto. Sugeriu que a reunião aconteça na próxima semana porque dia 27 de julho começa
155 este movimento e o objetivo é em 30 de agosto terminar as reuniões nos colegiados e o COSEMS
156 precisa ser fortalecido para também dar este apoio. Lembrou que na próxima semana provavelmente
157 haverá assembleia do CONASS porque 25 é o CONASEMS e 26 é a CIT e propôs uma agenda para o
158 dia 24 no final da manhã. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu que esta agenda fosse vista depois com cuidado
159 porque vai ter QUALISUS Rede em Juazeiro, Câmara Técnica de Gestão e Planejamento em Brasília e
160 CONASS. Dra. Suzana pediu para fazer alguns registros, dentre eles o de que para o fortalecimento do
161 SUS se depende do fortalecimento de todas as gestões, e por conta disso, destaca que ao falar da
162 história do COSEMS, registra que saíram do COSEMS há um pouco mais de um ano, e sabem como
163 encontraram e como deixaram, e ressalta que um grande avanço do COSEMS na Bahia foi a definição
164 de uma tabela própria, foi ter pactuado um repasse fundo a fundo lá atrás, pois, tiveram um momento
165 que não conseguiram firmar um convênio, pois, saíram da lei de subvenção do estado, no ano de 2009,

166 e o COSEMS não tinha, e ficou sobrevivendo com recurso de algumas contribuições de municípios do
167 estado. E agora está formalizado, repasse automático, a tabela é diferenciada, isso já deu ao COSEMS
168 a possibilidade de se reestruturar, como se reestruturou a partir de 2011 e garantir um quantitativo de
169 serviços, a Secretaria Executiva e o próprio escritório do COSEMS ganhou força. Reforça que entende
170 que essa questão do Apoio Técnico do COSEMS é necessário e sinaliza que tem uma agenda que está
171 posta inclusive desde novembro e dezembro de 2010 e pactuaram por dentro do recurso do
172 PlanejaSUS junto com a parceria da OPAS que é um dos Projetos que Washington colocou e que Raul
173 lembrou e ficou amarrado lá atrás, mas existe uma necessidade real que é a de fortalecer não só o
174 Apoio Técnico do COSEMS, mas também da SESAB. Há Diretorias Regionais de Saúde que a equipe
175 está sobrecarregada e há pouca condição de dar resposta que as Comissões Intergestoras precisarão.
176 Há os Colegiados de Gestão que não têm Câmaras Técnicas, e precisa-se montar a Câmara Técnica
177 das Comissões Intergestoras Regionais e para montá-las refere que tem que ter técnicos, apoio técnico
178 para que elas se estruturam, tanto do COSEMS, como da SESAB. Pontua que esse é um movimento
179 que deve ser articulado, precisa ser construído de forma articulada, pois, quando se fortalece, não se
180 fortalece só o COSEMS, mas o SUS na Bahia, e quando fortalece a SESAB, também fortalece o SUS
181 na Bahia. Então, reforça que é nesse movimento articulado construído de forma conjunta é que pode
182 transformar um Projeto. Destaca não conhecer o Projeto apresentado, mas como Dr. Washington havia
183 colocado e conforme conversado acredita que o Projeto deva está apontando não somente na direção
184 de viabilização contratos de apoiadores, mas é uma estratégia que precisa contemplar as necessidades
185 da Secretaria de Estado e do COSEMS, e informa que há experiência extremamente positiva contruída
186 entre o COSEMS de Minas e a Secretaria de Estado, e nesta época visitou como COSEMS da Bahia e
187 observou que foi uma discussão muito qualificada e muito positiva e não se trata de um ser extensão ou
188 braço do outro, não existe a possibilidade de tentar colocar como o COSEMS fosse extensão da SESAB
189 ou vice-versa, ou a SESAB estivesse se apropriando da estrutura para fazer o seu trabalho, mas refere
190 acreditar que é possível fazer uma proposta conjunta articulada consensuada que seja, portanto,
191 qualificada garantindo que as câmaras técnicas das comissões intergestoras, assim como a
192 movimentação das próprias vice-regionais do COSEMS possam ser de uma maneira única para que
193 tenha momentos de construção e de fortalecimento da gestão municipal e esses apoiadores por dentro
194 das câmaras técnicas tem toda a condição de garantir. Finaliza propondo que depois, SESAB e
195 COSEMS possam fechar uma agenda para se debruçarem sobre a Proposta e fazer os
196 encaminhamentos. Dr. Raul refere que o que foi discutido ontem vai ao encontro do que foi dito e que é
197 preciso que se tenha o mesmo objetivo, mas entendem que a independência das instituições e fortalece
198 e é por isso que fizeram o projeto nesta direção, pois, entendem o quanto é importante, e entendem que
199 esta independência tem que acontecer, pois, é uma reivindicação não só da Diretoria como dos
200 Secretários que colocassem principalmente isso e ressalta que é importante incluir as representações
201 regionais do COSEMS na comissão. Dando seguimento o Secretário passa para o ponto da Rede de
202 Atenção Psicossocial. Antes Stela pede uma parte para informar que os representantes do COSEMS no
203 Grupo Condutor de Redes – Rede Temática de Atenção aos Portadores de Doenças Crônicas são:
204 Kátia Nunes, da Secretaria de Saúde de Porto Seguro, e Alexandre, da Secretaria de Saúde de Nova
205 Ibiá. O Coordenador Adjunto passa a palavra ao Coordenador João para apresentação do **Ponto: Rede**
206 **de Atenção Psicossocial**. Este refere que o objetivo geral da rede, que foi formalizada através da
207 Portaria 3888 em 12.2011, é a criação, ampliação, articulação de pontos de atenção à saúde para
208 pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool
209 e outras drogas. que se inseriam dentro do Sistema Único de Saúde. A título de ilustração, apresentou a
210 Portaria Nº 3088 que estabelecia a Rede de Atenção Psicossocial e vinha com onze diretrizes
211 nacionais, que de uma forma geral reafirmavam todo o processo de reforma psiquiátrica e da luta anti-
212 manicomial que vinha sendo desenvolvida, com mais intensidade, sobretudo a partir de 2001. Relatou
213 que a partir daquela Portaria, que estavam nomeando de Portaria Mãe, a Rede de Atenção Psicossocial
214 estabelecia sete componentes de atenção e cada componente tinha desdobramentos em portarias
215 específicas que tratavam dos serviços. O primeiro, o componente da Atenção Básica, que se
216 desdobrava em três tipos de serviços fundamentais: Unidade Básica de Saúde; Equipes de Atenção
217 Básica para populações específicas; e Centro de Convivência. Ressaltou que cada componente, cada
218 serviço que ia ser apresentado nas portarias específicas, vinham com um valor de incentivo de
219 implantação e um valor de custeio, e que tudo aquilo estava previsto no Ministério da Saúde, com
220 orçamento. O segundo, o componente da Atenção Psicossocial Especializada, os CAPS, nas suas

221 diversas modalidades e com algo interessante que vinha naquelas novas portarias: os CAPS III, CAPS
222 i, CAPS AD e CAPS AD III, apareciam agora com a possibilidade de modalidades regionais, tendo em
223 vista que um dos critérios para implantação do serviço era a população, o que era um dificultador no
224 Estado da Bahia, onde 60% dos municípios tinham população abaixo de vinte mil habitantes. O terceiro,
225 o Ponto de Atenção de Urgência e Emergência, encontrando-se no mesmo: SAMU, Salas de
226 Estabilização; UPA; Portas hospitalares de atenção às urgências; e Unidades Básicas de Saúde. O
227 quarto componente, da Atenção Hospitalar, que ia ser regulamentado mediante os serviços hospitalares
228 de referência, que deviam estar em hospitais gerais e, a depender do quantitativo de leitos, podiam se
229 caracterizar por enfermarias especializadas ou podiam estar dentro da clínica geral; a partir de dez
230 leitos tomavam um formato de enfermaria especializada e com menos de dez leitos estavam dentro da
231 clínica geral. O quinto componente, da Atenção Residencial de Caráter Transitório, onde tinham as
232 Unidades de Acolhimento com funcionamento 24 horas, de ambos os sexos, para usuários de
233 substâncias psicoativas, podendo ser para adultos e também com uma previsão para acolhimento da
234 infância e adolescência. Informou que havia também o Serviço Residencial Terapêutico, incluindo as
235 comunidades terapêuticas, que teriam apoio, segundo a Portaria, de equipes da Atenção Básica e o
236 CAPS seria responsável pela parte técnica de encaminhamento e alta daqueles serviços. O sexto
237 componente – e colocou ser um dos principais - as Estratégias de Desinstitucionalização, com os
238 Serviços Residenciais Terapêuticos que seriam moradias inseridas na comunidade, destinados a
239 acolher egressos de longa permanência de hospitais psiquiátricos ou do Hospital de Custódia e
240 Tratamento, que estavam naqueles locais há dois anos ou mais ininterruptos. E que teriam os Serviços
241 Residenciais Terapêuticos dos Tipos I e II, sendo que a diferença entre eles era a complexidade: os
242 Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo II eram para pacientes mais crônicos, precisando de uma
243 equipe dentro do serviço; e o serviço Tipo I tinha uma complexidade um pouco menor. Acrescentou que
244 naquele componente também entrava o Programa de Volta para Casa que previa um auxílio de
245 reabilitação para pessoas egressas de internação de longa permanência. O último componente, da
246 Reabilitação Psicossocial, composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos
247 solidários, bem como cooperativas sociais. Salientou ser importante dizer que alguns daqueles
248 componentes ainda não tinham portarias regulamentadas, como o Centro de Convivência e os que
249 tinham portarias regulamentadas, vindas da Portaria 3088, já estavam com custeio de incentivo de
250 implantação e manutenção. E passou a citar as quatro fases de implantação da Rede: primeira fase -
251 desenho regional da Rede de Atenção Psicossocial; segunda fase - adesão e diagnóstico; terceira -
252 contratualização dos Pontos de Atenção; quarta fase - Qualificação dos componentes. Mostrou em
253 seguida alguns dados mais refinados de cada fase, ressaltando que naquele momento no Estado
254 estavam trabalhando na primeira fase, a do desenho regional, com algumas ações sendo iniciadas e
255 algumas propostas de trabalho para as quatro fases. Ainda no que dizia respeito à Fase um, citou que,
256 para a operacionalização da rede, a análise da situação de saúde tinha sido realizada tomando como
257 base, os dados que tinham no sistema de saúde como os do CNES e outros dados, num levantamento
258 pormenorizado que dispuseram no nível de banco de dados. Prosseguiu falando que tinha sido iniciado
259 o processo de pactuação do desenho da Rede, a etapa da elaboração de uma proposta de plano de
260 ação regional ia ser realizada junto com o grupo condutor nas regiões, assim como o estímulo da
261 instituição dos fóruns da Rede. E passou a apresentar os dados tomados como referência para começar
262 a trabalhar a análise de situação de saúde daquela primeira fase: a identificação dos indicadores de
263 saúde representativos em saúde mental, que eram diferentes de alguns outros indicadores de outras
264 redes e que, se pensassem, por exemplo, na Rede Cegonha, teriam alguns dados epidemiológicos
265 como mortalidade e outros, que na saúde mental eram bastante específicos e diferentes de outras
266 redes; levantamento de doenças incapacitantes entre outras; levantamento de fatores de risco e
267 proteção para a saúde mental, com base em pesquisas epidemiológicas; identificação dos pontos de
268 atenção para a saúde mental, procurando fazer o levantamento segundo a necessidade, capacidade
269 instalada e déficit; proposta de articulação com rede ampliada e demais pontos da cidade onde a rede
270 seria instalada; análise situacional das macrorregiões de saúde, com identificação dos dispositivos
271 existentes e déficit. Ainda sobre a operacionalização na primeira fase, falou que algumas ações já
272 tinham sido iniciadas: a discussão da área técnica sobre a implantação da Rede junto ao Colegiado da
273 SESAB e ao Grupo Condutor de Redes; a apresentação da Rede no COSEMS, no dia anterior àquela
274 CIB; e estavam trabalhando na elaboração da Proposta do Plano de Ação Regional e também na
275 elaboração do Plano Estadual de Desinstitucionalização, para serem apresentadas ao Grupo Condutor.

276 Passou então a falar daquelas duas ações, para a proposta de trabalho - que dizia respeito às regiões –
277 que eles entendiam que para apresentar a Rede em cada região era necessário estar presente nos
278 Colegiados Intergestores e que na última reunião do Grupo Condutor tinha surgido a proposta de que,
279 entre agosto e setembro, o Grupo Condutor, junto com os técnicos da área, pudessem estar pautando
280 nos Colegiados a apresentação da Rede, da forma como estavam fazendo ali, e que naquela ida às
281 regiões também estariam propondo uma oficina para construção conjunta do desenho. Argumentou que
282 a construção daquele desenho se dava a partir de uma pré-análise do que tinha sido feito pela área,
283 mas que precisavam ter um banco de dados que mostrassem também algumas características da
284 região, e os dados que dispunham não eram 100% seguros para o âmbito regional e que só estando
285 próximo para poder de fato pactuar e entender a dinâmica de cada lugar. Assim, que pretendiam estar
286 nas DIRES para apresentarem a Rede e fazerem uma oficina naquele mesmo período, para discutir os
287 dados levantados pela área técnica de Saúde Mental e a partir dali pactuarem um desenho da Rede
288 com cada região. Apresentou um formulário com a proposta de matriz diagnóstica de municípios, de
289 acordo com a Portaria 3088, que tinham preenchido com dados obtidos a partir das informações de
290 internet e outras dos bancos de dados disponíveis, e que iam levar para cada município a fim de que,
291 juntamente com o gestor municipal, pudessem estar validando os dados, alterando e fazendo as
292 adequações necessárias. Com relação à segunda proposta de trabalho, o Processo de
293 Desinstitucionalização no Estado, ressaltou que estavam dando formato a um projeto para ser
294 executado até 2014 e que tinha duas vertentes principais, uma delas era uma orientação do próprio
295 Governo, que era o descredenciamento dos hospitais psiquiátricos conveniados ao Estado e mudança
296 do perfil assistencial dos hospitais especializados Lopes Rodrigues (Feira de Santana) e Afrânio Peixoto
297 (Vitória da Conquista). Falou que algumas ações estavam em curso naquele sentido, tendo sido feitas
298 visitas aos hospitais, e que havia projetos para mudança do perfil, a partir de dados epidemiológicos e
299 de conversas com outras redes, que já estavam em fase de conclusão e que, se tudo desse certo e
300 fosse aprovado um grupo condutor nas instâncias cabíveis, aquele processo começaria a tomar uma
301 forma mais efetiva já naquele ano. Dentro daquele dessa linha de trabalho tinham a desospitalização e
302 desinstitucionalização dos moradores, daí ser necessário fazer um censo psicossocial, articulação e
303 suporte das equipes de desinstitucionalização e outras atividades que também estavam previstas.
304 Ressaltou que aqueles eram alguns dados para se entender porque a desinstitucionalização era um
305 carro chefe naquela proposta e que de certa forma estava no cerne da Reforma Psiquiátrica Nacional.
306 Relatou que no Estado da Bahia se contava com sete hospitais psiquiátricos, quatro da Rede Própria e
307 três conveniados, o que era um número grande comparado a outros lugares. Falou que da Rede Própria
308 já estavam trabalhando com o Lopes Rodrigues e com o Afrânio Peixoto e que no total do Estado
309 tinham oitocentos e setenta e três leitos psiquiátricos em hospitais, o que era um número grande
310 embora tenham reduzido no início do ano 2000. Mostrou o número de moradores nos hospitais
311 psiquiátricos e em outros dispositivos, o Hospital Lopes Rodrigues, contando atualmente com duzentos
312 moradores. E fechou esse tópico ponderando que, quando falavam da Rede e daquele processo, não
313 estavam falando apenas de CAPS nem de Hospital, mas estavam pensando numa lógica de rede, de se
314 chegar aos municípios para poder se pensar, a nível municipal, micro e macrorregional, como poderiam
315 trabalhar com um pacote de serviços e não com serviços isolados com os quais já tinha ficado
316 demonstrado ser um trabalho ineficaz. Em seguida apresentou as Diretrizes Estaduais para
317 implementação da Rede, a partir das diretrizes nacionais, mas também levando em consideração a
318 realidade no Estado: Construir proposta de Educação Permanente para qualificação do cuidado
319 oferecido pelos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial; Dar seguimento ao processo de
320 Desinstitucionalização do Estado; Articular a Rede de Atenção Psicossocial - garantindo a
321 regionalização do cuidado com investimento na implantação de equipamentos regionais e que era
322 importante dizer que em fevereiro daquele ano foi oficializada a Portaria 275, trazendo o recurso de
323 custeio do Estado para CAPS Tipo III e CAPS Ad III; Construir o Desenho da Rede, considerando a
324 complexidade do cuidado em saúde mental, com especial atenção para os municípios com população
325 inferior a 20.000 habitantes; Fomentar espaços de articulação e potencialização de ações intersetoriais;
326 Construir possibilidades de cuidado para Formação da Comissão de Saúde Mental no CES, sendo os
327 profissionais que vão estar na ponta. Enfatizou que a partir daqueles dados do levantamento situacional
328 de saúde, e do que tinham como orientação do Ministério da Saúde, da Portaria 3088, da Lei Federal
329 10216, estava sendo proposto, para ser discutido no Grupo Condutor e já tinha começado a ser
330 discutida no dia anterior à reunião da CIB no COSEMS, a priorização de algumas regiões para iniciar o

331 trabalho, já que a Rede devia ser implantada em todo o Estado: Microrregiões de Salvador e Camaçari;
332 Microrregião de Feira de Santana; Microrregião de Juazeiro; Microrregiões de Ilhéus e Itabuna;
333 Microrregião de Vitória da Conquista. E citou alguns dos critérios para priorização das microrregiões,
334 colocando que o primeiro critério de acordo com a implantação da Rede era justamente o sexto
335 Componente da Portaria 3088 – Estratégias de desinstitucionalização - que se alicerçavam na Lei
336 Federal nº 10.216 onde o fechamento progressivo de leitos de hospitais psiquiátricos e a abertura de
337 outros serviços eram colocados, como ponto chave para consolidação da reforma psiquiátrica brasileira;
338 o reconhecimento de que no Estado da Bahia ainda existia um número significativo de hospitais
339 psiquiátricos e que naqueles serviços não prestavam o melhor tipo de assistência, pelo que estava
340 previsto em portaria e também em lei, e aquelas eram justamente as regiões onde estavam localizados
341 os hospitais psiquiátricos. Somava-se àquilo algumas informações do levantamento da análise
342 situacional da saúde no Estado; assim, se considerou que naquelas mesmas regiões havia municípios
343 com uma boa cobertura de atenção básica, eram microrregiões com maior cobertura e um maior
344 número de CAPS já instalados, e também regiões que atendiam melhor aos critérios para ampliação de
345 CAPS e outros serviços, no sentido de que pudessem estar pensando literalmente numa lógica de rede
346 e não de pontos isolados. E ademais, eram regiões onde se encontravam os municípios que foram
347 priorizados pelo Programa Estadual Pacto Pela Vida e eram também microrregiões compatíveis com a
348 priorização feita pela Rede de Urgência e Emergência. Chamou a atenção de que o dado dos
349 municípios prioritários do Programa Estadual Pacto Pela Vida, se fossem olhar as regiões propostas
350 como priorização, veriam que coincidia com aqueles municípios, sendo inclusive municípios com maior
351 índice de violência e mortes por arma de fogo. Comentou que, se forem fazer aquela associação que
352 tinha sido corriqueira entre o aumento do consumo de drogas, sobretudo o craque, e entender que os
353 serviços previstos na Rede também tinham um olhar para aquela questão, então encontrariam mais um
354 ponto de coesão na priorização daqueles serviços. Finalizou a apresentação informando que estava
355 sendo pensada, como operacionalização para a segunda fase, a apresentação da Rede com uma
356 proposta de desenho mais organizada, a apresentação e análise de uma matriz diagnóstica que ia ser
357 consolidada a partir daquele levantamento situacional que já tinha sido feito e da validação de alguns
358 dados e ajustes nas regiões. E que a partir do que vinha sendo trabalhado tinha surgido a idéia de ir
359 às regiões para poderem dar consistência ao que tinham como informação, para poderem de fato
360 começar a trabalhar na implementação da Rede. Após a apresentação e antes do encaminhamento,
361 Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que já tinha ocorrido duas reuniões da Rede, a primeira, de instituição
362 do Grupo Condutor, já apresentando algumas discussões e propostas e a segunda, no COSEMS,
363 inclusive com a presença da Dra Taciane, apoiadora do Ministério na área de Saúde Mental. Relatou
364 que o encaminhamento do Grupo Condutor tinha sido o de trazer à CIB primeiro, a apresentação da
365 Rede de acordo com a Portaria, e fazer a discussão da priorização das regiões em cima de critérios.
366 Uma coisa que tinha ficado clara por parte do Ministério da Saúde quanto à implantação da Rede, tinha
367 sido que a definição que derem aqui não impediria que dispusessem de recurso para implantar CAPS I,
368 II, III, enfim, em qualquer região e território do Estado, desde que estivesse de acordo com os critérios
369 da Portaria e não com os da Rede de Atenção Psicossocial, à semelhança da questão da Sala de
370 Estabilização, da UPA, e do SAMU na Rede de Urgência e que então todo o Estado da Bahia seria
371 contemplado, de acordo com as propostas que chegarem ao Ministério. Outra questão era que o
372 Ministério disponibilizaria recurso para garantir o financiamento da desinstitucionalização dos hospitais
373 psiquiátricos, por ser um programa importante e que inclusive, um dos componentes estava colocado
374 por dentro da Rede e que vinha para fortalecer a Rede além da interface com outras redes de atenção,
375 a exemplo da Rede de Urgência, que podiam dispor ao transformar um hospital, conforme quadro
376 apresentado por Dr João, com relação aos hospitais psiquiátricos, a quantidade de leitos que possuíam
377 e inclusive o número de residentes, que também poderiam puxar pela média de internação, tempo de
378 permanência e taxa de ocupação, e que fariam aquela discussão mais detalhadamente no Grupo
379 Condutor. Chamou a atenção de que aquilo mostrava claramente que hoje existe uma subutilização
380 daqueles espaços, porque com toda a alteração que tinha havido na Bahia nos últimos anos e com a
381 própria implantação do sistema substitutivo, alteração e implantação dos CAPS I, II e III, CAPS Ad,
382 CAPS ia, enfim, tudo aquilo tinha causado um impacto muito positivo dentro da Rede de Atenção
383 Psicossocial lhes cabendo, enquanto gestores, fazer uma discussão mais aprofundada e realmente
384 garantir a integração das redes e a integralidade da atenção. Dra. Suzana salientou que dentro da
385 proposta de desinstitucionalização da atenção à saúde mental, ocorreu na Bahia, uma redução grande

386 da taxa de ocupação hospitalar, reiterando que recorda disso desde o momento como gestora de Vitória
387 da Conquista em 2003, na primeira PPI, no primeiro Termo de Compromisso de entes públicos que se
388 assinou na época, onde o Hospital de Base de Vitória da Conquista (Floriano Peixoto) reduzia a taxa de
389 ocupação e o diretor pedia para diminuir as AIHs do Hospital Florian Peixoto, pois não precisava.
390 Referiu que na época caiu de cem AIH para quarenta por mês, mostrando claramente qual era a lógica,
391 pois na verdade, nem residente se tinha mais, eram apenas duas pessoas e até para montar a
392 Residência Terapêutica se tinha dificuldade. No entanto, reitera que também não dá para pensar nesse
393 hospital, como se o foco dele de ação fosse o município apenas, tem-se que pensar na região, tem que
394 ter um alcance regional, de acordo com o levantamento dos CAPS que se tem em cada região, CAPS I,
395 II e III que se tem nos territórios, nas regiões de saúde e tem também as solicitações que estão sendo
396 encaminhadas para a área técnica. Logo, reforçou que quando se cruza a informação dá para perceber
397 que hoje o processo de hospitalização da saúde mental é muito baixo, apesar de estar claro que mesmo
398 assim será necessária uma retaguarda. Pontuou que a discussão que se deve fazer é que se está com
399 uma lacuna muito grande, para não dizer uma dívida social muito grande com os pacientes, não só os
400 portadores de distúrbio mental como também e especialmente com os dependentes químicos, pois, não
401 se tem porta de entrada para os dependentes químicos. Abordou que mesmo com a Portaria de 2010
402 do Ministério que saiu garantindo a alocação do recurso diferenciado para AIH em hospital geral que
403 dispusesse de leitos pra dependência química, não se conseguiu avançar, em nenhum lugar da Bahia,
404 em nenhum lugar do Brasil, porque de fato além de exigir uma qualificação da equipe, exige também
405 algo que todos sabem que está colocado, mas não tem coragem de encarar que é o preconceito que
406 permeia as relações, enquanto gestores, enquanto prestadores. Portanto, reforça que esse assunto tem
407 que ser colocado na mesa, pois, tem-se uma dívida muito grande e o sistema único de saúde está
408 apontando condições e possibilidades para se superar isso, e não adianta falar da marginalidade que
409 vivem os dependentes químicos, os pacientes portadores de transtorno mental, tem-se que parar de
410 marginalizar essa discussão no dia a dia e mesmo que não faça isso de uma forma clara ou indutória,
411 mas de alguma maneira quando não se dá a devida importância a um debate como esse, quando não
412 se dá a devida participação nos fóruns de negociação intergestores e dá peso a isso, vê-se a grande
413 diferença, pois a postura de cada um traduz muito o que se pensa. Então, destaca que se não começar
414 a pautar isso, de forma clara, como se tem disposição para pautar urgência e emergência, como se tem
415 disposição para pautar materna e infantil, não vai adiantar. Saliu que é necessário além de definir a
416 região prioritária, que foi uma proposta que o Ministério acatou, com a questão dos recursos para
417 trabalhar da desinstitucionalização, o Ministério vai dispor de recurso para fazer a adequação física,
418 fazer o processo de capacitação para as equipes e fazer a integração das redes. Lembrou que a
419 implantação dos pontos, de atenção da rede está articulada com a liberação de recursos e de uma
420 proposta integrada numa região. Propôs então, uma discussão mais aprofundada, mesmo sabendo que
421 já existe o movimento do Ministério para continuar com o financiamento, habilitação dos serviços de
422 atenção psicossocial 1, 2, 3 e IA. Inclusive, destacou que já tem a relação de incentivo estadual para
423 alguns serviços específicos de saúde mental, onde se tem a possibilidade de fazer isso na Bahia toda,
424 trabalhando prioritariamente a partir da desinstitucionalização em algumas regiões, em grandes
425 hospitais psiquiátricos que vão inclusive abrir leitos para retaguarda da urgência, acabando dessa forma
426 com a desmistificação que aquele equipamento é só para transtorno mental e que via de regra ele é
427 segregado e também é marginalizado, e os profissionais de saúde, além dos gestores, relegam isso e
428 acaba-se disputando para não entrar, ou quando se quer entrar, é com algum tipo de benefício. Pontuou
429 que está fazendo uma fala bastante clara, por que já se viveu muitas dessas coisas, e é preciso colocar
430 isso na mesa de uma forma despuorada para acabar com essa história e tratar de fato o sistema de
431 forma integrada, pois, quando se fala do hospital psiquiátrico que está com sessenta leitos
432 subutilizados, que não tem utilização, esses leitos podem ser aproveitados na Rede do SUS,
433 transformar esse hospital em um Hospital Geral com leitos de Psiquiatria, com leitos para dependência
434 química, além de ampliar a oferta para clínica médica, garantindo o acesso da população que está
435 marginalizada, que não tem porta de entrada. Reforça que a coisa mais triste que existe é pegar um
436 dependente químico em crise, ou um paciente com transtorno mental, atendido pelo SAMU e ficar sem
437 saber para onde levar, começando assim a peregrinação, tal qual a peregrinação da gestante, o
438 dependente químico e o portador de transtorno mental também são peregrinos, pois não conseguem
439 uma porta de atenção de entrada para serem atendidos. Mencionou que a proposta é que se trabalhe a
440 priorização dessas regiões, casando com a desinstitucionalização de hospitais que tenham um grande

441 impacto regional, sobretudo a região de saúde enquanto macrorregião e não a região de saúde
442 enquanto microrregião, pensando no que se tem hoje como desenho da macrorregião, pensando em
443 articular toda essa rede de atenção, sendo na verdade, um mecanismo de indução, para que se possa
444 de fato se debruçar nessa região e garantir obviamente, pensando nesse hospital como essa porta de
445 entrada, um hospital geral com leitos de dependentes e leitos para transtorno, e de forma que possa
446 integrá-lo em uma rede resolutive, integrada aos CAPS, as residências terapêuticas, as comunidades
447 terapêuticas que existirem nesse território. Arrematou dizendo que o encaminhamento seria esse, que
448 já saísse um indicativo de duas regiões centrais, a centro-leste, que tem Feira de Santana com o Lopes
449 Rodrigues, que é um grande equipamento que está lá subutilizado, que é possível fazer um imenso
450 projeto de recuperação daquele espaço garantindo os leitos e que se pode fazer também no Sudoeste
451 com o Hospital Afrânio Peixoto, são os dois hospitais que mais tiveram impacto em relação a política de
452 saúde mental nos últimos anos. No entanto, destaca que isso não descarta a possibilidade de outros
453 hospitais que estão no elenco, inclusive na Região Sul, como foi colocado por João. O Senhor
454 Coordenador referiu que na verdade, se tem hospitais psiquiátricos propriamente ditos, em apenas
455 cinco cidades, Salvador, Feira de Santana, Juazeiro, Vitória da Conquista e Itabuna, em Itabuna e
456 Juazeiro são instituições filantrópicas, se priorizasse a Região Metropolitana de Salvador, a Centro
457 Leste, contendo Feira de Santana e a Sudoeste contendo Vitória da Conquista, abarcaria-se portanto
458 todos os hospitais públicos e poderia se fazer uma priorização tomando por referência essas unidades e
459 na seqüência, priorizaria a Sul e Norte, onde estão situadas as duas unidade que são filantrópicas, mas
460 se começar com a Região Metropolitana, Centro-leste e Sudoeste daria conta dessas preocupações
461 colocadas , daria conta da possibilidade de converter no caso de Feira e Conquista, essas unidades
462 psiquiátricas em unidades, hospitais clínicos que fizessem internação em saúde mental, internação em
463 dependência química e até retaguarda para pacientes crônicos, e no caso de Salvador que a direção é
464 um pouquinho diferente, por que não se tem capacidade ociosa das unidades, nem o Mário Leal, nem o
465 Juliano Moreira, o que precisa é qualificar mais a Rede, articular mais com os CAPS, ampliar a Rede
466 de CAPS em Salvador, tanto para dependência química, quanto para saúde mental. Dr. Raul Molina
467 ponderou que Dra. Suzana Ribeiro falou como gestora, abordando os problemas que se tem na ponta e
468 principalmente naquilo que se coloca de que o doente mental é sempre marginalizado, sempre colocado
469 de outra forma, inclusive pelos colegas, profissionais que não dão assistência, sabe-se o quanto a
470 atenção básica poderia resolver uma série de problemas e que sobrecarregam os CAPS, mencionou
471 que existem vários problemas no CAPS, precisa-se capacitar a atenção básica, e inclusive a Rede de
472 Urgência e Emergência, são vários casos que o SAMU se nega atender, além também, às vezes, da
473 interlocução que se tem que fazer com a ação social, com os CRAS. Ressaltou que foi muito bom a
474 mudança do termo desospitalização, para desinstitucionalização, lembrou que essa era a bandeira de
475 Paulo Delgado, 1986 ou 1985, em Juiz de Fora, que já falava a respeito disso, e referia inclusive, o
476 primeiro hospital no qual trabalhou na vida, que foi em Barbacena que tinha quatro mil pacientes
477 psiquiátricos, tinha um depósito que simplesmente se fazia constatação de óbito, desde aquela época
478 até hoje, e ressalta que tem uma importância muito grande essa questão. Parabenizou a saúde mental
479 que está sendo priorizada de uma forma diferente, e com relação a essa priorização das microrregiões,
480 é que se têm os pontos a questionar. Questionou de onde vem os pacientes que moram na instituição,
481 se são de Salvador, qual a identidade que eles têm, para onde eles vão, o que será feito com esses
482 pacientes, o que se entende dentro disso. Com base nisso é que está sendo trazida uma matriz para
483 que seja aprovada, aprova-se a matriz sem problema nenhum, porém é necessário discutir mais a fundo
484 a operacionalidade disso. Colocou que teve uma apresentação anterior diferente da atual, e quando se
485 vai para o COSEMS e pactua-se lá e depois é apresentado dados que não estavam na apresentação
486 anterior, fica uma situação desagradável. Reforça que é delicado para os representantes do COSEMS
487 para referendar isso, essas notícias, apesar de serem boas, porém tomou conhecimento nesta CIB que
488 existe, porém essa informação não foi passada anteriormente. Então, tinha-se uma posição a respeito
489 disso, que é possível até que seja reavaliada, pois esse é o grande momento que se tem dentro das
490 instâncias de pactuação, pois de ontem pra hoje, apareceram coisas novas, que seguramente poderiam
491 ter elucidado uma série de encaminhamentos que se tinha, salientou que está revertendo isso, para que
492 as pessoas que participaram ontem também possam se manifestar. A Senhora Liliane esclareceu que
493 ontem teve uma discussão e se entendeu que algumas coisas precisavam ser ajustadas, além do que
494 ontem, foi potencializando o próprio grupo gestor que foi instituído, no qual será feita uma discussão
495 mais detalhada e garantindo que a operacionalização e a preocupação não só de Dr. Raul, mas de

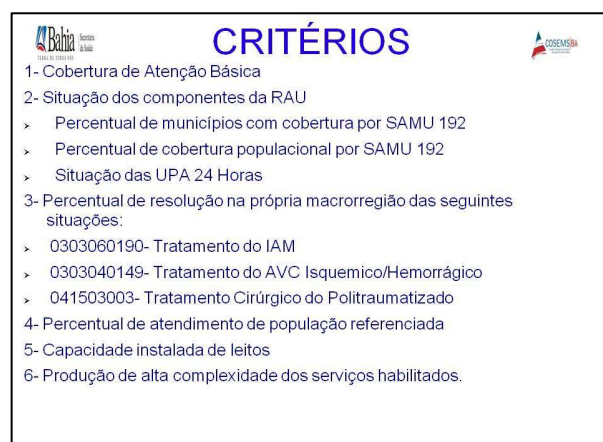
496 todos os que estavam presentes na reunião do COSEMS, que é de fato a operacionalização da
497 desinstitucionalização, em que foi colocada a questão do bom censo, de trabalhar junto com a equipe
498 desses hospitais, com toda rede envolvida. Mencionou que foi colocada na reunião do COSEMS a
499 preocupação de estar envolvendo também outros atores, além dos hospitais psiquiátricos, mas de
500 outros hospitais, para trabalhar não só a questão da desinstitucionalização, mas também, a garantia de
501 implantação nos hospitais gerais desse componente, e outro detalhe pontuou ser potencializar os outros
502 componentes, que tem na Rede, pois na verdade é um pacote, não é só apenas o CAPS, e os leitos
503 dentro dos hospitais, mas se tem outros componentes, que se precisa enfrentar e fazer proposições
504 para está implantando no estado. Com relação a parte do recurso, ficou uma discussão muito complexa
505 em relação aos hospitais, que terminou não sendo dito, pediu desculpas, e está garantido, por isso que
506 se coloque o trabalho em todo o estado da Bahia, que todos os pontos de atenção tenham recursos
507 garantidos. Reiterou que o Ministério na verdade, não vai fazer nenhuma descontinuidade no processo
508 de habilitação dos serviços, e todo ponto tem recurso tanto para implantação como para custeio. Dr.
509 Geraldo Magella parabenizou a equipe pela apresentação e destacou que houve um avanço fantástico,
510 principalmente em relação à questão colocada por Dr. Raul, que pela primeira vez está sendo tratada
511 como prioridade, sendo isso um avanço maravilhoso, já que a prioridade colocada ontem pelos
512 secretários foi a condição de construção, pois há muitos CAPS desestruturados, sendo isso oneroso
513 para o município também, além dos recursos serem aquém das necessidades. Então, reforçou que
514 garantir essa questão de construção é uma prioridade, é fundamental, a garantia do melhor
515 financiamento das atuais unidades, que foi solicitada a contrapartida do próprio governo do estado
516 também nesse processo. Relatou uma necessidade, de que seja socializado o documento que se tem
517 para análise do pessoal, pelo menos para o pessoal de Redes, para que se possa analisar melhor,
518 salientou que a questão da saúde mental, o problema não está apenas nos cinco grandes hospitais,
519 sendo essa uma grande questão, pois há muitos CAPS sobrecarregados, em difíceis condições de
520 serem mantidos, pois, as contas na fecham nunca, então é necessário rediscutir o financiamento,
521 habilitar os CAPS que precisam ser habilitados, pois ninguém quer CAPS que tem dado dor de cabeça,
522 todos têm problemas em suas cidades. Solicitou ao Secretário Jorge Solla apoio para ajudar a resolver
523 a situação de Itabuna, principalmente a questão ambulatorial, que está hoje dentro de um hospital
524 municipal, a idéia é que como a gestão é estadual da média e alta complexidade, ou remunera à parte
525 esse ambulatório, ou que o estado coloque em outro local, pois está inadequado, dentro de um hospital
526 municipal, em que ficou como provisório durante muito tempo, ou sugeriu ainda que remunere pelo
527 menos para manter os custos, que está sobrecarregando o hospital municipal. Pontuou que tem muito a
528 discutir, no entanto, é um passo fundamental, ressaltou que a primeira bandeira é construir e manter os
529 atuais CAPS funcionando, e essas questões dos grandes hospitais, é um processo. Lembrou que há
530 trinta anos atrás, quando Paulinho Delgado, em Barbacena, falou que ia acabar com os hospitais, trinta
531 anos depois a situação está traumática, logo, é necessário ter bastante cautela, aprofundar e fortalecer
532 o que já se tem e ampliar o que for possível. Dra Gisélia Santana, pontuou que tanto Dra Suzana fez
533 uma fala bastante clara, das dificuldades existentes na gestão dessa rede, como também o Secretário
534 já sinalizou quais seriam as regiões que poderiam começar. Reforçou que isso não significa que as
535 outras regiões, nas possam dar continuidade aos CAPS existem, tem-se a informação que em outubro o
536 SICONV vai abrir para cadastramento de CAPS III e CAPS-AD III, então, os municípios e as regiões vão
537 continuar com esse movimento de ampliação de CAPS, mas é necessário hoje trazer essa discussão
538 para o que significa a conformação desses pontos de atenção no que seria uma rede de atenção
539 psicossocial, porque na verdade, quando se pensa na atenção psicossocial, tem que ser pensado que o
540 portador de transtorno mental ou um dependente químico, ele vai percorrer a rede de urgência, e não só
541 a rede psicossocial, ele vai precisar dos mecanismos de apoio às redes como regulação, como sistema
542 de transporte sanitário. Então não dá para se pensar na rede de atenção psicossocial sem um norte de
543 constituição das redes que é o território, é pensar região de saúde, e a rede de atenção psicossocial
544 dentro daquela região, logo não dá para ficar tratando a política de CAPS de forma pontual, como um
545 ponto de atenção, mas é preciso se debruçar sobre a região, sobre os pontos de atenção existentes,
546 sobre, inclusive, uma questão que é de muita dificuldade, até para a área técnica entender mesmo e ter
547 esse senso, qual é a prevalência mesmo dos transtornos mentais naquela população, naquele território
548 e naquela região, pontuou que não é fácil a estatística de transtorno mental. Então, será preciso, num
549 primeiro movimento, a partir da análise da situação de dados secundários que se tem, validar essa
550 análise da situação in loco com dados primários, inclusive, tentando identificar qual é o itinerário que

551 essa pessoa que tem um transtorno mental ou alguém que tenha uma necessidade nessa área
552 percorre, qual é o itinerário que ele vai percorrer, como é que ele tem acesso ao serviço, quais as
553 barreiras de acesso que ele enfrenta, por isso essa realidade precisa ser vista in loco, porque hoje o
554 que a equipe técnica trabalhou são dados secundários, e será preciso validar essa análise da situação
555 em cada região dessa. Então, deverá ser criada a situação de reunião das CIR e validar essa análise da
556 situação e essa matriz diagnóstica. Outro ponto que destaca é o segundo momento que é a adesão a
557 Rede, sendo conformada a Rede, faz-se necessário o momento de adesão àquela rede e começa-se
558 depois o momento de credenciamentos, de qualificações, que são o terceiro e o quarto momento.
559 Salientou que partindo do princípio que as coisas continuam andando, do ponto de vista da criação de
560 CAPS, de qualificação dos CAPS existentes, um momento paralelo são as reuniões, quando serão
561 feitas essas reuniões priorizando, nesse primeiro momento até o final do ano, quais as reuniões serão
562 priorizadas. Reiterou que foi colocado pelo Secretário que priorizasse as três regiões, a Centro-leste,
563 por que além de ser uma região extremamente importante do ponto de vista epidemiológico,
564 populacional e demográfico, tem-se lá um equipamento que é o Lopes Rodrigues que é hoje o principal
565 equipamento que se tem de pacientes institucionalizados. Então, se faz necessário ter uma política
566 diferenciada de desinstitucionalização e de articulação com as Residências terapêuticas e com todos os
567 outros equipamentos pra desinstitucionalizar, requalificar aquele equipamento como um hospital geral,
568 hospital clínico que possa servir de retaguarda clínica. Ressaltou que o paciente, ou a pessoa que tem
569 transtorno mental, não deixa de ter problemas cardíacos, ou outros problemas de saúde e precisa ser
570 visto integralmente, logo, é preciso acabar com a segregação e ele precisa ter condições de
571 atendimento e de suporte a esse usuário, pois o mesmo tem que ser visto integralmente, por isso não
572 tem sentido ter hospitais específicos para pacientes psiquiátricos, ele deve ser atendido em hospital
573 geral e dentro da sua especificidade naquele hospital geral ter as condições para atendimento, com
574 psiquiatra, psicólogo, e uma equipe multiprofissional para abordagem desse paciente no momento da
575 agudização do seu problema e depois ocorrer a referência dentro da rede. Então, reiterou que é isso
576 que deve ser pensado na região centro-leste, pensando que este equipamento é hoje o mais importante
577 do ponto de vista da institucionalização, não dá para desconsiderar, porque a política diz que tem-se
578 que ter o movimento de desinstitucionalização, mas não significa desresponsabilização,
579 desinstitucionalização significa tirar esse paciente desse espaço confinado, segregado, e inserir ele
580 socialmente dentro de uma rede e do ponto de vista terapêutico, com possibilidade concreta de atenção
581 integral à sua saúde. Reafirmou que deve se pensar nisso. Destacou também além da região centro-
582 leste, a região sudoeste também por esta razão de ter o segundo hospital com este perfil, e ao mesmo
583 tempo ter uma rede de CAPS que tenha condições de absorver esses pacientes desinstitucionalizados.
584 Ressaltou que quando se analisa a série histórica de internação do o Afrânio Peixoto, percebe-se que o
585 processo de desinstitucionalização em franco acontecimento, pois, tem-se uma taxa de ocupação
586 daquele hospital que gira em torno de 30 a 40%. Então, está lá, o equipamento subutilizado, o qual é
587 possível requalificar nesse perfil que já foi falado. Portanto, do ponto de vista da centro-leste e da
588 sudoeste tem toda uma justificativa, pois em Feira, por exemplo, tem CAPS, tem Residência
589 Terapêutica, precisa-se melhorar a articulação com o nível municipal, não é fácil, mas espera-se que
590 essas leis municipais passem para poder avançar nesse processo, e tem-se Salvador e região
591 metropolitana, que por todas as razões que todos conhecem também deve ser priorizadas. Então, tem-
592 se como prioridade, para desenho dessa rede, construir a matriz diagnóstica, ver a possibilidade de
593 constituição e conformação da rede pra o segundo momento de adesão nessas três regiões, no
594 entanto, as datas que foram colocadas, agosto e setembro, salientou que nessas prioritárias, deve-se
595 fazer um esforço para isso acontecer em agosto e setembro, mas tendo, talvez, o cuidado de ver que se
596 vai estar em período eleitoral, setembro já está muito próximo das eleições, talvez se tenha algumas
597 dificuldades. Pontuou que é necessário observar o calendário e que isso não significa que no segundo
598 momento não se aborde as outras regiões, como a região sul, pois se tem na região sul e na região
599 extremo sul, alguns municípios que estão no pacto pela vida. Mencionou que o Pacto pela Vida, é um
600 programa que o governo do estado da Bahia lançou como uma atividade intersectorial de várias áreas do
601 governo do estado, para abordagem e enfrentamento da violência causada principalmente pelo uso de
602 crack e outras drogas. Ressaltou que há uma associação, que apesar da grande polêmica, e até de
603 alguns artigos que dizem que necessariamente não tem uma vinculação imediata, entre usuário de
604 droga e violência, existem questionamento e divergência com relação a isso, mas as estatísticas
605 demonstram que quando se observam casos de droga e tráfico de droga, a violência está muito grande

606 entre os jovens e etc. e reforçou que o usuário da droga é a grande vítima dessa história, e não se tem
607 um sistema de saúde preparado para essa questão. Portanto reiterou que enquanto saúde, tem-se que
608 tratar as consequências das mazelas das iniquidades sociais, e tem-se que enfrentar isso como
609 prioridade, pois é prioridade de governo, já se identificou os municípios prioritários com relação ao
610 Pacto pela Vida, e é necessário ter uma abordagem priorizando a questão da desintoxicação,
611 priorizando o atendimento a esses pacientes usuários de drogas psicoativas, e tem-se que ter uma
612 política diferenciada, não dá pra diluir. Salientou que, às vezes, tem-se resistência de alguns
613 companheiros na área técnica, tem-se que perceber que existe uma epidemia, um fator de alto e
614 elevado risco que precisa-se naquele momento ter uma abordagem especial e uma priorização, nesse
615 momento, tem que ter uma priorização além da desinstitucionalização, dessa política toda que já foi
616 falada, tem que ter uma priorização para a questão da desintoxicação, portanto, precisa-se avançar com
617 isso, e nessas reuniões que acontecerão nas regiões prioritárias, a questão da desintoxicação deve
618 estar também na pauta como uma questão prioritária. O Senhor Coordenador enfatizou que o tema
619 mobiliza muito, pois todos que falaram estavam mobilizados. Dr. Fabiano, Secretário de Saúde de Vera
620 Cruz, pontuou que esse tema tem que ser radicalizado, pelo menos a área técnica já conquistou a
621 Superintendente, o que já é um bom caminho, salientou que se precisa não só ampliar na questão dos
622 CAPS, que é importante ampliar, principalmente nos CAPS tipo III, estando de parabéns a decisão de
623 diminuir a questão dos leitos nos hospitais psiquiátricos, mas precisam-se criar leitos nos hospitais
624 gerais para assistir os usuários com transtornos, por que vai continuar a ficar a ambulância do SAMU na
625 porta da UPA, do hospital, sem conseguir garantir o acesso. Então, radicalizar não é só diminuir leito no
626 hospital psiquiátrico, como também foi dito por Dra. Gisélia que se precisa debater melhor com os
627 companheiros, e deve ser na rede própria mesmo, as direções dos hospitais, a direção da própria Rede
628 Própria, precisa-se abrir leitos em hospitais gerais para dar conta dos usuários que estão em
629 transtornos. Reiterou que todos tem o total apoio dos gestores municipais e que está nessa luta, pois é
630 necessário radicalizar esse debate, apesar de a palavra ser muito pesada, radicalizar, mas é isso, para
631 se conseguir avançar em um debate da saúde mental será preciso radicalizar sim, e não só diminuindo
632 os leitos, pois, essa é uma decisão que já foi tomada, quando Dr. Solla colocou a questão das regiões,
633 é importante, pois tocou-se em um ponto fundamental, pois nessas regiões consegue-se atingir os
634 hospitais próprios psiquiátricos, os hospitais públicos sendo esta uma decisão importante, mas além
635 disso, não só nessas regiões, mas nas outras regiões que se consiga garantir nos hospitais gerais, pelo
636 menos um leito, ou mais de um leito para atender a demanda nas regiões que não tem essa demanda
637 de leitos, para o usuário que está em transtorno, não só nos hospitais gerais, mas também ampliar nos
638 municípios que tenham condição os CAPS tipo III, se não vai continuar a ambulância do SAMU rodando
639 de porta em porta, de UPA e Hospital para poder internar um usuário que está em transtorno e o
640 pessoal que está no CAPS tipo I ou CAPS II, também mobilizar a equipe toda, é um problema sério.
641 Reforçou que se precisa radicalizar o debate, porque se não continuará se falando e na prática não se
642 fará nada. A Sra. Aldeci (SMS de CAMACAN) corroborou que em relação ao que foi apresentado por
643 João, todas as portarias que são conhecidas, já se tem elas implantadas não em forma de rede, a
644 novidade vem, em transformar isso em uma rede, para realmente dar fluxo, e não ficar em serviços
645 pontuais. Salientou que um dos problemas que travam o credenciamento de hospital geral, são os
646 critérios de credenciamento desse leito, em que se exige que o profissional tenha especialidade em
647 psiquiatria com carga horária compatível, tendo-se dois ou três leitos inviabilizados se houver a
648 impossibilidade de conseguir um psiquiatra, Pontua que com a política de educação permanente, vem
649 se convidando os profissionais da rede básica para fazer o curso, mas não se reconhece esse curso e
650 isso ocorre a muito tempo atrás. Informou que tem acompanhado essa política desde 2000, pois, atuava
651 nesse campo e discutia essas questões, logo, falando-se em implantação de leitos psiquiátricos em
652 hospital geral, se está dizendo em acabar com o preconceito para que os médicos, clínico geral
653 entendam que é um paciente como outro qualquer e que tem uma demanda específica, até por que
654 hoje, a maior parte da demanda de internação, não é mais para pacientes psiquiátricos, os serviços de
655 CAPS, com pacientes só com transtorno dão conta de quase 90%, o problema são os pacientes
656 dependentes químicos, pois eles precisam de uma instituição para internação, não dá para ser só
657 ambulatorial, ambulatório para CAPS-ad, a nível regional não funciona. Relatou que implantou o CAPS
658 no município de Camacan em 2001, regional, porque naquela época, a Portaria era 70.000,
659 regionalmente, não funcionou, pois o paciente vem, começa e depois o município vizinho, não consegue
660 mais bancar o fluxo, ele desiste porque não tem condições financeiras de ir sozinho, além de existirem

661 outros problemas, pois, se for dependente químico, ainda tem outro agravante, ele ainda pode se perder
662 no caminho, voltar de novo e piorar a situação. Pontuou que é um caos e que anda muito assustada,
663 além do que, uma das modalidades, seria rever o critério de credenciamento, levando em consideração
664 o título de especialidade, que seja uma referência que não uma carga horária dos sete dias, mas que
665 ele possa eventualmente dar um suporte, pois, se precisa urgente pensar e será necessário um local
666 para desintoxicação, podendo-se pensar em uma unidade aberta, mas a grande parte dos pacientes
667 precisa de um local para a desintoxicação, assim, arrematou afirmando que a situação é grave.
668 Destacou ainda que o CAPS de Camacan é CAPS I, tem trezentos pacientes cadastrados no CAPS, o
669 município assume a despesa superior ao que recebem, têm-se mais mil pacientes no ambulatório, e
670 isso ocorre porque municípios da região, não possuem serviços, todos os municípios têm menos de
671 vinte mil habitantes, e não conseguem fazer o serviço funcionar, pontuou que como iniciou com a
672 questão da regionalização, ficou numa situação difícil, mesmo transformando em CAPS municipal,
673 existe uma expectativa do acolhimento, sendo uma situação complicada. Dr. Raul Molina, parabenizou
674 a gestora pelas colocações feitas, mencionou que tem muitos psiquiatras hoje no estado da Bahia,
675 parece que são em torno de 150, a última informação dada pela Sociedade eram 138, com mais alguns
676 ficam 150. Afirmou que o que acontece nos hospitais, e é visto todos os dias, é que tem leitos inclusive
677 já credenciados em psiquiatria e que não tem o profissional capacitado para atuar, a Rede não é
678 composta de um dia para o outro, no momento em que se fala de desinstitucionalização, esse é o
679 encaminhamento dado, inclusive da proposta, que é fantástica, precisa-se realmente priorizar, é preciso
680 ver onde que estão esses pacientes. Relatou que discorda dos números que foram colocados, pois
681 existe a subnotificação, e onde mais existe subnotificação é nessa área, quem mais está por dentro
682 sabe que esses números não batem, pontuou que tem certeza absoluta que quando se vai para as
683 microrregiões, serão achados outros números, e uma realidade totalmente diferente. Mencionou que
684 com relação a priorizar a rede, concorda plenamente, propôs encaminhar a proposta que foi colocada
685 para o grupo condutor, ou seja, será devolvido ao grupo condutor, porque apareceu uma série de coisas
686 que não estavam dentro disso, pontuou que se aprova em ad referendum, e devolva ao grupo condutor,
687 para que depois possa se discutir, principalmente, esse fluxo que será criado e que é preocupante, tem-
688 se o interesse de se envolver com isso. O Senhor Coordenador, concordou com o encaminhamento de
689 Dr. Raul Molina, destacou dois aspectos que achou importante, primeiro, que se saía da reunião, pelas
690 falas que antecederam com um consenso da necessidade de priorizar a implantação de leitos para a
691 atenção a dependência química, pela inexistência total na rede, já sai também da reunião com a
692 indicação de que o Afrânio Peixoto em Conquista e o Lopes Rodrigues em Feira de Santana, são duas
693 unidades que tem toda condição de além de qualificar a assistência psiquiátrica, mantendo um
694 determinado número de leitos, quando houver necessidade de internação psiquiátrica, tenha também a
695 internação para atenção a dependência química, e parece que é um consenso que a necessidade
696 imperiosa de que esses serviços trabalhem de forma autônoma, com processo de trabalho diferente,
697 pois uma coisa é enfermagem de saúde mental, a outra coisa é internação para dependência química,
698 para desintoxicação. Destacou que há também a sugestão de priorizar as regiões onde existem
699 hospitais psiquiátricos públicos, com vista a fazer essa readequação. Salientou que a fala do Secretário
700 Fabiano, sobre a situação do SAMU com paciente psiquiátrico, por falta de leitos é uma realidade muito
701 mais da região metropolitana, pois está sobrando leitos nos outros hospitais do interior todos, tem leito
702 sobrando em Itabuna, em Juazeiro, Jequié, Conquista, porém em Salvador, tem-se uma situação
703 peculiar, pois tem-se mais de três milhões de habitantes na região metropolitana, e só tem o Mário Leal
704 e o Juliano Moreira, ressaltou que o Juliano Moreira tem pacientes de outros municípios que estão
705 internados em Salvador, logo, com esses consensos já estabelecidos nessa reunião, já evolui e devolve
706 ao grupo condutor, para o detalhamento e sequência da proposta. A Senhora Liliane Mascarenhas,
707 Diretora em exercício da Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC, salientou que tem algumas dessas
708 unidades filantrópicas, que já estão na verdade, com o indicativo do Ministério da Saúde para estarem
709 sendo descredenciadas, por isso a preocupação que a área técnica trouxe, é também está incluindo
710 não só os hospitais públicos, mas também essas unidades, para que se possa esta fortalecendo a
711 implantação dos outros pontos de atenção, principalmente unidade de acolhimento, que atende e que
712 acompanha por um período as pessoas usuárias de substâncias psicoativas, sendo de extrema
713 importância e por isso foi colocado na pauta da CIB. O Senhor Coordenador informou que é importante
714 lembrar que se tem um Decreto do Governador Wagner que instituiu o incentivo estadual para os CAPS
715 III, é o melhor financiamento, e ressalta que apesar de muitos ficarem falando mal do financiamento do

716 SUS, este financiamento do CAPS III é muito bom, e destaca que se somar o repasse federal com o
 717 estadual e for ver o custo da despesa da unidade, é o melhor financiamento que se tem no SUS. No
 718 entanto, não se recebeu ainda nenhuma proposta de CAPS III. O Secretário deu uma pausa nas
 719 discussões da Rede de Atenção Psicossocial, pois, a Dra. Tatiana Paraíso, Secretária de Saúde de
 720 Salvador, trouxe um consenso da Comissão de Cirurgias Eletivas sobre a proposta para a tabela
 721 diferenciada para mutirão de cirurgias eletivas, estabelecendo os valores máximos, referentes aos
 722 procedimentos dos componentes II e III, constantes dos anexos da Portaria 1340, a serem praticadas
 723 no estado da Bahia, aplicar 60% do valor da tabela Planserv, sendo que desses 60%, 60 para SP e 40
 724 para SH. Assim, instituiu a Comissão a sugestão de que seja a mesma proposta que conduziu nessa
 725 reunião a aprovada para resolução CIB, visando condução dos trabalhos, e com validação dos valores
 726 da tabela diferenciada do SUS, referentes ao período de junho de 2012 a junho de 2013. Além disso,
 727 destacou que os casos excepcionais, tanto aqueles que não foram contemplados na tabela, ou
 728 situações que ocorram, serão objetos de discussão da Comissão. Referiu que a nova tabela com
 729 diferencial de valores será anexa a Resolução CIB, que trata da alocação dos recursos, referentes ao
 730 exercício de junho de 2012 a junho de 2013, de cirurgias eletivas, e solicitou a homologação da
 731 proposta da Comissão ainda na reunião. O Senhor Coordenador ressaltou a rapidez e a eficiência da
 732 comissão, pontuou que pela eficiência, a comissão já está homologada e continuarão a acompanhar
 733 esse trabalho, lembrou que nessa proposta, está incluído não só o procedimento cirúrgico, mas também
 734 os procedimentos ambulatoriais pré e pós-cirúrgico, deixando claro que a consulta pré – operatória e a
 735 consulta e revisão pós operatória, os exames pré-operatórios estão incluídos nesse valor, que vai
 736 funcionar como um pacote. **Arrematou dizendo então que nesses procedimentos, a tabela é**
 737 **diferenciada, mas não vai, ser remunerado separado, a pré e pós consulta, e o pré e pós**
 738 **acompanhamento. Ficando aprovado pela CIB.** Dra. Suzana Ribeiro ressaltou que o grupo condutor
 739 da Rede de Atenção a Urgência e Emergência fez algumas discussões e como todos já sabem o plano
 740 da metropolitana ampliada envolvendo Salvador, Camaçari, e a região de Cruz das Almas e de Santo
 741 Antônio de Jesus já foram encaminhados para o Ministério da Saúde, ontem, após terem feito alguns
 742 ajustes em relação a algumas questões que havia dúvidas, mas já vai sair a Portaria da metropolitana
 743 ampliada de Salvador. Pontuou que se ficou de decidir a segunda região prioritária e fazer um
 744 movimento para fazer a construção do plano de atenção as urgências em torno de todo o Estado da
 745 Bahia, como foi feita com a Rede Cegonha, até por que logo em breve, terá que dar conta dessa
 746 agenda, do cronograma da atenção psicossocial. Salientou que em relação aos critérios para definição
 747 da região prioritária, a área técnica de urgência e emergência, coordenada por Dra. Alcina, com a
 748 Diretoria de Atenção Especializada – DAE, coordenada por Dra. Ledívia Espinheira, fez a apresentação,
 749 foi feita a discussão dos critérios, e uma construção de uma proposta que foi aprovada pelo grupo
 750 condutor e esta sendo trazida à CIB para deliberação.



769 De acordo com os critérios levantados a definição da região acabou sinalizando, pelos critérios, quando
 770 se fez o estudo e o cruzamento ficou definido pelo grupo condutor, que a macrorregião Sul, era a região

771 que se adequava aqueles critérios, considerando a atenção básica, a cobertura de 96,9% , o percentual
772 de cobertura de SAMU 192 por município de 36,4% que é um percentual que ainda é baixo, embora a
773 cobertura populacional seja de 66,8%, sendo este item do SAMU tratado de forma diferenciada, está
774 sendo considerado a implantação. Assim, destacou que trazer a segunda região como a Sul, na
775 verdade é um mecanismo também indutor, para que a região Sul defina brevemente a questão da
776 regionalização do SAMU, tanto de Itabuna, quanto de Ilhéus. Refere que Itabuna parece que está com o
777 projeto encaminhado ao Estado, a COUR já está fazendo a análise, Ilhéus está com problemas e
778 inclusive tem a Região de Valença, que pela proposta está vinculada ao SAMU regional de Ilhéus e
779 ainda tem alguns problemas, por que como Ilhéus ainda não soltou o plano, não definiu e nem
780 encaminhou, e isso está sendo atrelado, já tem discussão inclusive para mudar a referência de Valença,
781 porque já tem viaturas disponibilizadas, isso para o grupo, acaba tendo poder estratégico, de fazer
782 resolver essa questão, porque obviamente que será desenhado o plano, será encaminhado, mas o
783 Ministério só vai de fato aprovar e soltar a Portaria depois que tiver com o SAMU resolvido, por isso está
784 sendo colocado à mesa com muita clareza, sendo uma posição do grupo condutor quando analisou os
785 dados de todas as regiões, considerando essas especificidades e claro que já saiu na frente a Sul, pois
786 atendeu a maioria dos critérios, ficando apenas essa questão do SAMU regional como uma situação
787 ainda que precisa ser definida com urgência, ficando definido que seria um bom momento para induzir
788 esse processo e fazer com que isso realmente se resolva, por que se não o conjunto da macrorregião
789 fica prejudicado, e a Portaria não é liberada. Relatou ainda o fato da situação das UPAS 24h, tem em
790 Jequié, duas unidades de porte I, Itabuna com duas unidades uma de porte I e uma de porte II, Ilhéus
791 com uma de porte II, Valença com uma unidade de porte II e Gandu com uma unidade de porte I, que
792 estão em processo de viabilização de proposta, de cadastramento, inclusive, a de Itabuna uma estadual
793 que o processo de licitação esta sendo encaminhado. Reforçou que tem alguns ajustes ainda, para
794 serem feitos em outras regiões. Em relação ao percentual de resolução na própria macrorregião, Infarto
795 Agudo do Miocárdio com a resolutividade de 97,5%, AVC isquêmico e hemorrágico, 98,4% e tratamento
796 cirúrgico de politrauma de 88,8%, ou seja, tem-se uma rede que tem capacidade de resposta. Pontuou
797 que uma outra discussão que foi feita muitas vezes antes de definir a rede, foi a de propor a região
798 norte, inclusive a região norte, está sendo potencializada, porque tem a Rede Cegonha, tem o QualiSus
799 rede, e tem uma resposta muito positiva, em relação a questão da regulação, por conta da central de
800 regulação de leitos interestadual, tem-se a central do SAMU, e também o SAMU regional funciona muito
801 bem, tem-se uma resposta positiva, inclusive do processo regulatório, e havia uma condição técnica
802 importante e que inclusive colocava a região norte a frente, porém quando se analisou a Rede que
803 tinha-se de fato para garantir o incremento em relação a capacidade instalada, e potencialização do que
804 já existia lá, a resposta era insuficiente e por consequência, pela capacidade técnica instalada da
805 região, a captação de recurso também para investimento iria acabar sendo pequena, proporcionalmente
806 ao que existia, logo uma das análises que foi feita foi exatamente, que a capacidade da resposta dessa
807 Rede, ela precisa e pode ser potencializada por dentro dos investimentos da Rede de Atenção as
808 Urgências e da maior condição e autonomia. Além de pontuar que pode ser potencializada por dentro
809 dos investimentos da rede de atenção a urgência e dá maior condição e autonomia para que essa
810 região cresça e avance com alguns processos inclusive com processos regulatórios, assim, veio a
811 proposta da implantação da central de regulação da região sul. Ressaltou que é um projeto que já está
812 sendo desenvolvido e que em breve deverá ser implantado então, é uma central de regulação da
813 macrorregião, não de urgência mais de leitos e obviamente que essa necessidade de trazer logo o
814 SAMU regional de Itabuna e Ilhéus e resolver essa situação isso potencializará também a resposta de
815 toda rede. Colocou que o percentual de atendimento da população referenciada é de 3% e o
816 atendimento da população propria é de 97% com uma população encaminhada de 5% em relação às
817 demandas externas. Reiterou então ser essa mais uma condição que se precisa também garantir
818 fortalecimento, ou seja, é por isso que se tem uma rede lá realmente porque se compara a sede da
819 macrorregião hoje com outras macro sabe-se que o municipio de Itabuna dentro do territorio do
820 municipio tem uma rede que precisar ser popencializada assim como Ilheus também e Jequie que já
821 tem dado demonstração de avanço inclusive já fazendo movimento agora bem articulado com a rede
822 materna infantil que foi a implantação da Santa Casa onde vai centrar toda referência de maternidade
823 terciária, portanto, para a Rede Cegonha desafogando o Prado Valadares e garantindo a ampliação dos
824 leitos de retaguarda e a ampliação de ofertas de leitos clínicos e de UTI.
825



Macrorregião Sul



Macrorregião Sul



1- Cobertura de Atenção Básica – 96,9 %

2- Situação dos componentes da RAU

Percentual de municípios com cobertura por SAMU 192 – 36,4%

Percentual de cobertura populacional por SAMU 192 – 66,8%

Situação das UPA 24 Horas:

- Jequié – 02 unidades porte I

- Itabuna – 02 unidades: 01 porte I e 01 porte II

- Ilhéus – 01 unidade porte II

- Valença – 01 unidade porte II

- Gandu – 01 unidade porte I

3- Percentual de resolução na própria macrorregião das seguintes situações:

> 0303060190- Tratamento do IAM – 97,5%

> 0303040149- Tratamento do AVC Isquêmico/Hemorragico – 98,4%

> 041503003- Tratamento Cirúrgico do Politraumatizado – 88,8%

4- Percentual de atendimento de população referenciada – 3%

Atendimento de população própria – 97%

População encaminhada - 5%

Quanto à capacidade instalada de leitos, ressaltou o déficit na composição geral dos leitos e pontuou que quando se discutiu recentemente a cegonha e a urgência observou que tem toda condição de superar esse déficit com grau de investimento que se pode fazer lá nas quatro regiões envolvendo Itabuna, Ilhéus, Jequié e Valença e a produção da alta complexidade de serviços habilitados. Colocou que foi feito um comparativo com as três regiões e observou-se que a maior consideração de ofertas tanto de neurologia, cardiologia e de traumatologia embora não estejam habilitados em traumatologia, em alguns serviços em cardiologia, mas isso significa com a capacidade instalada tem condição de garantir a habilitação do serviço com investimento com adequação e qualificação do espaço.

6-PRODUÇÃO SERVIÇOS HABILITADOS EM AC



Macrorregião Sul



5- Capacidade instalada de leitos:

Leitos clínicos = 464

Leitos pediátricos = 298

Leitos Crônicos = -199

Leitos UTI adultos = -154

Leitos UTI Pediátricos = -34

6- Produção de alta complexidade dos serviços habilitados.

Macro	Município	Hospital (H) (CMEF)	Neurologia			Cardiologia			Traumatologia			
			Condição	Neuro Clínica	Neurocirurgia	Condição	Angioplastia	Cateterismo	Merca-passa	Condição	Alta-Complexidade	Média Complexidade
Sudeste	Município Completo	248297 Hosp Geral de Vitória da Conquista	Habilitado	768	262	Não Habilitado	0	0	0	Não Habilitado	24	690
		248775 Hosp São Vicente do Paulo	Não Habilitado	0	0	Habilitado	6	59	37	Não Habilitado	1	386
		248504 Hosp Geral Luiz Viana Filho	Habilitado	218	0	Não Habilitado	0	0	0	Não Habilitado	2	373
Sul	Itabuna	248804 Hosp São José	Habilitado	9	0	Não Habilitado	0	0	0	Não Habilitado	10	16
		252659 Hosp Manoel Mones	Habilitado	112	22	Não Habilitado	0	0	0	Não Habilitado	2	160
		277280 Hosp Galvão Mingy Filho	Habilitado	10	19	Habilitado	16	103	63	Não Habilitado	8	244
Macro	Jacinto	255798 Hosp Presidente de Anzótes	Não Habilitado	0	0	Habilitado em 30/12/11	0	0	0	Não Habilitado	0	11

Fonte: DATASUS/TABWIN
Ano Base: 2011

Colocou que a inversão do slide que chegou antes por conta de todas essas análises fez com que o grupo condutor indicasse a região sul como a segunda região prioritária para o ano de 2012. Salientou que é preciso ficar claro que não se conseguiu negociar com o Ministério, porém quanto mais rápido encaminhar o Plano Atenção a Urgência, maior é a condição de sair recurso para segunda região esse ano porque muitos Estados têm ficado um pouco para trás em não ter encaminhado suas propostas. Então, como tem orçamento é aquela história quem trabalhou consegue levar. Informou que para o ano de 2013 voltarão a discutir essa análise. Informou que já está sendo feita com todas as regiões a discussão da Rede e informou que vão fazer o ranque para está apresentando e discutindo com grupo condutor e trazendo em outra reunião da CIB para poder fechar um novo plano de investimento de mais duas ou três regiões para 2013. Colocou que na verdade porque duas ou três, está posto que isso de dá por está definido pelo orçamento do Ministério. Reforçou que o objetivo é que se pudesse apresentar de todas as regiões e ai ranqueando e já fazendo o cronograma de investimento a partir de 12,13 até 2014 e que se pudesse contemplar todo o Estado. Então, estão propondo um cronograma de oficina sabendo que os municípios estão em um momento bastante delicado, prévio das eleições, e além de um momento político eleitoral delicado, é muito pesado e reiterou saber que a demanda da saúde bate a porta do Gestor Municipal diretamente e nesse momento se multiplicam mesmo porque a eleição é municipal a definição da condução do município do poder executivo vai se dá agora e sabe-se que isso tem muitas implicações. Ressaltou que umas das implicações que rebatem diretamente deste fórum é a agenda dos Gestores Municipais, pois, como não se pode esvaziar e muito menos comprometer a qualificação deste espaço propõe fazer uma agenda com os colegiados que possam concentrar e poder

881 deliberar alguns encaminhamentos na construção da atenção as urgências até porque há a
882 necessidade de se trabalhar alguns item prioritariamente e algumas demandas prioritárias do grupo
883 condutor que tem identificado, tanto para construção da cegonha, quanto para construção da rede de
884 urgência trabalhar diretamente com todos in loco. Colocou que como sabem as dificuldades de
885 deslocamento e não dá para ficar fazendo várias reuniões em momentos diferentes porque esse é o
886 momento que vão está mais perto, e aí já se preocupa com setembro porque é reta final e as coisas
887 ficam muito mais difíceis. Então, pontua que precisam tentar concentrar ao máximo e potencializar essa
888 interlocução e também garantir a interface de diversas áreas técnicas da SESAB que estarão
889 envolvidas nesses movimentos para que potencialize e tenha uma resposta mais efetiva. Então,
890 propuseram, a partir da discussão no grupo condutor, fazer as reuniões de colegiados começando pela
891 discussão da rede de urgências para as outras regiões porque a metropolitana ampliada que na
892 verdade acabou agregando toda a leste já está encaminhada para o Ministério, e destacou que como se
893 sabe que o SAMU, UPA e Sala de Estabilização têm o financiamento próprio e não vai ter recortado ou
894 que não precise está amarrado dentro do plano de urgência, isso também já fica resolvido para o
895 Estado como um todo, mas reforça que para definir investimentos para leitos de UTI adulto, pediátrico,
896 leitos clínicos de retaguarda, enfim tratamento do infarto, linha do infarto, a linha do AVC, enfim tudo
897 isso precisam definir e priorizar, identificar a capacidade instalada do território e definir as prioridades.
898 Pontuou que tem que construir com os Colegiados não dá para ser o grupo condutor pensando sem vê,
899 pois, ressaltou que a rede cegonha aconteceu assim e funcionou, e reforçou que precisam estabelecer
900 lógica semelhante, ou até mais aprimorada. Portanto, destacou que estão propondo que concentre os
901 Colegiados por Macrorregião fazendo as reuniões e se aquela macrorregião tem quatro regiões de
902 saúde, serão quatro Colegiados reunidos, se são três serão os três, claro com a mesma aquela
903 metodologia que vem desenvolvendo em cada microrregião até então com o colegiado instalado. Dessa
904 forma, estão propondo uma agenda que na verdade ficou invertida porque mudaram a ordem da
905 apresentação, por se tratar da agenda dos dispositivos do Decreto que envolve também o SISPACTO.
906 Então destacou que tem também o SISPACTO, que deve contar com a abertura do sistema a partir da
907 amanhã, pois, sinaliza que não tem uma confirmação, mas o Ministério tem indicado isso que amanhã
908 dia 20 abre o SISPACTO. Assim, reforça que precisam está com tudo pactuado e aproveitando esse
909 momento de concentração já fazem a oficina também dos indicadores do SISPACTO para os Gestores
910 poderem fazer a alimentação, enfim, acessar o sistema e fazer alimentação do município em cada
911 território. Propôs, pensando também que os Gestores terão dificuldades de ficarem dois dias
912 ininterruptos deslocados de seu município, fazer no primeiro dia a pactuação dos indicadores e envolver
913 técnicos dos municípios como sempre fizeram anualmente, que acontecia desde a pactuação da
914 atenção básica, PPVS, que faziam todo processo de pactuação quando as oficinas funcionavam com
915 técnicos trabalhando em um dia e no outro os Gestores se agregavam e faziam o fechamento do
916 processo. Então, a proposta é que no primeiro dia pactuem os indicadores, contando que seja feita a
917 pactuação prévia das metas que vão sair daqui, a partir do trabalho dos municípios junto com COSEMS,
918 a partir da divulgação da SESAB, dando início ao processo de preparação para as oficinas; e no
919 segundo dia pela manhã vão discutir a atualização do CNES porque definiram outra prioridade que o
920 grupo condutor sinalizou e o credenciamento de serviços especialmente daqueles que falam
921 diretamente com a rede cegonha e a urgência e emergência. Destacou que na cegonha os serviços são
922 de ultrassom e patologias clínicas e na urgência têm os de patologia, raios-X e muitas vezes ultrassom,
923 que entra como apoio diagnóstico. Ressaltou que tem que se fazer um mutirão, pois, a DICON já tem
924 diagnóstico de todos os municípios do Estado da Bahia, de município por município que tem pendência
925 de credenciamento e por que está pendente, destacando que tem questão que passa pela liberação do
926 alvará e tem outras questões que o Gestor acaba ficando imobilizado e acaba ficando com dificuldades
927 de processar. Então, referiu que montaram uma estratégia de que na manhã do segundo dia vão fazer
928 um momento com os Gestores tratando desta pauta CNES e credenciamento com a presença da
929 DICON e nesta manhã vão está fazendo essa movimentação e identificação apresentação do
930 diagnóstico mostrando como é que vão trabalhar. Além disso, estarão propondo que façam um mutirão
931 envolvendo as Diretorias Regionais de Saúde – DARES e que se apresente e trabalhe capacitando e
932 qualificando os técnicos que vão está envolvidos, pois, os municípios que têm comando único tem
933 estrutura maior e dão conta de fazer isso, mas apesar disto não tem resolvido a questão da atualização
934 dos credenciamentos e refere qu com certeza esse é um momento importante para todos, sendo

935 fundamental que se pactue isso trabalhando em bloco porque não adianta referir que solicitou o
 936 credenciamento para DICON e que não teve resposta.

937

938

939

940

941



Proposta de Oficinas nos CGMR/CIR

942

2a REGIÃO DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS - RAU DO ESTADO DA BAHIA

02 dias de trabalho:

1o dia: Pactuação dos Indicadores

2o dia: Manhã - Discussão de CNES/ Credenciamento

944

MACRORREGIÃO SUL

Tarde - Apresentação do Plano de

946

Urgência

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

Lembrou-se da história da PPI, da impossibilidade de remanejar teto porque o serviço não está credenciado, ou porque se faz mais no território e não se reconheço, pois, não se tem série histórica, produção e não está credenciado. Enfim, então, reforça que acaba ficando tudo na mesma roda e não consegue sair do lugar para a rede funcionar e revela ser fundamental, tanto para a urgência, como para a cegonha e a RAPS que são essas primeiras redes que estão trabalhando. Assim, arrematou que é fundamental que se resolva isso para conseguir efetivamente fazer a rede acontecer. Reforçou que no primeiro momento da manhã entrarão com a discussão do CNES e credenciamento com os Gestores, com todos no grande auditório; e no segundo momento da manhã vão separar os técnicos que são responsáveis pelo CNES e pelo credenciamento nos municípios, que trabalham diretamente com essa informação, num outro espaço com a DICON, tratando essas questões, trabalhando as estratégias, verificando caso por caso e começando pensar na estratégia de ação junto com as regionais. Ressaltou que enquanto os técnicos estão discutindo a operacionalização e a viabilização desta atualização, continua-se no Colegiado instalado com os Gestores em conjunto apresentando o plano da urgência com apresentação macrorregional. No segundo momento à tarde levam uma proposta construída em cima da rede existente que é validada pelo Gestor e se discute as proposições de alteração e discussão, pois, o Grupo condutor tem que chegar com alguma proposta, e reforça que não dá para chegar enquanto grupo condutor sem alguma proposta, não dá para construir do zero. Então, apresentam os critérios e diretrizes da portaria colocadas e a rede existente que está no CNES validada; citou ainda que na cegonha viram como isso foi um problema, e trabalharam com o que tinha no CNES e quando chegaram ao território, no colegiado, perceberam que muito daqueles estabelecimentos não existiam e se existiam era com outro perfil. Arrematou dizendo que esse momento da tarde vai ser para fazer essa discussão, identificar o que é real e virtual e daí fortalecer o movimento de correção do sistema do CNES e Credenciamento. Ressaltou que com isso fecham um desenho prévio da Rede de Urgência por colegiado e região e no final da tarde fecham o desenho geral validando também os indicadores do SISPACTO. Então, arremata falando que vão ser dois dias de atividades intensas, onde os Gestores ficaram com a responsabilidade da presença no segundo dia. Dra. Suzana Ribeiro reiterou que no primeiro dia da oficina contam com os técnicos que trabalham com a vigilância e atenção básica. Dra. Stela Souza reforçou o que Dra. Suzana Ribeiro referiu quanto a participação dos Gestores apenas no segundo dia, reforçando a presença dos técnicos. Dra. Suzana Ribeiro reafirmou que no primeiro dia contará com a participação apenas dos técnicos da vigilância e atenção básica e no segundo dia é indispensável à presença do Gestor porque tem instalação de colegiado formalmente, e não se instala sem Gestor. Apresentou o cronograma e informou que só consta uma data porque foi feito antes da inclusão do SISPACTO. As microrregiões de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus vão se reunir dia vinte e sete, no município de Cruz das Almas até porque tem o componente da urgência que já está finalizando e nesta discussão vai estar aquele cronograma CNES, Credenciamento e Plano de Urgência no dia vinte e seis. Destaca que a DIPRO, a DAB e a Vigilância vão estar lá para começar a discussão do SISPACTO e os técnicos dos municípios têm que

990 está no dia vinte e seis. A macrorregião sul se reunirá dia primeiro de agosto e será em Ilhéus por conta
 991 do espaço físico, pelo quantitativo de salas que precisam e não foi possível encontrar um espaço em
 992 Itabuna que dê conta de atender ao número de salas que precisavam nos dois dias, tanto do
 993 SISPACTO, quanto para oficina de Colegiado de Gestores para discutir CNES, credenciamento,
 994 urgência e possam também está paralelamente fazendo a discussão do CNES com os técnicos que
 995 estão envolvidos com este sistema e credenciamento dos municípios. Dr. Geraldo Magela pontuou que
 996 dia primeiro é quase impossível, pois, todos estão fechando conta e fazendo pagamento. Dra. Suzana
 997 Ribeiro colocou para Dra. Stela Souza que Dr. Geraldo Magela está encaminhando uma proposta. Dr.
 998 Geraldo Magela sugeriu dia dois, ou inversão do dia do gestor com o dos técnicos. Dra. Suzana Ribeiro
 999 explicou que dia dois o grupo condutor tem agenda inclusive com apoiadores do Ministério que já estão
 1000 com agenda fechada e aí está sem margem para modificar.

Cronograma de CGMR/CIR

MACRORREGIÃO	MUNICÍPIO	DATA	DI A DA SEMANA
CRUZ + SAJ	CRUZ DAS ALMAS	27/07/2012	SEXTA-FEIRA
SUL	ILHÉUS	01/08/2012	QUARTA-FEIRA
NORDESTE	ALAGOINHAS	07/08/2012	TERÇA-FEIRA
CENTRO LESTE	FEIRA DE SANTANA	10/08/2012	SEXTA-FEIRA
NORTE	JUAZEIRO	15/08/2012	QUARTA-FEIRA
SUDOESTE	VITÓRIA DA CONQUISTA	17/08/2012	SEXTA-FEIRA
EXTREMO SUL	EUNÁPOLIS	21/08/2012	TERÇA-FEIRA
OESTE	BARREIRAS	27/08/2012	SEGUNDA-FEIRA
CENTRO NORTE	JACOBINA	31/08/2012	SEXTA-FEIRA
SALVADOR + CAMAÇARI	SALVADOR	04/09/2012	TERÇA-FEIRA

1016 Dra. Stela Souza referiu que vão ter dificuldades de mudar a agenda principalmente da Sul porque está
 1017 posta como prioritária para 2012, por isso que é a primeira região porque terão que voltar ainda para Sul
 1018 novamente para encaminhar o Plano para o Ministério. Lembrou que o Grupo Condutor é composto por
 1019 Secretários Municipais de Saúde, indicados pelo COSEMS, e pela área técnica gestora da SESAB e
 1020 destacou que fecharam uma agenda com os Colegiados em todas as regiões ainda no mês de agosto e
 1021 não podem passar para o mês de setembro porque não sabem se em setembro os Gestores vão poder
 1022 ir para as macrorregiões. Então, reitera que no mês de agosto vão ter que fechar. Explicou que o Grupo
 1023 Condutor, que também vai para região sul, tem reunião dia 02 de agosto, em Salvador e foi tudo
 1024 arrumadinho para que possa colher e preparar o material e voltar. Questionou ainda se isso seria uma
 1025 solicitação do Secretário de Itabuna ou da região e DIPRO e reiterou que os membros do grupo
 1026 condutor não vão poder participar da reunião de Itabuna, não vai ser possível o apoio do COSEMS. Dra.
 1027 Suzana Ribeiro pontuou que o mês de agosto tem 31 dias, então, no dia 31 ficaria a discussão dos
 1028 Indicadores do SISPACTO e primeiro ficaria para DIPRO que tem agenda com os membros efetivos dos
 1029 Colegiados. Dra. Stela Souza colocou que o informado é que se houvesse a reunião da DIPRO seria dia
 1030 31 e não poderia ser primeiro e no dia primeiro seria a agenda da urgência. Dra. Suzana Ribeiro
 1031 confirmou seria dia 31 DIPRO, DAB e SUVISA e esclarece que o município de Itabuna está levantando
 1032 uma questão específica dia primeiro, e Conceição informou que não daria para DIPRO participar nesse
 1033 dia, então, esclareceu que para DIPRO não teria problema porque Conceição estava pensando que era
 1034 dia trinta a sua participação, mas será dia trinta e um. Assim, destaca que em relação a DIPRO e ao
 1035 SISPACTO não tem problema ser dia trinta e um, a questão é dia primeiro e reforça que concorda com
 1036 sua fala no sentido de que tem que priorizar a sul para fechar o plano. Dra. Stela Souza propôs em
 1037 mudar a data da Sul e colocar outra região e a sul vai correr o risco de não dá conta do Plano em 2012.
 1038 Dr. Geraldo Magela suspendeu então a sua proposta. Dra. Stela Souza reforçou a sua preocupação
 1039 com o prazo. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que a mudança no cronograma é exatamente por isso e
 1040 reforça que estão pensando nos municípios porque sabem a dificuldade de fecharem a agenda até o
 1041 final de agosto. Destaca que Salvador e Camaçari já avançaram bastante o Plano já está pronto e fica
 1042 faltando apenas a discussão do SISPACTO e CNES; assim, salientou que se não fechar isso com os
 1043 municípios da região em agosto, eles não vão dá conta de está em setembro com eles. Dra. Conceição
 1044 Benigno chamou atenção da fala de Dra. Suzana quando pontuou que os Gestores municipais não

1045 estarão nesse dia anterior, e destacou que a DIPRO vai trabalhar antes através das Diretorias
1046 Regionais com os municípios tendo em vista que tem uma reunião agendada para amanhã, mas precisa
1047 de uma sinalização de quantas pessoas vão participar mais ou menos, para cada etapa, Gestor,
1048 Técnicos, quantos serão necessários e exemplificou que é possível que precise contar com os técnicos
1049 da Vigilância e Atenção Básica e os responsáveis hoje para o preenchimento do aplicativo SISPACTO
1050 no município, pois, às vezes, não são os mesmos técnicos. Então, arrematou falando que é importante
1051 que saiba por que considera no mínimo três técnicos por municípios. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu que o
1052 grupo condutor encaminhe para cada município na hora de convocar para reunião de colegiado a
1053 orientação acerca de quais são os Técnicos que estarão lá no primeiro dia, e no segundo dia também
1054 para incluir os técnicos que trabalham com sistema CNES; salientou que a presença do Secretário é
1055 fundamental para a coisa acontecer, pois, só assim tem como acontecer o Colegiado. Pontuou que a
1056 agenda colocada é 31 de julho a 01 de agosto, a Sul em Ilhéus, dia 06 e 07 de agosto, a Nordeste em
1057 Alagoinhas, 09 e 10 de agosto, a Centro Leste em Feira de Santana, 14 e 15 de agosto, a norte em
1058 Juazeiro, 16 e 17 de agosto, a Sudoeste em Vitória da Conquista, 20 e 21 de agosto, a Extremo Sul em
1059 Teixeira de Freitas, 26 e 27 de agosto, a oeste em Barreiras, 30 e 31 de agosto, a Centro Norte em
1060 Irecê, 03 e 04 de Setembro, as microrregiões de Salvador e Camaçari, lembrando que está sendo
1061 registrado que a agenda do Gestor no segundo dia e o dia anterior é dos técnicos. Reforçou que vão
1062 encaminhar um ofício informando a agenda e a programação. Encerrou a apresentação e abriu para
1063 discussão. Dr. Raul Molina colocou que a proposta que foi apresentada foi discutida com o Grupo
1064 condutor inserindo a discussão do SISPACTO nestas oficinas. Destacou que este processo será ad
1065 referendum, pois, a publicação das regras de transição está atrelada a publicação de Portaria. Assim
1066 reitera que estão colocando a pactuação de indicadores para frente, pois, fica na dependência das
1067 regras de transição. E quando esta vier seguramente vai se criar uma comissão para acompanhar isso.
1068 Assim, mais uma vez, reitera que precisarão de apoiadores institucionais para que possam fazer isso
1069 também. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu quanto a colocação de Dr. Raul que o movimento que estão
1070 fazendo no Estado é de garantir a viabilidade com tempo político que se tem. Então, reiterou que o
1071 movimento feito desde o primeiro momento, foi de seguir recomendações da portaria com regras de
1072 transição do pacto para operacionalização do decreto pactuada entre CONASS, CONASEMS e
1073 Ministério que está para ser publicada a qualquer momento, pois, já deveria ter sido publicada. Pontuou
1074 o encaminhamento proposto, a partir da pactuação na CIT, com base nos trinta e um indicadores
1075 mantidos, pactuar as metas do Estado da Bahia junto com os municípios, pois, está se ganhando tempo
1076 e a Portaria de transição não inviabilizará os SISPACTO e nem sistema aplicativo que está lá; e
1077 ressaltou está se fazendo isso, pois sempre foi feito anualmente e se fosse fazer uma transição sem
1078 nenhuma referência ano que vem quando fossem construir o Relatório Anual de Gestão não ia ter
1079 informação no sistema para o Gestor que vai chegar depois da eleição por se tratar de um novo ano
1080 para gestão municipal. Então, reforçou que o movimento na Tripartite foi esse pactuar os indicadores do
1081 SISPACTO, sendo definido que seriam 31 indicadores e que se estabeleceriam as metas no território
1082 Estadual, envolvendo Estado e Municípios, e trabalhariam com alimentação do sistema. Pontuou que
1083 estão fazendo uma transição saindo do Pacto para o COAP e que já tem indicadores do COAP que
1084 estarão dentro do SISPACTO indicadores que sempre foram trabalhados. Esclareceu que se trata de
1085 indicadores da Atenção Básica, de Gestão e da Vigilância, então, na verdade esse movimento não
1086 invalida e nem amarra a transição pelo contrário, serão dadas as diretrizes no momento que abriu o
1087 sistema, e já terá sido feita a pactuação na CIB e não se pode esperar isso para agosto porque não se
1088 terá tempo para os gestores virem fazer essa discussão e começar do zero. Salientou que estão
1089 ganhando tempo na agenda, pois conforme informação que o Ministério passou, amanhã será publicada
1090 a Portaria e o sistema vai está aberto. Caso isso não ocorra, sinalizou que vão trabalhar em Santo
1091 Antônio de Jesus e Cruz de Almas só com a urgência e CNES sobre o credenciamento porque não vão
1092 ter como fazer a discussão da oficina sem ter isso publicado e aí poderia se pensar trabalhar com
1093 planilha e foi sinalizado garantir o primeiro dia e faz a planilha. Colocou que o Estado e municípios tem
1094 que se ter autonomia para fazer a metodologia, mesmo não cabendo a estes decidir se o sistema vai
1095 ser aberto e a Portaria será publicada. Porém, reforçou que tem que se antecipar o tempo para não ter
1096 problema lá na frente porque estão pensando na comodidade para ajustar a agenda pensando sempre
1097 que em setembro é o prior dos cenários e é muito mais difícil fazer movimento em município no mês de
1098 setembro, perto das eleições mesmo que a área técnica vá para a região, não se dará conta, pois, o
1099 município está envolvido com um milhão de coisas e para sair é difícil. Salientou que dessa forma

1100 quando o Ministério abrir, já estará tudo pactuado e definido. Dra. Suzana Ribeiro informou que na
 1101 verdade como se inverteu a pauta esse cronograma iria ser apresentado no final depois da discussão
 1102 de alteração do Decreto. Dra. Stela Souza colocou que a agenda pactuada pelo Grupo Condutor na
 1103 questão da urgência para o Gestor, o COSEMS também vai se encarregar de enviar para todos os
 1104 municípios, ainda que também seja feita a comunicação através da Dires e SESAB, mas o COSEMS
 1105 vai colocar no site e encaminhar, conforme vem fazendo. Dra. Suzana Ribeiro deu continuidade a
 1106 reunião. Lembrou que na Rede de Urgência, precisam soltar a Resolução da sala de estabilização dos
 1107 municípios da região metropolitana de Salvador ampliada, incluindo as microrregiões de Santo Antônio
 1108 de Jesus e Cruz das Almas, conforme o grupo condutor pactuou, porque na verdade já foi concluída e
 1109 validada e inclusive reforça a necessidade urgente da visita técnica. Dra. Stela Souza sugeriu aproveitar
 1110 esse fórum, que é a instância maior do Estado da Bahia, para reiterar a necessidade de agendar junto
 1111 ao Ministério para visitar as outras salas de estabilização que ficaram acordadas, mas não ficou
 1112 agendado e lembrou que as salas de estabilização que estão em visita técnica, são as da região leste
 1113 ampliada. E reiterou que após visita nada impede que seja aprovada a Resolução para publicação
 1114 agora em 2012; Dra. Suzana Ribeiro concordou. Dra. Stela Souza reiterou então a **sugestão de deixar**
 1115 **pactuada nesta CIB para publicar a Resolução do que já foi aprovado pelo Ministério e conforme**
 1116 **o Ministério vier fazer a visita técnica a essas outras salas e em sendo aprovadas que a CIB**
 1117 **possa publicar a Resolução ad referendum.** Explicou que as salas que foram aprovadas e serão
 1118 publicadas as Resoluções são da região leste e para serem aprovadas pelo Ministério também são
 1119 dessa região têm algumas salas, por exemplo, Sapeaçu tem sala de estabilização que está aguardando
 1120 ainda tem a proposta, mas está aguardando a visita técnica do Ministério; citou propondo que o
 1121 Ministério faça a visita técnica nestas salas e sendo aprovadas que seja publicada logo ad referendum
 1122 para não atrasar o processo. Abriu para discussão. **Aprovado.** Dando continuidade, ponto seguinte
 1123 **Operacionalização dos Dispositivos do Decreto 7508.** Pontuou que essa discussão já houve no
 1124 COSEMS e vinha se trabalhando nisto e no dia 21 de março no congresso do COSEMS quando
 1125 aconteceu a última CIB anterior a essa teve uma pauta e na discussão junto com Dr. Odorico,
 1126 Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério, foi colocada a necessidade de fazer
 1127 alguns pactos políticos e indicar uma agenda política, com os momentos políticos para pactuação e
 1128 definição de como vão conduzir a operacionalização dos dispositivos do decreto no Estado da Bahia e
 1129 ficou acordado apresentar uma proposta na próxima CIB que é essa reunião pois, não houve CIB em
 1130 junho, e registro que estará relembando alguns aspecto do decreto.

1131 **1. GASEC:**

1132 **1.1 Operacionalização dos Dispositivos do decreto 7508/11 no Estado:**

- 1133 – Agenda Técnica e Política;
- 1134 – Regiões de Saúde – CIR;
- 1135 – Regimento da CIB/CIR;
- 1136 – Indicadores do SISPACTO.

1137
 1138 Dra. Suzana Ribeiro iniciou a apresentação registrando que como não foi possível fazer a discussão
 1139 dentro da Assembléia do COSEMS, em conversa com Stela e Raul, definiram por manter na pauta e
 1140 fazer neste momento os ajustes necessários e pactuar o que fosse possível.

1141
 1142
 1143
 1144
 1145
 1146
 1147
 1148
 1149
 1150
 1151
 1152
 1153
 1154

Slide 1: OPERACIONALIZAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DO DECRETO 7.508/11 - BAHIA

SECRETARIA DA SAÚDE Bahia SUS

Slide 2: Decreto nº 7.508/11, de 28 de junho de 2011.

- Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências

Principais vertentes:

- Mais TRANSPARÊNCIA na Gestão do SUS;
- Mais SEGURANÇA JURÍDICA nas Relações Interfederativas; e
- Maior CONTROLE SOCIAL.

SECRETARIA DA SAÚDE Bahia SUS

1155
1156
1157
1158
1159
1160
1161
1162
1163
1164
1165
1166
1167
1168
1169
1170
1171
1172
1173
1174
1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193
1194
1195
1196
1197
1198
1199
1200
1201
1202
1203
1204
1205
1206
1207
1208
1209

Falou inicialmente que o decreto foi publicado no ano passado, regulamentado em 21 de junho de 2011, referiu que ele regulamenta a lei 8080 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde planejamento da Saúde, assistência e a articulação interfederativa, dando outras providências. Colocou que o decreto dá mais transparência na gestão do SUS por conta de toda a sinalização que faz em relação à estrutura, maior segurança jurídica e maior controle social. Saliou maior segurança jurídica porque trata também a questão do contrato organizativo de ação pública, o que na verdade de alguma maneira concretiza o que o Decreto traz, o COAP vem para formalizar a relação intergestores dentro do âmbito do território da Região de Saúde e suas responsabilidades sanitárias de todos os entes federados. Portanto, referiu que como é um contrato, não é mais um termo de compromisso de gestão, o contrato tem um respaldo jurídico, legal e por consequência tem uma segurança jurídica maior porque inclusive é passivo de execução. Informou que o Decreto traz seis capítulos. Colocou que o decreto traz um conjunto de conceitos que na verdade redefine ou legitima as questões das regiões de saúde, contrato organizativo de ação pública, prevê um território que garanta um padrão mínimo de integralidade e tenha identidade regional, geográfica, econômica. Enfim, ressaltou que tem o contrato organizativo de ação pública, sobre o qual, referiu que se deterá um pouco mais porque tem vários aspectos importantes, dentre eles: as portas de entrada principais do sistema único de saúde tendo a atenção básica como a principal porta, pois, ordena a Rede e coordena o cuidado, a porta da urgência, as Comissões Intergestores que veio no Decreto, a CIB – Comissão Intergestores Bipartite e a CIT – Comissão Intergestores Tripartite e as Comissões Intergestores Regionais que são a CIR e ai depois do Decreto em setembro foi publicada a lei 12466 que regulamenta, institucionaliza e reconhece com força da lei as comissões intergestores, e que portanto formaliza as relações interfederativas dentro do SUS; O mapa da saúde que é uma ferramenta importante a ser construído e demonstra um reconhecimento do que existe naquele território em termo de ações e serviço de saúde; a rede de atenção a saúde que são as redes que estão sendo trabalhadas (a Rede Cegonha – materna e infantil, a rede de urgência, a rede psicossocial enfim, as redes de atenção a saúde) e os serviços especiais acesso aberto como nós temos no caso o CESAT, CEREST e os serviços de DST Aids, enfim, referenciados.

Decreto nº 7.508/11, de 28 de junho de 2011

Capítulo I – Das disposições preliminares - (Art. 1º e Art. 2º)
 Capítulo II – Da Organização do SUS - (Art. 3º ao Art. 14)
 Seção I – Das **Regiões de Saúde**
 Seção II – Da hierarquização
 Capítulo III - Do **Planejamento da Saúde** - (Art. 15 ao Art. 19)
 Capítulo IV – Da Assistência à Saúde - (Art. 20 a Art. 29)
 Seção I – Da **RENASES**
 Seção II – Da **RENAME**
 Capítulo V – Da Articulação Interfederativa - (Art. 30 ao Art. 41)
 Seção I – Das **Comissões Intergestores**
 Seção II – Do **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**
 Capítulo VI – Das disposições finais - (Art. 42 ao Art. 45)

DECRETO Nº 7.508/2011

I - CONCEITOS:

- Região de Saúde
- Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)
- Portas de Entrada
- Comissões Intergestores
- Mapa da Saúde
- Rede de Atenção à Saúde
- Serviços Especiais de Acesso Aberto
- Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica

Informou que houve essa discussão sobre serviço aberto quando foi feita a discussão do Decreto e que ficou entendido ser tratar de serviço com entrada por algum ambiente de referência ou por um encaminhamento que não vem por dentro, mas que muitas vezes não vem pela atenção básica que

1210 seria a porta principal de entrada para a referência, então, ficou acordado que poderia ser considerado
 1211 aquele que não entrar pela porta da atenção básica ou que não entrar pela porta da urgência e que
 1212 tenha outra forma encaminhamento estava sendo considerada como acesso aberto, não pela demanda
 1213 espontânea mesmo que seja referenciada não pelo canal principal da porta de entrada reconhecida que
 1214 é Atenção Básica e as portas de Atenção Hospitalar. Outro ponto do decreto trata-se do protocolo
 1215 clínica e Diretriz Terapêutica que são os protocolos que vão orientar e ajudar a apoiar a organização
 1216 das redes, tanto o protocolo quanto as diretrizes para utilização de medicamentos, enfim, que vão
 1217 contribuir com uso racional de medicamentos e inclusive dando suporte aos Gestores em relação a
 1218 aquisição de medicamentos que estão fora do elenco pactuado ou para demanda judiciais que muitas
 1219 vezes batem a porta e que acabam sendo pautados por elas, o Decreto sinalizar no sentido de dois
 1220 suportes. A Lei 12.466 que regulamenta a Comissão Intergestores e, portanto, trata da governança do
 1221 SUS traz e reconhece as comissões como fóruns de negociação e pactuação entre os Gestores; define
 1222 e reconhece o poder decisório dessas instâncias na operacionalidade do SUS e nos aspectos
 1223 financeiros e administrativos, e trata da Gestão compartilhada através da construção do espaço regional
 1224 da Gestão dos Planos de Saúde Municipais e Regionais quantos as ações dos Conselhos de Saúde.
 1225 Colocou que na verdade tratam da gestão participativa que é uma forma de gestão compartilhada; a
 1226 organização da atenção a saúde, da governança institucional integra a rede de serviços entre os entes
 1227 federados e trata também das regiões de saúde, distritos sanitários, territórios, referência e contra-
 1228 referência, ou seja, ela modifica todo processo de relação interfederativa, que se fazia antes sem
 1229 nenhuma sustentação legal, isso passar a existir com um reconhecimento formal. Ressaltou porque
 1230 antes pactuavam mais não tinha força porque não tinha sustentação legal e passou a ter então com a lei
 1231 12.466 o reconhecimento deste fórum e das suas competências. Ela também pontuou que por dentro da
 1232 lei 12.466, com o reconhecimento das relações interfederativas, se reconheceu as comissões e
 1233 estabeleceu que estas devessem pactuar os aspectos operacionais e financeiros administrativos da
 1234 gestão compartilhadas do SUS de acordo com a definição da política de Saúde dos entes federativos,
 1235 consubstanciados nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde.
 1236 Portanto, reforça o espaço da região de saúde que está estabelecido como um conjunto de municípios
 1237 que estarão atuando, que tem uma identidade regional, que já existe e nos quais estarão estruturados a
 1238 CIR – Comissão Intergestores Regional que vai definir e deliberar pelas prioridades daquela região, mas
 1239 sustentadas nos Planos Municipais de Saúde que compõem cada município que foi previamente
 1240 aprovado no Conselho. Informou que tem feito um movimento junto à coordenação de planejamento
 1241 COPE na construção dos planos regionais de saúde, com uma matriz já definida, e na verdade
 1242 ressaltam que esses Planos Regionais é que sustentam o Plano Estadual de Saúde. Destaca que se
 1243 percebe que existe um envolvimento, um link, um interfaceamento entre as diversas instâncias e os
 1244 diversos entes federados. Lembrou que a região de saúde não existe como entes federados, que existe
 1245 entre município, Estado e União, mas a região de saúde é conformada pelo conjunto de municípios e
 1246 tem que está claro qual é o papel daquela região e a governança tem que se dá por dentro de um Plano
 1247 Regional que é construída a partir dos Planos Municipais de saúde onde as identidades regionais são
 1248 qualificadas e construídas as redes a partir de então.

II - GOVERNANÇA - COMISSÕES INTERGESTORES

- Lei nº 12.466 – 24/08/2011:

- Foros de negociação e pactuação entre gestores do SUS.
- Poder decisório sobre a operacionalidade do Sistema e nos aspectos financeiros e administrativos.
- Gestão compartilhada – Planos de Saúde – Conselhos de Saúde.
- Organização das RAS – governança institucional e integração das ações e serviços entre os entes federados..
- Regiões de Saúde, distritos sanitários, territórios, referência e contra-referência.

ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

As Comissões Intergestores (CIT, CIB e CIR) pactuarão:

(...)

Aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

(...)

1265
1266
1267
1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274
1275
1276
1277
1278
1279
1280
1281
1282
1283
1284
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

Quanto à articulação interfederativas, o Decreto, assim como a lei 12.466 já sinaliza em relação aos papéis das comissões. Então, a CIR que são as Comissões Intergestores Regionais devem se reunir ordinariamente mediante um cronograma previamente pactuado, que já se assemelham aos colegiados de hoje e devem pactuar aspectos operacionais financeiros administrativos da gestão compartilhada inerente ao COAP, inerente ao que aquela região pactuou e contratualizou através do COAP que é único para toda uma região, claro definindo os aspectos individuais de cada ente federado, de cada municípios. Pontuou ter colocado isso nesta reunião porque tem um significado muito importante, pois, tem que se trabalhar as comissões intergestores regionais visando qualificá-las no sentido de garantir que tenham a capacidade deliberativa em alguns aspectos. Destacou que não será e tudo porque existe a Comissão Intergestores Bipartite que é a Comissão Estadual que vai deliberar sobre os aspectos operacionais das políticas estaduais, mas reforço que é preciso que para essa CIR tenha essa autonomia, tenha a capacitação e qualificação técnica. Então, ressaltou que vão precisar fazer um grande investimento dentro dessas estruturas para garantir essa qualificação técnica não só dentro das DIRES – Diretorias Regionais de Saúde, mas também por dentro da câmara técnica formada por técnicos das áreas específicas, representando Estados e Municípios. A CIR pactua, portanto sobre planejamento regional, sobre as diretrizes e metas, o Rol de ações e serviços que é a RENASES – Relação Nacional de Ação e Serviços de Saúde, o elenco de medicamentos ofertados na região que é RENAME, isso é pactuado na CIR. Ressaltou que se quiserem e houver um entendimento entre Município e Estado pactuar ampliação da relação de medicamentos a nível Estadual, isto é pactuado na CIB, mas dentro da região tem que ser garantido minimamente com a pactuação na CIR, não pode ser além do que está estabelecido pela CIB é preciso que entendam que de alguma maneira elas estão vinculadas, e o papel da CIR nunca pode extrapolar o papel da CIB. Dra. Suzana pontua que o planejamento regional, as diretrizes e metas, o rol de ações e serviços que é a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, o elenco de medicamentos ofertados na região que é a RENAME, tudo isso é pactuado na CIR, se for a nível estadual, se houver entendimento entre municípios e estado de pactuar ampliação da relação de medicamentos a nível estadual, isso é pactuado na CIB. Mais dentro da região, ele tem que ser garantido dentro da região minimamente com a pactuação na CIR, não pode ser além do que está estabelecido pela CIB, então, precisa que se entenda que elas estão, de alguma maneira, vinculadas e o papel da CIR nunca pode extrapolar o papel da CIB e os critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços naquele território naquela região, também deve ser pactuado dentro da CIR, dentro de comissão. As responsabilidades individuais e solidárias também são pactuadas na Comissão Intergestores Regional, os processos de monitoramento e avaliação a o incentivo a participação social, criação de câmaras técnicas para assessoramento ao COAP e a elaboração, a revisão de regimento interno pode também ser aceito e tudo isso deve ser feito dentro da CIB, em relação a toda essa estruturação. Dentro do planejamento integrado do SUS.


ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

- CIR reunir-se-á ordinariamente, mediante cronograma, pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada, inerentes ao COAP.
- Pactuar (CIR) sobre:
- Planejamento regional;
- Diretrizes e metas;
- Pactua: Rol de ações e serviços (RENASES), elenco de medicamento ofertado na região (RENAME);
- Critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços;



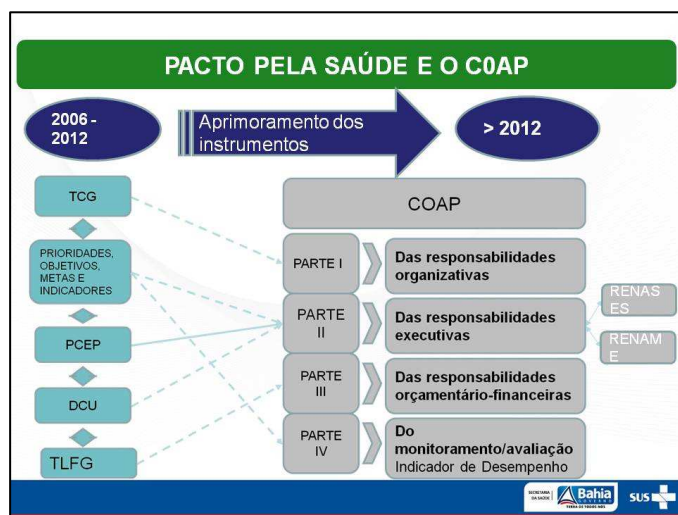
ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

- Responsabilidades individuais e solidárias
- Processos de monitoramento e avaliação;
- Incentivar a participação social;
- Criar câmaras técnicas para assessoramento (COAP);
- Elaboração e revisão do regimento interno.



Dentro do planejamento integrado do SUS, o produto do processo de planejamento integrado dentro da região é que vai conformar o COAP, e o COAP nada mais é que a organização, integração das ações e

serviços na região de saúde garantindo a integralidade da assistência aos usuários. Lembrou que para ele ser operacionalizado tem alguns instrumentos que devem ser feitos: o mapa da saúde, a programação geral das ações e serviços de saúde que na verdade será construída a partir da RENASES e que vai substituir o que existe hoje como Programação Pactuada Integrada que é a PPI. Refere que a relação entre o pacto pela saúde de 2006-2012 e o COAP e que na verdade o COAP ele propõe um aprimoramento uma evolução dos instrumentos que foram construídos dentro do pacto. Então, destaca que há o Termo de Compromisso de Gestão, que era o termo de responsabilidade entre gestores, dentro do COAP, do Contrato Organizativo de Ação Pública, que é de caráter regional, ele passa a constituir o TCG, que passa a constituir a parte I do COAP e tratará das responsabilidades organizativas da gestão. As prioridades, objetivos, metas e indicadores vão constituir a parte II, que trata das responsabilidades executivas da gestão municipal assim como a direção do comando daquele território, do comando único. Entra para a parte II do COAP que trata das responsabilidades executivas, o PCEP que é o protocolo de compromisso entre entes públicos que antes era termo de compromisso ele passa a constituir também a parte II das responsabilidades executivas. O último instrumento é o Termo de Limite Financeiro Global que era o anexo do Termo de Compromisso de Gestão e a parte financeira ele vai tratar, vai constituir responsabilidade orçamentária e financeira do COAP. E a última parte do COAP é a qual trata da parte de monitoramento avaliação e controle que está relacionado diretamente ao item das prioridades, objetivos, metas e indicadores que vinha do pacto. Portanto, com o COAP ele tem o peso formal e é preciso que qualifique todos os instrumentos. Destaca que se trabalhou no pacto e que muitas vezes não dava conta, de fazer e de acompanhar e é preciso que se reordene toda essa estrutura.



Na operacionalização do decreto, tem uma agenda que é tripartite, envolve a SESAB, o COSEMS e o Ministério da Saúde. Primeiro momento é de organizar as instâncias de governança do SUS, que é o colegiado de gestão e a CIR, nesse movimento dessa organização existe a preposição de reavaliar os pactos interfederativos e interinstitucional é o que referiu chamarem de gestão compartilhada. Destacou que nesse processo já tem o entendimento entre a SESAB e o COSEMS de que as 28 microrregiões de saúde serão reconhecidas como 28 regiões de saúde e, portanto, os colegiados de gestão microrregionais passarão a constituir as Comissões Intergestores Regionais. Portanto, terão 28 regiões de saúde e 28 Comissões Intergestores Regionais. O planejamento da saúde deve ser ascendente integrado, envolvendo a parte dos conselhos de saúde, respeitando a lei 8080 e o decreto, deve seguir as diretrizes aprovadas pelo conselho nacional de saúde obviamente e tem que garantir a gestão de informação garantindo a gestão da rede e atenção. A proposta é de que o planejamento supere as dificuldades e as fragilidades que o pacto apontou, mas para isso é necessário que o planejamento assuma um papel importante, porque em via de regra, os planos municipais eles são relegados a apresentação quadrienal. É preciso que se garanta que o plano de saúde ele seja balizado também no PPA, no plano plurianual do município, ou do estado, do ente federado em questão. E reforça ser preciso que ele dialogue com a LDO, obviamente se há um PPA ele vai ter que dialogar, com as Leis de Diretrizes Orçamentárias e dialogar com a LOA – Lei Orçamentária Anual e que então não tenha nada descolado. Reiterou que se estava falando que o plano de saúde de um município já que faz parte de

1375 uma região, esse conjunto de planos tem que dialogar para conformar um plano regional de saúde
1376 obviamente que tudo que está posto ali tem que ser exequível e tem que está previsto no PPA e na
1377 LDO e por consequência na LOA. A cada ano temos uma programação específica de ações do ponto
1378 de vista orçamentário e financeiro para serem garantidos e está articulado dentro do plano, então esse
1379 movimento é fundamental e o decreto traz isso com muita clareza, coisas que muitas vezes deixava
1380 estanque, porque não existia nada que amarrasse quando isso vai para dentro do contrato do COAP,
1381 tinha que deixar claro que estava contratualizado, o que estava previsto no plano de saúde, estava
1382 amarrado ao que tinha garantido em termo de governo na instância federativa dentro do PPA e que
1383 obviamente será desdobrado na LDO e na LOA daí que não dava para ficar pensando na lógica o que
1384 tinha no pacto e o que fazia no termo de compromisso de gestão que via de regra não era
1385 acompanhado, era preenchido, remetido alimentava o sistema. Então agora a coisa muda, precisa-se
1386 qualificar ainda mais esses espaços para garantir que essa integração se dê. A regionalização é
1387 produto do planejamento, e hoje encontrou uma forma de acomodar pela questão, momento, ano (esse
1388 ano difícil). Então, o processo de regionalização que estava nesse momento validou o desenho das
1389 regiões, o que não impede que a partir de 2013 debruce-se sobre o desenho da região de saúde no
1390 estado e o ajuste. Mais hoje o que está posto é que estava reconhecendo, validando, as 28 regiões de
1391 saúde, que são 28 microrregiões e validando os colegiados como comissões intergestores regionais
1392 Referiu que solicitou a DIPRO o levantamento de tudo, da solicitação dos municípios para mudança de
1393 regional de saúde, e muitas vezes de microrregião para que se pudesse sentar com o COSEMS e fazer
1394 uma análise para indicar a deliberação sobre isso. Quanto a mudança de DIRES sem interferir no
1395 desenho da região de saúde, informou que não existia nenhum problema porque se conseguia agregar,
1396 e como ia fazer uma outra discussão sobre o processo da regionalização iria ter como fazer esse
1397 envolvimento caso esteja dentro de uma região mais ampla com integração das ações de saúde que
1398 seria a macrorregião do desenho de hoje. Saúde indígena também entra no planejamento no espaço
1399 loco-regional de contratualização. O outro ponto importante, além do planejamento, é o plano diretor
1400 que acabou antecipando, é o PDR que ele expressa, o que acabou de falar, o planejamento regional da
1401 saúde, reconhece a região de saúde nos desenhos das redes regionalizadas de atenção a saúde.
1402 Reitera que ele prevê o exercício da governança, porque o planejamento é permanente e vai está
1403 expresso no COAP e tem como produto final o Plano Estadual de Saúde e COAP e já vinha falando
1404 sobre isso o tempo todo. Se o conjunto de Planos Municipais vai conformar o plano microrregional e
1405 esse plano vai dialogar e desaguar no Plano Estadual de Saúde, este vai prevê ação integrada em todo
1406 território do estado. Como outro elemento importante da governança, a programação geral de
1407 articulação interfederativa de ações e serviços de saúde – PGASS, porém a utilização da PPI se dará
1408 como referência na transição, a PPI, ela vai ser substituída, mas nesse momento da fase de transição,
1409 ela será mantida como a referência. Registra que deverá se ter a programação PGASS no enfoque
1410 regional, e focar as ações de assistência a saúde de atenção básica, especializada, promoção,
1411 vigilância, assistência farmacêutica e aí vem RENASES E RENAME, definindo, a partir das prioridades
1412 do planejamento regional integrado que foi priorizado, as redes temáticas também que são estratégias
1413 que estão já trabalhando com algumas redes para organizar o planejamento regional com ênfase na
1414 regulação que é fundamental. Sem a regulação não se tem rede, e se não tem rede não tem condição
1415 sequer de pensar em estruturar região de saúde, muito menos o COAP. O COAP tem como objeto de
1416 ação integrar e organizar as ações e serviços de saúde, entre os entes federativos, a partir da rede de
1417 atenção, portanto, é o que estão construindo hoje na rede cegonha, urgência e na RAPS. Mais tarde
1418 com Rede de Atenção à pessoa com deficiência e pessoas portadoras de doenças crônicas serão na
1419 verdade o recheio do COAP. Tudo que estão pactuando hoje de investimento de construção de elenco
1420 de serviço, de disponibilidade de oferta vai está tudo dentro do COAP. Nele estão dispostas as
1421 responsabilidades organizativas que é o I capítulo II executivas com PGASS, PCEP, Declaração de
1422 Comando, síntese do quadro apresentado anteriormente, III as orçamentárias e financeiras que é o
1423 Termo de Limite Financeiro Global e a IV Responsabilidade pelo monitoramento, avaliação de
1424 desempenho do COAP e auditoria. Referiu que sobre a RENASES e RENAME já citou o que significa
1425 cada uma delas e a constituição da RENASES e da RENAME.
1426
1427
1428
1429

III - OPERACIONALIZAÇÃO DO DECRETO 7.508/11

- Agenda Tripartite

- 1- Organização das instâncias de governança do SUS – CGMR/CIR (reavaliação dos pactos interfederativos e interinstitucionais – gestão compartilhada)
- 2- Planejamento de Saúde – ascendente e integrado – Conselhos de Saúde (Lei 8.080/90 e Decreto 7.508/11);
 - diretrizes aprovadas pelo CNS;
 - gestão da informação – gestão da rede de atenção;
 - fragilidades do Pacto: gestão do trabalho, PPI s/recursos novos, complexo regulatório;
 - saúde indígena – espaço loco-regional e contratualização;

3 - Plano Diretor de Regionalização (PDR) – expressão do **planejamento regional da saúde**, reconhecimento **das regiões de saúde** e desenhos **das redes regionalizadas de atenção à saúde**.

- exercício da governança – planejamento permanente – expresso no COAP.
- produtos finais: PES e COAP.

4 - Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde (PGASS) – utilização da PPI (referência na transição)

- Enfoque regional.
- PGASS – ações de assistência à saúde (AB e AE), promoção, vigilância, assistência farmacêutica - RENASES e RENAME – a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado.
- Redes Temáticas – estratégias organizativas do planejamento regional com ênfase na regulação.

- 5 - COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública) – objeto: organização e integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma **Região de Saúde em Rede de Atenção à Saúde**. Partes do COAP:
 - I - Responsabilidades organizativas
 - II – Responsabilidades executivas (PGASS, PCEP, Declaração de Comando)
 - III – Responsabilidades orçamentário-financeiras (TLFG – Termo de Limite Financeiro Global)
 - IV – Responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho do COAP e auditoria

6- RENASES – **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde** – conjunto das ações e serviços de saúde – aprovada em CIT de março/2012.

A RENASES será a referência para o processo de planejamento e PGASS.

7- RENAME – **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais** – seleção e padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou agravos nos diversos componentes: básico, estratégico, especializado, insumos e de uso hospitalar).

8 - OPERACIONALIZAÇÃO DO DECRETO NA BAHIA:

- Reconhecimento e definição das regiões de saúde do estado da Bahia
- Definição das instâncias colegiadas interfederativas – CGMR/CIR

- CIB/BA – 21 DE MAIO DE 2012 –

- **Proposição e pactuação da agenda com MS/SESAB/COSEMS - até dezembro/2012:**

1º Momento: Alinhamento técnico entre MS/SESAB/COSEMS

- agendar cronograma e pactuar na próxima CIB – 06/06/2012

2º Momento: Discussão:

MS+SESAB+GOVERNADOR+PREFEITOS+COSEMS (político)

3º Momento: Jurídico (PGE/PGM/Assessorias dos municípios)

4º Momento: Construção do MAPA DA SAÚDE

5º Momento: Elaboração e assinatura do COAP/região de saúde.

Quanto a operacionalização do decreto propriamente dito, trouxe também a lei nº 141 que é a lei que regulamentou a emenda 29 e que também reforça os dispositivos do decreto, para operacionalizar. Primeira questão a reconhecer foi definir as regiões de saúde do estado e que já colocou. Quando reconheceram que são 28 regiões de saúde e 28 CIR, que hoje iria está homologando e deverá sair a Resolução da CIB reconhecendo essas instâncias, essas regiões e as instâncias que estariam, portanto, deflagrando o processo de operacionalização do decreto aqui no estado. Então, a partir de agora o que está propondo é que reconheça formalmente as 28 regiões de saúde, com os 28 colegiados que são as 28 CIR. Transformando em 28 CIR, e queria propor ao COSEMES o seguinte que ainda tinha outro intermediário e que hoje tem as macrorregiões e estavam discutindo e construindo as redes de atenção a saúde e priorizando as macrorregiões. Na rede cegonha priorizou a norte, a metropolitana que é sempre recortada, a Sul e a Centro Norte e agora na urgência já priorizou a metropolitana ampliada que foi a leste e estava priorizando a Sul e que iria priorizar outras regiões e porque isso. Porque de fato só estavam conseguindo garantia de integralidade da atenção das redes quando de fato vai para o desenho macrorregional. Destacou que se pegar o desenho, o recorte da região de saúde hoje das 28 microrregiões observa-se que aqueles municípios, aquelas regiões não garantem a integralidade. Que aqueles municípios e aquelas regiões onde tem o pólo da microrregião, onde tem o maior conjunto de ofertas e que até então era sede de macro é que vai conseguir garantir a integralidade naquele território que é pequeno, é uma microrregião de outrora, que passa a ser região de hoje. Só vai conseguir garantir a integralidade, quando se parte para um desenho maior, que se consegue garantir que aquela referência da sede de macro referencie para um conjunto maior de municípios que utilizam aquela referência desde a sua PPI até a oferta mais ampla de serviços que envolva inclusive agregados ou que envolva referências macrorregionais. Essa discussão vai precisar

1485 ter, já existem algumas experiências em alguns estados, como era o caso do Estado de São Paulo que
 1486 considerava a macrorregião que era um desenho semelhante ao deles e essas macrorregiões foram
 1487 consideradas, reconhecidas como território de rede de atenção, ou seja, têm os municípios, a região de
 1488 saúde e o território de rede de atenção que é onde se garante a pactuação de todas as referências e
 1489 viabiliza as redes de atenção integral a saúde. Vai precisar ter essa discussão junto ao
 1490 COSEMS/SESAB para definir esse desenho como vai ser feito, porque se deixar com as 28 regiões
 1491 elas sozinhas não se sustentam, não para o ponto de vista formal, mas para o ponto de vista da
 1492 organização interna da rede de atenção e destaca que isso começa com a rede cegonha. Reforça a
 1493 necessidade de se pensar na real da existência de um colegiado que dê conta de fazer essas
 1494 discussões, trabalhe com o território das redes de atenção. Isso é uma tarefa seguinte se derem conta
 1495 de fechar o cronograma, nesses momentos se consegue avançar. Na CIB de 21 de maio com Dr.
 1496 Odorico, o que foi pactuado, a partir da proposta de Dr. Odorico, foi ter **um primeiro momento até**
 1497 **dezembro desse ano e o primeiro momento seria ter um alinhamento técnico entre o Ministério, a**
 1498 **SESAB e o COSEMS, sendo esse um momento técnico.** Agenda do cronograma pactuando a
 1499 próxima CIB que seria no dia 06 de junho que é essa agora. **O segundo momento seria o momento**
 1500 **de discussão entre Ministério, a SESAB, o Governador, os Prefeitos e o COSEMS e que foi**
 1501 **chamado de momento político. O terceiro momento é o jurídico que contaria com a participação**
 1502 **da Procuradoria Geral do Estado – PGE, Procuradoria Geral do Município – PGM, com assessoria**
 1503 **jurídica dos municípios, enfim das Secretarias de Saúde Municipais. O quarto momento seria a**
 1504 **construção do mapa da saúde e o quinto momento seria da elaboração e assinatura do COAP na**
 1505 **região de saúde.** E se for o que se desenhou, claro que não iria se elaborar e assinar o COAP até
 1506 dezembro. Essa pauta seria remetida para 2013.

COMISSÃO GESTORA

- OPERACIONALIZAÇÃO DO DECRETO -

A- Análise da viabilidade da proposta:

- Propostas para 2012 (período pré e pós eleições municipais).

1º Momento: alinhamento técnico-político - entre SESAB, MS, COSEMS (envolver UPB e Governadoria e Secretarias afins).

- Agenda política nacional a partir do MS e Presidência da República com municípios e estados.

2º Momento: Mapa da Saúde - envolver as DIRES - ajustar com o cronograma das redes temáticas nas regiões - agenda programada com os CGR/CIR - deliberação do Grupo Condutor Estadual de Redes Temáticas.

- Agenda com o COSEMS e as DIRES - discussão e construção do Mapa da Saúde.

3º Momento: alinhamento jurídico - interno (SESAB) e com o MS.

- Propostas para 2013:

3º Momento: alinhamento político entre MS SESAB COSEMS Governador e Prefeitos.

4º Momento: alinhamento com as PGMs, com as novas gestões municipais.

5º Momento: elaboração e assinatura do COAP - região de saúde

B - Desenho regional

- 28 Micro-regiões = 28 regiões de saúde. Os Colegiados de Gestão Micro regionais passam a constituir as Comissões Intergestores Regionais (CIR).

- Reorganização dos espaços macrorregionais - Colegiado Macro regional - representativo (?).

C - Regimentos CIB/CIR

- Revisão à luz do Decreto 7.508/11 – Comissão SESAB/COSEMS (Suzana, José Raimundo/ Stela, Fabiano). Apresentação na próxima CIB - 19/07.

- Regimento CIR – proposta a ser discutida.

D – Indicadores do SISPACTO – programação junto às Superintendências e pactuação com o COSEMS.



1523 Quando foi analisado esse momento, se percebeu o momento político pré e pós-eleições municipais,
 1524 pois, tinha uma realidade impar para os municípios. Qual era a viabilidade que essa proposta tinha,
 1525 fizeram uma discussão e trouxeram uma proposta para ser discutido e dar encaminhamento. Primeiro
 1526 momento, pensando nesse momento prévio das eleições e pós. Primeiro momento é fazer o que é
 1527 preciso fazer, as tarefas de casa, seria um alinhamento político entre a SESAB, Ministério e o
 1528 COSEMS. Falou com Dr. Raul e Dra. Stella, das alterações naquele momento, readequando, pensando
 1529 nos municípios, mas que não dava conta sozinha e a comissão da SESAB tinha que está dialogado
 1530 com eles e trouxeram a primeira proposta para discutir e encaminhar. O primeiro momento seria esse
 1531 alinhamento político, técnico-político entre a SESAB, o Ministério e o COSEMS e no caso ressaltou que
 1532 seria importante envolver uma representação da UPB e da Governadoria, pois, esse movimento vai ser
 1533 feito agora pensando que os novos prefeitos que chegarão vão se debruçar sobre essa realidade.
 1534 Então precisaria alinhar primeiro entre eles antes de fazer a discussão para fora. O segundo momento,
 1535 seria se fazer envolvendo o governador e o prefeito porque não iria conseguir trazer os prefeitos agora
 1536 porque estão em processo eleitoral e não vão se deslocar para Salvador para se reunir com o
 1537 governador e com os secretários municipais de saúde para discutir COAP e decreto, até porque não
 1538 iam discutir isso agora, não ia ter como fazer operacionalizar o COAP agora. Então o que foi pensado
 1539 primeiro foi um momento técnico também, fazer o mapa da saúde, ou seja, diagnosticar no território o

1540 que já existe e trazer isso para a ferramenta. O mapa da saúde, a ferramenta já foi disponibilizada pelo
 1541 ministério da saúde e teve uma primeira vídeo-conferência, que vai envolver COSEMS e SESAB e isso
 1542 vai ter que ser reaplicado. Além disso, esse mapa da saúde precisaria envolver também as Dires -
 1543 Diretorias Regionais de Saúde, que também foi o encaminhamento do grupo condutor das redes
 1544 temáticas, envolver as Dires, para identificar o que existe de serviço de credenciamento e ajustaria
 1545 essa agenda programada com os colegiados que foi o indicativo do grupo condutor de rede temática na
 1546 última reunião, aproveitaria e daria isso peso do mapa da saúde, trabalhando com essa ferramenta.
 1547 Reforça que essa seria uma agenda conjunta COSEMS, Dires e SESAB para discutir e construir o
 1548 mapa, SCNES e credenciamento, sendo este um encaminhamento do grupo condutor. O terceiro
 1549 momento é de alinhamento jurídico e destaca que tem que ter um alinhamento jurídico Interno da
 1550 SESAB primeiro com o Ministério porque pensou também e questionou se todos concordavam que
 1551 envolver os municípios, a procuradoria jurídica dos municípios, agora era complicado, para alinhamento
 1552 porque estava no momento de eleição e depois poderá haver mudança de gestão, vai mudar a PGM se
 1553 muda o gestor municipal e até da UPB se for o caso. Solicitou de Nanci, Secretária Executiva da CIB,
 1554 anotar no alinhamento jurídico que estava proposto a ser realizado entre SESAB e Ministério, incluindo
 1555 o jurídico do COSEMS e da UPB. Falou que em 2013 se desdobrou, mas que na verdade era o mesmo
 1556 momento, era o quarto momento. O Alinhamento político em 2013 com a nova gestão municipal, pois, o
 1557 alinhamento político, o alinhamento interno entre eles já avançou. Alinhar ministério, SESAB, COSEMS,
 1558 Governador e novos prefeitos e secretários, para fazer um alinhamento político em relação a essa
 1559 operacionalização. O quarto momento também ficaria para 2013, para alinhar com as procuradorias
 1560 gerais dos municípios, com as novas gestões municipais. Destacou que o último momento seria a
 1561 elaboração e assinatura do COAP, pelas regiões de saúde. Dra. Suzana falou que o que apresentou
 1562 agora foi uma agenda que estava proposta para encaminhar. No desenho regional hoje já se tem as 28
 1563 microrregiões, existe um consenso que são as 28 regiões de saúde. Já existe um consenso também
 1564 que os colegiados de microrregião passam a constituir as CIR. Os espaços macrorregionais que foram
 1565 sinalizados anteriormente que iria precisar reorganizar, porque esses espaços macrorregionais é que
 1566 garantem a integralidade da atenção das redes. Isso não foi definido, isso é agenda de trabalho. O que
 1567 tem consenso sugeriu que podiam até definir.

AGENDA PROPOSTA

ALINHAMENTO TÉCNICO-POLÍTICO - SESAB/COSEMS/MS:

- Pactuação do Regimento da CIB
- Discussão e pactuação dos indicadores do SISPACTO (SESAB/COSEMS)
- Definição dos espaços de integração das Redes de Atenção à Saúde (atuais macrorregiões)
- Reunião com as Dires
- Pactuação do Regimento das CIR (documento orientador)
- Elaboração do Mapa da Saúde

OBRIGADA!

SESAB/COSEMS

JULHO/2012



1585 Dra. Stella do COSEMS falou que dentro desse consenso precisava fazer uma observação, falou que
 1586 concordava com as 28 microrregiões e as 28 CIR também a princípio estava posto, só que tinha ainda
 1587 um trabalho que é o dos mapas de saúde que vai também delimitar essas regiões de saúde e que
 1588 regiões de saúde que terão e como serão essas regiões de saúde e isso é que vai fechar esse
 1589 processo. Então, Dra. Suzana pontuou que a transição é justamente para reconhecer que não impede
 1590 depois esse movimento político todo que está acontecendo nos municípios e isso vai ser sinalizado, que
 1591 tem o mapa da saúde, que esse momento que ia começar a fazer agora com eles, construir agora e que
 1592 se pode no decorrer do processo sinalizar a necessidade de revisão do desenho regional e que ai de
 1593 fato, tinha 2013 regiões mais sustentadas do plano de vista da integralidade. Referiu que o mapa agora
 1594 iria ser feito a partir de um trabalho interno com as Dires, COSEMS para levantar tudo o que tiver na

1595 região, porque a partir desse diagnóstico é que iria vê se realmente essa região se sustenta ou não e
1596 qualquer proposição que venha sobre o PDR no futuro teria que ter sustentação técnica. Destacou que
1597 a revisão do Regimento da CIB e CIR está sendo feita a luz do Decreto nº 7508/11 e tinha uma
1598 comissão SESAB e COSEMS que foi formada em reuniões anteriores e ficou de apresentar hoje, só
1599 que na discussão muito embora esteja que a CIR também dispõe sobre seu regimento, precisava fazer
1600 um realinhamento antes. Reforçou que existia uma discussão sobre a formulação de um regimento
1601 único CIB/CIR, porque ele era um norteador para todas as CIR, já que se considerava que a CIB e a
1602 CIR, elas tinham uma vinculação, um embricamento. Referiu que existiam também argumentos que
1603 seria melhor manter o regimento da CIB e da CIR. Como tinha começado a trabalhar construindo o
1604 regimento da CIB, a luz do decreto e pelo próprio decreto já direcionava de alguma maneira a discussão
1605 já estava sendo puxada para dentro. Como não alinhou isso, não tiveram tempo, na verdade porque
1606 foram dois dias intensos e não conseguiu fechar e retirou da pauta o regimento da CIB e da CIR e
1607 estava remetendo para a próxima reunião. E os indicadores do SISPACTO, eles estão dentro do
1608 processo de operacionalização do decreto, como os indicadores já estão pactuados e definidos, deve-
1609 se pactuar as metas, então o trabalho proposto foi preparar tudo, pactuar e quando estiver liberada a
1610 transição e liberado o sistema põe em prática, em operação através do cronograma de oficinas que foi
1611 pontuado no início da discussão dessa reunião. Por isso, reforçou que o SISPACTO apareceu no
1612 cronograma das oficinas e apareceu no sentido de pactuar com o COSEMS para fechar o
1613 encaminhamento em relação ao SISPACTO, considerando os prazos, pois, só terão a próxima CIB em
1614 agosto, e se esperar a próxima CIB de agosto iria perder esse momento importante, dos colegiados
1615 reunidos agora do o dia 31 de julho até o final de agosto. Pactuação do regimento da CIB que era a
1616 agenda e essa era a agenda que tinha que ser feita no alinhamento e que precisaria fazer a partir de
1617 agora. Pactuar agenda para revisão do regimento da CIB, discutir pacto dos indicadores do SISPACTO,
1618 definir os espaços de integração das redes de atenção à saúde que é a atual macrorregião que envolve
1619 o exercício do mapa da saúde, os desenhos, reuniões com as DARES, pactuar regimento da CIR que
1620 está nessa discussão se casa ou não com o regimento da CIB, elaborar o mapa da saúde que casa
1621 com os desenhos das redes e regiões. Agradeceu e colocou para discussão. Dr. Raul Molina,
1622 Presidente do COSEMS referiu que a apresentação foi muito boa, falou com Dra. Suzana que gostaria
1623 de ter um diálogo franco acima de tudo e com muito respeito e a missão como representantes na CIB
1624 ela traz algumas responsabilidades e que algumas delas assumiam os desdobramentos disso, em
1625 outras tinham que se submeter aquilo que os pares os colocavam e apesar de que em alguns
1626 momentos tinham que discordar dos posicionamentos que se colocavam até pelos próprios pares.
1627 Referiu que o que entendia em primeiro lugar, e que queria parabenizar mais uma vez, é que já tinham
1628 definido as 28 regiões e que inclusive aprovou na CIB e tem cobrado a publicação da resolução, hoje
1629 estava confirmando aquilo que todos já tinham enxergado há algum tempo atrás, que Suzana tinha
1630 conversado com ele e com Dr. Odorico e que estiveram em Brasília inclusive colocando como deveria
1631 ser feita, colocaram ali que esse era o caminho que estavam fazendo. Mais uma vez, parabenizou os
1632 trabalhos que os colegiados vêm fazendo, os números de reuniões que realizaram até agora em 2012 e
1633 com relação a 2011 e 2010 são significativos, então, reforça que não teria porque abrir mão. Com
1634 relação aos outros, parabenizou a DIPRO dentro disso, porque sabe o trabalho que tem desenvolvido e
1635 a disponibilidade que tem para isso também. Parabenizou também os secretários acima de tudo que
1636 compreenderam que essa instância é o maior espaço de discussão que ele tem. Registrou que essa
1637 construção tinha um peso, um valor significativo para todos e quando dizia de que precisavam ter
1638 pernas é porque acabou de vê aquilo que algum tempo e estavam colocando que era uma
1639 responsabilidade imensa que iam ter pela frente. E que não podia ser dessa forma, e que alguns
1640 colegas perguntaram se já tinha sido apresentado, e respondeu que o decreto já existia e já tinha sido
1641 sancionado o decreto e que a apresentação do cronograma, era como tinha sido colocado por Dra.
1642 Suzana, que estava apresentando para ser esmiuçado. Sugeriu que se criasse uma comissão
1643 específica para isso. Relatou que entendia que a princípio tinha que publicar a resolução que criam as
1644 28 CIR e o que chegou até ele. Quanto a questão da revisão do Regimento referiu que não tinha
1645 participado da discussão e falou com a Stella participou do início do trabalho que começaram com o
1646 regimento que ele discordava do primeiro ponto quando leu o que foi passado e depois foi esclarecido
1647 por Stella que não era bem assim. Quando colocou os pontos inclusive no e-mail daquilo que ele
1648 discordava, ela falou que estava construindo bem mais avançado. E concordou plenamente mais que
1649 esse regimento ele não tinha ouvido e achava que esse regimento ainda deveria passar por um

1650 momento de discussão. Stella referiu ter colocado ao Secretário, Dr. Raul, proposta de fazer consulta
1651 pública sobre o Regimento e ele pontuou para ela que não concordava porque as pessoas que pode
1652 contribuir com isso a princípio deveriam estar num grupo mais reduzido, porque se abrisse o regimento
1653 para uma discussão ampla não iria terminar esse regimento nunca. Então, refere que tinha entendido
1654 isso como uma apresentação que vinha no momento certo e pontuou que não estavam pactuando nada
1655 e estavam abrindo processo de discussão. No que se refere ao SISPACTO já tinha dito que achava que
1656 não deveria ser apresentado mais uma vez, pois, foi apresentado na reunião ampliada do COSEMS que
1657 ontem tinha debatido muito. Inclusive tinha discutido metas de uma forma bastante profícua. Ele
1658 entendia o seguinte que poderiam caminhar e que depois da publicação da portaria, poderia ser
1659 publicada a resolução e não teria problema nenhum. Começou dizendo isso antes e que estavam
1660 condicionando até condições técnicas para fazer isso. Era por isso que mais uma vez Dr. Washington
1661 estava sinalizando com Stella, para terça-feira a reunião com eles. Os colegas têm que participar disso
1662 e falar também quando discorda de uma forma clara, cristalina e com muita sinceridade acima de tudo.
1663 Pontuou que Dr. Geraldo Magela, Secretário de Saúde de Itabuna, falou que o assunto era
1664 extremamente importante, pertinente e como disse iria solicitar principalmente a SESAB que isso fosse
1665 divulgado a todos os secretários para que os mesmos pudessem ter acesso a esse material, que todos
1666 CGMR, CIR agora tenha esse material se possível impresso. Dr. Geraldo Magela pontuou que concorda
1667 com Raul a questão da necessidade de montar uma comissão para verificar os detalhes do
1668 acompanhamento da implantação do Decreto e arremata dizendo que acha que o COSEMS não pode
1669 ficar sem uma comissão para acompanhar a implantação do Decreto 7.508. Falou também que quanto
1670 a questão do SISPACTO tinha uma pendência que foi levantada por Salvador e ele também tinha
1671 levantado que se referia a questão dos conselhos municipais, não dava para o conselho municipal ficar
1672 de aprovar e ficar dois anos para aprovar ou três anos. Então, tem tinha que discutir e ajustar o tempo
1673 que será dado para submeter ao Conselho. Apesar de ter sido discutido, tem que ter a comissão e vai
1674 reforçar o pedido de Raul. Reiterou que precisavam de apoiadores institucionais para dissecar esse
1675 processo que vai ser em algumas regiões, talvez um pouco traumático e, portanto, precisavam
1676 acompanhar e identificar para depois não se arrependem e sugeriu envolver prefeito, por exemplo.
1677 Referiu que na região sul tiveram um problema enorme para montar o SAMU regional, tiveram que fazer
1678 reunião com o prefeito, teve que o pessoal da urgência e emergência participar para envolver prefeito
1679 para resolver o problema. Dra. Suzana colocou que quando Dr. Geraldo Magela fez a divulgação do
1680 material para todos, ela agradece pelo reconhecimento e Raul também. Mas embora possa está
1681 afinado, precisa antes de divulgar sentar e amarrar o que precisa amarrar porque não está tudo
1682 pactuado, tanto que essa questão da comissão que o Secretário Geraldo Magela traz ela é fundamental
1683 e necessária, porque tem que montar uma comissão BIPARTITE para fazer essa condução. E isso
1684 estava previsto no cronograma final, quando colocou a agenda proposta, que é o alinhamento técnico
1685 entre SESAB e COSEMS, para fazer um alinhamento, tinha que formar um grupo condutor de
1686 operacionalização do decreto. A partir daí sugere se debruçarem para vê essa questão. **Arrematou**
1687 **dizendo que em termos de encaminhamento teriam, portanto, hoje aqui definida as 28 regiões e**
1688 **CIR.** Falou com Dr. Raul que ouve um entendimento que naquela reunião ele tinha colocado isso. Dra.
1689 Suzana falou que na verdade houve entendimentos diversos. **Destacou que hoje a resolução poderia**
1690 **tratar das 28 CIR e das 28 regiões, da comissão para operacionalizar o decreto e trazer uma**
1691 **comissão que é essa comissão que está sendo encaminhada.** A comissão de representação do
1692 COSEMS, ele falou que vai ter que ter um grupo que vai fazer esse afinamento para conduzir o
1693 processo e fazer o alinhamento político e achava que isso poderia compor uma resolução como foi feito
1694 para as redes temáticas isso substancia melhor as decisões da parte de encaminhamento. Dra. Stella
1695 falou com Dra. Suzana que entendia que a resolução das CIR seria uma Resolução e a do grupo
1696 condutor seria outra. Dra. Suzana pontuou que concordava e estava só registrando as decisões. Dra.
1697 Suzana pontuou ainda que os regimentos da CIB e da CIR não ficam amarrados e isso iria para a
1698 próxima. Quanto a questão do SISPACTO destacou que talvez não precise de resolução CIB, mas que
1699 tinha que ter um encaminhamento em relação ao SISPACTO. Sobre os indicadores, o que foi visto e
1700 discutido, vai ser validado, reconhecido para que se trabalhe nas oficinas, com a abertura do aplicativo
1701 amanhã do sistema, e já estaria trabalhando com as oficinas. Propôs que o COSEMS e a SESAB,
1702 discutam e trabalhem com essas referências para construir as oficinas, para poder manter a agenda. Dr.
1703 Raul interrompe falando que pelas informações que ele tem e que a própria Conceição estava
1704 colocando de que já ia ser publicado ele estava entendendo que estava aprovando ad referendum

1705 aquilo que foi apresentado e ontem pactuado entre eles, no momento da publicação da portaria.
1706 Publicava-se a resolução e achava que o trabalho continuava. Falou que as pessoas estavam dizendo
1707 que estavam indo para as oficinas e levando para a discussão uma coisa que ainda não estava validada
1708 e ele falou que uma coisa não impedia a outra. Dra. Suzana arrematou dizendo que se garantia o
1709 cronograma que pactuou antes das oficinas e considera tudo como ad referendum, se daqui até lá sair
1710 tudo certo. Dr. Raul falou que se não sair a coisa está tão bem encaminhada que Stella falou e disse
1711 que se não tiver aberto o sistema até quem trabalha com planilha avança. Dra. Conceição falou com
1712 Dra. Suzana que o COSEMS tinha razão na preocupação de deixar bem claro que a discussão de dois
1713 dias que fizeram, de indicador por indicador, metas por metas que trabalharam que seja validadas
1714 exatamente como foi na reunião ampliada do COSEMS, com as discussões e considerações e que
1715 tinham condições de publicar esses materiais. O Secretário Geraldo Magela concordou que isso se
1716 podia fazer de pronto, não tinha problema nenhum, atrelar as oficinas ao preenchimento do SISPACTO
1717 a publicação da regra de transição, o que sugeria fazer, era remeter ao ministério a necessidade de
1718 publicar uma portaria específica para validação dos indicadores do SISPACTO e desatrelar, isso e o
1719 restante das outras coisas. Reforçou que para o Ministério estava claro e destacou que Cristina da área
1720 técnica da DIPRO e já tinha falado três vezes com o apoiador do ministério e ele falou que as regras
1721 foram pactuadas, validadas pelo CONASS, CONASEMS e na CIT, e no entanto, aguardava a
1722 publicação por várias situações. Dra. Conceição, pontuou que o indicativo do SISPACTO já está
1723 validado, publicado pelo ministério tem sua abertura formal amanhã, o instrumento orientador já está
1724 publicado com todas as orientações de como se fazia os cálculos e o ministério entende que esses
1725 critérios exceto cinco novos fazem parte dos planos municipais de saúde e a única novidade que trazia
1726 no fluxo que está atrelado a regra de transição que foi a dúvida que o Secretário Geraldo Magela
1727 colocou ontem importantíssima sobre a questão de aprovar no Conselho Municipal de Saúde e no
1728 Conselho Estadual de Saúde. Por exemplo, a Bahia já aprovou o seu PPA no Conselho Estadual de
1729 Saúde, e os indicadores estavam todos baseados no PPA, se tiver a regra de transição e o fluxo de ir
1730 ao Conselho Estadual, só precisaria levar os cinco novos. Os municípios que já tem os seus planos, os
1731 seus PPA até 2013, que é a vigência deles aprovado nos seus conselhos pela Lei 141, esses
1732 indicadores e pelo ministério já deveria está incluído, exceto os cinco novos. Dra. Conceição pontuou
1733 que ao perguntar a Dra. Suzana já se sabia que o estado não tinha governança para dizer ao Ministério
1734 que não iria pactuar, pois, todo o tinha que pactuar as metas de 2012, preencher o aplicativo e não
1735 tinham autonomia de dizer não e não existia essa possibilidade. Assim, destacou que o que estavam
1736 discutindo era de que forma que iam fazer isso, qual a responsabilidade dentro dos espaços
1737 necessários apoiando da melhor maneira possível, apesar do adiantado da hora do tempo do ano,
1738 apoiar os municípios para dar conta dessa tarefa. É isso que estavam discutindo e que estava
1739 entendendo em relação as oficinas, portanto essas questões não precisariam está atrelada a regra de
1740 transição de pacto. **Dra. Suzana encaminha a pactuação da manutenção do cronograma e destaca
1741 que amanhã de qualquer maneira tem essa movimentação da publicação que foi confirmada hoje
1742 pelo ministério em relação ao sistema do SISPACTO e que a agenda continuava mantida e que
1743 trabalho que foi feito nesses últimos dois dias está validado, reconhecido e homologado pela
1744 CIB.** Disse que tinha que registrar para colocar na ata da CIB. Dra. Conceição Benigno disse que era
1745 importantíssimo que Nanci colocasse tal qual foi entregue o impresso, a todos e ao secretário, caso
1746 tendo a publicação, seja como está, disse que os impressos das pactuações que entregou, estava
1747 impresso e entregue, e que fique claro isso que se for para apresentar de novo para validar. Porque as
1748 reuniões de lá não tem as gravações e no caso aqui precisa normalmente mais que essa pactuação
1749 seja validada e falou que se fosse continuar iria falar a DGC Eliane que o primeiro CAPS a fazer vai ter
1750 que ser o deles. Dr. Geraldo Magela, Secretário de Saúde de Itabuna, falou para Dra Conceição garantir
1751 a questão do prazo para o Conselho, porque tem vários municípios que não conseguem aprovar nada,
1752 principalmente nesse processo eleitoral, a maioria não vai conseguir aprovar. Dra. Suzana pergunta se
1753 não seria melhor tirar uma comissão uma pessoa do COSEMS, para não ter que Conceição voltar lá e
1754 fazer, debruçar e resolve isso. Dra. Stella faz um esclarecimento dizendo que na CIT foi aprovado a
1755 necessidade de aprovação do SISPACTO pelo Conselho. Assim se estiver na portaria ela achava que
1756 não seria Conceição que iria dizer que não iria para o conselho. E que aí cabia a eles, se for o caso, até
1757 recorrer para CIT para vê uma modificação, achava que era necessário rever mais se for necessário
1758 rever e remeter para a CIT. E quanto as metas destacou que elas foram discutidas e os indicadores não
1759 iria mexer, porque só os 31 mesmo não tem como mexer. **Arrematou dizendo que as metas foram**

1760 discutidas teve proposição do COSEMS que foi levada ontem e que foi discutida e com relação a
1761 meta que conduziu o final da reunião, ela foi aprovada, as metas elas estão aprovadas e os
1762 indicadores já são previamente aprovados. Dr. Raul Molina, Presidente do COSEMS questiona se o
1763 Secretários Geraldo Magela estava satisfeito, contemplado com o prazo de 60 dias e não sendo
1764 apreciado encaminhar para Conselho Estadual. **Reforçou que sessenta dias depois que o gestor**
1765 **encaminhar para o Conselho Municipal se o mesmo não aprovar que venha para o Conselho**
1766 **Estadual para que seja aprovado.** Porque todos estavam vendo que estava sendo colocado ad
1767 referendum a publicação para avançar e quando chega no município trava. **Esse encaminhamento ele**
1768 **gostaria que constasse em ata e encaminhado para o Conselho Estadual de Saúde.** O
1769 Coordenador faz os agradecimentos finais, especialmente a resistência de todos e em seguida, o
1770 Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando
1771 a próxima reunião ordinária para o dia 23 de agosto, quinta-feira, em local a ser definido. Não havendo
1772 mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos
1773 Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 19 de julho de 2012.

1774

1775

1776

Jorge José Santos Pereira Solla _____

1777

Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____

1778

Raul Moreira Molina Barrios _____

1779

Suplente: Stela dos Santos Souza _____

1780

Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1781

Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1782

Gisélia Santana Souza _____

1783

Andrés Castro Alonso Filho _____

1784

Washington Luís Silva Couto _____

1785

Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____

1786

Suplente: Maricélia Oliveira Figueiredo Lima _____

1787

Cynthia Lopes Abreu Marques _____