

Aos vinte dias do mês de março do ano de dois mil e doze, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, na SESAB, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, Fabiano Ribeiro dos Santos, Ivonildo Dourado Bastos, e Cyntia Lopes Abreu Marques e dos Suplentes: Stela dos Santos Souza, José Raimundo Mota de Jesus, Telma Dantas Teixeira de Oliveira e Fabiano Ribeiro dos Santos.

1. Às 14h 30 min, o Senhor Coordenador faz a 1ª convocação. Não havendo número legal, é feita a segunda e última convocação às 15h. Havendo número legal é aberta a sessão.

2. O Senhor Coordenador faz a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para pactuação:

PACTUAÇÃO

1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB:

1.1 Diretrizes e Estratégias Estaduais da Atenção Básica na Bahia.

2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON:

2.1 Projeto de Cirurgias Eletivas para o Estado da Bahia, para o ano de 2012.

O QUE OCORRER

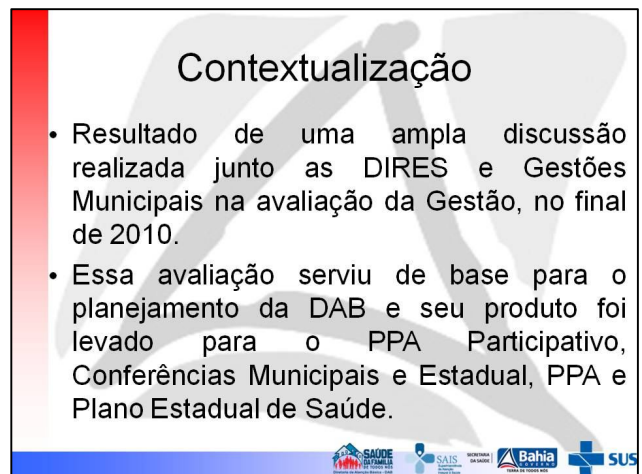
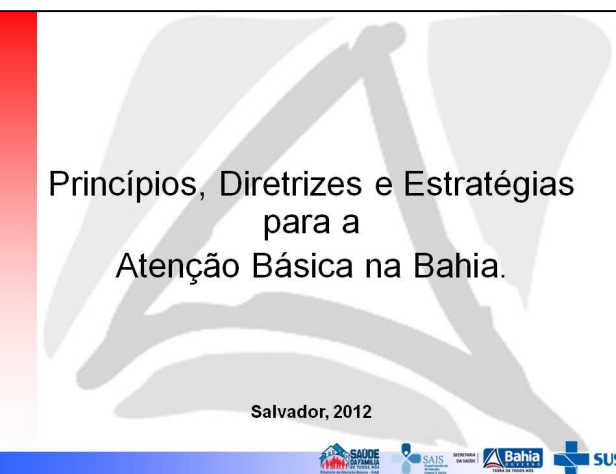
PRÓXIMA REUNIÃO ORDINÁRIA: DIA 19 DE ABRIL – 5ª Feira

O Sr. Coordenador passa a palavra para o Sr. Ricardo da SAIS/DAB – com Apresentação.

1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB:

1.1 Diretrizes e Estratégias Estaduais da Atenção Básica na Bahia.

Falou que a equipe da diretoria tinha solicitado a pauta junto a CIB, apesar da importância que é ter a aprovação do documento com as diretrizes, estratégias, princípios para o funcionamento para a atenção básica na Bahia, esse documento não tinha nada de novo. Que se tratava de uma formalização de uma oficialização daquilo que já é feito dentro da Bahia à alguns anos e que identificou uma série de demandas institucionais da própria SESAB, a necessidade de formalizar, o Dr. José Raimundo, Diretor da Auditoria disse que é importante essas questões para estarem formalizadas como documentos, o tempo todo são demandados a apresentar, porque estavam fazendo aquela ação, baseado em que, então que precisa desses atestados e considerou como muito pertinente, aproveitar esse momento da CIB, aprovar esse documento aqui, e vai disparar algo que já vinham conversando e Stella com o Presidente do COSEMES, Raul, para retomar de forma bem forte, o grupo de trabalho de atenção básica para se construir um detalhamento da política estadual de atenção básica para aprovação na CIB, e posterior publicação na portaria pelo secretário. Falou que iria começar a apresentação para ser sintético e rápido e que apesar da importância é algo que já vinha desenvolvendo e construindo em parceria com o COSEMES. Primeiro contextualizar que esse documento, essa proposta, já vinha sendo fruto dos constantes aperfeiçoamentos, atualizações, que a equipe da diretoria de atenção básica vinha fazendo na sua forma de se organizar a partir de uma discussão ampla realizada com as DIRES e com os municípios e tendo como um grande momento o final de 2010, na avaliação que foi feita das ações do governo do estado no final de 2010, muitos dos senhores e gestores participaram da oficina regional em que fizemos a avaliação na nossa ação enquanto política do estado e essa avaliação serviu justamente para o planejamento da DAB, e para o que foi colocado no próprio PPA e levou para as Conferências Municipais e Estadual, e Plano Municipal de Saúde 2012/2015, contém justamente o resultado dessa avaliação e dessa identificação de diretrizes que agora iria poder formalizar por meio desse documento em CIB. Tem uma coerência toda metodológica, em todos documentos formais que utilizava na gestão dentro da SESAB.



Dos princípios que regem, essa ação da gestão estadual para atenção básica na Bahia o I primeiro princípio se tratava da inclusão com redução de iniquidades respeito das diferenças e afirmação de direitos sociais. Dos princípios II.

Dos Princípios - I

- Inclusão social com redução de iniquidades, respeito às diferenças e afirmação de direitos sociais;
- Educação permanente em saúde como prática transformadora;
- Co-responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários na produção da saúde;
- Valorização do trabalho e do trabalhador em saúde;
- Gestão democrática, participativa e solidária;



Dos Princípios - II

- Organização do trabalho em rede;
- Gestão descentralizada e regionalizada;
- Equidade e valorização das necessidades locais regionais;
- Saúde como direito de cidadania;
- Política de Atenção Básica como Política de Estado;
- Cuidado humanizado;
- Compromisso ético-político na gestão dos recursos financeiros da saúde na Atenção Básica



Todas as diretrizes colocadas iriam trazer na sequência dessa construção. Teriam para compor documentos da política estadual, estão embasados de acordo com as diretrizes prevista, na própria Constituição Federal nas Leis Orgânicas da Saúde e no documento da própria diretriz da Política Nacional de Atenção Básica. Tudo o que é feito hoje na atenção básica segue esses 06 Eixos Estruturantes, que são transversais a essas diversas ações, que passa por uma gestão democrática participativa. Esses eixos estruturantes apóiam o processo de desenvolvimento das seguintes frentes de ações estratégicas.

Das Diretrizes

- As ações para a Atenção Básica no estado da Bahia são desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal Brasileira de 1988; a Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90) e a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS nº 2488/2011).



Dos Eixos Estruturantes

- **Gestão democrática e participativa**
- **Comunicação e informação**
- **Financiamento**
- **Apoio Institucional**
- **Educação Permanente**
- **Avaliação e monitoramento**



E considerando a realidade da atenção básica na Bahia, nos temos algumas frentes estratégicas de atuação., que são 05 frentes. Falou que ia tentar brevemente, apontar cada frente. Primeira questão trata da Gestão Solidaria e Fortalecimento Regional da Atenção Básica.

Das Frentes de Ação Estratégicas

- Gestão solidária e fortalecimento regional da Atenção Básica;
- Qualificação da Atenção Básica
 - Educação Permanente;
 - Infra-estrutura;
 - Acesso e Resolutividade (Linhas de Cuidado, Redes de Atenção, Vigilância, PIC, populações em vulnerabilidade)
- Provimento e fixação de trabalhadores da atenção básica no SUS-BA
- Financiamento
- Monitoramento e Avaliação



Gestão solidária e fortalecimento regional da Atenção Básica

- Conjunto de estratégias e metodologias de gestão que visam a institucionalização do Apoio Institucional, no âmbito estadual, regional e municipal;
- Ferramenta de gestão a fim de favorecer o estabelecimento de: **vínculo**, a **co-responsabilização** e **longitudinalidade** do acompanhamento das políticas de saúde na Atenção Básica; o
- Fortalecer o debate da Atenção Básica no estado com participação das equipes de apoio institucional nos espaços locais regionais estaduais de tomada de decisões;
- Fortalecimento da participação e do controle social no âmbito da Atenção Básica, promovendo a sua valorização social e política;



Do apoio institucional no âmbito estadual, regional e municipal, recentemente muitos gestores participaram , foi da Vídeo Conferencia que promoveram sobre o PEMAC , que o tema inclusive foi apoio institucional, como também os municípios

podem desenvolver o apoio institucional, foi um processo feito em conjunto pelo COSEMS, SESAB, Ministério da Saúde e Fundação Estatal. A segunda frente de Ação Estratégica, diz respeito a qualificação de atenção básica, que inclusive foi aprovada recentemente no nosso Conselho Estadual de Saúde e elas justamente considera as necessidades locais regionais, elas atuam vinculadas aos núcleos micro regionais de educação permanente de atenção básica. Temos algumas ações em curso, tanto para formação em nível médio, como para nível superior, disse que conversou com o presidente do COSEMS Dr. Raul, e que iria aprofundar na seqüência. Falou que vai ter um seminário no dia 4 de abril, onde o governo vai anunciar a celebração de mais convênios nesse ano, para novas unidades de saúde da família e que ainda apóia o processo de capacitação de recursos financeiros, junto ao ministério da saúde para construção, reforma e ampliação. A Bahia é um estado disparado que mais captou recurso financeiro junto ao ministério da saúde conseguiu 800 reformas de unidades, 590 ampliações.

Qualificação da Atenção Básica - I

- Apoio e desenvolvimento de ações de **Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica** em consonância com a **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**, considerando as necessidades locais regionais;
- Promoção de ações visando **qualificação da infraestrutura da Atenção Básica** através da construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) com recurso estadual e federal, aquisição de equipamentos para as UBS e, informatização das UBS, viabilizando a implantação de prontuários eletrônicos e outras Tecnologias de Informação e Comunicação, a exemplo do Telessaúde Redes Bahia;

Qualificação da Atenção Básica - II

- Qualificação do processo de trabalho no âmbito da gestão e do cuidado visando **ampliar o acesso e a resolutividade das ações na Atenção Básica** por meio da constituição da **Rede de Cuidado Materno-Infantil, Atenção à Urgência, Saúde Mental e Saúde Bucal**; fortalecimento da **integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde (VS)**, priorizando a **Política de Promoção da Saúde**; incentivo, fomento e apoio para a **expansão das equipes de Atenção Básica**; fomento à **atenção integral e equitativa**, considerando as **especificidades étnico-raciais, as necessidades da população segundo o território de identidade**; e, a **valorização das Práticas Integrativas e Complementares**.

Provimento e fixação de trabalhadores da atenção básica, nós temos como grandes diretrizes para essa atuação a promoção para a desprecarização de vínculos. E em relação a frente de ação financiamento, um grande tema e que estava combinando o COSEMS, através de Dr. Raul, que vai aprofundar na próxima pauta o co- financiamento estadual. E que a próxima etapa de debate, é sobre o município que tem o maior PIB da Bahia, Per capita, recebe o mesmo valor do município que tem o menor PIB Per capita. O município que cumpre todos os indicadores do pacto pela vida, metas. Recebe o mesmo valor daquele que não cumpre nenhuma meta. Essa questão também é uma diretriz colocada e com isso já sinaliza um outro caminho que vai seguir. Caminhos que envolvem diferenciação de pagamento com base no critério sócio demográfico e indicadores de saúde. Iremos construir isso agora com a parceria do COSEMS.

Provimento e fixação de trabalhadores da atenção básica no SUS-BA

- Promoção da desprecarização de vínculos e da criação de carreiras para todos os trabalhadores da Atenção Básica do SUS-BA, buscando consolidar a Atenção Básica nos municípios, tendo a Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) como alternativa estratégica para o estabelecimento de plano de cargos e carreira e a desprecarização de vínculo na Saúde da Família no estado da Bahia.

Financiamento

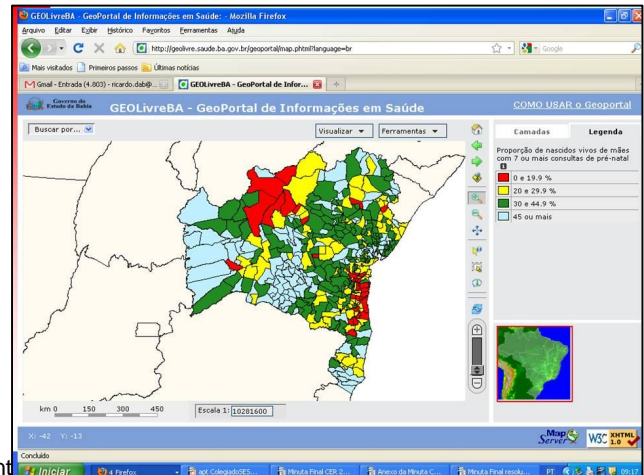
- A lógica de financiamento visa reduzir as iniquidades no Estado e priorizar a expansão, consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, sendo responsabilidade do Estado o co-financiamento da Estratégia de Saúde da Família, em conformidade ao determinado na Portaria nº 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011;
- O financiamento da Atenção Básica na estado da Bahia buscará estabelecer **critérios baseados em indicadores sócio-demográficos e de saúde**, com o objetivo de definir faixas para o repasse periódico e diferenciado do **Incentivo Financeiro Estadual para todos os municípios** que possuem Equipes de Saúde da Família implantadas.

Monitoramento e Avaliação é uma outra frente de ação, importante para perseguir e atuar. Temos como grande desafio, ofertar para além de institucionalizar para dentro do estado esse processo, incorporamos tecnologia. Mais também apoiar os municípios no processo de monitoramento e avaliação, ofertando aos municípios tecnologias e forma de se fazer monitoramento e avaliação, essa é uma grande diretriz que busca operacionalizar através de algumas estratégias e no final exemplificar algumas delas. Como isso se fecha as frentes de ações que foi vista bastante resumida, estava buscando funcionar a gestão da atenção básica no estado, quais as suas diretrizes, princípios e as suas frentes de atuação, vai detalhar no documento posterior de forma melhor construída, junto com o COSEMS. E vai trazer três exemplos, que vai compor esse processo como está em curso. Um exemplo de uma tecnologia de monitoramento e avaliação que já está em funcionamento e em constante aprimoramento, que é o portal de informações em saúde, ele consegue através dessa tecnologia já referencia indicadores da série histórica dos municípios permitem comparações entre municípios, regiões, diversos níveis de agregação. E aqui um exemplo bem claro, mesma linha de cuidado materno infantil, coloriu a Bahia de acordo com a proporção dos

nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. O azul é aquele que atingiu a meta que pactuou a meta do pacto pela vida de 45% de consulta. O portal está funcionando para diversas linhas de cuidado, com indicadores sócio demográfico e cada dia mais aprofundando o nível de informações de indicadores que vai está disponível no GeoPortal e na seqüência vai esta integrado também com outras tecnologias que esta se desenvolvendo, que é o Banco de Dados Integrado, e esta pegando todos os indicadores do pacto pela vida e vai está permitindo a produção de relatórios, aptos, ONILLE e gerenciais, para a se ter acesso na situação de saúde por diversas formas de agregação. Inclusive como o ministério da saúde, vai disponibilizar a informação do SIABE por equipe de saúde da família vai se permitir o nível de agregação inclusive para todos terem acesso à produção de cada equipe de saúde da família. Esse é um compromisso que a DAB traz como diretriz dessa ação do monitoramento.

Monitoramento e Avaliação

- Contempla a incorporação e disponibilização de novas tecnologias que permitam o acompanhamento geo-referenciado de indicadores e serviços de saúde, além da proposição do uso de indicadores com interface na atenção básica que permitam analisar a situação de saúde locorregional no Estado da Bahia;
- Através destas ações pretende-se atingir a institucionalização do monitoramento e avaliação no âmbito dos sistemas de saúde estadual e municipal.

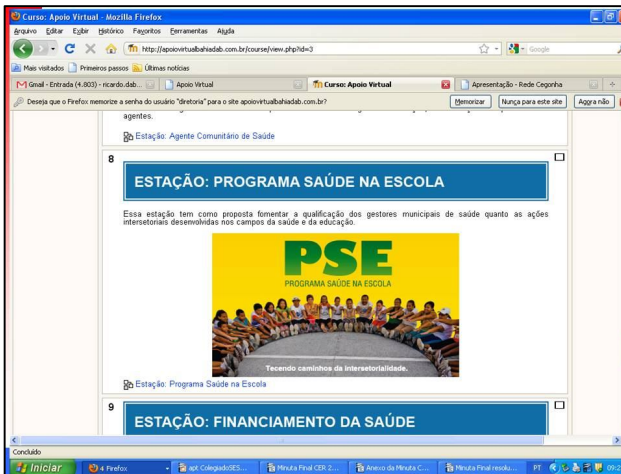


Uma segunda importante ação que se falou foi do eixo estruturante Comunicação Informação em Saúde diz respeito a forma em que se pretende divulgar e democratizar a informação da atenção básica na Bahia. Tem um SITE da DAB, que permite um acesso rápido, de todos os gestores, todas as atualizações de portarias, as novidades do que vem acontecendo, cada vez mais rápido, processo que o ministério da saúde vem desenvolvendo. E permitia inclusive que os municípios tirem dúvidas, já colocaram o LIKE da rede cegonha, para o Portal do Ministério e da própria SESAB. Um exemplo da questão do programa de qualificação do componente reforma do Ministério. Disponibiliza também acesso via ao sistema do SITE. E por último essa tecnologia mais recente, desenvolvida que é o apoio virtual, a forma de operar a ação do apoio institucional, também via apoio virtual, utilizando a metodologia plataforma moodle, metodologia muito utilizada nos cursos EAD, criou um ambiente virtual, onde todos os municípios da Bahia receberam suas senhas, tem acesso, secretários, coordenador da atenção básica. Tem três senhas de acesso, e permite que os municípios tirem dúvidas nos fóruns, por regiões, ele em contato direto com os apoiadores, consiga inclusive compartilhar as experiências.



Incorporou a ação também de educação permanente que é um principio que atua como eixo estruturante, transversal com todas as nossa ações. Criou-se módulos por temática daqueles grandes projetos da atenção básica, onde o gestor tem acesso de como funciona cada programa o passo a passo de como implantar no município como monitorar e como desenvolver. Recortamos o exemplo do Programa Saúde na Escola, tem a situação dos ACS, financiamento da atenção básica, territorialização, NASF. O próprio processo de institucionalização do monitoramento e avaliação, o PEMAC agora com as fases de desenvolvimento também. Tudo isso é trazido para uma plataforma de apoio virtual que permite mais um mecanismo de acesso, informação de educação permanente para o conjunto de gestores. Todos eles estão disponíveis, facilmente via SITE

da SESAB para acesso. Vários gestores utilizam essas ferramentas. E mais uma vez registrar, reforçando que está sistematizado e oficializado o processo que vem acontecendo. A maioria em parceria com Conselho de Secretários Municipais de Saúde e com a Fundação Estatal Saúde da Família e tendo o apoio do ministério da saúde e que na seqüência abre um caminho para construção conjunta no detalhamento conforme documento intitulado, Política Estadual de Atenção Básica. Esse documento sendo aprovado, oficializa o funcionamento atual. E que ficava a disposição para esclarecer dúvidas.



Coordenador - passa a palavra para Dra. Stella – COSEMS – Falou ao Sr. Ricardo que parabenizava o trabalho que estava sendo feito pela DAB, da Secretaria de Estado, e ao mesmo tempo se preocupava no retorno da discussão do grupo da atenção básica, tinha política que precisava está discutindo, a questão da estruturação do processo como um todo. O geo portal é fantástico, disse que era muito visual, então que via nesse momento a questão dos nascidos vivos, a semana de captação das gestantes e outras questões. Essa não tinha sido discutida nessa comissão da BIPARTITE que é da atenção básica, eram diretrizes e que não tinha nada passivo de discussão. Era o que estava posto mesmo. E que nesse momento se via a questão do financiamento diferenciado, e o COSEMS vinha falando também sobre isso. Não era justo que o mesmo valor que o município que tem um PIB alto, seja o mesmo valor de um município com menor PIB. Da mesma forma um município que cumpre mais ou menos 100% das metas, ele receba da mesma forma que aquele que não cumpre. Que estava na hora de voltar imediatamente a se discussão e que entendia que o processo estava sendo colocado precisava ser publicizado e até referendado pela CIB. Coordenador – Informou a BIPARTITE que tinha oficializado o primeiro termo de aditivo ou contrato entre a SESAB e a Fundação Estatal Saúde da Família e com esse aditivo estaria ampliando algumas ações e projetos com a fundação, entre eles o apoio institucional para atenção básica. E que seria interessante do Sr. Ricardo da DAB, um breve comentário. Mais que só registrando, a partir desse aditivo, fazendo em parceria com a fundação com apoio institucional com a atenção básica, fazendo a passagem da gestão do Programa de Internação Domiciliar da SESAB, que também estaria trabalhando junto com FESF - Fundação Saúde da Família. A Central Interestadual de Leitos do Vale do Médio São Francisco, e do norte também, vai ter contratação de pessoal, passará a ser feita através da Fundação Saúde da Família. E que há um projeto importante para elaboração e acompanhamento de obras que vai também esta contando com esse apoio E aproveita para reiterar o convite que já foi na reunião passada para o dia 04 as 9h da manhã, vai está acontecendo o seminário da atenção básica, vai ocorrer na UPB, pela manhã com a presença do governador, onde entre outras atividades vai está sendo apresentando a nova planta, para novas unidades de saúde da família e lançando programação de mais cem novas unidades e convênios, com unidades de saúde da família. Sr. Ricardo da DAB – Só complementando, conforme pedido do secretario, justamente como aqui sinalizado, que agora esse documento sendo aprovado será reconhecido como diretriz da ação do Estado, a frente condicional buscou e envidou esforços com parceria com a fundação estatal para aprimorar, aperfeiçoar a lógica como se vem atuando, fazendo apoio incondicional dentro do estado. Não sabia se todos tinham conhecimento, mais a Bahia se tornou uma grande referencia nacional em relação ao apoio institucional, hoje todos os debates que tem acontecido no país inteiro, a Bahia é chamada para apresentar a sua experiência, outros estados vem buscando nosso contato, participa de diversas mesas em diversos estados, apresentando experiência institucional no estado. Porque essa tecnologia que até então não era incorporada na gestão estadual, município tinha experiência mais o estado não. E agora iniciou uma nova fase desse processo. Que com a fundação estatal também desenvolvendo o apoio-se, percebeu que estava começando a desenvolver ações que estava acontecendo algumas duplicidades. E no momento é importante otimizar recursos financeiros, viu que era possível integrar melhor essas ações. Então numa parceria, em um processo bem dialogado bem construído, envolvendo a equipe da diretoria da fundação estatal, o secretario, sub secretaria, e a superintendente Gisela, fez uma construção de uma lógica de atuação do apoio institucional, que vai permitir uma integração das equipes de apoio institucional, seja da fundação ou com a equipe da atuação de apoio institucional da DAB. Estará garantindo, ampliando conforme o secretario trouxe, garantindo pelo menos um apoiador da DAB para cada microrregião, terá os apoiadores da DAB de referencia da UCGR, vai ter uma presença mais constante do apoio institucional nas regiões, viajando visitando, estando muito mais próximos das regiões e agora com a parceria com a fundação estatal, vão compor a mesma equipe agora trabalhando em locais distintos, mais com algumas ações complementares, porque a equipe da fundação estatal tem uma discussão sobre o processo de trabalho das equipes de saúde da Família, eles entram nesse mérito e vai conseguir trabalhar nessa interface, nessa complementação. E a fundação estatal colocou uma lógica, que vai distribuir de uma forma regionalizada esses apoiadores, que terá apoiadores da fundação atuando nas regiões descentralizadas inclusive em constante contato compondo o único plano de ação da função de apoio com a equipe da SESAB e da DAB e em parcerias com as nossas diretorias

336 regionais de saúde que vão se integrar também a esses processos para obter uma informação importante. Na semana que
337 vem, acontecerá um evento interno da SESAB, será feito o primeiro seminário de formação do apoio Institucional na Bahia,
338 para a Atenção Básica, será trazido todas as nossas trinta e uma DIRES – segunda-feira, terça-feira e quarta-feira. A equipe da
339 Fundação e a equipe da DAB, para fazer um chamando com pessoas muito qualificadas, que estavam imunes, para ser feito
340 um apoio institucional no estado, e esse processo fez parte da discussão, fazer um processo de apoio, para que os municípios
341 também implante esses apoiadores institucionais. Então estarão se preparando ara poder inclusive ajudar os municípios nesse
342 processo. Dra. Suzana – Parabenizou Dr. Ricardo pela apresentação disse que se tratava de uma proposta que na verdade
343 dialoga bastante, com o movimento que já estamos fazendo não só com as portarias e a nova política de atenção básica mais
344 especialmente com a questão da estruturação das redes que é importante, inclusive para contratualização que é uma das
345 fases que estava entrando agora, a da rede cegonha, que deixa bem claro que além da contratualização também sinalizará a
346 importância de interagir com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) será possível conseguir trabalhar com metas de
347 indicadores, qualificação com Educação permanente enfim, a mesma menciona que na verdade não solicitou a palavra só por
348 isso, mas referiu sobre a fala do Secretário e lembrou algo que gostaria de colocar para tira um grupo para pensar nesta
349 situação. Ressaltou que a Fundação Estatal de Saúde da Família tem passado por momentos muitos difíceis do ponto de vista
350 financeiro, achou que era importante resgatar porque é responsabilidade desta CIB, por ter aprovado a instituição da Fundação
351 no ano 2009, e fez valer todo movimento que foi feito desde o ano 2007, como os municípios constituidores que pudessem da
352 à vida a Fundação, tem-se hoje de fato uma grande inadimplência na contribuição do ponto de vista do repasse do município,
353 previsto no contrato como algumas situações específicas em ralação a situações anteriores que foram citadas na Resolução
354 CIB 123/2009, e que na verdade aquela resolução tratava da questão inadimplência para os municípios que tinha aderido a
355 Fundação Estatal da Família e que não iriam fazer a contratualização que naquele momento a instituição não instituiriam e
356 criariam uma Lei Municipal porque fizeram a adesão, mas por um motivo ou outro o município acabou recuando e garantindo
357 através desta Resolução que o município que tivesse feito a adesão e recebeu o recurso das especificidades regionais para
358 essa finalidade que seja pactuamos nesta CIB que esses municípios fariam a devolução para Fundação Estatal de Saúde da
359 Bahia garantindo o repasse, assinando o Termo de Compromisso de autorização, para que o FESBA pudesse fazer o ajuste de
360 contas através do incentivo Estadual de Saúde da Família só que essa resolução dava conta apenas, para o ano agosto de
361 2009, e quando foi revisto a situação sem entender porque estava devendo, já que tinha essa resolução porque se imaginou
362 que essa Resolução dava conta, mas não dá; salientou que é uma Resolução que ficou caduca desde 2009, e precisa retomar
363 essa discussão porque tem municípios que tem dívidas de repasse que são menores, o que está na competência bem próxima
364 que tem condição e não tem comprometido tanto a Fundação e tem condição de rodar, que acaba garantindo o pagamento
365 esta dentro da sua programação tem município que nunca pagou desde que fossem instituidores receberam as equipes e
366 estão atuando, então considerando que essa responsabilidade conjunta da CIB com os municípios que instituíram e também
367 aqueles que contratualizaram com a Fundação após a constituição precisa tomar algumas medidas, pensar o que iremos fazer,
368 honestamente se fizermos uma avaliação no que temos hoje de repasse para esses municípios em relação ao incentivo
369 Estadual a Saúde da Família diante da dívida junto a Fundação, exclamou é como uma gota d'água no oceano é preciso que
370 encare de frente porque isso inviabiliza a Fundação porque a dívida cresceu de mais porque não é proporcional a incentivo é
371 proporcional ao número de equipe contratualizada ou profissionais através da fundação, então propôs colocar essa pauta como
372 prioridade, até porque para nós é prioritário a Fundação de Saúde da Família se iremos ter dificuldade maiores para avançar
373 na política de atenção básica, e ai, pensar em conjunto com o COSEMS e SESAB em alternativas; salientou que a SESAB
374 tem algumas propostas, mas é melhor aprofundar e sentar junto com o COSEMS e pensar em algo para apresentar o conselho
375 curador legitimar dentro da Fundação e apresentar na próxima CIB. O Senhor Coordenador propôs que entre na pauta da
376 próxima Bipartite, e forme uma Comissão com representantes; Ricardo, Suzana, Stela, Fabiano que estão mais por dentro do
377 assunto e apresente uma proposta na próxima CIB. Dra. Stela Souza concordou com a colocação de Dra. Suzana Ribeiro em
378 criar uma comissão, mas gostaria que os membros do COSEMS que fazem parte do Conselho Curador que não fizesse parte
379 desta comissão até para trazer essa discussão para dentro do Conselho Curador, sendo assim Stela e Fabiano não
380 participaria. O Senhor Coordenador colocou que precisaria separar uma coisa são as posições que o Conselho Curador da
381 Fundação vai tomar a cerca dos municípios inadimplentes a outra coisa é a posição que a Bipartite vai tomar são duas coisas
382 diferentes o Conselho Curador da Fundação pode tomar decisões do tipo quem não resolver a dívida até determinado prazo
383 vai ser cancelado o Contrato e os profissionais vão ser retirados ou pode tomar decisões do tipo vamos dentro do prazo de
384 tantos dias, quem não quitar terá ação judicial além de retirada o contratos. Pontuou sobre as medidas que o Conselho pode
385 definir já a Bipartite pode tomar decisões do tipo a dívida vai ser descontado de tais repasses financeiro ou um município que
386 não regularizaram a situação não vai poder mais ter aprovado nenhum outro projeto na Bipartite enquanto não tiver
387 negociação. Ressaltou são decisões de caráter e fórum completamente diferentes por isso dependente de quem irá
388 representar o COSEMS e gostaria de separar definição para próxima pauta Bipartite medidas que a CIB pode aprovar como
389 forma de contribuir para resolver o problema no âmbito da CIB. E em relação ao Conselho Curador cabe aos municípios e seus
390 membros do Conselho fazer essa discussão. Dra. Suzana Ribeiro salientou que os membros podem esta nas duas
391 representações, dar mais condição de fazer a discussão técnica da proposta, que vai está sendo elaborada pelos membros
392 dentro do Conselho Curador, claro que são decisões distintas, mas que deve construir uma proposta que tenha o apoio do
393 Conselho Curador mesmo que faça uma opção de mais outras ações; citou que pode-se chegar politicamente melhor na CIB.
394 Dr. Fabiano pontuou com relação à questão da Atenção Básica porque tem algumas coisas que é importante colocar como a
395 proposta do apoio virtual que foi lançado no ano passado, mas acho que essa proposta de certa forma contribuir com trabalho
396 do apoio institucional sendo mais uma ferramenta do apoio institucional. Chamou atenção para que não seja diminuído a
397 potencia do apoio institucional porque existe uma ferramenta do apoio virtual, só para dá esse reforçou porque os municípios
398 fazem esse relato que em um determinado o apoio da DAB foi ausente; falou para Dr. Ricardo que faz uma diferença para os
399 municípios e Regionais DIRES quando o apoio da DAB está presente apoiando as ações da Atenção Básica nas regiões.
400 Colocou, que em uma questão para marca e incentivar a utilização também do apoio virtual para a gente conseguiu da conta
401 disto, sabe que o Estado da Bahia sai na frente em relação ao financiamento da atenção básica por ter experiência própria
402 quando foi gestor no Rio de Janeiro, onde não havia financiamento para atenção básica a própria política da atenção básica no

403 Estado da Bahia é diferenciada; salientou que a equipe da DAB desde o início tem um mérito em relação a isso e que é preciso
404 rediscutir a questão do financiamento não só a questão do valor, mas principalmente e a questão do repasse regular porque é
405 uma grana que acaba fazendo uma poupança porque vai repassando em período e período. Colocou que o repasse sendo
406 regular ajuda os Gestores porque qualquer dinheiro que entra nos municípios faz a diferença, quanto essa discussão se
407 alguns municípios poderiam receber mais é uma discussão que pode avançar, mas junto com essa discussão aumentar o valor
408 do repasse; quanto à fundação a observação feita por Dra. Suzana é muito importante tem preocupado muito e discutido na
409 Fundação por tratar-se de uma situação complicada até o próprio Conselho Curador fica em uma situação complicada porque
410 ao mesmo tem que inviabiliza a Fundação a inadimplência dos municípios não foi tomado nenhuma medida anterior a retira
411 serviços dos municípios pelo o impacto que poderia causar à assistência no próprio município, mas chega ao limite porque o
412 debito de alguns municípios é enorme, somado a isso até a própria questão da CER que tem alguns municípios que não estão
413 repassando dá um desequilíbrio econômico na Fundação enorme, a Fundação é uma instituição e não tem fins lucrativos e
414 instituição publica, não tem de onde tira a não ser do repasse dos municípios e do repasse da CER. Ressaltou que os gestores
415 estão em uma situação muito difícil. Agradeceu por esse assunto está sendo discutido na CIB. Dra. Stela Souza salientou que
416 tem uma proposta de ter uma reunião de diretoria e uma CIB só para tratar da Atenção Básica já comunicamos a DAB da
417 reunião da CIB temática. Pontuou que é um anseio de todos os municípios ao longo do tempo e até da própria DAB que tem
418 muita demanda e não consegue porque temos reuniões com pauta longas em exceto a de hoje que é extraordinária. Solicitou,
419 que agende uma reunião extraordinária para tratar somente da Atenção Básica e trazer a questão da FESP, aproveitando a
420 fala de Dr. Fabiano em relação ao financiamento, precisa lembrar na próxima CIT na quinta-feira terá um pequeno aumento,
421 mas terá esta pauta e Dr. Heider Pinto sendo dois reais para cada faixa, Saúde Bucal, Saúde da Família e PMAC também
422 terão aumento, então o Estado pode esta pensando, o que fazer para melhorar o grupo de discussão do COSEMS. Registrou
423 que o COSEMS irá por na pauta de discussão do Grupo de Trabalho a questão da contra partida do Estado que é muito bem
424 vinda, mas melhor se melhorar porque a situação da Atenção Básica nos municípios está complicada. Dra. Stela Souza abriu
425 para algumas observações. Dr. Ivonildo colocou que já foi contemplado em algumas falas e ficou satisfeito e feliz, por vê na
426 apresentação de Dr. Ricardo diretor da DAB algumas discussões que temos discutindo nas Conferências Estaduais de Saúde
427 e Conferências Municipais que é a questão da participação do Estado em questões como Saúde Mental e Saúde Bucal e a
428 discussão que estamos tendo neste fórum não só pelo quantitativo do montante que é repassado para os municípios e a
429 periodicidade destes repasses e também é uma discussão de critério que envolva indicadores e todo processo de Pactuação
430 e resultados. Ressaltou estar satisfeito com a discussão e a questão da descentralização do apoio institucional, segue
431 questionando como será a descentralização para Diretorias Regionais ou se esses apoiadores institucionais vão ficar lotados
432 onde estão hoje a nível central descendo para as região estão lotados diretamente nas Diretorias Regionais mais próximos
433 dos municípios podendo em minha opinião dentro de um processo ou se vão e e lógica de discussão dá um apoio mais
434 eficiente uma vez que está lá, já que estamos discutindo na CIB que vai ser um apoiador no mínimo por micro. Pontuou que
435 tem 31 DIRES e 28 micros pode-se fazer uma discussão um apoiador institucional porque já fui Diretor de DIRES e às vezes
436 tem certa discussão e distancia em os técnicos que ficam lotados na DIRES e o apoio institucional que esta no nível central.
437 Propôs em fazer uma discussão já que existe uma proposta para descentralizar esse apoio, e houvesse também para esse
438 apoio esta diretamente lotada, até como uma forma de fortalecer as Regionais neste processo e de está mais próximo dos
439 municípios além do apoio virtual o apoio físico dentro da Região. Parabenizou a Diretoria da Atenção Básica pelo trabalho, que
440 foi feito e o exposto aqui onde, se coloca incentivo, fomento e ampliação a atenção básica no Estado da Bahia onde se colocar
441 a questão da Saúde Mental e Saúde Bucal por sempre entender que não podemos ter o mesmo financiamento do Estado para
442 uma equipe da família que tem Saúde Bucal e para uma equipe da família que não tenha Saúde Bucal. Lembrou que sempre
443 defendeu que deveria ter um incremento a mais para quem tem Saúde Bucal como uma forma de ampliar cobertura de Saúde
444 Bucal na estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia, a discussão está sendo posta, é o início de alguns pressupostos
445 que o COSEMS defende e foi defendido na Conferência Estadual de Saúde. Começou a pensar em Saúde Mental e Saúde
446 Bucal com apoio do Estado financeiro e apoio institucional e ampliar cobertura na Atenção Básica, forçando uma discussão no
447 avanço do centro de especialidade, laboratórios de prótese e Saúde Bucal. U m dos carros chefe do Brasil Sem Miséria, então
448 é uma oportunidade de discutir dentro desta lógica da atenção básica essas linhas de cuidados para avançar em todo Estado
449 da Bahia. O Senhor Coordenador colocou aberto para discussão. Aprovado. Informou o nome dos representantes da Comissão
450 Fabiano, Stela, Ricardo e Suzana para prepara uma proposta para a próxima reunião da CIB próxima ponto de pauta. 2.
451 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON. 2.1 Projeto de Cirurgias Eletivas para o
452 Estado da Bahia, para o ano de 2012. Convidou Dra. Claudia Almeida que apresentou avaliação de desempenho das Cirurgias
453 Eletivas que foram executadas de outubro até dezembro. Ressaltou que encaminhou ao COSEMS logo a, pois a última reunião
454 da CIB essa planilha que trabalharam para poder ver o desempenho de vários municípios, que entregaram para o COSEMS,
455 com varias considerações, para ser distribuída aos Secretários que iria está hoje de manhã fazendo essa discussão, e trouxe o
456 que foi consensuado. Salientou que esteve no COSEMS discutindo essa planilha, e va apresentar um consenso. Informou que
457 separou essa planilha por componente, o componente I que é cirurgias de cataratas, chamou atenção se alguém lembra, mas
458 lá na recomposição do teto ficou para o Estado executar R\$ 7.921.000,00 (sete milhões e novecentos e vinte e um mil reais), e
459 na verdade o Estado chegou a executar, computando de janeiro de 2012 até o dia quinze, por conta das festas natalinas,
460 alguns municípios não tiveram condições de executar e receber a estratégia, então o Secretário entrou em acordo com o
461 Ministério e ele permitiu que até o dia quinze de janeiro, fosse feita a execução. Pontuou que se fossem computados todos os
462 procedimentos de cataratas realizados em dezembro e janeiro, na verdade foi utilizado R\$ 10.552.000,00 (dez milhões e
463 quinhentos e cinquenta e dois mil reais), ou seja, muito mais, sendo R\$ 2.000.000,00 a mais do que o R\$ 7.900.000,00 previsto
464 e alocado para o Estado da Bahia em Portaria.

465
466
467
468
469

470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506
507
508
509
510
511
512
513
514
515
516
517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536

DESEMPENHO FINANCEIRO
CIRURGIAS ELETIVAS

Outubro 2011 à Dezembro 2011

Proposta Alocação de Recursos 2012

COMPONENTE I - CATARATA

RECURSOS DISPONIBILIZADOS PARA O COMPONENTE I	GESTÃO	MAC	FAEC	TOTAL
R\$ 8.301.130,00	ESTADUAL	R\$ 875.921,00	R\$ 5.283.703,00	R\$ 6.159.224,00
	MUNICIPAL	R\$ 2.806.097,06	R\$ 607.042,00	R\$ 3.415.089,06
TOTAL		R\$ 3.683.988,06	R\$ 5.890.745,00	R\$ 9.474.313,06

Fonte: Ministério da Saúde - TABNET/2011

Capacidade de execução de Gestão Estadual (Saúde em Movimento) = R\$ 5.283.703,00

Capacidade de execução de Gestão Municipal (Saúde em Movimento) = R\$ 1.138.363,02

Total Capacidade de Execução do Estado mês = R\$ 6.422.066,02

82,27% GE
17,73% GM

Colocou que ao avaliar os municípios plenos e os municípios que estão na Gestão do Estado, se observar a terceira coluna o FAEC e a seqüência é o MAC, foi feita uma projeção rápida e não poderia se fazer uma comparação do Componente I porque na verdade nenhum município ficou com esse componente, o valor veio todo para o Teto do Estado, então para que pudesse fazer uma avaliação mais coerente, pegaram uma produção dos municípios que ficaram com o recurso, tanto o MAC quanto o FAEC, sendo R\$ 3.415.000,00, pegaram o recurso que foi dividido por três e acharam a média de produção de R\$ 1.138.000. Pegaram o único mês que trabalharam, não agregaram, em que pese o estado ter realizado 875.000,00 em cirurgias de catarata pelo MAC, não consideraram e apenas agregaram a produção de dezembro. A somatória deles dois foram 6.000.000,00 e quando se pega isso em percentual de execução o conjunto de municípios consegue fazer 17,7% e a gestão estadual consegue fazer 82,2%. A competência utilizada foi de outubro a dezembro. Lembrando que a gestão estadual só utilizou dezembro e não considerou o MAC, pois, foi o mês que o estado só executou por conta dos prestadores, reforçou que inclusive não computou janeiro para fechar a conta.

Quanto ao Componente II, conforme apresentação, trata da questão da vitrectomia e ortopedia, urologia, e ficou 100% com os municípios plenos. Ressaltou, que o valor que ficou para o componente II foram R\$ 4.900.000,00, naquele momento o Estado, não era para está fazendo, mas ainda assim conseguiu fazer em FAEC R\$ 294.000,00, enquanto que o conjunto de municípios que estão numerados de R\$ 4.000.000,00 usou R\$ 732.000,00, ou seja, se for somar o MAC, tanto da gestão municipal, quanto da gestão Estadual, assim foi usado R\$ 1.027.000,00 sendo 71% da gestão municipal e quando pega o restante 28.6% foi de Gestão Estadual. Saliu que R\$ 4.000.000,00, o Estado deixou de utilizar R\$ 3.807.000,00 neste componente.

COMPONENTE II - ESPECIALIDADES E PROCEDIMENTOS PRIORITARIOS
Ortopedia - Otorrino - Urologia - Vascular

RECURSOS DISPONIBILIZADOS COMPONENTE II	GESTÃO	MAC	FAEC	TOTAL
R\$ 4.980.512,89	ESTADUAL	294.855,29	45.703,24	340.558,53
	MUNICIPAL	732.620,69	100.247,11	832.867,80
TOTAL		1.027.475,98	145.950,35	1.173.426,33

Fonte: Ministério da Saúde - TABNET/2011

-O Valor total de R\$ 4.980.512,89, utilizado R\$ 1.173.426,33 : 29% Gestão Estadual
71% Gestão Municipal

NÃO UTILIZADO R\$ 3.807.086,56

Mostrou o componente III que são os conjuntos de vasectomia e outros procedimentos que são mais fácil de fazer, e neste componente também o Estado não ficou com o recurso como houve uma desagregação deste valor para complementar o componente I do Estado, o valor para este componente é de 2.474.000,00, se observar a questão da gestão municipal dos dois R\$ 2.000.000,00, para o FAEC, eles fizeram apenas R\$ 1.033.000,00, ou seja, se o estado não estivesse atento para fazer essa avaliação, o estado teria que devolver um milhão e pouco para o Ministério da Saúde, foi aonde conseguiu também fazer através do FAEC R\$ 1.152.000,00. Quando pegar a proporcionalidade de execução e somar do total MAC tanto gestão municipal quanto estadual dá esse valor, são 65,30% contra 34,70, o total geral incluindo tudo tem esse percentual de execução

537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603

SECRETARIA DA SAÚDE Bahia DESEMPENHO FINANCEIRO POR ESFERA DE GESTÃO OUTUBRO À DEZEMBRO/2011

COMPONENTE III - ESPECIALIDADES E PROCEDIMENTOS PRIORITARIOS

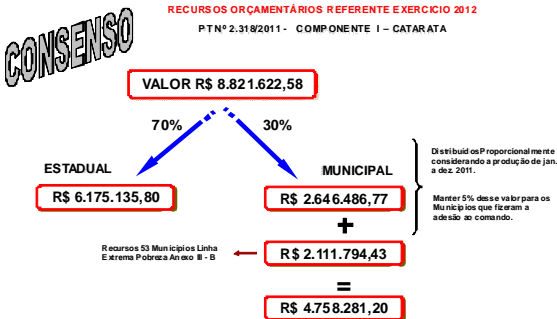
RECURSOS DISPONIBILIZADOS PARA COMPONENTE III	GESTÃO	MAC	FAEC	TOTAL
R\$ 2.474.390,40	ESTADUAL	7.761.301,87	1.157.131,98	8.918.433,85
	MUNICIPAL	4.123.437,95	1.033.076,82	5.156.514,77
TOTAL		11.884.739,82	2.190.208,80	14.074.948,62

Fonte: Ministério da Saúde - TABNET 2011

- Percentual de desempenho:
- Gestão Estadual 63,36%
- Gestão Municipal 36,64%

Colocou que baseado no estudo apresentado na reunião com COSEMS com a presença dos representantes dos municípios de Paulo Afonso, Guanambi, Rio Real, Campo Formoso, Itabuna e Porto Seguro, foi feita essa conclusão que na verdade é um retrato da média, vendo que a Gestão Estadual realizou 82% e quanto a municipal 17%. E o consenso que foi colocado naquele momento é que o Estado ficaria com 70% e a Gestão Municipal ficaria com 30%.

SECRETARIA DA SAÚDE Bahia PROPOSTA DE ALOCAÇÃO RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS REFERENTE EXERCÍCIO 2012



SECRETARIA DA SAÚDE Bahia RELAÇÃO MUNICÍPIOS PT Nº 2.318/2011 COMPONENTE I - CATARATA EXTREMA POBREZA

MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	MUNICÍPIO
Abajur	Inhambupe	Nova Viçosa
Amargosa	Igriú	Paranambi
Andaraí	Itacaré	Paulo Afonso
Barras do Choça	Itabela	Prado
Belo Campo	Itaeté	Presidente João Quadros
Bom Jesus da Lapa	Itamaraju	Rio Real
Brunópolis	Jacinto	Santa Cruz Cabrália
Candeias	Jequié	Santa Maria da Vitória
Capim Grosso	Jeremoabo	Santa Estevão
Cataiá	Juazeiro	São Felipe
Conceição do Almeida	Laje	São Félix
Crisópolis	Conceição de Nossa Senhora	São Sebastião do Passé
Cruz das Almas	Macaúbas	Sapucaia
Dias d'Ávila	Madrê de Deus	Sátiro Dias
Educandos da Cunha	Mantiqueira	Senhor do Bonfim
Euclides da Cunha	Mata de São João	Serrolândia
Euclides da Cunha	Medeiros Neto	Vera Cruz
Euclides da Cunha	Muro do Chapéu	
Euclides da Cunha	Monte Santo	

Apresentou a distribuição proporcional considerando a produção de janeiro a dezembro de 2011, para distribuição de conjunto dos municípios plenos que serão contemplados no componente I catarata. Além disso, 53% dos Municípios Plenos eles ainda estão na linha de extrema pobreza, então se agrega a esse valor mais R\$ 2.000.000,00 que dá o total de R\$ 4.700.000,00. Lembrou que ficou acordado que até quatro meses se não houver uma execução destas demandas e isso vale para os três componentes que iria haver uma recomposição no teto para que os municípios que executaram igual ou menor a 40% fosse remanejado o recurso para quem está executando a mais. Componente II, aí pontuou ter sido a grande discussão, pois, observando o que foi utilizado, se somar MAC e FAEC do Estado e do município foi 1.173.000,00, a execução bastante baixa, deixou-se de utilizar este recurso. O próximo recurso do exercício de 2012 é mais que o dobro do que estava antes, são 7.000.000,00 e foi consensuado que o estado poderia ficar com 70% deste valor e os municípios plenos nesse conjunto de 2.000.000,00.

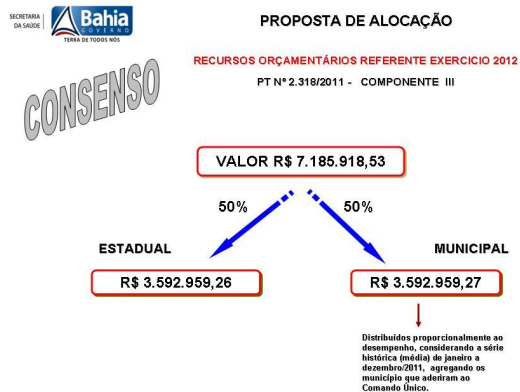
SECRETARIA DA SAÚDE Bahia PROPOSTA DE ALOCAÇÃO RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS REFERENTE EXERCÍCIO 2012



1. Provisionar recursos orçamentários em todos os municípios que no período de julho a dezembro de 2011, apresentaram no sistema SIA e SIH, produção MAC/FAEC, referente aos procedimentos do componente;
2. O Valor a ser alocado levará em conta o percentual de produção de cada município;
3. Após 04 meses será realizado avaliação de desempenho e os municípios que apresentaram produção menor ou igual a 40%, terão seus tetos orçamentários readequados.

604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670

Lembrou que essa proposta tem um prazo de quatro meses e caso não execute pode ser remanejada. Ressalta que ficou muito bom porque foi discutida a questão das vitrectomias, da capacidade que terá com a prestação de serviço que tem sido colocada para todo Estado da Bahia através do Programa Saúde em Movimento, vê alguma situação para atender, e a mesma coisa hoje é otorrino, pois, hoje se tem uma dificuldade de atender as crianças e fora isso a questão das próstatas mesmo, das cirurgias que não tem sido feita as urológicas por conta da tabela SUS e entendem que é uma grande oportunidade para juntarem a economia de escala e de escopo e garantir o acesso da população como já tem garantido na questão do Saúde em Movimento oftalmologia e o rastreamento do câncer de mama. Observou que no último componente no resumo a Gestão Estadual faz 63% e a Gestão Municipal 36% em função de que dificilmente os grandes municípios que não tem hospitais conseguem fazer as Eletivas ficando por conta dos municípios do qual o Estado tem a Gestão dos hospitais do que vem dando esse resultado. Falou que foi consensuado que poder-se-ia partir meio a meio essa produção do componente III.



O Senhor Coordenador abriu para discussão. Sra. Stela Souza informou que a Comissão do COSEMS, conforme foi delegado na última Bipartite e a relatora Sra. Emanuele, Secretária que participou da Comissão tem alguma colocação a fazer. Sra. Emanuele Araújo, Secretária de Saúde de Rio Real, relatou que após a reunião aconteceu outra reunião no COSEMS para discutir não somente isso, porque tinha alguns secretários que estavam em Salvador, porém em outras atividades, foi passado por ela o que foi discutido e consensuado. Relatou que foram feitos vários questionamentos por alguns secretários presentes em relação a essa pactuação que foi feita, principalmente porque se pegou apenas os meses de outubro a dezembro, outro questionamento foi porque teve municípios que, produziram anteriormente. Então, na opinião dos demais secretários presentes deveriam ser contados os meses todos de produção e não apenas os três últimos meses que foi quando os municípios praticamente estavam sem dotação orçamentária e com alguns problemas para executar. Sendo um período pequeno que foi colocado esta Portaria para que os municípios executassem. Então surgiu esse questionamento e alguns outros que, colocou para alguns secretários que estavam presentes logo depois da reunião com Cláudia para que trouxessem também esses questionamentos, que foram feitos lá, inclusive foi sugerida a possibilidade de repensar essa pactuação, em estar dividindo por questão de habitantes. Assim solicitou que algumas pessoas que pontuaram isso lá se manifestassem na CIB também passando as informações para os presentes. O Senhor Coordenador esclareceu, que o período foi de outubro a dezembro, pois, foi aprovado na CIB, com resolução publicada, porque este foi o período da competência de execução desses recursos, para o qual o Ministério fará avaliação; e para o qual os municípios receberam recursos e, se não executarem, terão pela Portaria do Ministério o desconto dentro do primeiro semestre deste ano. Portanto, não dá para avaliar um período diferente deste, pois, este foi o período previsto na Portaria do Ministério e foi o período acordado na CIB para análise. Dra. Conceição Benigno lembrou que toda vez que se faz essa avaliação, que a DICON trás em relação aos Projetos de Cirurgias Eletivas, há uma extrema preocupação quando se observa a fragilidade na questão da execução desses recursos, pois, vem especificamente como uma forma do Ministério de financiar serviços de média e alta complexidade; onde eles utilizam tanto o fundo estratégico, quanto esses projetos específicos como se fosse uma isca para criar uma série histórica e depois migrar para o teto fixo do MAC ou qualquer outra mudança de financiamento que possa ocorrer no futuro pelo próprio Ministério da Saúde. Enfatizou que quando se olha para essa execução é observado que não dar-se a atenção devida, colocou isso enquanto falava dos quatros CGMRs que acompanham, onde na grande maioria os municípios que sediam prestadores que deveriam estar fazendo estas cirurgias, a exemplo de Feira de Santana, que a execução é baixíssima, e aí fica numa situação meio delicada, com a necessidade, o paciente batendo à porta, e sem a execução do serviço. Ressaltou que quando se fala da Rede Própria Estadual entende-se que todas as portas abertas de urgência e emergência ocupam leitos das cirurgias eletivas e acaba inviabilizando a execução desse projeto, mas em relação a outros municípios responsáveis pela contratação de serviços complementares; apesar da tabela da dificuldade, teria que dar uma atenção melhor à utilização dessa série histórica diferenciada de AIH, tanto quanto também dos investimentos FAEC, entendendo que isso vai comprometer enormemente no financiamento da oferta desse serviço logo mais à frente quando acabar o mutirão e passar para o fixo. O Secretário Municipal de Saúde de Juazeiro, Ubiratã Pedrosa, colocou que gostaria de colocar algumas questões sem grande segurança, mas também pedindo que as pessoas estivessem um pouco abertas para algumas sugestões e algumas coisas que pudessem ajudar a pensar um pouco nesta questão. Considerou que a avaliação apresentada por Dra. Cláudia não aprofunda sobre o porquê se realizou tão pouco, quais as razões para isso, em Juazeiro tem algumas respostas em relação a isso, pois existem algumas áreas que não têm demanda reprimida, tem o conjunto dos municípios que por alguma razão também não encaminharam em número suficiente, etc. Em sua opinião, o aprofundamento disso permitiria pelo menos não continuar

671 incorrendo no erro porque se for feita a divisão como foi proposto, ela vai apenas perpetuar uma situação que está mal
672 identificada as razões porque não se evoluiu com mais recurso para isso, se tem algumas áreas em Juazeiro que se continuar
673 colocando recurso vai continuar sem fazer porque não há uma demanda para isso. Ressaltou que uma das vertentes da
674 discussão realizada no COSEMS depois da saída de Dra. Cláudia e não foi pela sua ausência e sim porque foi se discutido e
675 aparecendo idéias, foi que pensasse no fortalecimento disso um pouco na linha colocada por Dra. Conceição; de forma
676 permanente, sem a necessidade da questão do mutirão ou pensando em uma coisa permanente que eliminasse o mutirão mais
677 na frente; pensando numa coisa em que, se pudesse ter uma visão a cada município porque se ele fosse de um município
678 pequeno gostaria de saber quanto é que teria desse montante e qual a possibilidade de identificar sua demanda nessas
679 situações, para onde encaminhar; o que não elimina nisso nenhuma alternativa o Saúde em Movimento ou um prestador, um
680 município próximo que execute as atividades. A partir daí começou a se convencer que talvez o melhor caminho fosse
681 diagnosticar o porquê aconteceu isso, ter uma definição de um volume de recursos estimativo por município; cada um
682 identificasse onde tem melhor facilidade, quem são os executores e onde ele tem maior facilidade de executar isso, seja em
683 Juazeiro, com Saúde em Movimento ou o município de Bonfim, etc. Talvez, a partir daí, neste primeiro momento dos quatro
684 meses pudesse ter uma avaliação mais aprofundada e redefinir a partir disso a continuidade do processo; quando se fala que
685 são 30% para os municípios, não é bem assim, pois são os municípios em gestão plena e não sabe se o conjunto desses
686 municípios representa 30% da população da Bahia. Questionou se os 30% é para a população de Juazeiro que é pleno ou é
687 para a microrregião, pois estas coisas precisam ficar mais claras para que possamos dar um encaminhamento um pouco
688 melhor, porque reproduzir o que ocorreu talvez tenha maiores possibilidades de incorrer no mesmo erro de não execução
689 nestes locais. O Secretário de Saúde de Capim Grosso, Ivonildo Bastos, colocou ter sido contemplado em parte pela fala do
690 Secretário de Juazeiro, e justificou a ausência na reunião do COSEMS porque estava no mesmo momento participando da
691 reunião do Grupo Condutor da Rede Cegonha no GASEC do qual faz parte. Com relação à apresentação, entendeu que os
692 percentuais expostos eram referentes a montantes e questionou se há diferenciação de remuneração desses procedimentos
693 cirúrgicos. Se é tabela SUS ou se é um contrato diferenciado para remunerar determinados procedimentos cirúrgicos como foi
694 o caso de cirurgia de próstata que a tabela SUS de fato não cobre, porque o que está exposto é em percentual aplicado, mas
695 se houver uma diferenciação de contratualização desses procedimentos cirúrgicos, isso não vai refletir no físico e sim no
696 financeiro. O Secretário Municipal de Saúde de Vera Cruz e Membro da CIB, Fabiano Ribeiro, também se sentiu contemplado
697 nas falas anteriores, e refere que houve entendimento quanto a apresentação que já tinha sido feita anteriormente, mas
698 argumentou que o recurso que o estado executa é para os municípios que não são gestão plena na sua maioria, o município
699 de gestão plena tem dificuldade em executar porque são procedimentos mais especializados e pelo vazio assistencial que tem
700 na Bahia, nem todas as regiões terão condições de fazer esses procedimentos e vai ter dificuldade mesmo, assim, sugeriu que
701 mesmo estes municípios que sejam ou não de gestão plena e aí pela própria sugestão do Secretário de Juazeiro em relação à
702 essa questão per capita, que pudesse avançar na oferta desses serviços que é o próprio papel do Estado mesmo, não só de
703 organizar as políticas, mas para fazer essa equalização porque tem essa dificuldade, seu município mesmo executava antes,
704 mas a partir de junho o prestador parou de atender SUS, de outubro a dezembro o município ficou sem produção porque o
705 prestador que vem fazendo há anos agora fechou as portas para o SUS e o município teve que assumir o hospital mesmo sem
706 condição naquele momento de conseguir outro prestador porque a prioridade era reabrir o hospital. Chamou atenção da
707 realidade do conjunto de municípios no Estado e para além, dessa discussão, em relação à execução de percentual tem
708 também a discussão da per capita, porque são recursos para os cidadãos e municípios da Bahia; então, o Estado poderia
709 contribuir inclusive nessa execução para além dos municípios que estão sob sua gestão, contribuir para garantir a assistência
710 da população que tem necessidades reais de saúde em acessar estes serviços; esta é a uma sugestão, se é o Estado que vai
711 executar, se o recurso vai para os municípios ou não, o que importa é executar bem e garantir a assistência à população. O
712 Secretário Municipal de Saúde de Itabuna, Geraldo Magela, lembrou que da reunião saiu como encaminhamento pedir uma
713 semana para que o Estado faça o que o Secretário de Juazeiro sugeriu identificar o que cada município tem, até para controlar,
714 deu como exemplo, identificar quantos procedimentos têm um município, aonde vai alocar, para poder cobrar. Então, foi
715 encaminhado que o Estado apresente per capita por macrorregião e uma semana para que o COSEMS também apresente
716 prestadores ou pólos que queiram fazer o serviço. Quanto à questão de Itabuna que é uma questão à parte, questionou como
717 o município não é pleno, não há condições de o município concordar em fazer Saúde em Movimento num município a 60 km
718 que o prestador é de Itabuna e mais, tem capacidade para não precisar fazer mutirão. Dá para fazer o ano todo porque tem
719 muita produção, pontuou que é o maior produtor de oftalmologia e glaucoma da Bahia, então não tem sentido falar em mutirão
720 se tem capacidade de fazer mensalmente toda a produção, então é preciso identificar cada município que tem direito para que
721 possa cobrar e uma semana para fazer o encaminhamento. O Senhor Coordenador lembrou que em primeiro lugar esta
722 reunião extraordinária foi marcada para hoje devido ao prazo para resolver isso. Segundo ressaltou que Sra. Cláudia saiu da
723 reunião com a definição de um consenso, nada que não possa ser revisto, mas é necessário que se tenha bom senso nesse
724 processo. Chamou atenção que se fechar isso hoje terá de suspender o primeiro mês do Programa Saúde em Movimento
725 marcado para abril, e deverá ser postergado para maio e suspender toda a programação de abril, o que significa perder pelo
726 menos as duas etapas, primeira e segunda, e não vai ter mais cronograma para fazê-las, vão ter que ficar suspensas. Depois
727 argumentou que não existe, por todas as séries históricas apresentadas, oferta regular no estado para dentro do cronograma
728 previsto substituir essa capacidade de oferta. Isso posto, propôs tentar buscar um consenso, no componente I e no
729 componente III, onde se tem esse conjunto de procedimentos feitos de forma itinerante e já tem programação de executar, para
730 não haver prejuízo da população desses municípios, a ser beneficiada no mês de abril, se estabelecesse o que havia sido
731 consensuado no componente I e no III. No componente II, aquele componente que foi mais baixa a execução, e não estava
732 nada com execução estadual anteriormente, se preparasse um estudo mais detalhado, como foi aqui apresentado e mais,
733 tivesse até a próxima CIB para trazer propostas. Esclareceu, o município de Itabuna tem um prestador que se propõe a fazer
734 cirurgia de otorrino faz uma proposta e traz, ele pode fazer uma quantidade de procedimentos dentro de tal período; o
735 município de Juazeiro tem um prestador que pode fazer cirurgia de próstata traz e apresenta, e será analisado na próxima CIB,
736 com base não só na oferta regularmente existente, mas também nas propostas de ampliação de ofertas porque as situações
737 são muito diversas. Citou como exemplo, o caso de Juazeiro que é muito atípico, pois tem um prestador privado de ortopedia e

738 este proporciona uma oferta grande, com tabela SUS, e pontua para fins de comparação, aqui em Salvador nenhum prestador
739 mais faz cirurgia ortopédica pela tabela SUS, tanto que a gestão plena do município de Salvador não realiza mais nada de
740 ortopedia; o governo do estado, a SESAB tem que contratar prestador privado pagando tabela diferenciada com recurso do
741 tesouro estadual sem ter dinheiro federal para atender todos os pacientes de Salvador e de todos os municípios que são
742 encaminhados ao município para cirurgias ortopédicas. Então, a realidade é esta, e se precisam tratar o mais breve possível de
743 superar as dificuldades, na área de ortopedia que está no componente II, só para destacar, as áreas de ortopedia, otorrino,
744 vascular, urologia, e alguns procedimentos oftalmológicos, são situações que com raríssimas exceções, Itabuna, que também
745 tem uma equipe de ortopedia que faz ainda, Juazeiro, Feira de Santana só alta complexidade, só fazem a margem maior de
746 lucro que fica no privado, a média fica para Salvador e para o Clériston Andrade. Finalizou colocando esta proposta de
747 encaminhamento para avaliação. Dra. Cláudia Almeida disse que falaria por etapas começando pelos questionamentos do
748 Secretário de Juazeiro que quando coloca a avaliação porque não executou, a maioria de todos os presentes sabem o
749 porquê, de não haver uma negociação entre os municípios que estão no comando único com os prestadores que hoje querem
750 fazer extra tabela SUS, isso é lógico, Salvador tem essa dificuldade, não tem nem com quem fazer e isso é fala de técnicos
751 com quem discutiram, Alagoinhas relatou que os prestadores de oftalmologia não estão querendo mais fazer tabela SUS, o
752 grande problema é que para além deles não querem fazer a tabela SUS, a catarata não se paga sozinha, para se chegar à a
753 cirurgia de catarata tem que ter a consulta, os exames pré e pós operatórios e essa é uma das barreiras, inclusive conversou
754 com a Secretária de Caetité sobre isso, que relatou que faz um acordo com o município para poder fazer cirurgia com ele
755 dentro do Projeto, mas o paciente só tem acesso se pagar para ele extra tabela SUS, então, destacou que o grande problema
756 está nisso. Ressaltou, que não é o Estado quem vai dizer, nem identificar isso, é cada gestor que está vivendo o dia a dia
757 dessa relação que tem que vir aqui para documentar isso e dizer da sua fragilidade de estar colocando. Em relação às
758 colocações do Secretário de Capim Grosso, colocou não está fazendo pela tabela SUS, mas informou que o componente II dá
759 liberdade de ao estar contratualizando algum desses procedimentos, que se faça um pacote dentro do valor da tabela SUS
760 para pagar consulta, os procedimentos, o que chama de pacote, nada, além disso. Com relação a fala do Secretário de
761 Itabuna, ressaltou que o fato de estar fazendo ou deixando de fazer Saúde em Movimento próximo ao município de Itabuna
762 nunca inviabilizou a questão do desempenho dentro de uma FPO que tem com os dois prestadores, inclusive quando fazem
763 um Saúde em Movimento em um município ele é para a micro e macrorregião, sempre deixa a cota, reúne um conjunto de
764 municípios, define a cota que cada um tem, isso no componente I. Para os outros componentes como se trabalha até hoje o
765 projeto de cirurgias eletivas do conjunto de municípios que está dentro do projeto do Estado, quem é secretário aqui e está no
766 projeto sabe como é que é feito, dizem para o gestor que tal município e tal prestador tem estes procedimentos, pode ir
767 diretamente ao hospital e executar, enquanto o estado fica monitorando para poder ver se ele atingiu a cota ou não, este ainda
768 é o mecanismo de controle para não acontecer como na maioria dos municípios plenos que vem ao longo da história
769 agregando outros municípios dentro dos seus projetos, executa dentro do valor total 90 e identificam até municípios
770 executando 100% para sua população própria, isso já foi demonstrado aqui em um estudo feito pela DICON. Dra. Stela Souza
771 comentou que essa dificuldade com relação às cirurgias está posta mesmo por questão da tabela SUS e lembrou das
772 experiências quando era gestora de Jequié e tentava fazer um pacote, para adesão à cirurgia e trazer os municípios todos da
773 micro para realizar no município e aconteceu que teve que dizer aos municípios que não poderiam porque os prestadores não
774 aceitavam tabela SUS, portanto não poderiam realizar, e ainda tinha um agravante, municípios que não tem hospital municipal,
775 quando se tem um hospital municipal, a exemplo de Porto Seguro, pode contratar uma equipe num pacote e colocar para fazer
776 essas cirurgias do componente II, mas o município que não tem e depende do filantrópico ou do privado, ele não consegue.
777 Com relação a atendimento, relatou sua experiência vivenciada domingo passada na igreja, quando encontrou um senhor e
778 este lhe contou que já estava conseguindo ler a Bíblia, o que foi para ela uma emoção muito grande, pois, é um município
779 pequeno com dificuldade de acesso. Então, colocou que este é um relato que faz, pois, o gestor só recebe crítica e quando
780 recebe um elogio é bom. E refere que isso aconteceu porque conseguiu vaga em Maragogipe e levou um grupo de pacientes
781 de lá, levou um grupo de pacientes para Amélia Rodrigues, onde conseguiu fazer cento e trinta cirurgias. Então, é grande a
782 dificuldade porque o município não tinha acesso, um município que está a 120 km de Salvador, a 30 km de Feira de Santana,
783 está próximo, não está se falando do norte que está há uma distância de 1000 de distância, com uma população com uma
784 demanda reprimida de cirurgias. Tem-se que pensar em um meio racional, concordou com o Secretário de Juazeiro que tem de
785 fazer uma análise para ver a questão populacional; se estão conseguindo realmente atender à demanda, mas não pode deixar
786 de desmerecer que o processo como um todo vem trazendo benefícios sim, para aos municípios; agora cabe aos municípios
787 de gestão plena, que tem condição de fazer contratação, os que têm prestador, tentar negociar porque já em oftalmologia,
788 Jequié, por exemplo, não tem problema porque o prestador atende tabela SUS, mas só para a população de Jequié, quando
789 abre para a população de outros municípios ele não quer. Então, são variáveis que vale à pena pensar e referiu que não sabe
790 como os membros da CIB entendem, mas é importante pensar que como a Secretária de Caetité colocou da dificuldade que
791 tem, assim também outros municípios têm e é preciso pensar na população. Enfatizou o exemplo do senhor que lhe falou no
792 domingo, considerando que aquilo foi muito bom e vale à pena o que se tem feito, com dificuldade, com erros e acertos, mas
793 todas as tentativas são válidas, pois existe um avanço dentro do Estado dos municípios por parte dos gestores. Dra. Cláudia
794 Almeida chamou atenção de uma fala de Dra. Conceição que quando não se usa um recurso provisionado FAEC para o
795 Ministério, significa dizer que o Estado não tem interesse de estar utilizando esse recurso e o Ministério faz essa leitura e retira.
796 Em que pese ter colocado valores para os conjuntos desses municípios, foi pego o componente III porque na realidade é o
797 componente mais fácil de se realizar procedimento, são os procedimentos mais simples e em que pese ter sido orçado pela
798 Portaria e pela Resolução CIB esses valores para executar FAEC. Chama atenção do que foi informado no sistema pela
799 produção FAEC, ou seja, o Ministério quando vai pegar ele trabalha a série histórica, observando que municípios que tinha
800 trinta e oito mil e executou apenas dois mil reais, então pontua: “o Ministério está entendendo que a Bahia não precisa de
801 dinheiro”. Então, pontuou que há duas discussões, uma discussão para que esse dinheiro continue nesse teto e a discussão de
802 como distribuir realmente esse recurso porque tem que dar resposta e não está sendo utilizado. O Secretário de Juazeiro,
803 Ubiratã Pedrosa, considerou que não havia nenhum problema em seguir no encaminhamento do Senhor Coordenador, mas
804 continua achando que tem várias leituras com relação a isso. O Ministério pode estar entendendo que essa tabela SUS não se

805 faz isso, todos os que estão lá vieram daqui dos municípios e dos estados e sabem que com a tabela não se faz isso.
806 Considerou essa a leitura mais correta e deve ser feita pelo Ministério. Colocou que não há nenhuma discordância em relação
807 ao encaminhamento, mas manifestou preocupação do rumo dessa discussão e não pode ficar no sentido de definir tanto para
808 o município, tanto para o Estado, pois, termina de certa forma contaminando uma disputa por recurso entre município e estado,
809 que não é esse o caso. Então, o avançar para a solução é ver se o Saúde em Movimento faz sem estar pagando tabela
810 diferenciada, ou se o Estado assume a diferença da tabela diferenciada, e está fazendo com sucesso. Destaca que não tem
811 nada contra em se avançar nisso se tem dificuldade de ter prestador fixo que faça isso, e destaca que o ideal é realizar as
812 coisas atendendo a fila de espera que é grande nessas questões. Colocou outra questão, afirmando não ter nenhum interesse
813 pessoal de Juazeiro nisso, mas fala que o fato dos municípios pequenos terem uma visão de possibilidade e perspectiva do
814 que podem ter e a alternativa de onde fazer, é fundamental, pois: democratiza o acesso aos recursos, é equânime, porque
815 senão o município pega o recurso, ou para o prestador, ou para o Programa Saúde em Movimento, faz uma parte e aquela que
816 não consegue fazer por alguma razão deixa prá lá. Então, aquela parcela que não teve acesso e se está se colocando o
817 recurso para facilitar o acesso, essa coisa teria que estar mais ou menos clara de que o recurso não está no teto do município,
818 o município não vai gerir recurso, mas a estimativa deve ser feita: quanto se tem direito, dá mais ou menos quanto; se pega a
819 lista e identifica-se e joga-se pra cima de quem ficou responsável pra executar. Enfatizou que é fundamental nessa discussão,
820 tentar construir algumas idéias em torno disso e tocar o processo do jeito que está até a próxima CIB. Dr. Ivonildo Bastos
821 pontuou que a dificuldade no que foi posto é a questão do tempo, o tempo muitas vezes não permite aprofundar uma
822 discussão e no aprofundamento dessa discussão buscar critérios mais equânimes. Então, foi feita uma proposta de setenta a
823 trinta no componente 1 e no componente 2, e meio a meio no componente 3; ressaltou que não sabe se Dra. Cláudia
824 Rodrigues apresentou o componente 3 em termos de produção, pois tem municípios com menos de trinta, propôs então que
825 repartisse o recurso 70% do componente 1 e 2 para o Estado e 30% para o município e se avalia com quatro meses o
826 processo de execução desses recursos. Mencionou que o Senhor Ubiratã fez uma discussão para se avaliar o que cada
827 município teria per capita e para onde esses municípios encaminhariam os seus procedimentos, independente do serviço está
828 na gestão estadual, ou na gestão municipal, mas que cada município soubesse: qual é o pedaço de bolo que ele tem desse
829 recurso, para onde ele pode e deve encaminhar a sua população e quais são os procedimentos ali elencados. Enfatizou que o
830 ideal seria se tivesse mais tempo para discutir, até para se rever esses percentuais e esta questão ficar mais equânime em
831 termo de partilha dos recursos e daqui a quatro meses se poder avaliar que municípios realmente tem ou não poder de
832 execução, questionou o levantamento de produção, pois muitos dos serviços hoje, que estão na gestão estadual no ano
833 passado estavam na gestão municipal, alguns hospitais estavam sob gestão municipal, logo pode ser que esse levantamento
834 de execução do período que foi executado estava na gestão municipal ou se conta hoje o fato dele está na gestão estadual.
835 Pontuou que se podia independentemente da proposta que foi feita pelo secretário, pois, participou da reunião, como grupo
836 condutor da rede cegonha no momento que foi feita essa discussão e depois se teve outra discussão, não que tenha quebrado
837 o que foi discutido anteriormente, mas que possam rever esses percentuais e avaliar se realmente em quatro meses quem tem
838 o poder de execução desses procedimentos. Salientou que na verdade o que impede de avançar a discussão é a questão do
839 prazo, deveria puxar mais o percentual para os municípios em detrimento dos 70% que está se propondo para o Estado. Dr.
840 Cláudia Rodrigues esclareceu que os 70% que está sendo proposto aqui, é do componente 2 basicamente, porque o
841 componente 1 foi por produção, em que foi visto que se tem uma capacidade maior de realizar; o componente 2 é justamente o
842 componente em que tinha quatro milhões e na realidade observa-se a utilização pelo FAEC de apenas 2%, quando se coloca
843 que o estado está executando no próximo exercício de 2012 que vão para sete milhões, é na possibilidade de que o Ministério
844 identifique o estado com condições de realizar. O Senhor Coordenador salientou que quem executou no FAEC foi Irecê, que é
845 o Hospital Estadual que foi cedido ao município e São Félix com a Santa Casa. Dra. Cláudia Rodrigues enfatizou que foi
846 colocado a discussão com as microrregiões, incluiu que iria colocar os 70%, mas não sabe se o Ministério, quando fizer a
847 avaliação da produção, pois, falando em recursos financeiros para o Ministério não se tem um outro olhar além do que está
848 produzido no SIH, não tem outra forma pra se trabalhar, é a partir daí que ele aloca o dinheiro. Dr. Ubiratã Moreira pontuou que
849 a discussão não é de percentual, e que não quer ficar com 1% em Juazeiro sem a capacidade de fazer, dois a três meses
850 depois será mostrado o que foi recebido não foi executado, por isso esse não é o posicionamento, propôs que até a próxima
851 reunião fica qualquer coisa, sem nenhum problema com relação aos percentuais e se o COSEMS tiver capacidade de
852 apresentar alguma proposta na próxima reunião, discute-se e aprova-se, se não, fica do jeito que está, colocou que cada
853 município com qualquer percentual que ficar, os que têm a capacidade de execução faça uma avaliação criteriosa do que é
854 que pode fazer realmente, se ficar até 50% como está proposto e achar a avaliação concreta, tiver condições de fazer mais,
855 chega dizer que pode fazer mais. O Senhor Coordenador enfatizou que a avaliação de Ubiratã é a mesma coisa que foi
856 proposta no encaminhamento, o componente 1 que é catarata, tem uma estratégia que por conseguir escala, permitindo uma
857 maior eficiência, tem-se uma programação para cobrir todo o estado com catorze etapas entre abril e agosto, então não há
858 nenhuma dúvida que 70% desse recurso de catarata, seria mais adequadamente alocados e ainda fica 30% pra quem tem
859 prestadores que regularmente fazem. Reforça que nesse componente 1 é tranqüilo, pois não há nenhuma dúvida a cerca
860 disso, propôs que no componente 3, como ele é aberto, se pega 50% do valor e aloca-se para o estado completar o recurso
861 que se precisa para viabilizar o Programa Saúde em Movimento. Lembrar que somando 70% do componente 1 com 50% do
862 componente 3, ainda assim não cobre o valor todo do Programa Saúde em Movimento, para viabilizar um recurso que será
863 colocado do tesouro do estado e se consiga fazer essas catorze etapas. Inferiu que a grande questão é o componente 2, por
864 que não se teve ainda capacidade, sendo comprovado pelos dados trazidos por Dra. Cláudia, que não se teve capacidade de
865 montar uma estratégia para assegurar a oferta desses procedimentos, por isso reapresentou a proposta que foi feita, se Dra.
866 Cláudia considerar que é possível negociar com o Ministério, aprovar a programação do componente 2 e do 3 até a próxima
867 CIB levantar propostas de estratégias para viabilizar a oferta do componente 2, independente se será em municípios com
868 gestão estadual ou municipal, independente da proposta vai partir da secretaria estadual ou municipal, tem-se até a próxima
869 CIB para traçar essas estratégias, tem algumas possibilidades concretas, por exemplo, os prestadores que estão contratados
870 pela SESAB do Saúde em Movimento se propõem a fazer vitrectomia, além de outros procedimentos oftalmológicos que estão
871 no componente 2, no valor da tabela do SUS, para realizar esse procedimento em Itabuna e Salvador, por que eles já tem uma

872 escala que vai permitir uma triagem de pacientes e fechar a oferta. Ressaltou que como o contrato do Hospital Santo Antônio
873 de Irmã Dulce está com o estado e está saindo a renovação por mais outro período com o estado, tem-se como negociar isso
874 com o pessoal do Hospital Irmã Dulce, que foi aprovado na CIB, o serviço de implante coclear, depois o de serviços de saúde
875 auditiva, por isso tem-se como conversar com o pessoal de otorrino e tentar combinar com eles, pra fazer um mutirão de
876 cirurgia de otorrino e dessa maneira traçar uma oferta regionalizada, pois o problema é que no Hospital Irmã Dulce, tem a
877 equipe, tem residentes, só não tem leitos e capacidade, mas se pode ter em vários hospitais municipais disponibilidade de se
878 fazer uma estratégia combinando com a equipe de operar os pacientes e fazer o pós operatório lá. Pontuou que teria trinta dias
879 para trazer algumas propostas que pudessem viabilizar a execução do componente 2, logo, não adianta ser dividido o
880 percentual para o estado e os municípios sem ter estratégias que garantam a realização desses procedimentos. Dra. Cláudia
881 Rodrigues enfatizou que na verdade essa estratégia, quer dizer um pouco dela foi discutida, se está dando prazo de quatro
882 meses justamente pra poder reavaliar toda essa capacidade, o fato de se estar fazendo a divisão é por que é necessário dar
883 uma resposta ao Ministério, salientou que é impossível mandar sair uma Resolução CIB de uma Portaria fragmentada, dizendo
884 que foi pactuado o componente 1 e componente 3 e o componente 2 ficou de pactuar quando puder, trazendo para realidade,
885 colocou que é muito difícil, pois a próxima CIB é no dia 19 de abril, é difícil desconsiderar todas as tarefas de áreas que se tem
886 para chegar na próxima CIB com um produto pronto e que dê uma condição de dizer que se pode ou não, sendo muito inviável.
887 Assim, propôs que como desde o início foi consensuado no COSEMS que se faria isso e se teria quatro meses para poder
888 reavaliar e fazer novas proposições; solicitou que os secretários que estavam presentes naquele momento se posicionassem
889 em relação a essa proposta. Dra. Stela Souza pontuou que a situação é muito difícil para os gestores, por isso que tem esses
890 debates, que inclusive, devem ser saudáveis e construtivos e não dá para expor ninguém, enfatizou que não será possível
891 conseguir junto ao Ministério encaminhar nada fragmentado, pois o mesmo não aceitará e que entende as demandas,
892 principalmente no que diz respeito aos mutirões de cirurgia de otorrino que foi uma aclamação, e isso é verdade, pois, não
893 adianta querer colocar que não existe uma demanda grande e reprimida dentro do estado, incluindo as cirurgias ortopédicas e
894 outras. Propôs que a colocação do Senhor Ubiratã faz sentido no que diz respeito ao percentual e quem terá direito,
895 discordando em relação a divisão do recurso e sim valorizando o procedimento, não adianta dizer que vai ter cinco mil e pagar
896 tabela extra SUS, pagando a diferença, pois não vai resolver nada, o importante é saber que pelo SUS quanto que se vai
897 conseguir de cirurgia, por que é na porta de cada um que os pacientes, os vereadores, os pastores, os padres, todos caem em
898 cima dos gestores. Enfatizou que se está em um momento difícil, tem-se uma portaria, tem um recurso que não está para
899 todos, só se todos fizerem, ou seja, esse dinheiro não existe, ele é virtual, ele só é dinheiro quando se executa, recurso FAEC,
900 então se houver dificuldades, não se tem tempo hábil para poder resolver, precisa-se realmente tomar algumas decisões,
901 mencionou que é necessário fazer um levantamento e informar até o COSEMS como vai ser atendido, como será a
902 metodologia dessas cirurgias, sendo importante sentar com o COSEMS e discutir isso, pois todos os gestores precisam saber,
903 logo, é preciso ter uma metodologia, não é não aprovar o encaminhamento aqui, e que não seja o 1 e 3 e sim os três ou
904 nenhum e que se assuma a responsabilidade de cumprir com as atividades, pois não está sendo cumprido por que não dá
905 conta. Pontuou que se deve socializar como os municípios terão acesso, de forma mais transparente, e que seja marcada uma
906 reunião com o COSEMS, para o mesmo socializar, e as informações serem apresentadas aos colegiados, pois, não dá mais
907 para esperar. Lembrou que a série histórica está baseada na produção da Bahia, e tem um problema, até a questão do Olhar
908 Brasil, ponto da Tripartite depois de amanhã de novo, e fez um depoimento da questão do Olhar Brasil falando da Bahia estar
909 um pouco atrás, pois os municípios não cumprem aquelas metas de recursos para aderir e não foi feita. Enfatizou que os
910 municípios precisam ter o apoio do estado, apesar deste, não ser o executor, mas ele entra para fortalecer os municípios. Cabe
911 aos municípios com a ajuda do Estado, buscar alguma força para que se possa executar dentro do município, que tem hospital
912 da rede própria do estado, como que o hospital do estado poderia estar fortalecendo o município para realizar essas cirurgias.
913 Pontuou que outra portaria virá, tem-se quatro meses, depois dos quatros meses deve-se fazer a avaliação e enquanto isso se
914 pensa em outras estratégias, para se ter estratégias concretas, e não subjetivas, onde não se sabe direito que caminho irá se
915 tomar, principalmente porque a população está esperando para ser atendida. Dra. Alexandra (SMS de Ibirapitanga) relatou que
916 no dia anterior após a videoconferência, voltando de Ilhéus, chegou na secretaria no período da tarde, e uma mãe que já tinha
917 a procurado, já passou por Salvador, já tentou por Itabuna, já foi discutido também no colegiado, sem sucesso, então hoje seria
918 o dia de decisão, porque essa mãe que tem apenas uma casa com cinco filhos, colocou uma placa de venda, entrou em
919 contato com o Distrito de Itamarati, e por sinal, a mãe realmente colocou uma placa de venda na casa para fazer a cirurgia nas
920 amígdalas de seu filho, e até então não se conseguiu, nem pela regulação e ressalta que já foi feito tudo, inclusive na DICON.
921 Ressaltou que é muito triste, pois está a mais de dois anos esperando essa cirurgia, em uma reunião com Dra. Cláudia, a
922 regulação foi fechada, entrou em contato com os municípios, foi feito tudo o que poderia ser feito, porém, a cirurgia tem que ser
923 feita em Salvador, e ainda não consegui, salientou que chegou ao limite. Além, que além de ter sido vereadora com dois
924 mandatos, sabe da história do povo, hoje está como gestora, e tem até vontade de pagar, inclusive, já propôs pagar um
925 médico, mas tem a questão do dinheiro público, pois se fizer para um, tem que fazer para todos, tem também as cirurgias de
926 próstata e outras cirurgias, e o município fica a mercê das pessoas e se sabe que eles precisam, e estão nos direitos deles, o
927 gestor tem que providenciar. Pontuou que a reunião extraordinária foi louvável e se colocou a disposição para lutar pelo que
928 pode ser feito, e precisa-se resolver o problema dessa criança. Dr. Geraldo Magela salientou que se precisa fazer coisas
929 criativas e diferentes, não dar mais para se fingir ou fazer de conta que não existe, disse acreditar que dar pra fazer, o caso
930 exposto pela gestora dá pra ser resolvido, o município de Itabuna pode fazer uma parceria com o Estado e está resolvendo,
931 Itabuna tem capacidade instalada para fazer pra todo mundo, porém o município de Itabuna não pode pagar para outro
932 município, mas tem com a parceria do Governo do Estado como resolver o problema, não só isso, mas outras cirurgias como a
933 de próstata. Propôs uma parceria para que seja construído algo diferente. O Senhor Coordenador ressaltou que o
934 encaminhamento de Dra. Stela foi que se aprovasse essa proposta com o prazo de quatro meses pra reavaliar, fez um adendo
935 que na próxima CIB e nas outras duas antes de completar quatro meses, seria feito a cada CIB a identificação de estratégias
936 possíveis, como a proposta feita por Dr. Geraldo Magela, como a outra que foi feita, que fosse possível de fazer, ou seja, na
937 próxima CIB solicitou a todos tentarem trazer essas propostas, como a oferta do Hospital de Itabuna, tentarem trazer a
938 proposta do Hospital Irmã Dulce, e ver que estratégias podem ter. Mencionou que Dr. Andrés não precisa esperar até a

939 próxima reunião, pode pegar os dados da paciente de Ibirapitanga e tentar resolver. Dr. Andrés Alonso informou que a Santa
 940 Casa de Misericórdia está realizando um mutirão de cirurgia de otorrino há aproximadamente sessenta dias, mas é necessário
 941 avaliar como está a organização do acesso a esses procedimentos, terá uma conversa com a Santa Casa nessa próxima
 942 semana e se estará monitorando isso, mas independente disso será garantido o agendamento dessa cirurgia. O Senhor
 943 Coordenador informou que se tinham seiscentas crianças na fila de espera para cirurgia cardíaca pediátrica no estado, foi feito
 944 um contrato com o Hospital Martagão Gesteira para ir reduzindo a fila de espera, das primeiras oitenta e poucas cirurgias que
 945 foram programadas, mais da metade não tinha indicação cirúrgica, ou seja, nem toda indicação cirúrgica merece ser operada,
 946 ou deveria ser operada, pois infelizmente uma parte, a fila da necessidade real, por um lado é menor que são aqueles que
 947 aparecem com a prescrição de indicação e não precisam. no entanto, considerou que não se sabe se a outra parte da fila que
 948 não teve ainda acesso pra avaliação, resumindo, cada caso desse vai merecer ser reavaliado antes de ser efetivamente
 949 submetido a um procedimento cirúrgico. Salientou que conforme acordado fica a proposta de Dra. Stela com o adendo que o
 950 mesmo fez. Ainda no que ocorrer, tem um ponto que não pode atrasar mais, que Dr. José Raimundo da auditoria trouxe um
 951 problema para ser compartilhado, tem-se trabalhado para firmar TAS, para evitar que os municípios tenham que fazer
 952 devoluções de recursos ao fundo estadual ou ao fundo nacional, recursos esses que podem ser aplicados dentro do próprio
 953 município. No entanto a preocupação é que alguns municípios sentaram com a auditoria, elaboraram o TAS, o secretário
 954 estadual assinou e o município não veio assinar, sendo que todos os prazos já foram estourados, de quatro meses até, então
 955 a auditoria propôs que seja firmado na CIB um prazo no qual o TAS negociado deixa de ter validade, porque não tem sentido
 956 se fazer um acordo e ficar quatro meses sem vir firmar o acordo. Dra. Stela Souza pontuou que o COSEMS também está a
 957 disposição para ajudar nesse processo, tem dificuldade de acesso, o secretário não veio, informa-se para o COSEMS, que o
 958 mesmo tem feito esse trabalho com o município, como já foi começado em relação aos RAGs e PMS que o COSEMS já está
 959 começando uma estratégia, inclusive para colaborar com os municípios. Dr. Fabiano colocou que na verdade o seu
 960 encaminhamento era que também fosse passado para o COSEMS para que o mesmo possa ajudar a chamar esses municípios
 961 para assinar. Dr. José Raimundo esclareceu que o município após a defesa, reconsideração, após tudo isso, no caso até de
 962 suspensão de recurso; ele apresenta um plano; esse plano é encaminhado para um parecer técnico da DAB; a DAB emite um
 963 parecer favorável, depois comunica ao município; o Secretário Estadual assina. Destacou que liga-se várias vezes para o
 964 município, sendo que o município já fez o plano, ficando, às vezes, até cinco meses, sem o gestor vir aqui para assinar, só que
 965 a maioria dos municípios tem feito dessa forma, mas alguns não, e na Portaria não prevê essa história, existe um lapso da Lei.
 966 Lembrou que todos os prazos administrativos são corridos. Dra. Stela Souza enfatizou que para ser corrido então, fica 15 dias
 967 úteis. Dr. José Raimundo afirmou que no máximo 15 dias, porém não acontecendo isso se faz uma resolução. O Senhor
 968 Coordenador aprovou a proposta e informou que a próxima reunião será no dia dezanove de abril. Dra. Stela Souza registrou
 969 que se precisa oficializar que saia uma nova resolução com a substituição de Dr. Ubiratã Moreira do Grupo Condutor de Redes
 970 por Ivonildo Bastos, hoje já foi anunciado no grupo, mas é necessário que seja isso registrado também em resolução aqui na
 971 CIB. Dr. Geraldo Magela lembrou que na última CIB ficou do Estado se posicionar em relação ao comando único de Itabuna. O
 972 Senhor Coordenador informou que na próxima reunião da CIB no dia dezanove será apresentado um relatório da visita da
 973 comissão, pois essa reunião extraordinária foi aprovada apenas com dois pontos de pauta, como está registrada na Ata da
 974 reunião anterior, em seguida, agradeceu a todos e finalizou a reunião.

975
 976 Em seguida, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima
 977 reunião ordinária para o dia 19 de abril, quinta-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci
 978 Nunes Sampaio Sales, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20
 979 de março de 2012.

980
 981 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 982 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____
 983 Raul Molina Moreira Barrios _____
 984 Suplente: Stela dos Santos Souza _____
 985 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 986 Gisélia Santana Souza _____
 987 Andrés Castro Alonso Filho _____
 988 Washington Luis Silva Couto _____
 989 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____
 990 Gilberto José dos Santos Filho _____
 991
 992