

Aos dezesseis dias do mês de maio do ano de dois mil e treze, no Auditório Vilas do Atlântico do Hotel Sol Bahia, em Patamares, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Andrés Castro Alonso Filho, José Antônio Rodrigues Alves, Ivonildo Dourado Bastos e Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Stela dos Santos Souza, José Raimundo Mota de Jesus, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, Fabiano Ribeiro dos Santos e Alceide de Almeida Bezerra Silva. Às 12 horas, havendo número legal, a Subsecretária como Secretária em exercício declarou aberta a sessão e, antes de efetuar a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, Nanci Salles informou que encaminharia a Ata da 211ª Reunião Ordinária aos membros da CIB, para aprovação na próxima reunião, em junho. Informou também que encaminharia para Suzana e Stella, a solicitação da indicação de dois representantes, do Estado e do COSEMS, para comporem a Câmara Técnica da CIB, a fim de que no próximo mês pudessem realizar a reunião prévia para a pactuação da pauta. No seguimento passou a efetuar a leitura dos expedientes encaminhados para **Informes: 1.1.** Até esta data, **80** municípios **não** encaminharam **(19,18%) Plano Municipal de Saúde 2010-2013** para as DRES; **1.2** Conforme **Relatório do SARGSUS/MS, em 14 de maio de 2013: 292** municípios estão com o **Relatório de Gestão de 2011 aprovados (70,02%)** pelos CMS; **15** municípios estão com o **Relatório de Gestão 2011 aprovados com ressalva (3,6%)**; **02** municípios **não aprovados (0,48%)**; **02** municípios foram solicitados **ajustes (0,48%)**; **102** municípios estão **em apreciação** pelo CMS, **(19,90%)**; e **04** municípios estão **sem informação (0,96%)**, os quais estão nas Regiões de Alagoínhas (**Itanagra**), Ibotirama (**Morpará**), Jacobina (**Umburanas**), e Teixeira de Freitas (**Itamaraju**). Nanci reiterou que a recomendação do Ministério para os municípios que não tiveram seus relatórios lançados no SARGSUS e sob apreciação do Conselho de Saúde era a suspensão de repasse a partir de **30 de abril**. Nesse momento Stella solicitou uma interrupção para pedir silêncio, enfatizando o que Nanci estava lendo era muito importante, pois tratava de relatórios que não tinham sido entregues, relatórios de municípios que terão os recursos suspensos, conforme documentos que vinham recebendo do Ministério, sendo muito importante que todos tivessem um pouco de atenção, até para que os membros da CIB pudessem entender o que estava se passando e pudessem inclusive discutir os encaminhamentos que se fizessem ali. Nanci deu continuidade, referindo que quanto a questão dos planos e relatórios também uma minuta de resolução estava em fase de ajuste junto ao COSEMS e à COPE, tendo em vista que, nas duas reuniões do início do ano, tinha sido proposta a formação de uma comissão para aquele fim, e a resolução conterá a nova orientação em relação aos conteúdos, estruturas e fluxos de planos e relatórios anuais de gestão e que, de antemão, a proposta era que se mantivesse o registro do relatório apenas no SARGSUS, não havendo mais demanda de envio para as DRES nem para a CIB, já que o sistema era público, de acesso para todos os cidadãos. E sendo assim, em relação ao plano e à programação, a proposição era que se mantivesse o envio apenas de uma mídia para as Diretorias Regionais para que estas pudessem lançar no Observatório Baiano de Regionalização, dispensando o envio à CIB, pois, o Sistema disponibilizaria a informação a todos que desejassem visualizar. Dando continuidade, passou ao informe **1.3. O Ministério da Saúde encaminhou cópia da publicação dos Termos de Ajuste Sanitário – TAS dos Municípios: Campo Formoso e Paulo Afonso. 1.4 A Auditoria do SUS do Estado** informou que os relatórios de auditorias realizadas nas Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios: Caturama, Itanagra, Mulungu do Morro, Souto Soares, Marau e Iraquara (referentes aos CEO), encontravam-se disponibilizados no site da Auditoria do SUS-BA: www.saude.ba.gov.br/auditoria. 1.5. Situação da contratualização da CLINEFRO, junto à SMS de Senhor do Bonfim, e da APMI, junto à SMS de Pojuca. A Subsecretária falou que passaria para Stela e Ivonildo, dizendo que a situação da CLINEFRO em Senhor do Bonfim e da APMI de Pojuca, já tinha sido discutida anteriormente na CIB, quando foi dado encaminhamento, com prazo para resoluções das pendências de pagamento dos prestadores. E que a gerência da CLINEFRO tinha 'provocado' o COSEMS e a SESAB para resolverem a situação, pois a dívida do que tinha sido autorizada pelo Município já era de mais de quatrocentos mil reais, se não estava enganada e vinha se acumulando para mais do que tinha sido programado. Enfim, que o COSEMS tinha feito contato com o Município, com a presença do Secretário e que Stela falaria sobre o encaminhamento proposto. Stela parabenizou a equipe técnica da SESAB e principalmente a equipe do COSEMS, pelo envolvimento com o Relatório de Gestão 2011, que tinham feito um trabalho e descoberto a pendência de relatório em 78 municípios, dando um apoio aos municípios, o COSEMS, em conjunto com a SESAB, conseguindo amenizar bastante. Mas ainda restavam aqueles aos quais, tanto a equipe do COSEMS como a da SESAB, estava à disposição para ajudar e tentar resolver. Com relação aos municípios que não tinham encaminhado o Plano Municipal 2010/2013, já se encontrando no trabalho do novo plano municipal de saúde, mas ainda com pendências 2010/2013, o que sabiam era que, no caso de relatório de gestão, se antes eles deixavam, conforme decidido em CIB e publicado em resolução, que não se aprovava projetos de investimento para quem estivesse devendo relatório, a situação agora era muito mais séria, pois eram recursos que o Ministério não iria mandar e não era só de investimento, mas o recurso de custeio dos municípios. Então, disse que o COSEMS vinha fazendo um trabalho com os municípios e estariam naquele processo, ajudando na questão do manual de elaboração do Plano Municipal de Saúde, a fim de que não ficasse município devendo. Informou também que Ivonildo tinha umas ideias que colocaria, possivelmente na comissão dos relatórios, que seriam conferências e algumas coisas que aconteceriam. Ainda com relação àqueles informes, falou que era importante esclarecer que o COSEMS vinha fazendo aquele trabalho de incentivo – e tornou a solicitar silêncio, comentando que estava muito complicado, pois não estavam conseguindo ouvir e o trabalho estava sendo muito difícil; disse que os membros da CIB teriam que fazer votação e a plenária era os representantes, tanto da Secretaria de Estado, como dos municípios e teriam que ouvir a discussão para poderem votar – e, com relação ao CLINEFRO, tinham convidado o Secretário de Senhor do Bonfim, Dr. Washington Sobreira para fazer os esclarecimentos. Comentou ser uma demanda muito grande e já tinha sido ponto de pauta da CIB e colocado pelo Secretário à época, a importância da manutenção do serviço para a saúde da população, quando tinha sido dado um prazo para que o Município resolvesse a situação com o prestador. Havia também a presença do Promotor representante do Ministério Público Estadual, o qual tinha informado que mandaria para o Promotor da Comarca da Região, ao tempo em que tinha cobrado que a CIB desse uma resposta. Continuou, dizendo que vinham se envolvendo e a Clínica vinha mandando vários e-mails, quase que diariamente, mas que estava ali o Secretário de Senhor do Bonfim e com certeza ele traria boas notícias para todos, pelo menos tinha sido o que ele lhes havia falado. E solicitou a Suzana para abrir aquele espaço para ele

68 se colocar. Dr. Washington Sobreira cumprimentou a mesa, na pessoa do Sr. Ivonildo, e cumprimentou a todos. Falou que era
69 sua primeira fala na CIB, no momento em que se discutia um problema muito sério, da alta complexidade do seu município. Se
70 identificando, disse ser médico, especializado em Pediatria e pós-graduado em Endocrinologia e em função de ter sempre
71 prestado serviço ao SUS, tinha resolvido atender ao pedido do Prefeito da Cidade de Senhor do Bonfim, passando para o lado
72 da gestão, passando a ver como funcionavam verdadeiramente as discussões sobre a saúde pública no Brasil, mais
73 especificamente no Estado da Bahia. Destacou que no pouco tempo que estava, dividia duas sensações, de paixão e de
74 indignação, quanto à forma como era tratada hoje a saúde pública em todo o Brasil. Falou que tinha assumido em 01 de janeiro
75 de 2013, mas desde dezembro tinha procurado se inteirar principalmente das situações mais delicadas do Município, com
76 relação à saúde, e uma das situações era referente à CLINEFRO. afirmou que em momento algum tinham se escondido, nem
77 se acovardado em discutir com a CLINEFRO o real problema que a Clínica vinha vivenciando desde 2010; então a dívida de
78 Senhor do Bonfim com a Clínica era de 2010, 2011 e 2012 e aquilo tudo em virtude de recurso extra-teto que tinha passado a
79 acontecer e que, em determinado momento, gestores da época tinham ficado impossibilitados de pagarem, sozinhos, aquele
80 extra teto, o que, segundo ele, não vinha ao caso. Porém, agora em 2013, em cinco meses, tinham procurado sanar o
81 problema e ontem mesmo tinham conseguido uma forma legal, junto com o Procurador do Município, para que tivessem o
82 respaldo da lei e pudessem repassar aquela dívida que o Município tinha com a CLINEFRO, que não era pouca. Ressaltou que
83 para o Município, que hoje vinha recebendo praticamente regrado e com o FPM diminuído, tinha causado um transtorno
84 grande na economia da saúde de Senhor do Bonfim. Em seguida fez uma breve explanação do que tinha acontecido
85 verdadeiramente com a CLINEFRO. Quanto às glosas 2010/2011, relatou que os auditores do Município haviam glosado uma
86 quantia de cento e cinqüenta e nove mil, quatrocentos e sessenta e quatro reais e um centavo, correspondendo: cento e trinta
87 e mil reais e setenta e dois centavos, à alta complexidade; e vinte e cinco mil, trezentos e noventa e um reais, à média
88 complexidade. Com relação à glosa, disse que ainda estava pendente porque a própria CLINEFRO tinha entrado no Ministério
89 Público Federal e estavam aguardando a posição do Ministério para que autorizassem, através de um TAC, o repasse ao
90 Município, uma vez que estavam no novo ano administrativo. Assim, destacou que disponibilizariam, sem autorização da lei,
91 uma verba referente a 2010/2011, mas estariam sendo irresponsáveis se não tivesse o respaldo da lei para pagarem. Mesmo
92 porque os próprios auditores tinham feito aquela glosa já em 2012, nos meses de novembro e dezembro. A Secretaria de
93 Saúde tinha deixado de repassar o recurso extra teto, ficando uma dívida de noventa e um mil, trezentos e quarenta e quatro
94 reais e trinta centavos, da alta complexidade; e da média tinha ficado um débito de setenta e quatro mil, seiscentos e setenta
95 reais e cinquenta e três centavos, com relação a 2012. Informou que tinham negociado com a CLINEFRO e ontem tinham
96 assinado um termo de acordo administrativo com a Clínica, onde a dívida com a alta complexidade, referente a novembro e
97 dezembro de 2012, tinha sido dividida em seis parcelas; e com a média complexidade, tinham dividido em dez parcelas.
98 Informou também que a primeira parcela da alta complexidade tinha sido paga dia 14 e a parcela da média complexidade
99 estaria vencendo no dia 20 próximo. Enfatizou então que procurariam honrar e, diante de tudo aquilo, procurariam resolver o
100 problema da CLINEFRO da melhor forma, pois sabiam que era um serviço de alta necessidade, não somente para a Cidade
101 onde ele era gestor, como também para a própria Região. Comentou que tinham tido um acidente sério com o veículo com
102 pacientes que faziam tratamento de hemodiálise em Juazeiro, antes da existência da CLINEFRO e oito daqueles pacientes
103 tinham vindo a falecer. Assim, além de existir a demanda, na época tinha sido vista a possibilidade de ser levada uma clínica
104 para lá e tinham o maior interesse, porque entendiam a importância de continuarem a parceria com a CLINEFRO, pelo bem
105 que fazia, não somente a Senhor do Bonfim, como a toda a Região. Então tinham procurado sanar, naqueles quatro meses e
106 meio ou cinco, o problema que já vinha acontecendo desde 2010 e que se admirava que ele, da área de saúde,
107 desconhecesse aquela problemática antes de assumir a Secretaria, porque não era divulgado. Pediu que imaginassem a
108 pressão, como tinha sido bem colocado ali pela mesa, de que praticamente todos os dias recebiam e-mail, solicitação de
109 resolutividade, mas sabia da dificuldade da lei de responsabilidade fiscal hoje. Outro detalhe era que, diante do repasse que o
110 Ministério da Saúde fazia para a própria CLINEFRO, em dezembro a gestão anterior tinha deixado de repassar para a Clínica
111 cento e vinte e quatro mil reais, tirando do recurso federal. Eles tinham ido lhes prestar contas e lhes informar legalmente
112 aquela dívida em meados de fevereiro ao que, prontamente, como eles tinham deixado em 'restos a pagar', no dia 01 de março
113 tinham feito o pagamento. Diante de tudo, ele referiu que o Município de Senhor do Bonfim estava de parabéns, por ter
114 conseguido fazer aquele acordo e por estar honrando com o acordo e estarem repassando, fazendo o 'papel de casa'.
115 Finalizando, comentou que só hoje todos estavam sabendo como estava sendo aquele 'papel de casa', porque a situação não
116 era fácil, a pressão tinha sido grande, nas rádios, blogs dos deputados, ligações de deputados, mas ainda bem que tinham
117 conseguido e conseguiriam honrar aquela dívida com a CLINEFRO. Dr. Raul colocou que tinha estado com o Secretário por
118 volta do mês de março, quando tinha recebido a primeira informação. Depois daquilo já tinham tido uma demanda de rotina
119 que tinha sido encaminhada, conforme o Secretário tinha colocado ali, o acompanhamento vinha sendo feito e vinham
120 recebendo, pelo menos uma vez por semana, o andamento da situação. Informou que tinham um espelho da dívida com o
121 Prestador e inclusive tinha falado com o Prefeito, seu colega, que havia lhe informado que entraria em contato com o Senhor,
122 Dr. Washington Sobreira, colocando a importância de se resolver aquilo. Até porque o COSEMS já tinha trazido para uma CIB
123 anterior, quando tinha sido colocado aquele encaminhamento e inclusive o de Pojuca, e novamente aparecia ali, valendo a
124 pena resgatarem um posicionamento claro que tinham colocado, na presença de Dr. Rogério, que representava o Ministério
125 Público, de que teriam uma pessoa do COSEMS, uma da SESAB e o Ministério Público acompanhando aquilo, a princípio
126 porque estavam muito preocupados com a perda do comando único do Município, se aquelas coisas continuassem daquela
127 forma. Referiu que tinham colocado claramente quais seriam as consequências daquilo, confessando que todas as vezes que
128 lia o e-mail, sempre tinha estado lá, por acordo verbal, até para reforçar o que o Secretário estava colocando. Entendiam que,
129 não havendo contrato, era uma posição diferente e falou que gostaria de ouvir Andrés, que tinha participado também da
130 reunião, porque não haver o contrato era notícia nova para eles porque para eles existia o contrato. E, no momento em que
131 não havia o contrato, teriam que rever como aquilo vinha sendo feito, porque eles não entendiam como o Município podia
132 justificar aquilo, que imaginassem o dilema daquilo tudo. Concluiu dizendo que queria apenas fazer uma cobrança, pois tinham
133 gastado muito tempo para se chegar àquela notícia, não precisando ter vindo para tudo aquilo se tivessem sabido desde o
134 início que não existia o contrato. Então, gostaria de ouvir Andrés e aquele era o encaminhamento que tinham para dar, pois

135 hoje o Secretário lhes trazia uma notícia diferente e aproveitava o momento para dizer ao Secretário que aquela era uma
136 função deles, gestores, trazerem para ali. Destacou que com sua ausência parecia que já tivessem alternativas para a
137 resolução do problema. Mas tinham que se colocar do seu lado, para dividirem juntos e tentarem achar uma solução que não
138 viesse a prejudicar principalmente os pacientes, que eram o maior objetivo deles. Dr. Andrés, da SUREGS, referiu o que estava
139 acontecendo no Município de Senhor do Bonfim, quanto à TRS, como um problema que vinha enfrentando em vários
140 municípios. No entanto, o que tinha acontecido em Senhor do Bonfim havia criado um desgaste extremamente desnecessário e
141 já estava implicando em desassistência, pois já havia a recusa do prestador, em função de não fazer questão do recurso extra
142 teto e não fazer questão do extra teto não cabia ser justificado pela ausência de contrato. Acrescentou que o contrato do TRS
143 tinha outros termos, o Estado também fazia, tinha terapia renal substitutiva sob a gestão estadual sendo executada. Ressaltou
144 que a ausência de contrato não podia ser uma justificativa para não se pagar o Prestador, até porque o mecanismo de repasse
145 do Ministério para diálise era outro, então, teriam que resolver aquilo de uma forma definitiva. Informou ter recebido ontem um
146 e-mail do Prestador, com débito ainda acumulado, hoje, de trezentos e quatorze mil reais e precisavam de fato pactuar uma
147 solução definitiva e frisou que não dava mesmo para continuarem naquelas condições. O desgaste que o próprio Estado vinha
148 tendo naquele processo não vinha sendo pouco, as provocações de reuniões, necessidade de contatos com os secretários,
149 prefeitos, prestadores, se repetia semanalmente, se não diariamente, em função daquelas dificuldades que vinha acontecendo
150 e, de fato, tinham que definir uma solução. E se não fosse para retirar o comando naquele momento, que se pactuasse ali na
151 CIB, algo por escrito para resolverem aquela situação, pois quem estava perdendo eram os pacientes. Se o Município não
152 tinha condições de arcar com o recurso extra teto, o Prestador tinha condição de oferecer e sabiam que na questão da diálise,
153 tinham dificuldade de oferta, existindo pacientes que estavam morrendo por falta de acesso ao serviço. Mencionou que a
154 Urgência do Roberto Santos encontrava-se lotada de pacientes que não tinham alta por conta de insuficiência de acesso ao
155 serviço diálise, embora já tivessem ampliado bastante nos últimos seis anos. Destacou que não podiam ter um serviço à
156 disposição e o Município não autorizando o extra-teto; se o Município não pudesse arcar com aquele valor a mais, o Estado
157 estava, mais uma vez, se colocando para assumir a gestão dos serviços naqueles casos, o que não podia era ter
158 desassistência. Dra. Suzana passou a palavra para Dr. Raul, pois ele estava com o Termo e seria melhor lê-lo. Dr. Raul Molina
159 comentou que havia um documento da Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, um Termo de Acordo Administrativo e
160 passou a ler o que constava em sua primeira cláusula: "o presente instrumento tem como objetivo a confissão da dívida e a
161 composição do pagamento referente ao extra-teto". Comentou que o Município estava colocando aquele reconhecimento todo
162 no papel, em documento. Entretanto, o prazo estava no documento. E citou a cláusula quarta: "quanto à média complexidade,
163 correspondente ao valor de setenta e quatro mil, seiscentos e setenta mil reais e cinquenta e três centavos, referente aos
164 meses de janeiro, abril, junho, julho, agosto, setembro, outubro de 2012, será dividido em 10 parcelas iguais e sucessivas, de
165 sete mil, quatrocentos e sessenta e sete reais, o início em 20.05.2013 e o final no dia 20.02.2014. Continuando, informou que o
166 outro valor estava colocado da mesma forma, na cláusula quinta, correspondendo a cento e cinquenta e nove mil reais e a
167 parcela era de quinze mil, duzentos e vinte e quatro reais, tudo também sem prazo e prejuízo de repasse do Ministério da
168 Saúde para o teto do Município. O último valor, de cento e cinquenta e nove mil reais, teria um Termo de Ajustamento de
169 Conduta e então se faria um TAC para aquele. Ponderou que estavam vendo que tudo estava sendo contemplado e perguntou
170 se tinha alguma coisa a ser contemplada. Dr. Andrés comentou que achava extremamente importante que houvesse um
171 acordo em relação ao passado e, mesmo com acordo, ele achava que o recurso de R\$159.000,00 não podia ficar submetido a
172 uma questão de um TAC, a *posteriori*, mas que o acordo podia ser feito ali na CIB, sinalizando qual o prazo que seria dado.
173 Ressaltou que sabiam quais eram os mecanismos que envolviam o TAC, não havendo necessidade. Como eram gestores e
174 sabiam disso, podia ser feito um pacto ali na CIB e validado na CIB. A outra coisa era com relação ao extra teto que seria
175 gerado dali para frente, então, precisavam ter a segurança de que a capacidade instalada do Prestador seria utilizada no seu
176 teto máximo, de acordo com a necessidade do sistema. Referiu que precisavam saber o que fosse acontecer com o extra teto,
177 dali para frente. Dr. Raul Molina pediu a Dr. Andrés que olhasse os documentos, porque o Prestador também estava assinando
178 e estava havendo concordância do Prestador. O Secretário de Senhor do Bonfim falou a Dr. Andrés que eles vinham pagando
179 o extra teto, não tinham deixado de pagar e tinham tido a boa notícia de que tinha havido um aumento por parte do Estado, que
180 reforçaria e que iriam manter sim o extra teto. Além disso, não deixariam de assistir as pessoas que procurassem o serviço,
181 porque era de interesse deles e acreditava que se passaria a resolver a capacidade máxima de atendimento à população.
182 Concluiu dizendo que o extra teto estava garantido. Dr. Andrés ponderou que, após a leitura do Documento e a afirmação do
183 Secretário, ficava tudo bem. Dra Suzana registrou que tinham feito um movimento também na CIB de março, em relação aos
184 tetos de TRS dos municípios do Estado, e o Estado tinha um déficit grande. Tinha sido feita uma apresentação e saído uma
185 Resolução CIB e, por conta daquela pactuação, o Estado tinha feito um movimento junto ao Ministério para ampliar os tetos de
186 TRS, inclusive com remanejamento. Explicou que não era dinheiro novo, mas recurso previsto e sabiam que naquele momento
187 o teto era virtual e só seria pago à medida que eles fossem produzindo, informando que em Salvador havia uma sobra.
188 Mencionou que o remanejamento tinha sido pactuado no valor de seiscentos mil reais, valor que não cobria ainda o déficit do
189 Estado da Bahia. E o Estado tinha assumido, até o Ministério liberar aquela diferença, e comentou que o Secretário tinha
190 estado ontem em Brasília, para tentar garantir a elevação dos tetos, a recomposição dos mesmos. Comentou que os tetos dos
191 municípios, inclusive de Senhor do Bonfim, tinham sido recompostos em cima dos déficits apontados pela série histórica de
192 2012, então já estava pacificado, tanto em relação a Senhor do Bonfim, quanto aos demais municípios. Informou que, em
193 relação ao Estado da Bahia, a diferença que estavam tentando recompor tinha ficado em mais de R\$ 325.000,00/mês, em
194 relação à produção e ao faturamento. Informou ter saído Portaria do Ministério no mês passado, garantindo aquele
195 remanejamento que tinham feito no Estado e propunha o que tinha sido colocado no ano passado, que era a retomada,
196 urgentemente, das câmaras técnicas de alta complexidade. Adiantou que a Diretora da Atenção Especializada, Dra. Alcina
197 Bulhosa, já estava fazendo aquela movimentação para reorganizar logo em breve e o COSEMS estaria recebendo o convite
198 para garantir sua representação naquelas câmaras técnicas. Porque faziam a discussão do financeiro, do pagamento, mas
199 deviam se debruçar sobre a qualidade de assistência aos pacientes. No caso da TRS, eles teriam que garantir inclusive a
200 oferta das consultas de nefrologia, frisando que tinham que constar no contrato, assim como a oferta de serviço de alta
201 complexidade previsto na TRS e o apoio diagnóstico que derivava daquele procedimento, o acompanhamento daquele nível de

atenção. Ressaltou que era importante que a câmara técnica se debruçasse também sobre aquele procedimento, sobre tudo o que tinha acontecido e a partir do que preconizava a Portaria de atenção em alta complexidade em nefrologia, para não se perder de vista, pois aquilo era tão importante quanto garantir o pagamento e o Estado deveria estar se apropriando, porque certamente, numa situação como aquela, teria que ser apontada e não se esperar que o prestador provocasse COSEMS e SESAB. Concluindo, voltou a conclamar a retomada das câmaras técnicas e disse que estariam acompanhando a evolução e o cumprimento do Termo de Acordo, COSEMS e SESAB, junto com o Município de Senhor do Bonfim e o Prestador, para não serem surpreendidos depois, com uma nova discussão que viesse à CIB. Dr. Molina parabenizou o Secretário e disse achava que a situação de Senhor do Bonfim estava resolvida. Mencionou a Dra. Suzana que constava também na pauta a APMI de Pojuca. Perguntou se o Secretário de Pojuca estava presente e, como não estava, comentou que tinha sido solicitada novamente a pauta e questionou se alguém tinha alguma informação sobre como estava o problema de Pojuca. Dr. Andrés confirmou a ausência da Secretária de Pojuca e considerou o que estava acontecendo no Município como uma situação extremamente grave. Disse que desde janeiro o Município não fazia o repasse do incentivo específico, estabelecido com recursos incorporados ao teto do Município, a um Prestador filantrópico contratualizado pela Política Nacional de Contratualização dos Filantrópicos. Informou que, pelo fato do contrato estar vencendo no final de dezembro e da eleição do Município de Pojuca estar sob *judici* e nenhum dos dois candidatos terem assumido, mas a Presidente da Câmara de Vereadores, desde janeiro o Município aguardava a decisão judicial para poder conduzir o processo. Assim, talvez até por alguma preocupação administrativa não tivesse garantido a renovação nos mesmos termos, ficando sem cobertura contratual os meses de janeiro, fevereiro e março. Relatou que tinham feito algumas reuniões, com a presença do Prestador, da Prefeita, uma delas com o Secretário Jorge Solla e todas com a presença da Secretária de Saúde, Maria Aparecida, buscando uma mediação para resolverem aquela situação com o Prestador. Acrescentou que a aproximadamente um mês, em reunião realizada no Gabinete, a Prefeita e a Secretária tinham se comprometido a assinarem o contrato, regularizando a cobertura contratual do Prestador e a realizarem o pagamento dos meses de janeiro, fevereiro e março e na sequência, os meses de abril e maio e as respectivas competências, de acordo com o processamento e a apuração da produção e do cumprimento de metas do Prestador. Entretanto, aquilo não tinha acontecido e ontem tinham recebido um Ofício da Secretaria Municipal de Saúde de Pojuca, informando que não tinha pagado porque na apresentação dos dados havia inconsistência no cumprimento das metas. Comentou que tinham chamado o Prestador e sua alegação tinha sido outra, mas que, ao apurarem a produção, existia de fato uma fragilidade no cumprimento de metas. Mas o que não justificava era não terem repassado o recurso do Prestador, que estava sem receber absolutamente nada desde janeiro. Salientou que era importante que o Município estivesse presente ali, afirmando que existia a adesão à Política Nacional de Contratualização dos Filantrópicos e o recurso estava incorporado ao teto do Município e este não se posicionava a respeito, com base na adesão à referida Política. Assim, naquela condição, para aquela situação específica, não havia como manter o comando do Prestador no Município de Pojuca. Colocou, então, para apreciação da CIB, salientando ser importante ouvir a Secretária Municipal, mas ela estava ciente que seria pautado na CIB, pois tinham comunicado por ofício e que já tinha sido avisado nas reuniões anteriores, inclusive na última reunião, acontecida um ou dois dias antes da CIB, que seria pautado aquele assunto. Ressaltou que tinha sido justamente na CIB anterior que a Prefeita tinha vindo, com a Secretária e com o Prestador, chegando a um acordo, tinham feito um contrato e era fato que não tinham cumprido o acordado. Achava que teria que ser levado à plenária para definirem se deliberavam ou não, naquele momento, pela perda do comando da Unidade no Município de Pojuca. Dr. Raul Molina, referindo-se ao encaminhamento, falou que gostaria de ouvir os membros da CIB a respeito e entendia que a desabilitação do comando único teria que passar por um parecer técnico e depois vir para eles. Mas que ele repassaria aquilo ao Secretário Municipal de Saúde, para que tivessem a informação por escrito e devidamente notificada. Referiu que eles eram municipalistas e teriam que continuar sendo; eram a favor de que não se perdesse de qualquer forma o comando único e não tinham sido intransigentes, mas nada mais estavam fazendo do que seguindo as leis e principalmente os pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde. Quanto ao encaminhamento sugerido por Dr. Andrés, propôs que fosse pautado para a próxima CIB um parecer técnico devidamente encaminhado para o COSEMS e para os membros da CIB, podendo ser feito depois da APMI. Dr. Andrés acrescentou que fosse feito um ofício pela CIB comunicando ao Município a gravidade da situação e a necessidade de se explicar com relação a providências e esclarecimentos quanto ao recurso que estava incorporado no teto para aquela instituição, pela Política Nacional de Contratualização. Dr. Raul Molina colocou que o encaminhamento se mantinha para a próxima CIB, ao que Dr. Andrés complementou que era para advertir o Município quanto às possíveis consequências do não repasse ao Prestador. Dr. Raul colocou o **'de acordo'** por parte do COSEMS e da SESAB. Dra. Suzana apresentou uma solicitação do Chefe de Gabinete, Dr. Washington Couto, de convidar o Secretário de Salinas da Margarida, Sra. Maricélia, o de Maragogipe, Dr. Pedro Rocha, e o de Saubara, Dr. Antônio Sérgio Campos, para a reunião sobre o estaleiro na Enseada de Paraguaçu, a ser realizada naquele momento, na sala VIP Ipitanga e solicitou aos mesmos, que, se estivessem presentes, comparecessem, pois era urgente, ao que Dr. Raul complementou que o pessoal já tinha se deslocado para a reunião e apresentou mais um informe, sobre o TELESAÚDE. 1.6. Sra. Amanda, da DAB, informou que estava fazendo a coordenação do TELESAÚDE de forma compartilhada com Stela e que tinham um informe rápido quanto a um informativo que estava sendo produzido sobre a adesão dos municípios e o início dos processos de tele consultoria para os profissionais da atenção básica dos 417 municípios. Disse que o informativo seria repassado, mas objetivamente já estavam viabilizando o cadastramento de todos os profissionais de atenção básica no sistema da plataforma no Ministério da Saúde, para iniciarem o processo de tele consultoria. Então, o informativo que estaria circulando referiria todo o passo a passo de como o profissional e o município poderiam fazer o cadastro para iniciarem o TELESAÚDE do município, e que estavam começando agora, propondo também fazerem o lançamento. Stela ressaltou que Amanda estava fazendo ali um informe, porque ainda não era um lançamento definitivo, oficial, do TELESAÚDE, pontuando que tinham dois grandes eventos envolvendo os 417 municípios, o Seminário da CIES e o evento do COAP, e achava que o lançamento deveria estar só no do COAP, mas que se reuniriam para decidirem em qual evento seria feito o lançamento oficial. Sra. Amanda disse que tinham feito a vídeo conferência de pré-lançamento, que estaria disponibilizada no site do TELESAÚDE, cujo endereço estaria circulando depois para todos, dentro do informe e o mesmo explicava também todo o processo de implantação e construção do Projeto do TELESAÚDE no Estado, assim como os passos iniciais. Além disso, disse que estavam querendo fazer o lançamento oficial também com a presença do Ministério da Saúde,

269 da Universidade do Rio Grande do Sul, que estava dando apoio para o Comitê Estadual do TELESÁUDE e para o Núcleo
 270 Técnico Científico, que estava sendo gerenciado pela Fundação Estatal de Saúde da Família. Concluindo, reafirmou que o
 271 informe estaria circulando e se colocou à disposição para qualquer coisa, ela, Thiago Bahia, que era também do Núcleo
 272 Técnico Científico da Fundação Estatal, Stella e os membros dos municípios que estavam participando do Comitê Estadual,
 273 que também podiam dar informes sobre o processo de implantação. Dr. Raul Molina fez a ressalva de, antes de passar para a
 274 próxima pauta, perguntar a Dra. Telma se tinha informes e ela respondeu que sim, mas antes passou a palavra para Stela, que
 275 havia solicitado, também para apresentar outro informe, e esta então falou que era um informe importante, tratando-se do
 276 Congresso muito interessante, que no começo estava como Congresso do Maranhão, e tinha passado para Congresso do
 277 Nordeste e, diante do grupo do Norte querer participar também, tinha virado Congresso Norte e Nordeste, que aconteceria de
 278 27 a 29 de maio, não sendo no Estado porque a Bahia não podia fazer o Congresso em maio, por causa daquele aporte maior.
 279 Comentou que nele se discutiriam as questões da Região. Informou que ontem o COSEMS tinha feito o sorteio para alguns
 280 secretários participarem do Congresso por conta do Conselho, pois o Presidente gostava de fazer aquele movimento e não
 281 perderia a oportunidade de levar um grupo de secretários. Convidou a todos, não só os gestores municipais, mas os técnicos
 282 da Secretaria de Saúde do Estado, fazendo a ressalva que a SESAB também estaria participando e colaborando, através de
 283 um convênio SESAB/COSEMS, dando um pequeno aporte, e possivelmente a SESAB também estaria dividindo o stand do
 284 COSEMS. Reforçou que o Congresso seria extremamente importante e avisou que seria lançado lá o Projeto QUALIFAR-SUS
 285 2013, um Projeto do Curso HÓRUS, e os municípios da Bahia que atendessem aos critérios de adesão ao PMAC e estivessem
 286 na linha de extrema pobreza, poderiam fazer adesão ao evento, e achava que aquele processo seletivo seria feito também por
 287 ordem de chegada. Assim, ressaltou que os secretários que estivessem lá ficassem atentos ao Projeto. Perguntou se queriam
 288 completar algum informe com relação ao Congresso, ao que Dr. Raul complementou que aquele seria o primeiro Congresso do
 289 Norte e Nordeste juntos, para discutirem suas especificidades, que não podiam ser tratados num país imenso. Da mesma
 290 forma, sabiam das suas desigualdades e apesar de tudo, o rateio do recurso do Sistema Único de Saúde ainda era coisa
 291 uniforme para todos. Reiterou que eles estavam falando do Norte e Nordeste, onde o poder aquisitivo, inclusive o próprio PIB
 292 dos estados, era infimamente inferior ao dos estados do Sul e Sudeste. Completou que, com a pauta específica para o
 293 Nordeste, tinham que começar 'mexendo' no Piso da Atenção Básica, colocando como uma primeira proposta, a de não
 294 ficarem mais simplesmente com as especificidades regionais, mas partirem para um PAB diferenciado para o Norte e Nordeste
 295 e aquela seria a primeira conquista deles. Comentou que gostariam de trazer o Congresso para a Bahia, mas não tinham
 296 conseguido porque São Luís do Maranhão tinha saído na frente e, por um acordo político, tinham decidido que fizessem aquele
 297 Congresso em São Luiz. Noticiou que lançariam a candidatura do Norte e Nordeste para a Presidência do CONASEMS,
 298 portanto, era um momento importante também para os Estados do Norte e Nordeste e que a Bahia deveria participar
 299 ativamente daquela movimentação política. Então, continuou referindo que aquele era o convite que estavam fazendo para a
 300 plenária e lembrando, mais uma vez, que em julho estariam também em Brasília, na eleição do CONASEMS, ressaltando que
 301 queriam fazer um movimento maior em Brasília, levando mais secretários dessa vez, pois no Congresso passado tinham tido a
 302 presença de 67 a 70 secretários e no de Brasília queriam alcançar 150 a 200 secretários. Pedia a todos que levassem seus
 303 Prefeitos, que era um momento importante, podendo-se dizer que hoje o Congresso do CONASEMS estava consagrado como
 304 o maior evento de saúde pública da América Latina. Reiterou que todos estavam convidados e o COSEMS sortearia mais
 305 passagens para que pudessem levar os companheiros, repassando aquela oportunidade para alguns pequenos municípios
 306 também participarem nos sorteios que vinham fazendo para os quais os municípios mais ricos vinham abrindo mão, para
 307 darem oportunidade para que os municípios menores pudessem participar. Que ontem tinha sido dez municípios e que talvez
 308 hoje pudessem ver ali como estava a lista, podendo ser doze. Finalizou, agradecendo a todos. Passou a palavra para Telma
 309 Dantas, Superintendente de Recursos Humanos, que iniciou sua fala informando que a SUPERH realizaria um grande evento,
 310 no dia 05 de junho, um Seminário que tinha sido tão esperado por todos, que era o de participarem das Comissões Integração
 311 de Ensino e Serviço – CIES. No dia 04 reuniram as Diretorias Regionais de Saúde e no dia 05 queria contar com a presença
 312 da representação do COSEMS, não só na abertura, mas participando dos dois momentos, quando discutiriam basicamente as
 313 articulações entre os atores que hoje formulavam a política e proposições para a Educação Permanente. Dr. Raul Molina
 314 confirmou a presença do COSEMS e Dra. Telma Dantas acrescentou que estavam com vaga limitada porque não poderiam
 315 levar todos os que desejassem participar, mas as inscrições poderiam ser feitas através do próprio site da Secretaria Estadual
 316 de Saúde e estavam contando realmente com a presença maciça de todos. Informou que seria discutido no evento
 317 principalmente a formação das Comissões de Integração de Ensino e Serviço – CIES regionais e finalizou, agradecendo. Dr.
 318 Raul Molina deu prosseguimento à pauta. **2. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
108/2013	30.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Universidade Federal da Bahia, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
109/2013	30.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Universidade Federal do Vale do São Francisco, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, Secretaria Municipal de Saúde de Remanso, Secretaria Municipal de Saúde de Cabrobó – Pernambuco, Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina – Pernambuco e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
110/2013	30.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. RUY BARBOSA, ITAJU DA COLÔNIA, CAÉM, BOM JESUS DA SERRA, AMARGOSA, MUTUIPE, MEDEIROS NETO.

111/2013	30.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. SANTA TEREZINHA, UBAÍRA, MACAJUBA.
112/2013	03.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Sobradinho.
113/2013	03.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. SALINAS DA MARGARIDA, AMÉRICA DOURADA e MANSIDÃO.
114/2013	03.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma.
116/2013	08.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. CURAÇA, MONTE SANTO, WENCESLAU GUIMARÃES e OUROLÂNDIA.
117/2013	08.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. CORRENTINA.
118/2013	08.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. LAPÃO.
133/2013	15.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a transferência de local da UPA 24 h, PORTE III, Município de Salvador, do Distrito Sanitário da Boca do Rio para o Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, em São Tomé de Paripe. Republicada por ter saído com incorreção.
134/2013	14.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. PINDOBAÇU.
135/2013	14.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação. ITATIM.
136/2013	14.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. BREJÕES, SÃO GABRIEL, VERA CRUZ, RIBEIRA DO AMPARO E GUANAMBI.
137/2013	14.05.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. JOÃO DOURADO.
145/2013	16/05/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do Município de Araci.

319
320
321
322
323
324
325
326

Dr. Raul Molina abriu para discussão. **Aprovado ratificação das Resoluções ad referendum.** Na sequência passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, a qual destacou que as Resoluções eram inerentes à segunda e à terceira parcela de reforma, construção e ampliação, que já tinha sido acordado em CIB anterior para saírem *ad referendum*. Reforçou que todo e qualquer município que tivesse a necessidade de receber recurso por conta da segunda e terceira parcelas, deveriam seguir o fluxo estabelecido anteriormente e não enviarem mais a demanda para inserir como pauta de reunião da CIB, que sairia *ad referendum*, ao que Dr. Raul Molina exclamou que era ótimo, boa notícia e passou em seguida para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para aprovação/homologação: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB/DGC: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Educador Físico (30h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas semanais.	Boquira
	01 NASF Tipo I – Composição da equipe: 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Assistente Social (20h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 02 Psicólogos (40h cada), 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando 230 horas semanais.	Uauá
	01 NASF Tipo I – Composição da equipe: 01 Fisioterapeuta (30h); 02 Psicólogos (20h cada); 02 Assistentes Sociais (20h cada); 01 Nutricionista (30h); 01 Farmacêutico (20h); 01 Fonoaudiólogo (20h); 01 Educador Físico (20h), totalizando 200 horas semanais.	Ponto Novo

	01 NASF Tipo II – Composição da equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (20h); 01 Psicólogo (40 h), totalizando 140 horas semanais.	Pirai do Norte
	01 NASF Tipo I – Composição da equipe: 02 (dois) fisioterapeutas (30h), 01 (um) Médico Ginecologista (40h), 01 (um) Nutricionista (40h), 01 (um) Psicólogo (40h), 01 (um) Médico Geriatria (40h), totalizando 220 horas semanais.	Itaparica
	Alteração da composição da equipe de NASF tipo I, com substituição dos seguintes profissionais: 01 Pediatra e 01 Ginecologista por 01 Nutricionista (20 h) e 01 Fonoaudiólogo (20 h).	Wenceslau Guimarães
	Alteração da composição da equipe de NASF tipo II, com substituição de 01 Psicólogo por 01 Fisioterapeuta, passando a ter a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Educador Físico (40h), 01 Assistente Social (20h), totalizando 130 horas semanais.	Santa Teresinha
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada profissional), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (20h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Professor de Educação Física (20h), 01 Pedagogo (20h), totalizando 200 horas semanais.	Tabocas do Brejo Velho
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Médico Ginecologista (30h), 01 Médico Pediatra (40h), 01 Terapeuta Ocupacional (20h), totalizando 220 horas semanais.	Madre de Deus
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Teolândia
	01 ESB Modalidade I	Lajedinho
	01 ESB Modalidade I	Nova Itarana
	01 ESB Modalidade I – ESF Quintino Maciel.	Ponto Novo
	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF modalidade II, Dr. Luís Gustavo Rosa Ferreira.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF modalidade II, Oswaldo Cruz.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Egon Riffel.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Aroldo da Cruz I.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Aroldo da Cruz II.	Luís Eduardo Magalhães
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESB Modalidade II – vinculada à ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Jardim das Acácias II.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESF Modalidade I – PSF de Tabuleirinho.	Malhada de Pedras
	01 ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Egon Riffel.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Aroldo da Cruz I.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Aroldo da Cruz II.	Luís Eduardo Magalhães
	01 ESF Modalidade II, na Unidade de Saúde da Família Jardim das Acácias II.	Luís Eduardo Magalhães

327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341

2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILANCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1. Solicitação de remoção dos servidores do Ministério da Saúde cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB. Alcina informou que era apenas um servidor que estava sendo devolvido ao Ministério, para ser cedido ao Município de Itabuna: Renato Freitas Araújo. **Aprovado.** Raul Molina retornou para o ponto **1.2. Descredenciamento do CEO Tipo II, do Município de Barra do Choça,** solicitado pelo Prefeito. Pediu a presença da representante da DGC - Diretoria do Cuidado da Saúde Bucal. Suzana Ribeiro informou que a solicitação do descredenciamento tinha sido encaminhada pelo Município e que no ano passado o Prefeito e o Secretário em exercício já vinham conversando sobre aquela necessidade. Acrescentou que tinham tentado convencê-lo a não descredenciar para ver se ele conseguia fortalecer o CEO, torná-lo um pólo para um conjunto de municípios que utilizariam o serviço. Mas ele tinha respondido que infelizmente era a questão do financiamento, da lei de responsabilidade fiscal, com dificuldade de manter o serviço funcionando, que vinha com a baixa produção do serviço e não dava sustentabilidade. Raul Molina lamentou e Suzana Ribeiro colocou que aquilo tinha sido acordado com o Município, não tendo sido uma indicação de Auditoria, nem decisão da Área Técnica e Raul Molina registrou que tinha aumentado o recurso do CEO. **Aprovado. 3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 3.1. Habilitação das Unidades abaixo relacionadas, com inclusão do Código 05.06 para Oftalmologia - procedimentos relacionados ao Glaucoma: Aprovado.**

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	0003816	Hospital Universitário Professor Edgar Santos	15.180.714/0002-87	05.06 – Oftalmologia – Procedimentos relacionados ao Glaucoma.
Brumado	7172141	Instituto da Visão da Bahia Ltda-ME	17365518/0001-21	05.06 – Oftalmologia – Procedimentos relacionados ao Glaucoma.

342 **3.2. Desabilitação da Unidade abaixo relacionada, com exclusão do Código 05.06 para Oftalmologia - Procedimentos**
 343 **relacionados ao Glaucoma, do Município de Brumado: Aprovado.** Suzana Ribeiro informou que a desabilitação do Hospital
 344 Santa Luzia tinha sido retirada de pauta, pois, de acordo com Salvador, este Município discutiria com a SUREGS, ficando
 345 apenas a desabilitação do IOBA - Centro Oftalmológico de Brumado.

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	004960	Hospital Santa Luzia	15.175.839/0001-38	05.06 – Oftalmologia – Procedimentos relacionados ao Glaucoma.
Brumado	6871755	IOBA Centro Oftalmológico	14168357/0001-98	05.06 – Oftalmologia – Procedimentos relacionados ao Glaucoma.

346 **3.3 Credenciamento de CAPS para a Unidade abaixo relacionada: Aprovado.**

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Conceição do Coité	5480256	CAPS – Centro de Apoio Psicossocial	13843842000157	CAPS I

347 O Coordenador adjunto passou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para **Apresentação: 1.**
 348 **SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 1.1. Avaliação de**
 349 **desempenho do Projeto de Cirurgias Eletivas – Bahia. Portaria MS Nº 1.340/2012.** Assim a Sra. Cláudia Almeida foi convidada
 350 para fazer a apresentação da avaliação de desempenho de cirurgias eletivas. Esta deu início à apresentação, informando que
 351 já tinha sido apresentada para o COSEMS, referiu à metodologia utilizada e que o período avaliado tinha sido de junho de 2012
 352 a março de 2013. Chamou a atenção de todos os presentes quanto à importância do assunto porque dizia respeito a todos e
 353 era uma avaliação muito boa porque trazia uma possibilidade de avaliar quem estava sendo atendido, como tinha sido atendido
 354 e qual tinha sido o procedimento. Assim, era muito importante para estarem pensando em novas possibilidades para os novos
 355 projetos. Dando continuidade à apresentação, colocou que tinha havido alguns critérios para a avaliação: o valor pactuado por
 356 município e o valor utilizado; o município que tinha usado aquele valor, referenciando população própria e referenciada, e quais
 357 tinham sido os procedimentos mais utilizados; e, finalmente, tinham colocado o que tinha sido alterado quando falavam de teto
 358 fixo e teto variável, e finalizaria com algumas conclusões. Apresentou rapidamente todas as Portarias e Resoluções que
 359 normatizavam o novo Projeto lembrando que era para 2012 e 2013. Deu destaque à Resolução 262, citando o Artigo 5º § 1º.
 360 *Do quantitativo total de procedimentos cirúrgicos eletivos que serão disponibilizados pelos Municípios Executores, 60% deverá*
 361 *ser para população referenciada. E o Art. 9º. Após a avaliação, os Municípios Executores que apresentarem execução*
 362 *financeira igual/menor que 30%, terão seus recursos alocados para outros Municípios Executores que apresentarem execução*
 363 *financeira igual/superior a 40%.* Assim, chamou a atenção dos presentes quanto ao Art. 5º. § 1º, salientando que tinham
 364 trabalhado especificamente o Componente II e o Componente III, porque o Componente I, que era de cirurgias de catarata, não
 365 era objeto do novo Projeto. Mostrou no slide o recurso que tinha sido alocado, por município, o recurso utilizado, o percentual
 366 de utilização e o saldo. Ressaltou os municípios destacados em vermelho, Jacobina, Amargosa, Eunápolis e Paulo Afonso,
 367 porque tinham ultrapassado o teto de utilização. No Componente II, mostrou os municípios que tinham utilizado o recurso com
 368 população própria e para qual município tinha utilizado com a população referenciada. Ressaltou que com exceção de
 369 Jacobina, aqueles municípios que tinham utilizado o teto em definitivo, a média de 80% tinha sido utilizada para população
 370 própria, ou seja, indo de encontro totalmente ao que estava no artigo 5º § 1º. Explicou que tinha destacado aqueles municípios
 371 porque tinham utilizado o teto para mais, porém com utilização do recurso para a população própria o que não tinha ficado
 372 restrito apenas aos três ou quatro municípios, mas estava fazendo parte basicamente de todos. Pontuou quem tinha utilizado,
 373 mesmo que não tivesse utilizado 100% ou mais, ainda assim tinha utilizado muito mais para sua população própria. Ressaltou
 374 que se tratava da análise do Componente II. Fez uma nova reflexão, dizendo que fizeram uma avaliação para verem, na
 375 medida em que o Projeto tinha começado, a partir de junho, até marco, o ponto onde estavam parando, para avaliar. Solicitou
 376 que observassem que em muitas situações o MAC estava zerado e só aparecia o FAEC; e aí ela tinha duas preocupações: a
 377 primeira era a de estarem deixando de informar o que tinham utilizado na PPI, se só havia utilizado FAEC e ainda assim tinha
 378 utilizado recurso para a população própria. Colocou como questionamento em que momento o usuário que tinha pactuação
 379 com aqueles municípios tinham sido atendidos? Ressaltou que estava havendo uma sub-notificação do que era componente
 380 fixo e, se estava acontecendo aquilo, como ficava o registro do Estado a nível nacional, já que estavam sempre estudando
 381 ampliação de teto no Estado da Bahia? Mostrou os procedimentos mais realizados em primeiro e segundo lugar, que tinham
 382 sido as varizes do Componente II e na sequência, amigdalectomias com adenoidectomia, ressecção endoscópica de próstata e
 383 adenoidectomia. Então, se fossem fazer uma avaliação rápida do recurso utilizado para aquele Componente II, tinha sido mais
 384 de quinhentos mil reais, só que, daquele dinheiro, praticamente 64% tinha sido utilizado em varizes. Informou ainda que, na
 385 análise do Componente II, do total de municípios que tinham tido recursos alocados no seu teto, 26,92% não tinham executado
 386 o procedimento; 50% tinham utilizado recurso exclusivamente para a população própria; 15,38% tinham ultrapassado o valor
 387 alocado em seus respectivos tetos; 30,76% tinham apresentado execução financeira igual/menor que 30%; e 26,92%
 388 apresentado execução financeira igual/superior a 40%. Destacou que entendia que o Componente II era extremamente delicado,
 389 com artroplastia de joelho e quadril, enfim, trazia uma questão a considerar que teriam de amadurecer para discutirem mais
 390 adiante porque, quando aquele valor diferenciado tinha chegado à Ortopedia, a questão da órtese e prótese não tinha ficado
 391 definida e aquilo tinha inviabilizado fazerem aquele tipo de procedimento. Continuou dizendo que quando passaram para o
 392 Componente III, que deveria ser os procedimentos mais corriqueiros, ainda assim o cenário de ampliação de acesso,
 393 principalmente para os municípios pactuados ou referenciados, não mudava muito. Então, podiam ver que o atendimento
 394 continuava basicamente em cima da utilização do recurso que ultrapassava. Quanto à distribuição do recurso para a população
 395 própria e referenciada, o cenário era: quem tinha usado, ainda assim tinha sido para a sua população própria. Pontuou que
 396 grande quantidade de municípios tinha ficado com o MAC zerado e realizado apenas o FAEC, mesmo para o Componente III.
 397 Mostrou os procedimentos mais executados: Histerectomia total, sendo o carro chefe do Componente III. Salientou que a
 398 análise do Componente II era a mesma para o Componente III, não havia mudança. Comentou que, finalizando a análise da
 399 Gestão Municipal, tinham de fazer alguns comentários quanto ao saldo para poderem discutir e citou que aquele dinheiro de
 400 seis milhões de reais não existia porque, por exemplo, Salvador estava praticamente com 70% do recurso e se fossem ver o
 401 Componente II e o III, retornando à planilha, veriam qual o valor em Salvador. Porém, pontuou que Salvador estava

402 começando uma nova trajetória com a mudança de gestão e o Município estaria provavelmente se mobilizando para utilizar
403 aquele dinheiro. Quanto a Ilhéus, comentou que tinha havido a mesma coisa, pouco tinha sido utilizado além de alguns outros
404 municípios. Então, tinham aquele recurso agora para fazerem alguma discussão de remanejamento, mas não era o momento
405 oportuno. Passou à análise do desempenho da Gestão estadual, com recurso que tinha sido alocado nos Componentes II e III,
406 e os procedimentos mais realizados tinham sido: no Componente II: - Vitrectomia anterior; no Componente III - Hernioplastia
407 Inguinal/Crural (unilateral). Colocou que aqueles gestores em nenhum momento tinham deixado de dar continuidade ao
408 componente fixo. Ressaltou que tinha sido feito um acordo quanto a quem tinha meta a ser cumprida a partir da
409 contratualização; ou quem tinha uma média de produção de um período que tinham estudado; estes deveriam, antes de fazer o
410 FAEC, complementar a meta ou aquela média, ou seja, se tivessem um contrato com o prestador constando que teriam que
411 fazer 300 cirurgias/mês, a partir do valor diferenciado pagaria a partir das 301ª cirurgia; e aí conseguiram fechar, para que não
412 houvesse a substituição em nenhum momento, ou que pudessem estar utilizando melhor aquele recurso. Em seguida mostrou
413 as regiões onde havia serviço contratualizado com o Estado e que estava aberto o espaço para as questões das cirurgias
414 eletivas. Saliou o pedido de Raul Molina, para informar quais os municípios e quantas pessoas tinham sido atendidas por
415 município. Explicou que não tinha sido possível cumprir o que haviam prometido para ele e era por isso que tinha chegado
416 atrasada, informando que tinha conseguido fazer hiperlink, até para terem um estudo e para uma discussão, a partir dos
417 municípios que tinham utilizado o recurso para algum outro município, mostrando no slide, como exemplo, o Município de
418 Macaúbas. Mostrou um slide em que quando faziam o hiperlink aparecia o município e quais os municípios que aquele
419 município tinha atendido. Demonstrou, como exemplo, Senhor do Bonfim, que dos duzentos e quarenta mil reais, tinha
420 atendido, para a população própria, cento e quarenta e oito mil reais, representando 62%; e 39% para a população
421 referenciada. Referiu que dava para verem quais os municípios que ele tinha atendido: Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo
422 Formoso etc. Sinalizou o que ficaria devendo na Gestão Estadual, quem tinha sido atendido e logicamente que dentro da
423 Gestão Estadual teria não só município com comando, mas também município sem comando. Mostrou como tinha sido
424 trabalhada a Gestão Estadual e que tinha sido pedido que se quantificasse por município. Colocou que, dos prestadores que
425 estavam contratados, apresentou no caso daqueles que estavam localizados na Região de Cruz das Almas, quantos
426 municípios tinham sido atendidos por aqueles prestadores, pelo FAEC ou pela Cirurgia Eletiva. Então, dos nove municípios,
427 sete tinham tido acesso aos prestadores de lá sob a gestão estadual e referiu o que seria para complementar: quanto tinha
428 sido em Cachoeira, em Cruz das Almas. Mostrou no resultado que tinham utilizado do dinheiro do Componente II, R\$
429 793.813,58. Falou que a dificuldade tinha sido tremenda por já existir um 'ranço' do prestador quanto ao sub-financiamento do
430 procedimento da tabela SUS. Então, trazer para ele uma nova lógica de uma tabela diferenciada tinha sido extremamente difícil
431 e provavelmente quem tinha executado pouco, ou executado nada, de um modo geral na sua população própria,
432 provavelmente tiveram aquelas dificuldades. Comentou em seguida que tinham vivido um momento ímpar com a eleição e de
433 um modo geral todos estavam envolvidos, gestores tinham saído e outros tinham entrado e só a partir de agora é que tinham
434 entrado e começado a montar uma estratégia para ver se tinham utilizado aquele recurso. Lembrou que tinha sido feita uma
435 avaliação que valia até março, do saldo que tinham e já tinham feito até abril e maio, estando em fase de processamento do
436 recurso. Destacou que seguramente, do Componente III, praticamente já deveria estar zerado, mas só veriam aquilo mais
437 adiante, quando tiverem rodado o sistema e também o Componente II provavelmente tinha seguido uma queda não tão
438 significativa como se pensava. Comunicou ter havido uma reestruturação na SUREGS, onde a DIPRO, que era a Diretoria de
439 Programação, tinha passado a ter outra finalidade, a de Diretoria de Projetos Estratégicos. Assim, estavam terminando um site,
440 que deveria entrar na página da SESAB na próxima semana. E informou então o acesso eletrônico:
441 www.saude.ba.gov.br/portaldipro. Disse que o site dava acesso a todas as legislações, resoluções CIB e portarias referentes a
442 cirurgias eletivas e que estaria sendo disponibilizado um espaço para esclarecimento de dúvidas quanto ao Componente I,
443 cataratas. Referiu que resgatariam também as reuniões que tinham tido no COSEMS e a apresentação que a DIPRO tinha feito
444 na CIB, resultando naquela nova Portaria de distribuição de recurso para que não só os gestores novos tivessem um
445 entendimento de como todo aquele processo tinha acontecido, mas também os antigos rememorassem como estava o
446 processo porque seguramente estariam interligados com a nova proposta de alocação de recurso do Ministério da Saúde. Raul
447 Molina informou que em outubro Cláudia Almeida já havia apresentado ao COSEMS a realidade que estavam vivendo com
448 relação às cirurgias eletivas e já haviam pactuado fazerem uma revisão trimestral, para que não fossem surpreendidos.
449 Lamentavelmente, com o processo eleitoral, não o fizeram, chegando àquela realidade. Mencionou que estavam prestes a
450 começarem novamente a discussão e a pactuação dos novos valores, então era importante colocar aquilo, principalmente no
451 que se referia a Salvador, já tendo enviado a lista dos procedimentos que estavam sendo ofertados pelo Município, e os outros
452 municípios não estavam enviando. Solicitou o encaminhamento ao COSEMS da produção dos hospitais sob gestão estadual,
453 com relação a Salvador, para saberem como estava aquele processo, no que se referia ao Componente I, solicitando que fosse
454 quantificado de alguma forma. Abriu para discussão e colocações. Suzana Ribeiro, considerando o desempenho analisado
455 naquele estudo, observou que podia até afirmar que em várias regiões estava tendo uma desassistência, considerando que o
456 município tinha zero de execução no MAC e utilização do FAEC para garantia da oferta das eletivas. Então aquilo lhes causava
457 muita preocupação e o Secretário tinha determinado que Cláudia conduzisse o processo de realizar um Projeto em que o
458 Estado entrasse onde tivesse capacidade instalada. Disse também que estavam fazendo a contratação de prestadores para
459 garantirem, não para o pólo, que detinha o recurso do teto para desenvolvimento das eletivas, mas o Estado estava garantindo
460 para os municípios que utilizariam o serviço e que não tinham tido acesso, especialmente naqueles casos onde havia uma
461 dificuldade maior, por conta do Projeto das eletivas. Mencionou que o Estado estava fazendo o contrato diretamente naquele
462 território, dialogando com o município sede e identificando o prestador que tivesse capacidade instalada para garantir a oferta,
463 sem entrar, em nenhum momento, em conflito com a gestão municipal, mas garantindo no contrato à parte não com a gestão
464 municipal, mas com o prestador com capacidade instalada naquele território, dialogando com o município que detinha a
465 gestão. Estavam garantindo, para o conjunto de municípios daquela região de saúde, que estavam tendo dificuldade de
466 acesso. Comunicou que Cláudia tinha aquela informação detalhada, que o Projeto vinha sendo muito bem recebido nas
467 regiões, sendo apresentado nas Comissões Intergestores Regionais, com Cláudia se deslocando e fazendo aquela
468 apresentação, que era um material muito bom, que antecipava e minimizava a dificuldade que se tinha para garantir as

469 eletivas, e que aquilo vinha dando até um grau de conforto para os municípios, que estavam conseguindo dar resposta às suas
470 populações. Passou a palavra para Cláudia Almeida que se reportou ao comentário feito por Suzana Ribeiro, dizendo que era
471 um trabalho que a DIPRO vinha fazendo e que Stela tinha reforçado na reunião do COSEMS, mas, ainda assim, estariam com
472 a pauta de desempenho de cirurgias eletivas e achava que, se trouxessem a metodologia que estavam utilizando para o
473 acesso, estariam saindo um pouco do foco. Comunicou que tinha proposto a Stela de trazerem para os municípios e Estado,
474 para a CIB e o COSEMS, a metodologia que cada um estava utilizando para o acesso do usuário. Assim, esclareceu que o que
475 Suzana trazia era uma alternativa a mais, considerando a Portaria publicada onde, independente da localização da unidade,
476 estando em município pleno ou não, mas desde que ela tivesse uma capacidade instalada e que a unidade tivesse alguma
477 contratualização com o seu município e não viesse sofrer nenhuma interferência na sua rotina, que o Estado pudesse comprar
478 aquele serviço e o mais interessante, além de estarem comprando o serviço nos municípios plenos, acontecia uma coisa
479 interessante, pois o Estado estava dando acesso também para o morador daquele município Pleno. Ressaltou que o que
480 falava perpassava pelo que tinha sido colocado por Suzana, ou seja, darem um conforto até melhor para o próprio Gestor que
481 estivesse ali dentro do seu território e muitas vezes não sabia por que, via-se impedido de dar acesso àqueles procedimentos.
482 Ressaltou que tinha fechado um contrato muito interessante de acompanhamento do desempenho, a DIPRO estava indo às
483 regiões, mobilizando o conjunto de secretários para que todos eles viessem a ter acesso, existindo um padrão de solicitação de
484 consultas, que era feita por uma planilha a ser encaminhada já com identificação do prestador, quem estava encaminhando,
485 com telefone, para cortar toda barreira de acesso daquele usuário. Informou que tinham fechado com o prestador também em
486 Salvador. Comunicou que, no próximo sábado, realizariam 41 cirurgias de otorrino e a grande maioria era de pacientes vindos
487 do interior do Estado. Então naquela busca toda tinham descoberto que o tempo de espera para cirurgia de otorrino era de três
488 anos; por isso estavam fazendo aquela mobilização e correndo atrás, salientando que se era publicada uma portaria, eles iam
489 identificar o prestador no território e então conversavam com o município, para acordarem. Ponderou ser claro que naquele
490 momento em que a unidade não tinha nenhuma contratualização do prestador com o seu município, o Estado ficava mais à
491 vontade para negociar um volume maior de procedimento, mas ficava ali a proposta para a DIPRO apresentar tudo no segundo
492 momento. Suzana Ribeiro solicitou então a inclusão da apresentação do Projeto do Estado na pauta da CIB de junho e Raul
493 Molina dirigiu a demanda à Secretária Executiva da CIB. Assim, passou a palavra para Odilon Rocha que, comentando a
494 apresentação de Cláudia, salientou que mesmo querendo não conseguiam resolver a questão da reserva para a cidade
495 executora da cirurgia e que ela repassasse também para os municípios que tinham alocado recurso lá, a chance de realizar a
496 cirurgia. Além disso, noticiou que no ano passado tinham colocado na Resolução da CIB que pelo menos 60% das cirurgias
497 deveriam ser realizadas nos municípios que compusessem aquela região. Pontuou que tinham de construir uma coisa
498 importante que era como fazer com que aqueles que prestavam o serviço entendessem que, em determinado momento, ele
499 fazia uma cirurgia que ganhava R\$ 3.000,00 e fazia outra cirurgia no mesmo ambiente, mesmo local e mesmo profissional,
500 ganhando R\$ 1.000,00. Para que pudessem ver como vencer aquela dificuldade, por que tinha acontecido o seguinte: os
501 médicos tinham preferido operar pelo Projeto de cirurgia eletiva, já que tinha uma remuneração melhor. Destacou que Cláudia
502 sabia que no primeiro mês a própria SESAB tinha começado a fornecer somente AIH de cirurgia eletiva, consertando aquilo,
503 depois disso e começando a fornecer a cirurgia eletiva também como cirurgia habitual, mas que tinha precisado construir o
504 mesmo termo como pagaria, se suspenderiam temporariamente as cirurgias de MAC e, no mês subsequente, quando o
505 prestador terminasse de cumprir a obrigação dele. Referiu porém que tinham de construir alguma coisa senão estariam criando
506 um desentendimento muito grande, com uma clínica que operava por R\$1.000,00 e outra que operava por R\$ 3.000,00.
507 Cláudia Almeida referiu ter uma preocupação muito grande quando Odilon trazia a questão, porque a Portaria era clara: era
508 para ampliar o acesso do usuário e se não se conseguisse fazer ampliação, se substituindo o valor, na realidade seria criado
509 um problema maior ainda, que era o de, de ser feita uma cirurgia que valia por duas, então sequer manteria o padrão.
510 Salientou que não existia uma 'receita de bolo' e o que o Estado vinha fazendo era buscar alternativa e, na medida em que
511 visse que aquilo não funcionava, tinham a capacidade de rever, avaliar e começar de novo, aquela era a proposta.
512 mencionou que prestador, principalmente o profissional médico, fazia mesmo aquela leitura. Pontuou que um município pleno
513 havia informado a ela que tinha um contrato com ortopedistas e eles estariam em greve, mas quanto ao fato de estarem
514 achando que o dinheiro que estavam ganhando era pouco para fazerem X cirurgias, a proposta dela para ele tinha sido que
515 chamasse a sua equipe e propusesse pagar X reais por mês, para realizarem cinco cirurgias/mês de ortopedia; e o que fizesse
516 acima daquilo lhe pagasse 60% de tudo. Então, eram formas que tinham de trazer, porque concordava que existiam coisas
517 complicadas, como um fazer uma histerectomia por R\$ 800,00 e na outra unidade custava de R\$ 2.000,00 a R\$ 2.500,00 reais
518 e claro que todos iam querer ir para lá, mas tinham que seguir o protocolo, porque senão iam aumentando aquela lista de
519 espera que não se saberia onde se ia parar. Coloca que talvez nas emergências; e pontua que se tinha a maior porta de
520 emergência aberta nos hospitais públicos. Arrematou dizendo que a partir dali viraria aquele círculo em que o hospital que tinha
521 gente no corredor, não conseguiria operar. Então tinham que conviver com a situação e cada caso era um caso. Enfatizou que
522 acreditava que a única forma que tinham para viabilizar um projeto daquele se chamava economia de escala e de escopo,
523 porque não dava para tratarem um projeto daquele como se fosse uma rotina. Enfatizou que o Projeto de cirurgia eletiva era
524 uma estratégia onde tinha que se colocar um quantitativo máximo de usuários dentro dos menores tempos possíveis, no curto
525 espaço de tempo, para poderem dar vazão era para se ver como estavam trabalhando, com aqueles dois novos prestadores
526 que tinham chegado para eles. E ponderar qual o dia de volume maior, se sábado ou domingo, e assim, o centro cirúrgico ser
527 otimizado, começando pela manhã e saindo à tarde, para terem uma resolutividade. Aquilo era o que estavam fazendo, referiu
528 que não era receita de bolo, mas podiam estar experimentando para poderem ver que sabor tinha e o que mudar lá adiante.
529 **Eliana parte 2** Dr. Raul Molina agradeceu a Sra. Cláudia Almeida e passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro, a qual
530 comentou que a apresentação era suficiente e encaminhariam a apresentação do trabalho que estava sendo desenvolvido
531 sobre o Projeto para a próxima CIB, como haviam combinado anteriormente. Dr. Raul Molina passou então a palavra para Sra.
532 Aldeci, que parabenizou toda a equipe da Sra. Cláudia Almeida pela qualidade do relatório e que ficavam no aguardo daquela
533 parte do Estado, mas sentia falta de Dr. Andrés porque uma das maiores dificuldades na execução daquele Projeto que eles
534 tinham encontrado na Região Sul tinha sido justamente o que a Sra. Cláudia tinha acabado de colocar quanto aos prestadores
535 que deveriam estar atendendo dentro do serviço MAC e às vezes travavam outros prestadores que se dispunham a trabalhar

536 com o Projeto de cirurgias eletivas, pois ficavam sobrecarregados porque acabavam sendo a única Unidade a fazer tudo e,
537 portanto, as cirurgias eletivas vinham sendo adiadas. Abordou que tinham agendado reunião com o Secretário Jorge Solla, na
538 próxima segunda-feira, para discutirem um pouco a Região Sul e acreditavam que seria uma reunião bastante interessante,
539 com a participação de Sra. Cláudia e Sra. Alcina, da Urgência, para conversarem sobre a situação dos prestadores,
540 particularmente na Região Sul. Comentou que toda a Região vinha discutindo no Colegiado, de forma bastante consecutiva,
541 sempre discutindo, mas não tinham conseguido chegar a um consenso. Ressaltou que estava certa de que naquela reunião de
542 segunda- feira os representantes da DIRES e do Colegiado como um todo, inclusive da própria SESAB, pudessem fazer uma
543 composição de pelo menos um plano estratégico para diminuir aquele entrave, porque estava comprometendo de fato toda a
544 Região e a Sra. Cláudia sabia daquilo. Para concluir, disse que vinham sentindo a presença dela, o interesse, a preocupação e
545 o comprometimento de dar conta, mas infelizmente a relação de prestador com a gestão estava complicada. Agradeceu e
546 terminou sua fala. Sra. Cláudia Almeida fez um chamamento para começarem a pensar em uma proposta, conforme tinha sido
547 falado pela manhã, na reunião do COSEMS, para trabalharem, questionando que teto era aquele, finalmente, que a Bahia
548 tinha. Porque o Ministério da Saúde já começaria a fazer um movimento, inclusive com o encaminhamento de planilha,
549 traçando quem tinha usado e quem não tinha utilizado o recurso, qual era a situação atual, para ser feita a recomposição do
550 teto a nível federal. Pontuou que achava que, se o Ministério utilizasse a metodologia que era de setembro de 2011 a janeiro
551 de 2013, o Estado da Bahia estaria extremamente comprometido, então precisavam pensar urgentemente, SESAB e
552 COSEMS, o que levantariam, porque tinha uma preocupação que, na próxima CIT sairia uma Portaria definindo o teto a nível
553 Brasil. Dr. Raul Molina reforçou mais uma vez a apresentação colocada onde tinham conhecido o fluxo que estava sendo
554 realizado e era a discussão que tinham colocado na reunião do COSEMS. Parabenizou Sra. Cláudia Almeida pelo trabalho e
555 pela clareza com que estava trazendo as coisas para eles e reforçou que queriam ver aqueles números na próxima CIB, com a
556 pauta, para que não fossem surpreendidos com a próxima Tripartite. Dr. Odilon comentou sobre o encaminhamento que tinha
557 sido feito ontem, e o que estava vindo à tona reforçava tudo aquilo que tinham colocado. Foi dada continuidade à pauta. **2.**
558 **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVPEP. 2.1. Situação da Dengue na Bahia –**
559 Sra. Alcina Andrade convidou Sr. Agnaldo de Souza Oricco, técnico da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da SUVISA, para
560 apresentar a situação vivida hoje no Estado, em relação à Dengue para, após apresentação, fazerem alguns comentários. Sr.
561 Agnaldo de Souza Oricco cumprimentou a todos os presentes e deu início à apresentação, informando que a dengue,
562 infelizmente, era um agravo crescente no País, não sendo uma peculiaridade só do Brasil, mas de vários outros países.
563 Pontuou que era preocupante não só o aumento nos números de casos, mas principalmente o aumento da letalidade no país,
564 porque vinham verificando que a letalidade tinha aumentado muito, como veriam na apresentação. Mostrou que, na última
565 década, tinha havido um aumento explosivo no número de casos, mas também das hospitalizações por Dengue. Além do
566 aumento de hospitalização e de casos graves nas notificações, também tinha aumentado o custo financeiro do Programa.
567 Então, referiu que no ano dois mil tinham ali o custo de hospitalização de 1,8 milhões e em 2009 saltava para R\$ 17,08
568 milhões, chegando, em 2011, a R\$ 22,07 milhões. Portanto, ele comentou, tinha havido um aumento a mais, acima de mil por
569 cento em uma década, em relação ao custo financeiro daquele agravo. Falou que outra coisa que tinha aumentado também
570 tinha sido a probabilidade de se ter dengue grave dentre as notificações de Dengue. Em 2000, de cada 23 notificações, um era
571 um caso hospitalizado. Ressaltou que recentemente, aquela faixa estava, para dez casos de Dengue, um era dengue grave,
572 que precisava de atualização e destacou que o que precisava mais de atenção era o crescimento da FHD - febre hemorrágica
573 da dengue e da letalidade por aquele agravo específico também. Pontuou que a dengue com complicação é outro componente
574 da dengue grave também, mostrou a curva do gráfico com um crescente aumento da letalidade e do número de casos. Mostrou
575 que a situação da Dengue no Estado da Bahia apresentava um coeficiente de incidência de número de casos de dengue cada
576 vez mais crescente nos anos de 1996 a 2013, em um comportamento cíclico, com uma produção de casos cada vez maior;
577 mostrou também o risco, que estava descendente, mas pediu que observassem que 2008 aquele patamar não voltava para
578 risco baixo, porque tinha uma grande epidemia e produção de casos grandes se mantendo. Em 2013 houve um aumento,
579 chegando aos 48 mil casos atuais, representando um aumento de 2,5% em relação ao mesmo período de 2012. Informou que
580 praticamente 90% dos municípios tinham notificado a doença e destacou os 10 municípios que concentravam 38% dos casos
581 do Estado: Teixeira de Freitas, Feira de Santana, Guanambi, Barreiras, Ilhéus, Jequié, Brumado, Itabuna, Itapetinga e Porto
582 Seguro. Apresentou em seguida o Diagrama de Controle de 2011 a 2013, e a letalidade e percentual de dengue grave
583 confirmado na Bahia, de 2010 a 2013. Informou que o tipo de vírus que estava circulando, predominantemente, era o vírus 4,
584 praticamente todos os isolamentos que vinham sendo feitos atualmente eram sorotipo 4 e aquilo vinha mudando de 2011 para
585 março de 2013. Chamou a atenção para observarem um fenômeno que tinha acontecido, em função, provavelmente, daquela
586 introdução da Dengue 4, que era o de que estavam começando a observar uma redução da probabilidade de ocorrência de
587 casos graves. Que no ano de 2010 tinha 1,2% de casos graves dentre as notificações e aquele número tinha caído para menos
588 de 0,2% em 2013, ou seja, a probabilidade de um paciente com dengue desenvolver dengue grave hoje era muito menor do
589 que em 2010. Mas, por outro lado, tinha aumentado muito a probabilidade de um paciente, estando com dengue grave, vir a
590 morrer, o que significava que tinha aumentado a letalidade e diminuído a ocorrência de casos graves. Comentou, em relação
591 ao vetor, que vinha sendo o elo mais vulnerável às ações de controle, com os 417 municípios infestados e 40% com índice
592 larval acima de 3,9%. Destacou que a conclusão lógica que tinham chegado a partir dali, era de que as ações desenvolvidas
593 para o controle vetorial não vinham sendo efetivas e não tinham dado resultados. Acrescentou que observam aquilo pela
594 dispersão, pelo número de municípios que estão infestados no Brasil, e também pelo aumento da densidade vetorial. Então,
595 tinha aumentado para os lados e aumentadas a dimensão e a quantidade de mosquitos reproduzidos e aquilo era uma
596 tendência que vinha desde o início da década. Passou a explicar porque vinha acontecendo aquilo e informou que eram várias
597 as causas, e informou que ele citaria algumas rapidamente: primeiro, de que não existia a necessidade das pessoas
598 armazenarem a água; disse que aquilo não era a realidade para muitos municípios do Brasil, questionando como as pessoas
599 viveriam sem água? Que as pessoas precisavam de água e aquilo era uma fragilidade do Sistema de Saneamento Básico do
600 Brasil; para a questão de alta capacidade reprodutiva do mosquito era que, se não houvesse água limpa eles buscariam água
601 suja. Ademais, a insuficiente residualidade dos inseticidas utilizados, porque se um tonel tinha sido tratado antes, mas as
602 pessoas precisavam usar a água e aquele inseticida que tinha sido usado ia sendo diluído. Então, mesmo que houvesse um

603 inseticida com uma eficácia melhor do mundo, ainda assim não seria suficiente, em função da necessidade de usarem a água
604 e o inseticida estar se diluindo. E comentou que eram problemas difíceis de serem resolvidos e, quanto à questão das
605 pendências, muitos municípios do Estado não tinham chegado a cobrir com visitas nem 40% dos imóveis. Disse que tinham
606 chegado à conclusão que o curso das estratégias que vinham sendo adotadas até ali precisava ser mudado; e não
607 necessariamente substituindo uma estratégia por outra, mas trazendo novos conhecimentos tecnológicos, instrumentos e
608 conhecimentos técnicos concisos na resolução daquele problema. Ressaltou o ponto de vista da equipe técnica da Dengue,
609 baseado em vários documentos técnicos publicados, de que existia uma possibilidade de diminuir a frequência de epidemias e
610 a magnitude das mesmas, aquilo era uma boa notícia. Informou que quem transmitia a Dengue não era a larva do mosquito
611 que estava lá no tanque, mas infelizmente o indicador que tinha sido mais utilizado para estimar risco de transmissão tinham
612 sido aqueles indicadores larvais. Porém referiu que quem transmitia era o mosquito que estava voando e existiam ações
613 específicas para aquele mosquito que estava voando. Ponderou que, se não vinha funcionando a redução da densidade
614 vetorial daquelas larvas, era necessário levar em consideração que aquele problema não devia ser priorizado. O que estavam
615 querendo dizer era que deixariam de combater a larva do mosquito, e sim que vinham sendo investidos os novos recursos com
616 uma priorização muito grande para reduzir índice de infestação predial. Na prática, o que eles vinham vendo era que aquela
617 tentativa de reduzir a transmissão de dengue baseado na tentativa de reduzir índice de infestação predial tinha fracassado.
618 Então, aquele esforço que vinha sendo depositado para reduzir índice de infestação predial devia ser repensado. Pontuou que
619 uma estratégia que deviam considerar era a detecção precoce dos casos, seguida de ações adequadas de bloqueio de
620 transmissão; aquela era a estratégia mais eficaz de prevenir epidemias. Enfatizou que, para conseguirem mudar aquela lógica
621 nos municípios, era imprescindível o fortalecimento da Vigilância Epidemiológica; assim era necessário encurtar a distância
622 entre as unidades de atenção à saúde e a equipe de vigilância epidemiológica. Salientou que os Núcleos de Vigilância
623 Epidemiológica Hospitalar (NHVE) tinham um papel muito importante, e que vinham observando que os municípios que tinham
624 núcleos de vigilância epidemiológica nos principais hospitais, vinham tendo um intervalo de tempo entre início de sintomas
625 mediano e a digitação do caso muito mais rápida. Quanto ao bloqueio de transmissão, comentou que devia ser a ação
626 prioritária em uma situação de transmissão, se o município não tivesse tendo transmissão de dengue e que o foco da Vigilância
627 devia ser reduzir índice de infestação predial, reduzir as larvas, porque se tornariam adultos, mas havendo transmissão no
628 município, a prioridade passava a serem os mosquitos *Aedes Aegypti*, através das ações de bloqueio de transmissão, que era
629 aquela máquina de fumaça que pulverizava inseticida; disse que era uma máquina portátil, que uma equipe especializada ia e
630 tentava bloquear a transmissão de uma forma pontual. Deixou bem claro que aquela ação da mudança da ênfase, de atacar o
631 mosquito que estava voando, em detrimento do mosquito que estava no depósito. No momento de transmissão não significava
632 que se deixaria de fazer as ações de eliminação de criadouros, no momento de epidemia. Então, era necessário fazer ação
633 integrada, entre vigilância epidemiológica e unidades de saúde notificantes, a equipe de controle vetorial com atividade
634 coordenada pela vigilância epidemiológica, que estaria produzindo informações e monitorando, inclusive, aquelas intervenções.
635 Reiterou que aquilo vinha sendo crucial para o controle em muitos municípios que estavam anunciando as epidemias e,
636 quando a equipe de bloqueio identificava aquela área quente e executava uma intervenção oportuna, controlava muito a
637 epidemia de dengue. Finalizou a apresentação e agradeceu. Dr. Raul Molina agradeceu e abriu para discussão. Dra. Raquel,
638 Secretária de Saúde do Município de Cipó, solicitou socorro porque todos os agentes de epidemias tinham sido nomeados no
639 final da gestão e estavam todos sem capacitação e disse que estava morrendo de medo de uma epidemia em Cipó, porque
640 não tinha nenhum agente de endemias trabalhando e estavam recebendo sem trabalhar, porque não tinham sido capacitados.
641 Dr. Raul Molina passou a palavra para Dra. Alcina Andrade e esta disse que faria algumas considerações em cima do que
642 Agnaldo tinha colocado e alguns alertas; e que a fala da Secretária tinha sido oportuna porque o primeiro ponto era exatamente
643 o de que se tentava garantir a permanência dos agentes de combate às endemias no campo; que vinham vivendo uma
644 situação dramática, e naquele momento de mudança de gestão aquilo era uma realidade em vários municípios do Estado.
645 Salientou que tinha estado na reunião de Jacobina e tinha lhe chamado a atenção a grande rotatividade de agentes de
646 endemias, o que trazia uma preocupação imensa, porque os agentes estavam sendo treinados, no momento de maior
647 transmissão da doença, era um absurdo ter que parar o campo naquele momento para treinar agente que estava sendo
648 incorporado aos quadros, porque os que estavam formados tinham sido demitidos. Enfim, aquilo acontecia toda vez que
649 mudava prefeito e infelizmente não tinham conseguido que 100% daqueles profissionais fossem profissionais concursados,
650 que não ficassem veneráveis a mudança de gestão. Lamentou que os preços que se pagava por não ter agente no quadro era
651 muito alto. Fez o alerta clamando aos gestores que, se quisessem deixar um legado para seus municípios, abrissem seleções
652 públicas, fizessem concurso público e efetivassem os agentes de endemias nos quadros dos municípios, para que dali a
653 quatro anos, não tivessem que treinar agentes, em pleno momento de transmissão mais alta no Estado. Outra questão que
654 chamou a atenção foi em relação à letalidade, que Agnaldo tinha pontuado e que Nanci Salles tinha questionado quanto ao
655 que estava interferindo na letalidade. Assim, pediu que imaginassem que qualquer pessoa que tivesse Dengue hoje, tinha uma
656 grande chance de estarem fazendo a quarta infecção, porque já tinha ocorrido epidemia pelo vírus II, vírus I, vírus III e o Estado
657 estava vivendo, desde o ano passado, epidemia pelo vírus IV. Então, aquelas infecções sucessivas por sorotipos diferentes era
658 o que fazia aumentar a probabilidade de ocorrerem formas graves, e aquilo por si só era uma condição de imunidade
659 populacional, já fazendo com que tivesse capacidade de produzir formas graves. Outra segunda explicação que apresentava
660 era quanto à forma como aquele indicador era construído: no numerador os óbitos e no denominador os casos e não entendia
661 porque existia certo preconceito de notificar forma grave. Assim, informou que vinham convivendo com aquela situação cada
662 ano e os pacientes entravam com um quadro clinicamente compatível de forma grave de Dengue, mas aquele caso não era
663 notificado até que a situação se agravasse, até o ponto de notificarem, dizendo: 'não, aqui realmente deve ser febre
664 hemorrágica ou síndrome do choque'. Mencionou que todos os casos de dengue que necessitavam de hospitalização, deviam
665 ser notificados como forma grave ou dengue com complicação. Então, chamava a atenção para aquilo, pois havia sempre um
666 número pequeno de notificação que eram os mais graves e que tinham uma grande chance de irem a óbito, e a letalidade
667 estaria sempre lá em cima. Além do que vinham observando a questão da desestruturação, assim como os agentes de
668 endemias, alguns tinham saído e novos tinham entrado, com os coordenadores e equipes de vigilância com novatos, também
669 no momento da alta transmissão. Observou que em alguns municípios a epidemia já estava em curso e ninguém estava

670 percebendo. Destacou que na unidade básica encontravam agentes fazendo busca retrospectiva, de 50 casos atendidos na
671 última semana com diagnóstico de virose. Ponderou que em alta transmissão de dengue qualquer virose deveria ser
672 investigada primeiramente para Dengue, pois a possibilidade de que fosse dengue era muito maior do que qualquer outro tipo
673 de vírus. Informou que na verdade era no final do verão que a curva do Estado começava a se elevar e naquele ano tinha
674 ocorrido um comportamento atípico, mas era a partir de março e abril que começava a se elevar. Reiterou que qualquer virose
675 devia ser investigada primeiramente para dengue e a chance de acerto era grande. Por fim, informou que a SUVISA
676 trabalhava para ter alternativas outras de controle e que Agnaldo tinha sido muito feliz ao colocar que eles sempre
677 questionavam as ações de controle vetorial, porque encontravam situações bem díspares, municípios com manifestações
678 muito baixas e epidemias muito intensas; e municípios que às vezes estavam com manifestações relativamente altas e não
679 ocorria epidemia na intensidade esperada. Então, alguma coisa acontecia, e os dados do trabalho de campo não eram
680 fidedignos a ponto de lhes subsidiarem aquelas inferências, se a epidemia aconteceria ou não. Ressaltou ainda que eles
681 vinham avaliando a questão, modulando outras variáveis e que não era que desprezassem aquele dado, mas não podia ser só
682 aquilo, outras questões tinham que entrar na cena. Comentou que aquela ação de trabalho com aplicação de inseticida focal,
683 com bomba costal, tinha se revelado, nos últimos anos, a mais eficaz e o raciocínio era óbvio e linear, o mosquito era
684 domiciliado, estava dentro de casa. Já o carro 'fumassê', por ser pesado, não chegava dentro da casa, porque a primeira coisa
685 que se fazia era fecharem portas e janelas quando o fumassê passasse na rua. Então, o mais eficaz era a aplicação através da
686 bomba costal, pois, com o agente chegando internamente no domicílio, no quintal, onde havia muitos mosquitos voando, fazer
687 aplicação ali seria mais eficiente. Assim, arrematou que daquela forma se conseguiria reduzir a intensidade da transmissão.
688 Informou que o Estado vinha apoiando um projeto de pesquisa de criação em larga escala de mosquito Aedes com marcador
689 transgênico e muitos dos presentes já deviam conhecer. Iniciado em cinco localidades de Juazeiro já tinha resultados
690 comprovando que os mosquitos conseguiam sobreviver bem no meio ambiente e que copulavam exatamente com as fêmeas
691 selvagens. Ressaltou que o resultado daquelas cópulas era a geração de ovos inviáveis, porque aquela geração que era
692 colocada no meio ambiente não eclodiria, porque só eclodiriam com marcador genético se tivesse tetraciclina na água e como
693 no meio ambiente aquilo não existia, a geração de ovos frutos das cópulas dos Aedes transgênicos machos não eclodiria.
694 Aquela geração era inviável e era com aquele pensamento que defendiam que provavelmente conseguissem baixar a
695 infestação, utilizando a liberação de AEDES transgênico naquelas áreas. Informou que estava levando aquele projeto para
696 Jacobina, e para eles seria a prova de fogo, pois por enquanto só sabiam que o mosquito vivia bem no meio ambiente e
697 copulava bem com a fêmea selvagem. Mas que todas as áreas de Juazeiro onde tinham sido liberados mosquitos transgênicos
698 eram áreas sem transmissão. Em Jacobina, um município com transmissão presente, seriam liberados Aedes transgênicos em
699 todas as áreas urbanas do município. Pontuou que poderiam ter uma resposta muito mais robusta da efetividade daquela
700 ferramenta de controle, que ainda não estava validada e era um projeto de pesquisa, estavam testando ainda. Agradeceu a Dr.
701 Ivonildo, que estava recebendo o projeto no seu município com um laboratório montado e informou que na segunda semana de
702 junho, dia 17, começariam a liberação de Aedes transgênico em Jacobina. Salientou que veriam se tinha dado certo e a
703 validação tinha que ser feita pelo Ministério da Saúde, onde tinha uma equipe técnica assessora acompanhando o projeto que,
704 por acaso, estava na Bahia por já ter uma Biofábrica, mas poderia estar em qualquer estado do País. Mencionou que a
705 resposta que teriam em Jacobina seria muito importante para a evolução do projeto, ou não, porque não sabiam o que ia
706 acontecer em Jacobina. Dr. Raul Molina perguntou a Dra. Raquel se a fala da Dra. Alcina a tinha contemplado. Dra. Alcina
707 Andrade se antecipando a mesma ressaltou que o Município de Cipó pertencia à Dires de Cícero Dantas e a SUVISA
708 encaminharia sua solicitação. Comentou que a demanda de treinamento de agentes era grande, mas estavam priorizando as
709 áreas com transmissão e era claro que ali o agente tinha que estar trabalhando. Informou que levaria a demanda para a equipe
710 do Programa, João, Manuel e Agnaldo para verem como poderiam viabilizar aquilo através da Regional, para começarem os
711 treinamentos dos agentes de Cipó. Dr. Raul Molina colocou que tinha sido contemplado então o Município de Cipó. Sra.
712 Rosângela, técnica do Município de Valença falou que, com relação à questão da borrifação, com a solução por mochila, tinha
713 surgido algumas perguntas. Já que tinha as mochilas nas Dires, se o Estado forneceria as mesmas juntamente com os
714 materiais e se haveria uma capacitação para aquele serviço. Dr. Raul Molina passou a palavra para Dra. Alcina Andrade, que
715 informou que todas as Regionais de Saúde já tinham bombas para aplicação costal e no ano passado o Estado tinha reforçado
716 o quantitativo de bombas. Disse que tinha agente treinado em todas as Dires, então, havendo a necessidade de uso, o
717 agente, que normalmente era uma pessoa da FUNASA, cedido ao Estado quem coordenava o Programa na Regional, estaria
718 capacitado para treinar as pessoas nos municípios. Assim, era só acionar as Diretorias Regionais de Saúde e, havendo
719 qualquer dificuldade, a equipe do Programa Estadual de Controle da Dengue estava à disposição. Pontuou que a liberação de
720 inseticida era competência do Estado, então, os municípios precisavam da autorização do Programa para começar a borrifar,
721 mas todos tinham equipamento, pois estavam descentralizados para todas as Regionais de Saúde. Dra. Suzana Ribeiro
722 colocou que, de tudo que tinha sido discutido naquela CIB, precisavam reforçar como fundamental, aquela aproximação entre a
723 equipe da assistência e a da vigilância. Não dava para imaginar que somente com agentes de endemias lá no campo com a
724 bomba, ou com as ações que já existiam e estavam programadas, pudessem resolver a situação. Considerou ou que tinha
725 municípios que sequer tinham conseguido identificar o risco da virose, colocando como virose um caso que era dengue. Ou
726 então notificação absurda que tinha chegado de 500 casos. Comentou que na transição até entendia ocorrer a situação
727 colocada pela Secretária de Cipó, em relação aos agentes, mas questionou, o que falar da equipe de atenção básica que
728 permanecia naquele município e que nunca se aproximava, pois, reforçou que não acontecia de um dia para o outro, era um
729 processo. Registrou que constava que a vigilância e a assistência estavam totalmente desarticuladas, com agente comunitário
730 para além de agentes de endemias e o que vinha observando era que, apesar do aumento da cobertura de saúde da família,
731 aquilo não estava implicando numa melhoria dos indicadores de saúde. Então, era um grande alerta para que entendessem o
732 que aquilo estava lhes dizendo, e continuavam trabalhando na mesma lógica. Lembrou que vinha falando em varias reuniões
733 da CIB que era preciso que a equipe de vigilância estivesse diretamente articulada com a atenção primária. Além disso,
734 precisavam ter equipe de vigilância fazendo a vigilância e o controle também dentro das unidades hospitalares, para aplicação
735 do protocolo. O Estado faria capacitação com profissionais, trazendo o profissional da atenção básica e fariam capacitação
736 com as equipes de atenção hospitalar. O Gestor tinha que ir para dentro, chamar o diretor de unidade hospitalar, sentar e fazer

737 a roda, pactuar e garantir que sua equipe de vigilância pudesse monitorar a aplicação dos protocolos dentro das unidades
738 hospitalares, e se possível à noite e nos turnos da manhã e à tarde, porque as equipes mudavam, entrava um médico e saía
739 outro. Explicou que não se tratava de intervir na prescrição, mas de acompanhar o prontuário e ver se o protocolo estava sendo
740 aplicado, porque se houvesse um óbito por dengue seria muito fácil. Pontuou que se não conseguiram fazer uma articulação
741 nem na atenção básica, nem na hospitalar, ficavam reféns dos números que eram crescentes, porque não estavam dando
742 conta de garantir a cobertura da oferta do agente comunitário e do agente de endemias, principalmente dentro da unidade.
743 Reiterou que não dava para conceber que agente comunitário entrasse em um domicílio sem enxergar foco de dengue e
744 destacou se tratar de papel da Gestão Municipal, e por mais que o Estado apoiasse, não podia suplementar as ações que
745 eram dos municípios. Então, ressaltou que todos precisavam estar não só imbuídos, mas conscientes do que era o papel de
746 cada um, porque para o Estado era fundamental integrar a atenção básica a ações de vigilância a saúde e a atenção hospitalar
747 também, às ações da vigilância. Arrematou dizendo não estar falando somente da dengue, mas também servia para
748 tuberculose, hanseníase, meningite, servindo para muitos outros agravos. Referiu que não conseguiam enxergar ou colocar
749 aquilo em prática porque ficavam discutindo o poder local, mas muitas vezes repetiam o modelo, só conseguindo, na maioria
750 das vezes, a manutenção daquilo, porque não conseguiam colocar a atenção básica do Estado para dialogar com a vigilância,
751 sentar, pactuar e planejar em conjunto e no território do município. Ou seja, cada um seguia trabalhando no seu passo e no
752 seu compasso. Colocou que quando muito essa relação se estabelecia em situação de vacina, de imunização, que tinham de
753 correr para garantirem cobertura e como teriam que fazer o dia 'D'. Assim, reiterou que era aquilo que incomodava porque até
754 quando viveriam fazendo discurso e fazendo outra prática. Destacou que tinham que ter clareza, pois, por mais que existissem
755 formas de controle e maneiras de se fazer instrumentos, ferramentas e mesmo se a proposta do mosquito transgênico desse
756 bom resultado, não substituíam a ação da gestão municipal. Assim, arrematou dizendo que precisavam cada vez mais dar
757 resposta, até porque era um momento de mudança de gestão com equipes novas há quase seis meses e o momento da
758 transição já tinha passado. Contudo, reiterou que a Secretaria do Estado, através das duas Superintendências, a SAIS e a
759 SUVISA, se colocavam à disposição para discutirem com os municípios, através das DARES e criando condições para
760 fortalecer aquela movimentação. Dr. Raul Molina pediu paciência a todos, pois já estavam chegando ao final e teriam apenas
761 dois pontos de pauta a discutir. Passou a palavra para Dra. Alcina Andrade que informou sobre a vacina para Dengue, tendo
762 havido uma reunião com o Ministério da Saúde e os quatro laboratórios que estavam tentando produzir uma vacina para
763 Dengue. E comentou que, a cada vez que se reuniam, pois tinham tido aquele mesmo movimento no ano passado, em
764 Salvador, postergavam a esperança de que a vacina viria e para uso em massa. Mas nenhuma das vacinas estava com bons
765 resultados, NOVAX, BUTANTAN, GSK, respondiam bem ao vírus II, a soro conversão do sorotipo II era a baixa, 50%. E
766 ponderou que, enquanto os pesquisadores dos laboratórios produtores não conseguissem uma vacina que tivesse boa
767 resposta para os quatro soro tipos, não seria usada como política pública. Informou ainda que muitas estavam em fase de
768 ensaio, na fase I ou II. Então, era uma perspectiva para um futuro não muito próximo; diria que dentro de 5 ou 10 anos
769 pudessem incorporar uma vacina às ações de controle da Dengue. Dra. Marta Rejane Montenegro, Diretora da Regulação,
770 Controle e Avaliação do Município de Salvador, colocou como questão, destacando previamente que sabiam que era muito
771 complexa a questão do controle da Dengue no Brasil como um todo, mas como tinham alguns problemas, para aqueles
772 municípios que estavam tendo alto índice de infestação, questionou quais eram as causas e como andava o desempenho dos
773 agentes de controle de endemias do Estado, pois como havia a queixa corrente de que com a desprecarização tinha se dado
774 uma piora da qualidade do trabalho, aquilo se devia a quê problema. Perguntou à SESAB, que tinha feito uma avaliação
775 naquele sentido, se tinha alguma orientação para o município melhorar um pouco aquele desempenho, já que a supervisão
776 não tinha adiantado, pelo menos no Município de Salvador, pois tinham colocado um chefe de turma para cada X agentes de
777 endemia, mas às vezes não viam a qualidade retornando aos patamares anteriores. Mencionou que quando estava na
778 transição soube que tinham inventado uma história de fazerem o trabalho em tempo corrido e o Município de Salvador
779 trabalharia 6 horas. Comentou que implicava até hoje com o pessoal do Sindicato, duvidando que alguma dona de casa
780 abrisse a porta às 7 horas da manhã, pois ela não abriria a porta para ninguém e muito menos no horário de almoço. Então,
781 tinha algumas questões cuja responsabilidade era do município, mas se tivessem sugestões para adotarem, ela agradecia.
782 Emerson Garcia, Secretário de Saúde de São Sebastião do Passé, falou que o propósito de Dra. Marta era importante, e
783 pontuou que não eram somente questão dos secretários de saúde, mas os agentes de endemias e agentes comunitários de
784 saúde também, já que os indicadores da atenção básica, em todos os municípios, estavam cada vez piores e a prova clara era
785 a cobertura de vacina contra Influenza, que não sabia dos outros municípios, mas vinha observando, não tinha atingido meta
786 de cobertura vacinal para gestante, perguntando onde estava se conseguindo avançar, qual era a proposta que havia de
787 readequação dos agentes de endemias e agentes comunitários se era só desprecarizar. Dra. Alcina Andrade colocou que
788 tinham tocado em um ponto nevrálgico, concordava com Marta Rejane e Emerson Garcia que não era só desprecarizar.
789 Mencionou que não iam fazer um discurso contrário à estabilidade dos trabalhadores, achava que todos concordavam ali que
790 era preciso garantir uma estabilidade. Mas era preciso existir mecanismos de controle, e não estava falando apenas dos
791 agentes de endemias dos municípios, estava falando do pessoal do Estado também, pois tinham algumas metodologias de
792 acompanhamento do trabalho de campo que mostrava que a qualidade do trabalho estava péssima. Disse que recentemente
793 tinham feito uma avaliação dos dados do ano passado e era assustador o que tinham visto. Então, quando punham um
794 supervisor bem treinado no campo para acompanhar o trabalho do agente, era enorme a tendência da pessoa que entrasse
795 para fazer o controle, de encontrar no domicílio visitado uma infinidade de criadouros que não tinham sido identificados e
796 muito menos tratado. Assim, a qualidade estava muito ruim e precisavam discutir como fazer o controle de qualidade daquele
797 trabalho; então teriam que ser parceiros naquilo porque era pessoal do Estado, com problemas, o que era, hoje, uma situação
798 crítica no Estado e todos ali sabiam, não era novidade para ninguém. Informou que o Estado tinha herdado da FUNASA, a
799 partir do ano 2000, um contingente de 3200 trabalhadores descentralizados para o Estado. Exatamente o pessoal que tinha um
800 *know-how*, o conhecimento e que trabalhavam naquele Programa de Controle vetorial de doenças como dengue, chagas,
801 peste, leishmaniose. E segundo ela, diria que todos os trabalhadores eram aposentáveis ou aposentados e não conseguiam
802 criar aquela carreira no quadro do Estado. Porém referiu que o Dr. Jorge Solla já estava se movimentando e Dra. Telma Dantas
803 vinha ajudando muito nessa parte de Recurso Humanos. Falou que esse cargo público teria que ser aberto nos quadros do

804 Estado, para aquela força de trabalho ser reposta, o que era responsabilidade do Estado. Além do que havia uma
805 desresponsabilização daqueles agentes no campo e aquela situação de Salvador, no seu ponto de vista, era esdrúxula e
806 falaria com muita tranquilidade, porque já tinha falado no Ministério Público, com presença do pessoal do Sindicato e na
807 reunião do Conselho Municipal de Salvador, que não tinha agente que desse conta de fazer controle de vetor em Salvador
808 trabalhando 4 horas de fato, porque 6 horas era uma falácia; ninguém saía para começar a trabalhar 07 horas da manhã e
809 ninguém ia até 1 hora da tarde quando chegavam no campo 08 horas e 12 horas paravam porque ninguém abriria sua casa
810 para agente na hora do almoço. Registrou que contassem com seu apoio e achava que a gestão municipal precisaria enfrentar
811 a situação com toda peculiaridade que havia no território de Salvador, uma cidade difícil, com muita violência, dificuldade de
812 acesso e todas as questões que sabiam. Porém acreditava que não era reduzindo a carga horária do agente que iriam
813 resolver, que iam dizer que fariam controle, além de outros problemas que havia em relação ao controle de vetor em Salvador,
814 cujo território não era trabalhado 100%. Enfim, uma série de questões para as quais precisariam da manhã inteira para
815 conversar, mas achava que tinha sido muito boa a sua provocação e eles, compartilhando aquele mesmo sentimento, tinham
816 alguma ferramenta de monitoramento que podiam lhes disponibilizar, no grupo menor de trabalho para verem como é que
817 trabalhariam aquilo para todos os municípios. Dr. Raul Molina abriu a palavra para Dr. Mário Gontijo e Dra. Telma e solicitou
818 que continuassem avançando porque já estavam todos inquietos. Antes, porém, informou que o pessoal da Região de Irecê
819 tinha solicitado, em 'o que ocorrer' uma posição com relação à situação e abririam aquele espaço também. Dr. Mário Gontijo
820 colocou que muitas vezes responsabilizavam o agente de endemias pela dengue e o resultado da hospitalização, da morte
821 pela dengue, vinha como uma derrota para todos os Secretários, sendo aquilo o que vinha acontecendo hoje na verdade.
822 Mencionou ter visto com bons olhos o que Dra. Suzana Ribeiro tinha alertado para os agentes visitarem os hospitais da rede
823 privada e da rede pública, que conseguiriam resolver parte do problema, pois a gravidade maior da Dengue era a morte.
824 Explicou que, quando partiam para a prevenção, tinham que fazer o zoneamento de onde estava vindo aquele paciente
825 internado, ali sim, fazerem o cerco, a bomba costal e tudo o mais. Informou que estava implantando no seu município aquela
826 experiência da visita dos agentes nos hospitais e de onde vinha o paciente, qual a área de referência que vinha e quais os
827 agentes determinados para aquela região, e assim conseguiam fazer a responsabilização gráfica de quem trabalharia bem e
828 quem trabalharia mal; aquela era a única maneira que tinha, porque atribuir a culpa da Dengue ao agente ele seria mais ou
829 menos, porque para ele a Dengue tinha sido convertida em uma doença cultural, uma doença para ser tratada na escola,
830 desde os 5 anos de idade, para adquirirem uma responsabilização dos pais, já que eles trabalhavam fora. Dr. Raul Molina
831 passou a palavra para Dra. Telma Dantas e esta informou que havia implantado um grupo de trabalho, composto por
832 representantes sindicais dos agentes de combate a endemias e agentes comunitários de saúde, com representação do
833 COSEMS e das Superintendências e principalmente Superintendência de Recursos Humanos e a Superintendência de
834 Assistência à Saúde e que não era uma mesa de negociação e sim uma mesa de proposição e identificação de um grande
835 problema hoje que todos eles vinham apontando, na carreira dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias e
836 estavam discutindo também a capacitação dos agentes. Se dirigindo a Marta Rejane, chamou a atenção de muitos problemas
837 com relação a exposições, como Alcina tinha colocado e os riscos inerentes à ocupação que eles hoje desenvolviam e também
838 eles estavam com grandes queixas relacionadas a salário e a premiação e supervisão. Enfim, referiu que ontem mesmo o
839 grupo tinha discutido a questão da carreira do agente comunitário de saúde e da carreira dos agentes de endemias. Ponderou
840 que era lógico que estavam também naquele bojo, discutindo na mesa, que era um GT, todas as questões que diziam respeito
841 às responsabilidades daquelas categorias de profissionais, mas pretendiam apresentar o resultado daquele trabalho com a
842 presença do Ministério Público, e o Dr. Rogério estava participando das reuniões e estava sendo pensado para, no próximo
843 evento, envolverem todos os municípios e a Atenção Básica. Dr. Raul Molina informou que a representação do COSEMS
844 naquela comissão era Sra. Gilda, tendo participado de duas reuniões. Dr. Emerson Garcia ressaltou a sua preocupação e que
845 desafiava o Secretário de Saúde que estivesse ali hoje que não tinha recebido agente comunitário de saúde na sua secretaria,
846 alegando que tinham o direito a receber o valor total que vinha do Ministério da Saúde. Questionou se aquilo se dava porque,
847 pelo que parecia, o agente queria participação dos lucros da empresa. Destacou que acreditava que não, mas ele queria o
848 dinheiro do PMAC, e tinha que ser passado para ele apresentando uma série de reivindicações e direitos. Perguntou qual o
849 verdadeiro sindicato do agente comunitário; já que havia muitos em cada região. Questionou a legalidade do sindicato junto ao
850 Ministério do Trabalho; se era aquele que tinha carta sindical. Disse que 80% dos sindicatos dos agentes comunitários da
851 Bahia não tinham carta sindical. Assim, não deveriam ter a representatividade e sequer estarem sendo ouvidos, que lhe
852 desculpassem, mas se eles não eram sindicalizados de forma legalizada, não deveriam ser ouvidos. Ressaltou que enquanto
853 isso, o Secretário de Saúde ficava sendo colocado na parede, exposto para a sociedade como o vilão da história e os
854 indicadores de saúde, que eram o motivo da contratação do agente comunitário, historicamente, para a melhoria daqueles
855 indicadores, não tinham tido reflexo algum, não tinham melhorado nenhum indicador. Ressaltou que a consequência daquilo
856 eram doenças como a própria dengue sendo proliferadas, porque o ACS não se sentiam na responsabilidade de compartilhar,
857 junto com o agente de endemias, a responsabilidade da informação. Então, reiterou que existiam duas categorias que não se
858 falavam e não davam a resposta nos indicadores. Salientou ter preocupação quando Dra. Telma colocava que o COSEMS
859 fazia parte, com uma pessoa do COSEMS na mesa de negociação, trazendo o direito, que os deveres deveriam vir na frente,
860 porque as responsabilidades estavam caindo nas costas do Secretário de Saúde. Dr. Raul Molina reforçou que não era mesa
861 de negociação, era GT e sabe que aquele tema renderia e não renderia pouco. Solicitou que entrasse em pauta na próxima
862 reunião ampliada do COSEMS e comentou que ontem tinham tocado mais ou menos no assunto, a respeito da posição do
863 COSEMS e ele tinha a incumbência de representá-los no CONASEMS naquela negociação a nível nacional e o primeiro
864 embate ocorrido tinha sido uma audiência pública na Câmara dos Deputados com todos os seus afiliados lá. Falou que tinha
865 sido colocado claramente que, como gestores municipais de saúde, entendiam que era um direito e a desprecarização era
866 legítima. Além disso, entendiam que o teto fixo, o teto base para a categoria, tinha que ser discutido com todas as categorias
867 existentes, não se podia discutir apenas com uma categoria, pontuando ser aquela a posição do COSEMS e do CONASEMS.
868 Comunicou que tinha sido enviada uma nota técnica para todas as secretarias municipais de saúde, informando que o que
869 fosse teto da atenção básica não entraria na individualidade do município, com relação a suas leis e à forma como teriam que
870 fazer, quanto àquilo, com solicitação à equipe da atenção básica a fim de se fizesse presente para que ninguém fosse

871 surpreendido, quanto às reuniões que estavam ocorrendo com a convocação de secretários. Salientou que tinha sido colocado
872 ontem o encaminhamento de uma comunicação para a Atenção Básica e que se teria tempo para discutir o assunto. Telma
873 Dantas disse que gostaria de aprofundar a discussão e que trouxessem com maior propriedade uma apresentação mais
874 sistematizada, porque o grupo de trabalho com o assento dos agentes comunitários e agentes de endemias tinha sido iniciado
875 a partir de uma solicitação, não só da SESAB, como dos agentes, no que dizia respeito à formação daqueles trabalhadores.
876 Por isso a Superintendência tinha desenvolvido, através da Escola de Formação Técnica, todos os esforços para dar
877 continuidade à formação daqueles trabalhadores, especificando particularmente a questão da formação dos agentes
878 comunitários de saúde, através da implantação do segundo módulo, que estava sem efeito, como todos sabiam, e que era
879 lógico que, no bojo das discussões, os agentes comunitários e agentes de endemias queriam discutir também a questão da
880 carreira, a especificidade do trabalho deles, da exposição. Voltou a colocar que, enfim, aquele era um grupo de trabalho e não
881 uma mesa de negociação, até porque eles também se intitulavam sindicalistas representantes daqueles agentes, mas também
882 tinham todos aqueles questionamentos que tinham sido colocados, em relação à representação. Pontuou que estavam
883 trabalhando com as lideranças dos agentes comunitários e dos agentes de endemias, centrados particularmente na questão da
884 formação, da capacitação e da educação continuada daqueles trabalhadores e se colocou à disposição para maiores
885 esclarecimentos de forma mais aprofundada e detalhada acerca do tema. Raul Molina ressaltou que não queria ser
886 surpreendido e sabia que era uma demanda que chegava para o Estado e depois acabava 'rompendo a corda' sobre os
887 gestores. Ressaltou que o que tinha sido colocado por Emerson era a voz geral de todos os secretários. Comentou que estava
888 mostrando a Gisélia o diferencial salarial, destacando que existiam pedagogos dentro de uma prefeitura que ganhavam muito
889 menos que agentes comunitários e era preciso lembrar que era município e não apenas saúde. Além disso, existiam outras
890 formações dentro de municípios com uma estrutura maior, portanto era necessário discutir de forma mais aprofundada,
891 primeiro entre os gestores e depois incluindo a participação dos próprios trabalhadores, que eram os mais interessados. Para
892 isso a equipe da Atenção Básica estaria contribuindo. Ressaltou que estaria na comissão, representando o COSEMS, não
893 poderia participar de todas, mas na hora das pactuações daquele GT estaria trabalhando também. Informou que, antes de
894 passar para as pactuações, tinha alguns outros pontos do GASEC: mudança do Município de Maraú, da Região de Saúde de
895 Valença, para se incorporar à Região de Saúde de Itabuna, que ontem tinha havido como encaminhamento, que mandariam
896 para a câmara técnica, como todos os pedidos que estivessem chegando sobre aquele ponto e hoje, já com os documentos
897 em mãos, tendo sido passado pela Secretaria Executiva da CIB, estava ali já o parecer técnico, demonstrando claramente que
898 todos os serviços estavam sendo prestados por Itabuna. Relembrou que tinha sido pactuado anteriormente que, havendo
899 aquele fluxo, mostrando tecnicamente o que estava ocorrendo, não teria problemas que houvesse a mudança e o
900 deslocamento de um município para outro, desde que houvesse o estudo técnico demonstrando aquilo. Assim passou a
901 palavra para Suzana fazer um esclarecimento. Esta começou ressaltando que Joana Molesini, a Coordenadora da área
902 técnica, estava presente e, desde que a solicitação tinha chegado, já no início do ano, para mudança da gestão, tudo o que
903 tinha sido colocado por Molina também tinha sido colocado na última reunião, tendo sido 'desaguardo' na avaliação do pleito,
904 feito pela área técnica, e Joana detalharia melhor o que tinha sido verificado de fato com o processo disparado. Salientou que
905 não era só Maraú, já tinha tido o caso de Canudos e registrou que movimento de PDR não era simplesmente tirar uma
906 referência daqui e dirigir para outro lugar, era muito mais; primeiro, porque a referência inicial tinha um conjunto de serviços,
907 tinha a estrutura do município, com um valor médio de AIH e, para quem tinha acompanhado as PPI ocorridas anteriormente,
908 sabia disso. Cada município tinha o seu valor médio de AIH, de acordo com o grau de complexidade que ofertava e tinha
909 também o seu percentual médio de internação, comparando a sua Região com o Estado como um todo. Então, quando se
910 pactuava internação, por exemplo, era baseado naquelas referências e quando o município saía de uma referência para a
911 outra, ele poderia encontrar uma diferença no valor da AIH, como o que tinha acontecido com Canudos, que tinha saído de
912 Serrinha para Juazeiro, conforme tinha conversado com a Secretária de Canudos. Disse que o valor médio da AIH de Juazeiro
913 era maior do que o de Serrinha, por uma série de fatores como a complexidade do município, a oferta dos serviços, quando
914 existia alta complexidade nos hospitais e aquilo puxava para cima o valor médio da AIH, causando diferença. Só que o
915 percentual de internamento da sua população não mudava, era o mesmo; o que ocorria era que a pactuação, com a sua
916 referência, tinha sido com um valor X e havia um quantitativo físico Y, mas quando iam para outro município, com o valor médio
917 da AIH diferenciado ou maior, obviamente que, se o teto financeiro era o mesmo, não teriam o mesmo quantitativo. Se
918 dividissem quinhentos por cem, não seria o mesmo valor físico que se dividisse quinhentos por cento e cinquenta, ocorreria
919 redução. Portanto era importante registrar aquilo, porque toda vez que se falava de mudança de PDR, deveria fazer valer o
920 fluxo da população, mas era necessário saber que aquilo podia implicar numa redução do número de AIH, da oferta da
921 população, porque não tinha dinheiro novo. Informou que estava ocorrendo discussão de recomposição de teto de TRS, de
922 oncologia, teto de município em plena, de gestão de comando único e que não avançavam porque não dependia só da boa
923 vontade, nem do entendimento do COSEMS, do município que demandava e da SESAB, falando que tinha outro estudo, que
924 era feito pelo próprio Ministério da Saúde e que a necessidade do recurso vinha de lá. Sinalizou que quando se fazia aquela
925 movimentação, era com o recurso da PPI que existia. Disse que colocava tudo aquilo porque às vezes se falava em discutir
926 PDR, porque tinha que mudar, mas era necessário analisar uma série de questões e a viabilidade. Outro problema também
927 que se dava com o PDR era que muitas vezes ficava na mão do gestor, acabava sendo mais uma movimentação política em
928 algumas situações do que real. Portanto o gestor que estava comandando o município no período tinha o interesse de sair de
929 uma região para outra e depois, mudava-se o gestor e este já não tinha mais porque tinha sido desfeito um fluxo que havia
930 anteriormente. Enfatizou que aquilo não era um movimento político somente, era um movimento completo, de oferta de serviço
931 e de fluxo de população, não era fluxo de AIH que estava em cheque. Pontuou que a situação de Maraú era muito clara,
932 pedindo a Joana Molesini para relatar o estudo feito e o produto final, mas adiantou que a situação de Maraú se sustentava
933 inclusive no pleito do gestor municipal. Joana Molesini informou que a motivação do estudo era muito simples, a referência de
934 Maraú, em termos de PPI, era toda em Itabuna; do volume total de referência, o que estava em Valença não era nem 10%.
935 Assim, nem precisava movimentar recurso. O acesso de Maraú, físico, de estrada, era Itabuna, portanto não tinha muita
936 questão para discutir. Todas as formas que poderia se analisar uma mudança comprovava que 100% e inclusive fazia parte do
937 que Suzana tinha falado que na gestão passada, do ex gestor, o fluxo era Itabuna, mudando por quatro anos e agora

938 retornava, não havendo nada mais a ser acrescentado. Raul Molina, antes de anunciar a próxima pauta, salientando ser
939 importantíssima, comentou com Odilon da felicidade que tinha em participar daquela CIB, em especial como Coordenador da
940 CIB, para dar aquela notícia, com Suzana Ribeiro ao lado, que tinha sido a Presidente do COSEMS na época, e anunciou que
941 ontem o problema de Itabuna tinha ficado acordado com o Ministério da Saúde, seria devolvido o comando único a Itabuna, e
942 na reunião que tinha havido no Ministério da Saúde, tinha sido garantido que a parcela de recursos que estava sendo colocado
943 pelo Estado, o Ministério da Saúde estaria colocando integralmente, portanto era uma felicidade muito grande poder anunciar
944 naquela CIB e pactuando a entrega do comando único de saúde da atenção especializada de média e alta complexidade para
945 o Município de Itabuna. Continuando, lembrou já ter sido colocado antes a necessidade de se fazer um *check list* e que o
946 Conselho Municipal do Município também teria que se manifestar e já estava aprovado o retorno em todos os níveis. E
947 informou que pela manhã, também já tinha sido anunciado no Conselho Estadual de Saúde. Reiterou que poder pactuar hoje a
948 devolução do comando era uma coisa muito importante para todos e uma alegria muito grande. Suzana Ribeiro pontuou que,
949 sendo uma pauta do Gabinete, registrava a ausência do Secretário, que estava em viagem, razão pela qual não se encontrava
950 presente, e aquela era uma mobilização que ele fazia há muito tempo; inclusive no início de 2011 tinha tido uma agenda com o
951 Prefeito e o Secretário de Saúde de Itabuna, e em abril, no aniversário da Cidade, ele tinha proposto que o município
952 reassumisse o comando. Era bom que se registrasse e ficasse bastante claro que aquele não era um movimento que vinha
953 acontecendo de agora, o Secretário já vinha dialogando com o Município de Itabuna há algum tempo, para a retomada do
954 comando. Vinha discutindo algumas questões, como a própria CIB havia acompanhado, alguns tensionamentos que passavam
955 sempre pela discussão do contrato do Hospital, tendo havido várias audiências públicas. Ela comentou que Dr. Andrés tinha
956 estado à frente daquele movimento várias vezes, acompanhando a audiência pública na Assembléia Legislativa, na Câmara
957 Municipal de Itabuna. Enfim, tinha sido uma infinidade de movimentos que nunca conseguiam resolver, pelo fato do Município
958 sempre condicionar o recebimento a um aumento substancial do contrato, e na verdade não se tratava daquilo, porque o
959 Estado já estava garantindo que manteria os recursos a serem alocados no contrato e que aquele valor estaria no teto do
960 Município. Enfim, não tinha havido entendimento em relação à questão, não se conseguindo avançar com as negociações.
961 Entretanto, o Município já vinha se mobilizando desde o início da gestão, aliás, desde o período da transição já vinha
962 discutindo e construindo aquele movimento. Ressaltou que estava apenas fazendo o resgate histórico, para que o plenário da
963 CIB tivesse conhecimento de fato do que tinha acontecido e não parecesse que estava sendo simplesmente entregue agora.
964 Reiterou que o trabalho que Dr. Renan vinha fazendo no Município de Itabuna, desde a transição, era um trabalho de garantir o
965 resgate do sistema de saúde do Município, da sua forma mais integral, sendo importante registrar que ele tinha feito o que
966 havia sido solicitado anteriormente, que era aquela pactuação junto com o Conselho Municipal de Saúde, definindo um plano
967 de ação que tinha sido até antes da desabilitação, em 2008. Naquele período, como membro da comissão do COSEMS, ela
968 tinha proposto na negociação com o Conselho, que se estabelecesse prazo, se definisse as metas, infelizmente naquele
969 momento não tinha sido possível, culminando na desabilitação. Lembrou que havia problemas de dívidas com os prestadores,
970 enfim, ao longo do tempo o Município tinha tentado garantir que aquele movimento se mantivesse junto ao Conselho Municipal,
971 e que tinham tido dificuldade, porque havia também dificuldade de entendimento dos gestores da Região, do Colegiado de
972 Gestão na época, que viviam trazendo dificuldades para que conseguissem algumas discussões com o próprio Município, a fim
973 de avançarem na retomada do comando. Enfim o momento chegava e infelizmente o Secretário de Estado não estava ali,
974 porque era ele quem deveria estar anunciando, tinha sido ele quem mais tinha batalhado para que aquilo ocorresse, porque
975 não era confortável para o Estado estar assumindo o comando de Município. Não era a forma que o Secretário, ao longo de
976 sua história e de sua trajetória, como gestor, como militante do SUS, tinha professado e professava que se entrasse no
977 movimento para garantir a assistência à saúde da população no território, quando eles encontravam algumas dificuldades e
978 algumas falências nas gestões, mas aquilo não era a tônica, muito pelo contrário. Quando Raul Molina falava da felicidade, era
979 porque tinha sido angustiante mesmo ter que tomar uma decisão, enquanto COSEMS naquele momento, sustentada pelo
980 plenário da Assembléia que tinha sido a de desabilitação, quando era NOAS e estavam ainda no movimento de adesão ao
981 Pacto de Gestão e aquilo tinha trazido grandes dificuldades para todos. Dr. Renan iniciou agradecendo o empenho do
982 Secretário Jorge Solla, o corpo de superintendentes, dirigentes, diretores, coordenadores da SESAB, porque desde que tinha
983 sido convidado para ser Secretário de Saúde de Itabuna, tinha sentido com Dr. Jorge Solla, discutido e resgatado os motivos
984 que tinham levado à perda do comando único. Tinha sido pactuada uma série de ações de gestão e de diálogo, necessários
985 para o retorno do comando único para Itabuna. Destacou que tinha trabalhado internamente na Cidade e na equipe da
986 Secretaria de Saúde do Município, para fortalecer e preparar a gestão para assumir o comando único e para resgatar também
987 os diálogos internos com o Conselho Municipal de Saúde, com os atores locais, em relação àqueles preparativos. Ressaltou
988 que o COSEMS, a atuação de Raul, Stela e os membros, e que depois tinha se incorporado à diretoria, eleito secretário geral,
989 também tiveram um papel muito importante nesse sentido. Referiu que ontem, em reunião no Ministério, com Dr. Fausto, que é
990 o Diretor do DRAC, tinham ficado equacionados os problemas de financiamento que eram os mais difíceis de serem resolvidos
991 porque, a partir de 2008, o Estado tinha passado a investir em algumas áreas novas na saúde de Itabuna. Havia então o
992 dinheiro do Estado, destinado ao incremento do Hospital de Base e à abertura do Hospital São Lucas e a alguns
993 procedimentos que tinham passado a serem realizados no Hospital Calixto Midlej, logo, aquela situação tinha gerado o ônus
994 para o Estado no período. Falou que Dr. Solla tinha se disponibilizado duas vezes para acompanhá-lo a Brasília e que na
995 reunião de ontem, a segunda reunião feita, tinha sido feito o estudo e a pactuação da busca do equilíbrio, para que o comando
996 único não retornasse numa situação desfavorável, do ponto de vista do financiamento do serviço. Concluindo, disse que
997 restava, naquele momento da CIB, que tinha sido uma coincidência importante, comemorar e tratar das medidas práticas para
998 o exercício de junho, porque ficava valendo a partir de 1º de junho, para que, a partir de julho, aquele dinheiro já estivesse
999 destinado ao Fundo Municipal de Saúde, a fim de que se pudesse tratar da gestão plena. Resgatou que em Itabuna, para
1000 quem não conhecia a realidade, tinha uma simbologia muito forte, quem tinha estado lá naquele período sabia o que era a
1001 perda da gestão plena para a auto-estima da população. Ele comentou que a perda da plena tinha sido uma coisa muito grave,
1002 mencionando que tinha tido a oportunidade de acompanhar, como dirigente da SESAB à época. Finalizou dizendo que amanhã
1003 à tarde seria anunciado celebrada a volta da “Dona Plena” ao Município de Itabuna e convidou Dr. Jorge Solla, Dr. Raul Molina,
1004 Dra. Suzana Ribeiro, os Superintendentes, o pessoal da SESAB, outros secretários que estivessem próximos, para estarem

1005 presentes. Agradeceu a todos e ressaltou que se tratava de mais uma etapa vencida, que dava mais responsabilidade, mas de
1006 qualquer maneira era o resgate do caminho de que o SUS funcionava, do fortalecimento do Município, da gestão municipal e,
1007 pela posição estratégica de Itabuna, era muito importante para o SUS na Bahia. Suzana Ribeiro comentou que quando Dr.
1008 Renan tinha assumido a Secretaria de Saúde de Itabuna, ela tinha ficado muito feliz, porque o mesmo trazia em todas as suas
1009 falas a necessidade de resgatar aquilo no Município e para os que tinham acompanhado o Município em toda aquela trajetória,
1010 como COSEMS, acompanhando os momentos de auge do SUS em Itabuna, a implantação da rede, a implantação do SAMU,
1011 da Farmácia Popular, do CEO, da Central de Regulação e depois ter que voltar lá, também como COSEMS, e ver o desmonte
1012 que tinha sido feito, a falência do sistema como um todo, tinha sido muito doloroso para todos. Naquele momento, como
1013 Presidente do COSEMS, tinha sido especialmente difícil ter que reconhecer que a gestão havia tido uma falência completa e o
1014 que era pior, por mais que sinalizasse o caminho para se garantir aquela retomada, ainda enquanto parceiros, enquanto
1015 COSEMS, com a garantia de tentar fazer e reconstruir, junto com o Conselho Municipal, não tinham sido ouvidos, e até tinham
1016 sido mal interpretados naquele momento. Saliu que felizmente tinha passado e tinha a certeza que, com a competência e
1017 com o empenho de Dr. Renan, e a determinação política do gestor municipal, do Prefeito, aquele caminho já estava sendo
1018 retilhado. Registrou também que o CEDOF, o Centro de Atenção a Doenças Falciformes, já tinha sido reinaugurado no mês
1019 passado, um momento extremamente importante, um momento fundamental, ao tempo em que anunciou que, enquanto
1020 SESAB, já estava fazendo uma construção interna, articulando todas as áreas para definirem a linha do cuidado para doença
1021 falciforme em Itabuna. Adiantou que, com o CEDOF, já se apontava uma importante referência para a região e o movimento
1022 era descentralizar aquilo, da mesma forma que tinha sido descentralizado o acompanhamento e tratamento das hepatites no
1023 interior do Estado. Portanto, disse ela, aquela linha do cuidado deveria ser apresentada na próxima CIB e seria chamado o
1024 COSEMS e depois que estivessem com todo o trabalho organizado, a proposta seria apresentada na CIB para que se fizesse
1025 uma pactuação. Relatou que tinha certeza que Itabuna vinha como um dos municípios que estariam trazendo a possibilidade
1026 de construir aquela referência macrorregional. Parabenizou mais uma vez e agradeceu por trazer de volta aquela condição
1027 excepcional que era resgatar o poder e a força da gestão municipal. Dr. Raul Molina registrou que tinha estado presente na re-
1028 inauguração do Centro de Referência, onde o Município de Itabuna tinha feito uma homenagem muito bonita a Dra. Conceição
1029 Benigno e hoje aquele Centro levava o seu nome. Ressaltou que não poderia deixar de registrar a alegria de ver uma
1030 homenagem a uma companheira dedicada, competente, que tinha deixado muita saudade, tanto para os membros do
1031 COSEMS, como também para os companheiros da SESAB. Disse também que o retorno aquela pactuação do comando único
1032 de Itabuna tinha ficado **aprovada** por aclamação. Passou para a pauta do COSEMS, com a primeira demanda, os municípios
1033 solicitando a pactuação dos novos valores, com cálculo do piso da vigilância em saúde, ao tempo em que lembrou da
1034 pactuação anterior, conforme tinha sido colocado ontem, por Emerson, que fazia parte da comissão, juntamente com Hamilton,
1035 Secretário Municipal de Pindobaçu, na época, tendo ficado 88% dos valores para os municípios e 12% para o Estado e
1036 informou que tinham conversado com Dra. Alcina hoje e que aqueles valores continuavam e permaneciam dentro daquilo e
1037 seria encaminhada aquela pactuação. Dra. Alcina esclareceu que o movimento tinha se iniciado desde outubro do ano
1038 passado, havia também na Câmara Técnica do CONASS, um movimento sobre a revisão da Portaria 3252. Informou que já
1039 existia uma proposta de minuta da Portaria revisada e que o próprio CONASS já tinha encaminhado para os estados.
1040 Subsequentemente à revisão da Portaria 3252 se faria a publicação da Portaria, com a revisão dos valores do "piso fixo de
1041 vigilância em saúde", que passava a ser chamado daquela forma. Adiantou que as portarias não tinham sido publicadas e era
1042 preciso que existisse aquilo oficialmente, porque por enquanto estava no campo das proposições, sugerindo à mesa do
1043 COSEMS que se indicasse uma ou duas pessoas para, com a área técnica, fecharem a planilha de repartição daqueles
1044 recursos no Estado. Informou que Emerson tinha sido o último a participar quando tinha sido publicada a Portaria 3252 e por
1045 tradição vinham fazendo daquela forma, discutindo com o COSEMS e repassando mais de 80% dos recursos do piso de
1046 vigilância para os municípios e que, na última repartição dos recursos, o Estado tinha ficado com 12,5% a 13% do global,
1047 portanto aquela era a proposta. Ou seja, reforçou que, assim que a Portaria fosse publicada, fosse indicada a pessoa que
1048 ficaria com a área técnica, para sentarem, conversarem e trazerem para CIB para apresentarem a todos. Dr. Odilon comentou
1049 que ontem tinha sido conversado a respeito e poderiam aproveitar o modelo da distribuição do recurso feito pelo Governo
1050 Federal, estabelecendo uma linha para tratar de maneira igual, produzindo um valor per capita maior para aqueles municípios
1051 mais pobres, iniciando uma política de distribuição de recurso, levando em consideração que tinha muitos municípios pobres
1052 que deveriam receber um recurso maior do que outros. Pontuou que na discussão ontem no COSEMS, tinham visto que, do
1053 valor distribuído, as Regiões Norte e a Nordeste do Brasil tinham recebido um per capita muito maior do que a Região Sul.
1054 Portanto, poderiam aproveitar aquele belo exemplo do Ministério e tornar também um exemplo na Bahia. Dra. Alcina achou a
1055 proposta interessante, pois a Bahia era classificada na Portaria anterior e a proposta era que continuasse assim, no Extrato 2,
1056 que possuía definição de valores per capita e por área, quilômetro quadrado, por população, tinha vários critérios e, se
1057 houvesse consenso, seria criada uma estratificação também interna ao Estado da Bahia, tentando diminuir as desigualdades e
1058 ser mais equânime. Dr. Raul Molina manifestou a alegria de colocar que estavam presentes, para representarem o COSEMS,
1059 Odilon e Emerson. Ainda na pauta do COSEMS, informou que ontem tinha encaminhado para o Grupo Condutor de Urgência e
1060 Emergência, a solicitação de Salvador, com relação ao custeio da UPA do Rio Vermelho, para o devido encaminhamento,
1061 assim como a solicitação da ambulância de São Desidério, que tinha passado também pela CIR, para ser encaminhado pelo
1062 Grupo Condutor, além da Sala de Estabilização de Salinas da Margarida, lembrando que tinha sido delegado ao Grupo
1063 Condutor, onde tinha representação Tripartite, além do próprio COSEMS, estava a Secretaria de Saúde do Estado e também o
1064 Ministério da Saúde. Portanto, a princípio, não podiam simplesmente pactuar sem ouvir os terceiros naquele assunto. E
1065 informou que tinha sido colocado que não havia problemas, tanto por parte do Estado, quanto do COSEMS, mas tinha sido
1066 encaminhado para o Grupo Condutor, da mesma forma que vinha sendo feito com todas as demandas àquele respeito. Com
1067 relação ao Município de Itiúba, que tinha apresentado o 'Saúde em Casa', tinha sido colocado que não estava atendendo à
1068 Portaria porque era um município com menos de quarenta mil habitantes. Comentou que para o COSEMS não teria problema,
1069 desde que o Ministério da Saúde aprovasse, questionando se a SESAB também concordava com o COSEMS, dizendo que o
1070 Projeto poderia ser também encaminhando ao Ministério da Saúde, para que lá definissem se o Município poderia se
1071 enquadrar. Assim, como Suzana Ribeiro havia concordado, ficava daquela forma. Finalizando, parabenizou o Município pelo

1072 Projeto e que o Secretário tinha trabalhado com afinco, sendo assim que gostaria que os secretários municipais de saúde
1073 trabalhassem. Passou então para o item 'o que ocorrer'. Suzana Ribeiro comentou que se tratava, na verdade, mais de um
1074 informe. Ha algum tempo vinha se falando sobre o financiamento, das perdas dos pólos, da questão da pactuação e
1075 atualmente vinha dialogando muito com a Capital, Salvador e tinha começado também com o COSEMS, porque se sabia da
1076 dificuldade da Capital. Ponderou que era uma informação importante porque impactava diretamente no movimento que estava
1077 sendo feito naquela linha da discussão do financiamento da programação pactuada integrada. Pontuou que vinham sendo
1078 discutidas algumas situações específicas com Salvador, se trabalhando com a oncologia, a Terapia Renal Substitutiva, com
1079 relação aos serviços para todo o Estado, para os déficits que havia para a alta complexidade e especialmente o impacto que
1080 aquilo tinha dado na média complexidade. Ressaltou que ontem tinha sido fechado um encaminhamento junto com o Município
1081 de Salvador e com o COSEMS, para se fazer um estudo e comentou que na verdade já tinha sido feito um estudo do teto, nos
1082 moldes formais que o Ministério sempre fazia, pegando o valor da PPI que estava pactuado e a produção, confrontando e, via
1083 de regra, nenhum município tinha perda, exceto **Feira de Santana**. Acentuou que Denise, que já tinha sido gestora de lá, e
1084 voltava a ser de novo agora, já sabia exatamente do que estava sendo falado. Então, a não ser Feira de Santana, apesar do
1085 volume de serviços da produção que existia, para nenhum dos outros pólos, inclusive a Capital, não haveria perda, se fossem
1086 considerar o que estava na PPI. Mas, como se sabia, o valor de uma consulta, para não se adentrarem em diversos
1087 procedimentos existentes, em detalhes de radiologia ou outro tipo de exame ou de apoio diagnóstico, mas a partir da consulta
1088 médica especializada, no valor de dez reais, não se conseguia ter um médico que se propusesse a fazer um negócio daquele,
1089 a garantir um serviço com aquele valor. Então não adiantava ficarem discutindo PPI nem falarem de perdas, por um método
1090 que estava mais do que superado, considerando que a base dele era a tabela SUS, que há mais de dez anos não tinha
1091 nenhum tipo de revisão, a não ser pontualmente, com algum serviço específico de alta complexidade. Naquela discussão
1092 aquela história de 'tirar debaixo do tapete' tinha sido colocado na mesa era de fato o que significava o custo de cada serviço,
1093 para o município e para o Estado, onde tinha serviço sob gestão própria. Portanto, quando o estudo feito com o método que
1094 era utilizado pelo Ministério da Saúde, que era o tradicional, de produção *versus* pactuação, identificava o mesmo problema e
1095 não se conseguia trazer à realidade o problema maior que era o funcionamento do serviço, que continuava com porta aberta,
1096 garantindo a oferta para além do que estava pactuado ou até a menos. Pontuou que também, em algumas situações, os
1097 serviços acabavam se esgotando e levando uma boa parte da contrapartida do tesouro municipal e/ou estadual. Dessa forma
1098 tinha ficado definido ontem que seria trabalhado com o mesmo peso e a mesma medida no estudo de todos os pólos e
1099 Salvador seria o primeiro, já tendo sido começado, com uma agenda pela manhã. Salientou que esperava que o pessoal já
1100 tivesse começado a fazer, conforme combinado com o Secretário José Antônio, que se debruçaria sobre os contratos e para
1101 isso viria a representação da área técnica do Município de Salvador, a representação da Secretaria de Estado e do COSEMS,
1102 que acompanhariam também os outros estudos, para que se pudesse analisar por meio dos contratos dos hospitais
1103 filantrópicos, dos serviços sob gestão do município, assim como com o custo de efetivos dos hospitais estaduais, no caso de
1104 Salvador. Disse que era mais fácil quando se começava a analisar, se enxergava melhor o déficit, sendo um movimento que
1105 era preciso apresentar ao Ministério e a pactuação seria reafirmada ali. Dr. Raul não estava presente, mas tinham membros do
1106 COSEMS, para informar que no dia vinte cinco, na próxima semana, quando seria mandado o Teto para o Ministério, já
1107 estivessem com aquele estudo fechado. Informou também que o Secretário Jorge Solla já tinha uma agenda no Ministério, dia
1108 vinte e oito e ele precisava também estar com o estudo na mão, para fechar ainda no mês de maio toda aquela negociação
1109 com o Ministério. Portanto, além do estudo de Salvador, que já vinha sendo feito, a equipe já estava se reunindo, mas em cima
1110 do critério da PPI, de 2010, no momento em que a PPI tinha sido fechada, até os dias de hoje. Então, o estudo de Salvador era
1111 o estudo que estava mais detalhado, salientando que trazia aquilo como informe porque, como tinha sido pactuado com o
1112 COSEMS, aproveitando para informar aos gestores dos outros oito pólos de região, que o Secretário do Estado, juntamente
1113 com o Presidente do COSEMS, estaria encaminhando um ofício para todos os gestores, solicitando os contratos das suas
1114 unidades filantrópicas que estivessem sob gestão municipal e as que estivessem sobre estadual e o custo seria colocado na
1115 mesa. Quem tinha hospital municipal, que trouxesse e apresentasse o seu custo efetivo daquela unidade hospitalar, para que
1116 no estudo se identificasse os déficits existentes em cada pólo, confrontando-os. Disse que não seria utilizada a referência
1117 formada pela PPI, que a PPI ficaria como uma referência, para provar ao Ministério que o recurso que estava pactuado na PPI
1118 nunca seria suficiente para garantir o que estava nos contratos, porque se sabia que os valores eram outros, mesmo que se
1119 trabalhasse com a tabela SUS. Mas se tinha nas filantrópicas, mesmo com IAC, mesmo com os incentivos, 100% SUS, se
1120 sabia que não comportava e não supria a necessidade. Continuando, disse que a carência que existia de fato, que era a
1121 demanda reprimida de cada território, de cada região, ou do que chegava para além da pactuação, e que cada município tinha
1122 aquilo no seu controle, na sua regulação, tudo aquilo o município sabia, o que extrapolava e o que estava além da pactuação;
1123 como de municípios que não estavam pactuados e que acabavam utilizando o serviço, porque entravam pela porta da urgência
1124 e o serviço não podia ser negado, o que ia também para a conta da unidade daquele gestor municipal. Portanto, a proposta
1125 que tinha ficado combinada e definida, e com o Presidente do COSEMS, a partir do Município de Salvador, foi que seria
1126 realizado o estudo. Informou que, além disso, a partir de segunda-feira seria feita uma força tarefa na Secretaria de Saúde do
1127 Estado e os municípios teriam que mandar, não só os contratos, mas também um técnico da área que tivesse competência e
1128 condição técnica para, junto com a representação do COSEMS e da SESAB, fazerem um estudo, se debruçando naquela
1129 discussão. Reforçou que se tratava de uma força tarefa e, além disso, não estava amarrando um município ao outro, ou seja,
1130 aqueles municípios que chegassem com seu material e o seu técnico, o estudo seria fechado e encaminhado. Salientou que
1131 Salvador já estava fazendo e seria avançado; e esperavam que todos os municípios viessem porque era preciso fechar aquilo
1132 até o final da próxima semana, para terem a condição de negociar no dia vinte e oito, olhando todos os pólos e que, se
1133 porventura não conseguirem, vindo somente Salvador, iria somente Salvador. Assim era importante negociarem aquilo com o
1134 COSEMS porque se viesse Salvador e outro município, iriam os dois, quem apresentasse, sendo pólo de macrorregião, vindo
1135 as documentações, os contratos e vindo o técnico, fechava o estudo no tempo. Reiterou ter sido pactuado ontem, com o
1136 Secretário de Salvador e com o Presidente do COSEMS e a necessidade de ser encaminhado o documento para o Secretário
1137 Estadual, a partir de amanhã, para dispararem para os municípios. Lembrou aos gestores de municípios pólos que se
1138 encontrassem ali presentes, já tendo conhecimento naquela CIB, já podiam ir se movimentando e se preparando, reservando

1139 um momento na próxima semana para fazerem o estudo, em Salvador, junto com os técnicos do COSEMS e da SESAB. Dr.
1140 José Antônio (SMS de Salvador) relatou que, além do estudo de oncologia, que já tinha sido feito, tinha sido tirada a Resolução
1141 CIB acordando como se fosse teto do Estado. Suzana Ribeiro salientou que o estudo de oncologia tinha ido para o Ministério,
1142 tendo sido incluídos apenas os municípios que tinham apresentado déficit no teto da oncologia: Salvador, Ilhéus, Feira de
1143 Santana e Vitória da Conquista. Os que não tinham déficit, porque não tinham querido fazer aquele tratamento, não foram
1144 incluídos, pois se colocassem tudo junto, ficaria parecendo para o Ministério que, como tinha municípios que não tinham déficit,
1145 apareceria como não tendo déficit no Estado como um todo. Portanto, ela reafirmou que no estudo que seria encaminhado
1146 para o Ministério tinham sido tratados apenas os municípios que tinham déficit. Em seguida mencionou que aquela atividade
1147 acabava sendo uma atividade complementar ao estudo feito anteriormente, que o impacto acabava sendo, somente de
1148 oncologia, talvez maior do que o impacto que seria apresentado agora. Raul Molina pontuou que era a grande oportunidade
1149 que todos os pólos tinham de conduzirem aquela demanda em conjunto. Agradeceu ao Secretário de Saúde de Salvador, que
1150 tinha entendido que a demanda fosse colocada no Estado, para que fosse enviada uma proposta melhor para o Ministério,
1151 salientando que poderia ter ido somente com a proposta do pólo Salvador, mas estava sendo aberto para os outros pólos.
1152 Chamou a atenção para o que tinha sido dito por Suzana, quanto à importância de contribuírem, porque estavam querendo
1153 fechar antes da assinatura do teto, no dia vinte e cinco, razão pela qual estava sendo feita uma força tarefa. Suzana Ribeiro
1154 referiu outra questão conversada com Dr. José Antônio e com Dr. Raul, quanto àquele formato do estudo da PPI, que estava
1155 esgotado e que tinha uma grande possibilidade, pois o Ministério sempre trabalhava na história do 'estouro' de teto, toda a vida
1156 tinha sido assim, sempre considerando quem executava até 80% do teto do valor constante na PPI, como estouro de teto, que
1157 era o caminho mais fácil de resolver. Porém, referiu que na verdade não respondia para os municípios, quem tinha rede
1158 pública, na sua maior monta, acabava não conseguindo, porque tinha o subregistro, o baixo registro de produção e a porta de
1159 entrada sempre lotada, e aquilo era fato. Ou tinha contratos com filantrópicos que, por estarem defasados em relação ao
1160 incentivo, ao IAC e às movimentações de recomposição dos contratos, quando tinha sido falado que seriam discutidos os
1161 contratos, se abriria para verem onde estava o déficit, era porque se levaria para o Ministério uma possibilidade: seria
1162 recomposto, já que a regra não tinha mudado em nível de Brasil, podendo ser colocado junto ao Ministério uma alternativa para
1163 recompor os tetos, por meio dos contratos, que fossem das filantrópicas ou de serviços que tivessem condição de fazer o
1164 estudo, a exemplo da alta complexidade. Salientou que era um sentido que se poderia criar e terem uma força, serem mais
1165 robustos com a proposta que era a de colocarem: a situação era aquela, os contratos estavam esgotados, para além do
1166 movimento que tinha sido feito no ano passado para recomposição pelo Ministério, com o Hospital Aristides Maltez; e tinha a
1167 condição também de que naquele estudo se pudesse apresentar uma proposta para o Ministério, que era uma saída para
1168 resolver a recomposição dos tetos, que seria por dentro de algumas formas de contrato. Falou que tinha os hospitais
1169 universitários, mas estavam em Salvador, que tinha os hospitais filantrópicos, tinha o contrato que podia ser uma alternativa, ou
1170 criar uma média, um percentual que atendesse à necessidade de cada pólo, quer dizer, não podiam se furtar daquele trabalho
1171 e muito menos de ser propositivo. Era necessário encontrar uma forma de sair daquela metodologia que estava colocada até
1172 hoje e que acabava sendo perversa porque a tabela SUS não acompanhava a evolução do serviço ao longo daqueles anos
1173 todos e aquele era o objetivo, acreditando-se que tinha toda a condição, no movimento COSEMS, SESAB e Capital, que tinha
1174 também o poder de execução maior, junto ao Ministério e a representação dos municípios, através do COSEMS, para fazerem
1175 uma proposta mais robusta e que fosse mais coerente com a realidade de cada município, de cada pólo e de cada território. Dr.
1176 Raul Molina, ainda em **'o que ocorrer'**, abriu a palavra para a apresentação de um problema na assistência da Região de
1177 Irecê, que estavam trazendo à CIB, lembrando que tinha sido pautado há três ou quatro reuniões da CIB, por solicitação do
1178 mesmo grupo. Salientou que na época Suzana tinha avisado que começaria um estudo a respeito e o mesmo já tinha sido
1179 realizado e que tinham tomado conhecimento que hoje haveria uma audiência no GASEC, com a Secretária de Irecê, com a
1180 entrega do resultado daquele trabalho para o seu encaminhamento. Passou a palavra para o Secretário de Saúde de Barra do
1181 Mendes, Sr. Carlos Araújo, que solicitou ao Secretário Jorge Solla que se empenhasse pela Região de Irecê, assim como tinha
1182 se empenhado pela Região de Itabuna. Informou que, além de Secretário de Saúde, era também Vice-Prefeito de Barra do
1183 Mendes, Município que fazia parte da 21ª DIRES, na Microrregião de Irecê. Relatou que no mês de fevereiro tinha participado
1184 do acolhimento aos novos gestores e que tinha saído de Brasília bastante satisfeito com o que tinha sido dito pelo Ministro da
1185 Saúde, Dr. Alexandre Padilha, que dinheiro para saúde no país não faltava. E o que tinha sido recomendado aos gestores
1186 municipais de saúde era organização, alimentação dos sistemas e cumprimento dos programas de saúde pré-estabelecidos.
1187 Comentou que no segundo acolhimento, em Salvador, ocasião em que a Prefeita, hoje Presidente da UPB, tinha pedido
1188 encarecidamente, na presença do Dr. Jorge Solla, que se resolvesse tão logo possível a questão da PPI. Disse que tinha
1189 esperado que o Secretário se pronunciasse a respeito e então tinha procurado a Superintendente Gisélia, em uma reunião
1190 rápida e a mesma tinha referido não ter suporte técnico para responder às solicitações naquele momento. Falou ainda que no
1191 acolhimento em Irecê também tinha sido discutida a questão e todos os secretários que estavam presentes, a UNIP e a União
1192 dos Prefeitos de Irecê, tinham encaminhado um documento para Dr. Jorge Solla, no dia 28 de fevereiro de 2013, com cópia
1193 para o COSEMS. E informou que tinha feito também outro documento, endereçado ao Secretário de Saúde e ao COSEMS,
1194 quase com o mesmo teor e até o presente momento nem a UNIP nem os municípios tinham obtido resposta do COSEMS e da
1195 SESAB sobre aquela questão. Salientou que se não resolvessem logo a questão da pactuação, a saúde na Microrregião
1196 entraria em colapso, adiantando que já tinha entrado porque os médicos do PSF estavam consultando, solicitando exames e
1197 os gestores estavam com as mãos e os pés amarrados, sem saber para onde mandarem. E relatou que a Secretária anterior
1198 do Município de Irecê, que era um município pactuado com o seu, tinha apresentado uma planilha, sendo trinta e seis
1199 municípios pactuados, que respondiam à totalidade de quinhentos mil eleitores e imaginassem a quantidade de habitantes, já
1200 que eram quinhentos mil eleitores. Continuou, informando que na relação dos trinta e seis municípios constavam 197
1201 mamografias, 40 ultrassonografias, 75 endoscopias digestivas altas, 99 raios-X, 55 exames de laboratório, 55
1202 eletrocardiogramas e cirurgias. No entanto Irecê, por ser o município mais populoso, abocanhava a maior quantidade daqueles
1203 exames e citou como exemplo: 62 mamografias; 14 ultrassonografias; 25 endoscopias digestivas altas; 4 raios-X; 2 exames de
1204 laboratório; 2 eletrocardiogramas. E ponderou que aquilo não atendia de jeito nenhum às necessidades, assim, o que era
1205 solicitado a Dr. Raul Molina e Dra. Suzana Ribeiro, que estavam na mesa, era que se definisse aquela questão da pactuação,

1206 porque a saúde já estava em colapso na região. A Sra. Maíza se identificou como sendo também de município pactuado e
1207 relatou que tinha participado da PPI que, quando estava sendo implantada, Irecê estava entrando na gestão plena. Disse que
1208 tinha participado daquele processo e também tinha sido Secretária de Saúde de Irecê, pontuando ser preciso entender
1209 algumas coisas, que a pactuação estava capengando mas eles estavam trabalhando, e de setembro para fevereiro não tinham
1210 conseguido nada em Irecê, somente internamento, o que tinha gerado aflição e a levado a chamar a Secretária, na época,
1211 Kátia, os prefeitos e os secretários, que tinham feito reunião para descobrir o que estava acontecendo. E disse que através
1212 da Secretária Kátia tinha acionado o Estado, tendo estado lá Dr. Ricardo, o qual havia descoberto que o teto da pactuação que
1213 estava em Irecê tinha ido para o Hospital, o Irmã Dulce, que estava privatizado. E enfatizou que estavam aflitos, a população
1214 toda estava cobrando e os gestores pediam socorro e se tratava de uma reunião com a presença do COSEMS e do Estado e
1215 não tinham tido a mínima consideração de darem uma resposta, de dizerem que seria pelo menos dali a seis meses.
1216 Acrescentou que os gestores estavam desesperados, sem saberem o que fazer, ressaltando que os municípios eram
1217 pequenos e todos estavam em estado de emergência, principalmente na região do sertão, sem chuvas, e que não podiam
1218 deixar a população morrer. Citou que não tinham o serviço de ultrassom, que estavam sendo contratados especialistas, tirando
1219 dinheiro da atenção básica, porque não adiantava fazerem todo um trabalho com a atenção básica na comunidade e não
1220 darem saída para aquilo. Questionou porque não credenciar aquele serviço, já que estava sendo comprado serviço de Irecê, já
1221 que tinha, mas não existia credenciamento. Disse que tinha até procurado o Estado, pela necessidade do alvará, como uma
1222 das exigências e até concordava com as mesmas, entretanto, questionou, como se adequar às exigências da Vigilância
1223 Sanitária se não tiver dinheiro, pois já estava sendo gasto fazendo a média complexidade, que não era obrigação do município.
1224 Ou seja, nunca conseguiria se adequar, não estava devidamente regularizado para poder credenciar aqueles serviços, o
1225 Estado não ia credenciar, pois não tinha o alvará, portanto estava irregular, o Estado aceitando que a unidade funcionasse,
1226 também sendo irregular. Solicitou que o Estado tomasse uma posição, já que o Município não se adequava, fechava as
1227 unidades, fechava PSF, fechava os postos de saúde, porque não podia se adequar, desde quando não tinha dinheiro. Já
1228 estava virando um círculo vicioso, não podendo se adequar porque estava gastando com a média complexidade, esvaziando a
1229 atenção básica, não adiantando mandar apenas PSF, porque precisaria das outras coisas e a população ficava desassistida.
1230 Solicitou, mais uma vez, que se tomasse uma posição com relação àquilo e, além disso, que o Município pactuador, Irecê, se
1231 pronunciasse também. Dr. Raul Molina registrou que a Secretária de Saúde de Irecê estava presente e que se pronunciaria. A
1232 Sra. Bruna, Secretária de Saúde de Irecê, informou que, como tinha sido dito por Dra. Suzana e Dr. Raul Molina, estaria ainda
1233 hoje em uma reunião para definir aquilo e ficava até redundante, porque a pactuação seria revista. Pontuou que sabia da
1234 ansiedade de todos, pois tinha assumido recentemente também e pediu a todos que aguardassem, apesar da solicitação,
1235 desde setembro, já ter cinco meses. Ressaltou que conversaria com o Secretário Jorge Solla e Dra. Suzana Ribeiro e já levaria
1236 para a reunião marcada no dia vinte e dois, em Irecê. Dra. Gisélia Souza ponderou que se tratava de um assunto
1237 extremamente motivador, mesmo numa platéia já esvaziada e todo mundo com fome, mas quando era colocada a PPI, ou
1238 quando aquilo era 'jogado' em reunião, era igual ao efeito de uma bomba, porque: primeiro pela PPI que, como já tinha sido
1239 falado anteriormente, refletia uma realidade em que se tinha um recurso limitado, dentro de uma referência que era a Tabela
1240 SUS, sem reajuste há dez anos; e, com base naquele recurso, deveriam ter a capacidade de fazer a contratualização de
1241 serviços para atender à média e alta complexidade. Conforme tinha dito Secretário Jorge Solla, de acordo com a lógica de
1242 hoje, para se trabalhar com PPI, seria a partir do recurso global que se tinha da PPI, e com aquele global dizer o que se podia
1243 contratualizar e comprar com aquilo. Porque a realidade do mercado não era uma consulta de um especialista de dez reais,
1244 não era o valor de um ultrassom simples; os valores eram ínfimos, muito abaixo do mercado, portanto o que se observava era
1245 que discussão de PPI hoje significava discutir um 'lençol mais do que curto'. Portanto, aquela situação não satisfazia
1246 absolutamente ninguém. Comentou que, quando Irecê a tinha procurado para discutir aquela questão no Evento do Fiesta, ela
1247 não tinha elementos técnicos para discutir o assunto, não tinha em mãos o que tinha sido pactuado, não sabia os recursos que
1248 estavam no teto, o que tinha ido para o Estado, ou seja, não tinha aquelas informações em mãos. Hoje, objetivamente, o que
1249 era do ponto de vista concreto, do financiamento que poderia ser repassado para o município, por exemplo, o Estado estava
1250 hoje com a gestão financeira e a gerência do hospital; a gerência do hospital continuava pública, não estava privatizada, sob a
1251 gestão de OS; o Estado estava com a gestão e a gerência do hospital, que era um hospital porta aberta para urgência e
1252 emergência, e lá não se dizia "você é de tal município", "você não entra"; todos entravam, todos tinham acesso e faziam todos
1253 os procedimentos necessários para recompor a sua saúde. Ponderou que, então, havia um contrato de três milhões e cem mil
1254 reais por mês e que provavelmente todos aqueles estudos deveriam ser feitos, nada impedia que os fizessem. Disse ainda que
1255 os hospitais gerais não tinham condição também de se transformarem em um grande ambulatório de especialidades e o que
1256 deveria ser discutido, efetivamente, era o que o Estado podia e não podia ofertar, em termos ambulatoriais, de especialidades
1257 naquele hospital. Falando que o pessoal dizia para retornar então o recurso para o teto do Município, esclareceu que com
1258 aquele recurso o município não teria condição e o recurso seria diluído na atenção básica e provavelmente não teriam recurso
1259 para contratar a média e alta complexidade. Aquilo requereria um estudo da região, sobre o total que era aportado no Estado,
1260 para tudo ser analisado. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que era importante esclarecer algumas questões: primeiro, falava-se de
1261 algo como se não tivesse participado do processo, que não era verdade; era necessário resgatar a história, dizendo que
1262 gostava muito de olhar para trás, porque como tinha vivido tudo, era possível se lembrar de tudo o que tinha acontecido, desde
1263 o primeiro momento, quando Irecê tinha assumido a gestão plena e municipalizado o hospital. Dirigindo-se a Bruna, atual
1264 Secretária de Saúde de Irecê, comentou que ainda bem que estavam na plenária as duas ex secretárias, Ana Cácia, que tinha
1265 sido até o final da gestão dezembro de 2012 e Kátia, que tinha sido de antes e vivido o processo de municipalização, tendo
1266 voltado e saído; e Bruna tinha assumido recentemente. Esclareceu que, para não criar expectativas, não tinha o poder de rever
1267 a PPI, o que tinha sido dito foi que seria analisado e mostrado o teto do Município de Irecê, o que estava alocado no Hospital
1268 de Irecê, o que não era problema e dizer o que era produzido, o que o Município fazia e o que tinha deixado de fazer e que
1269 infelizmente tinham passado a CIB inteira pautando, tangenciando e depois voltando à PPI. E comentou que ninguém tinha se
1270 levantado ali para discordar quando tinha sido falado o que significava o valor da pactuação de procedimentos e o que
1271 significava aquilo para a gestão municipal. Tinha sido discutido também o recurso federal, o recurso estadual e o recurso
1272 municipal, no entanto, se a plenária quisesse ficar discutindo, olhando o foco da PPI, acreditava que não se chegaria a lugar

nenhum. Prosseguindo, disse que vir ali dizer que o Estado não se pronunciava e que o Secretário não dava retorno com relação ao serviço que estavam colocando e que o município não podia, por conta de alvará, ponderou que, na verdade, o problema não era alvará; antes do alvará, que era um documento que mostrava se aquele serviço tinha ou não aquela estrutura, tinha outras coisas, não era só a questão do dinheiro que faltava para poderem estruturar, pois, sempre quando se discutia e construía PDR, PPI, eram discutidas a escala, o escopo, a capacidade instalada e aquilo tudo estava colocado desde a primeira PPI, que tinha sido feita em 2003. Falando em memória viva, encontrava-se presente o Secretário José Antônio, que tinha sido Secretário de Estado, na época, junto com Marta, que na época era a Diretoria de Regulação e que tinha acompanhado todo o processo da PPI. Ressaltou que o processo tinha sido acompanhado nos últimos dez anos e nada de novo, referindo ter avançado muito a legislação do SUS, mas a forma de financiar continuava a mesma, portanto, pouco poderia ser mobilizado. Esclareceu que, quando o Município de Irecê tinha assumido a gestão e a gerência municipal, portanto tinha sido municipalizado, naquela época existia um contrato com a instituição, que era a PROMIR e ao ser municipalizado o hospital, no ano de 2007- lembrando que estava na CIB naquele momento - o valor integral do contrato com a PROMIR tinha sido repassado para o Município de Irecê. Referiu que o recurso não tinha sido repassado para fazer a gestão do Hospital nem se pensando em PPI, porque se tivesse sido passado pela PPI, o Município não teria sustentado nem aceitado o Hospital. A segunda questão era que outrora a CIB tinha decidido e definido solicitar ao Ministério da Saúde a alocação de recursos para dar sustentabilidade ao Hospital e na época tinha saído Portaria do Ministério da Saúde e Resolução da CIB, alocando cerca de doze milhões/ano para compor o teto do Hospital e não para recompor o teto da PPI, porque teria que ser distribuído o valor para todos os municípios da Região. Reafirmou que, então, tinha sido para o Hospital. Comentou que, depois daquilo, com o avanço do Município, começando a ampliar o serviço dentro do Hospital, o Estado tinha investido na implantação dos leitos de UTI adulto, pouco depois da UTI Neonatal, e com as portarias habilitando aqueles serviços no Hospital, não no território, nem no Município de Irecê, nem na Região de Saúde de Irecê. Portanto, aquele recurso tinha financiado os leitos de UTI, que inclusive, quem tinha leito de UTI sob gestão própria, ou tinha unidade com leito de UTI, sabia quanto custava a diária de um leito de UTI, que era cerca de quatrocentos e setenta e três reais, diferente dos oitocentos de hoje, que estavam chegando para a Rede Cegonha e para a Urgência. Mas aquele era o que chegava da portaria, ninguém perguntava e ninguém sabia quanto custava aquele leito no momento em que era contratualizado. Assim, destacou quando era município, sabia quanto complementava, quando não era o município, mas o Estado que contratava, ninguém sabia o valor do contrato. Mas estava disponível pra quem quisesse discutir o contrato, quem quisesse analisar o valor do contrato, não era aquela a questão. Mencionou que depois vinha a história da recomposição, que tinha ficado por dentro da reserva técnica do Estado, corrigindo a oferta de serviço que não existia antes. Logo, informou, no momento de se fechar com a Secretária a devolução do Hospital para o Estado, tinha sido realizado um estudo e o Município tinha investido em serviços como, por exemplo, o Centro de Parto Normal, o SAMU 192, a UPA, porém o CPN (Centro de Parto Normal) até hoje não tinha sido habilitado pelo Ministério da Saúde, portanto não recebia recurso federal. Continuou, dizendo que o Estado não tinha tirado dinheiro da PPI do Município de Irecê para bancar o Hospital e quando aquilo era falado, ficava demonstrado que era preciso melhorar o diálogo e que não havia nenhuma dificuldade de sentarem e mostrarem informação alguma. O que ficava claro era que o recurso tinha sido tirado na hora de fechar a negociação da retomada do Hospital. Ao retornar ele tinha vindo com o teto todo de composição que tinha sido feito e que tinha ido para o Hospital, os doze milhões que tinham vindo para o Hospital ser municipalizado, para o Município de Irecê receber. Reiterou que não tinha sido da PPI, portanto, não tinha sido tirado do que tinha sido alocado com a PPI e o que tinha de PPI era realmente o que tinha sido pactuado e alocado para internação. Lembrou que a parte ambulatorial especializada era um recurso que vinha, não só para o Hospital, mas também para o Município, em cima de uma série histórica de produção, mas que o grande problema era que se voltava ao zero, registrava-se muito mal, o poder público, município e estado, acabavam não dando voz ao que era produzido, não mostrando de fato, porque se registrava mal a produção. Logo, internar era muito mais fácil, porque tinha a AIH, o SIH, sendo tranquilo ver a produção. Porém, o SIA era impossível, se não era registrado, não aparecia, não tinha como receber, porque estava no MAC, nem se conseguia comprovar para o Município o que estava sendo produzido. Disse que aquilo se dava também na gestão do hospital, não era porque tinha mudado que tinha melhorado, muito pelo contrário, aquele era um problema que deveria ser enfrentado e resolvido. No entanto, ela ponderou, não dava para entender, nem para achar que a coisa era da forma como tinha sido colocada, na negociação que tinha sido feita, considerando a série histórica de produção do Hospital até a data da devolução ao Estado, tinha sido discutida a série histórica de produção do Hospital no Município, realizado o estudo e a proposta, registrando que tinha ficado garantido o valor correspondente ao Centro de Parto Normal, que correspondia a novecentos e sessenta mil ao ano. Como o Município tinha acabado de montar o CPN e era preciso garantir que o mesmo sustentasse aquilo, tinha sido negociado, sem nenhum problema e tinha sido garantido que ficasse lá, até sair a habilitação do CPN, da mesma forma que tinha sido feito com os CAPS na Bahia inteira, na PPI de 2010. Esclareceu que o Hospital Mário Dourado produzia internação e ambulatorio, portanto tudo estava dentro do mesmo pacote e o que acontecia era que como tinha tido pactuação, a PPI ambulatorial e hospitalar, os municípios tinham alocado os seus recursos dentro do teto de Irecê, parte deles indo para o Hospital, a parte de internação, como só tinha aquele Hospital, tinha ido para lá. Na PPI ambulatorial, parte era produzida no Hospital e parte era produzida no Município; a parte do hospital, depois de alguns serviços que tinham sido implantados, que era a retaguarda para internação, também tinha passado a constar como serviço ambulatorial, procedimento ambulatorial acertado, como era o caso da tomografia. Pontuou que ninguém estava desconhecendo aquilo, estava sendo dito, na verdade, que aquilo não era o suficiente para garantir a oferta e que, conforme tinha sido colocado por Dra. Gisélia, o valor que o Estado pagava hoje, independente da instituição que estava lá hoje, que era a OSID, que tinha assumido em caráter emergencial, ou se o próprio Estado estivesse na gestão direta, todo mundo sabia como era, o Município teria que fazer complementação, porque o valor era insuficiente. Complementou que ninguém estava discutindo também aquilo, no entanto, o que existia era fluxo regulatório, era acesso e o problema seria discutido com o Município, tanto que tinha marcado com a Secretária Bruna hoje, pois ontem ela tinha ligado para o Gabinete e não tiveram como atendê-la naquele momento, tendo ficado combinado de conversariam com a gestora na CIB, após a reunião e, no segundo momento, discutiriam com os outros municípios da Região, mas primeiro precisava conversar com a Secretária de Irecê. Ressaltou que o Hospital não estava fechado, não que alguém tivesse dito que estava fechado, mas pelo que constava, não estava fechado, estava com a porta de urgência aberta e, se existia problema de

1340 regulação e de acesso, seria conversado com os municípios para resolverem, parecia que os secretários estavam sinalizando
1341 ali que era o acesso, portanto seria discutido, analisado e veriam o que estava acontecendo com os municípios e com o
1342 prestador. Aquilo não era problema, a questão era que, quando se colocava a situação, ficava parecendo que o Estado tinha
1343 tirado o dinheiro do Teto do Município para bancar o Hospital, o que não era verdade. Informou que tinha toda a informação em
1344 planilhas, com valores dos contratos, com as portarias, com a alocação do recurso, tudo de forma detalhada, e que estava com
1345 toda tranquilidade para analisar a situação e esclarecer para os gestores. Além do que não custava nada, não estava sendo
1346 escondido de ninguém, muito pelo contrário, se existiam problemas lá e se tivesse problemas com o prestador, porque a
1347 execução não estava de acordo com o que estava previsto, não havia dúvida que o Estado entraria no circuito e estaria
1348 trazendo aquilo para a mesa com o prestador. Enfim, era para deixar claro, definitivamente, que o encaminhamento já estava
1349 dado, seria discutido com a Secretária de Irecê à tarde, após a CIB, seria feita a discussão dos dados e seria dado o
1350 encaminhamento depois, junto com o prestador, em cima do que ela trouxesse, pois tinham questões que era ela, enquanto
1351 gestora, que tinha que trazer para o Estado, com o prestador, que estava lá dentro, terceirizado. Saliu que o Hospital não
1352 estava privatizado, como era antes, pois era a PROMIR que gerenciava, sendo hoje a OSID, logo, nada tinha mudado do ponto
1353 de vista do formato, da utilização, pontuando que a lei tinha a prerrogativa que era da OS. Até 2007 era a PROMIR e hoje era a
1354 OSID, com o contrato de emergência e cuja licitação já tinha sido liberada e até já tinha sido encerrada. Portanto, podia ser
1355 colocado o encaminhamento que tinha sido acordado com Bruna, sentariam, ouviriam o que ela tinha a dizer, seria apurado
1356 tudo o que tivesse sido trazido e colocado na mesa, os valores financeiros que estavam em questão. Por conseguinte, a
1357 Secretária, que sabia também o teto do município, conhecia o que era de população própria e referenciada, e daí seria tratado
1358 diretamente com a gestão indireta, com o prestador contratado para fazer a gerência do Hospital. Ressaltou que seria visto
1359 também o que tinha que ser ajustado e reuniriam os secretários da região, porque não podiam reuni-los sem ouvir antes a
1360 Secretária de Irecê. Acrescentou que quando tinha sido conversado com ela, tinha sido exatamente naquele sentido, seria feito
1361 o estudo e após fechar o mesmo, levantariam todas as informações, para não ser repetitiva, e agora tinha sido apenas uma
1362 questão de conciliar a agenda para sentarem com ela. Repetiu que não sentaria com a região sem antes sentar com a gestora
1363 local, porque tinha certeza que nenhum dos secretários presentes gostaria que o Estado fizesse aquele movimento sem
1364 nenhum deles, tratando da forma como gostaria que fosse, caso estivesse em uma situação adversa. Dr. Raul Molina, antes de
1365 abrir a palavra para os inscritos, falou que precisava fazer uma colocação institucionalmente, chamando a atenção do
1366 Secretário de Barra do Mendes, que tinha colocado ter sido encaminhada uma solicitação para o COSEMS, registrando que, já
1367 com Ana Cácia na gestão, tinha abordado o Ministro da Saúde, numa primeira intervenção, tendo estado inclusive com a
1368 presença de alguns secretários que estavam ali, falando das penúrias na Região. Portanto, aquilo tinha sido há um ano atrás, e
1369 depois, por várias vezes, tinha sido solicitado que o COSEMS fizesse uma intervenção e tinham estado pari e passo,
1370 acompanhando, por diversas vezes. Depois na gestão de Kátia, ela tinha encaminhado aquele documento, tirado da própria
1371 CIR da Região, com os problemas que existiam, principalmente com a garantia de acesso e tinha sido respondido em CIB.
1372 Primeiro na reunião ampliada do COSEMS, provocando a Secretaria de Saúde do Estado que fizesse um estudo para que
1373 pudessem visualizar o que estava ocorrendo lá, o estudo estava realizado e pronto para ser entregue, mas, para que se
1374 pudesse ter um encaminhamento melhor, tinha solicitado a Dra. Suzana Ribeiro e a Dra. Gisélia que, além de receberem a
1375 Secretária de Saúde de Irecê, que recebessem também um representante do grupo dos secretários da região na reunião, para
1376 discutirem aquilo, aproveitando que a maioria deles estava presente e entrarem amiúde em muito mais coisas do que poderia
1377 ser colocado ali. Complementou que parecia que era a provocação de um encaminhamento, porque se não teriam que ficar
1378 ouvindo cada secretário, demandando um maior tempo, não queriam que se perdesse a oportunidade. Reafirmou que,
1379 institucionalmente o COSEMS vinha acompanhando, desde o período da Secretária Ana Cácia, depois, quando a Secretaria
1380 Municipal estava com Kátia, e agora, com Bruna, estava se colocando à disposição, entendendo a legitimidade da
1381 reivindicação. Porém, era preciso esclarecer onde estavam os problemas, se o problema era alocação de recursos ou o
1382 acesso, aquilo era possível se fazer e se todos aceitassem, escolheriam um ou dois representantes para que acompanhassem
1383 a Secretária na reunião que teria com o Estado e assim poderiam chegar a um termo. Dra. Suzana Ribeiro solicitou que o
1384 COSEMS entendesse o encaminhamento acordado anteriormente, entre ela e Bruna, para não haver nenhum tipo de
1385 dificuldade no entendimento; que seria conversado, hoje ainda, com os demais secretários da Região, no entanto, primeiro
1386 queria ouvir a Secretária, porque ainda não tinha tido um momento com a mesma, sendo um direito dela e um dever do Estado
1387 escutá-la. Porque, para além do que estava sendo ali colocado, ela poderia ter necessidade de colocar outras pautas, portanto,
1388 precisavam ter um momento com a Secretária e, na sequência, conversarem com os demais secretários da Região. Dr. Raul
1389 Molina agradeceu o encaminhamento dado por Dra. Suzana Ribeiro e passou a palavra para Joseane Bonfim. Esta, dizendo
1390 aproveitar o ensejo das questões da PPI, apresentou uma demanda da Região de Santo Antônio de Jesus, algumas queixas
1391 com relação ao Hospital Regional e à Santa Casa, porém, com o adiantar da hora e como a questão era muito específica,
1392 sinalizou haver também uma insatisfação muito grande dos secretários da Região de Santo Antônio, em relação ao não
1393 atendimento da PPI. No início, o pólo justificava que estava se organizando, por ter assumido a gestão, mas há cinco meses,
1394 chegando ao sexto mês... E que tinha ocorrido situações muito graves, a do Município de São Felipe, era uma delas, onde não
1395 tinha nenhuma especialidade, dependendo praticamente de outro município com quem tinha pactuado, o que gerava uma
1396 insatisfação na sociedade porque, por mais que se compreendesse a questão do financiamento e outras questões, era
1397 necessário dar uma satisfação à sociedade. Não dava para ficarem acumulando requisições ao longo de anos, aguardando
1398 PPI, aguardando revisão e procedimentos que não eram pagos e aquilo tudo trazia um desgaste muito grande. Ponderou que
1399 seria necessário dar alguns encaminhamentos, algumas avaliações, alguns estudos, porque assim como estava hoje a questão
1400 de Irecê, se não comesçassem a discutir aqueles assuntos, em breve teriam várias regiões solicitando o mesmo, porque a
1401 situação estava muito delicada, não achando que era uma particularidade a situação de Santo Antônio, mas era para verem
1402 que todas as regiões estavam passando por aquele grave problema. Afirmou que, quem tinha assumido a gestão com o
1403 propósito de mudanças, de continuidade de atendimento, tinha se deparado com aquela situação, gerando muita preocupação
1404 e os municípios que dependiam exclusivamente de pactuação, estavam sendo extremamente desassistidos. Relatou que tinha
1405 enfrentado uma situação crítica, preocupante, de cinco unidades de saúde da família que não tinha nenhum médico, o
1406 Município de São Felipe não tinha médico, não tinha nenhuma especialidade e dos municípios que São Felipe necessitava,

1407 para alguns encaminhamentos, não estavam atendendo. Colocou que vinha enfrentando situações bem difíceis, a ponto de a
1408 população mandar carta para a sua residência, de terem pauta em rádios, em câmaras de vereadores e solicitava uma solução
1409 e retorno. Dizendo que já estava no limite, repetiu que já fazia cinco meses do recomeço de gestão, caminhando para o sexto e
1410 tinha que ser dada pelo menos uma revisada naquilo, pois, além do financiamento, tinha uma questão também de gestão,
1411 sendo preciso que se sentassem com os pólos. Referiu que já tinha sido dado o primeiro passo, mas precisavam caminhar
1412 mais, por que depois viria todo mundo cobrar um encaminhamento com relação ao assunto, se fazendo necessário sentarem e
1413 discutirem a viabilidade de amenizar, pelo menos, a situação. Dra. Suzana Ribeiro ressaltou o que tinha acabado de
1414 encaminhar, desde o início do 'o que ocorrer', com o Secretário de Salvador e o COSEMS, de que seria realizado um estudo
1415 com os municípios pólos, incluindo Santo Antônio de Jesus, e que o primeiro passo não era discutir PPI, pois não tinha recurso
1416 novo, aquilo estava claro. Para dizerem ao Ministério que tinha que vir recurso novo, era necessário se identificar os
1417 problemas, porque quando se informava de forma famigerada em fazerem PPI, apresentarem estudo de teto, era o mesmo,
1418 ninguém conseguia executar, estava lá o que tinha sido programado, pois o valor da programação era ínfimo, tinha solicitado
1419 que examinassem o valor de raios-X, de exames de laboratório, de ultrassom, de consulta especializada e o que se conseguia
1420 na PPI. Assim, ou se trazia a discussão de outra forma, ou ficaria todo mundo se matando, apontando o dedo e dizendo que o
1421 outro era culpado por não conseguir acesso. Tinham que mudar a forma de discutir e era como o Secretário Jorge Solla havia
1422 colocado quanto estava indo para a região, o que se podia fazer com aquele valor, pois na verdade, sendo aquilo o ofertado, e
1423 não se podia pautar em cima da necessidade, o Ministério, o CONASS e o CONASEMS tinham discutido aquilo, financiamento
1424 em cima das Redes. Destacou que a memória de cálculo seria a população, a referência, não podendo ser tabela SUS, não se
1425 quebrava nunca aquele ciclo, com a conversa que ia e voltava. Salientou que tinham começado com a questão de Salvador,
1426 tendo-se a oportunidade, graças à compreensão do Secretário de Salvador, de puxarem a discussão para os pólos, para
1427 verem o 'desfinanciamento' que estava ocorrendo, porque municípios pequenos que tinham retirado o dinheiro do pólo, por
1428 meio do GT PPI, até o ano passado, e puxado para o seu território, ele tinha puxado porque precisava do recurso, piorando
1429 algumas situações. Citou que houve município que tinha tirado consulta de hematologia de referência do pólo sem ter
1430 hematologista no seu território e a população continuava indo para o pólo de referência, sendo aquele o formato que tinha que
1431 ser revisto. Portanto, o encaminhamento era fechar o primeiro movimento para poder se fazer uma análise e uma discussão
1432 mais rica, ao invés de ficarem apontando que A e B não ofertava, que se fizesse a análise mesmo, sobre o valor do déficit do
1433 pólo, o que ele tinha, quais eram os contratos e, via de regra, eram os prestadores hospitalares que mais demandavam, e
1434 ambulatoriais e trazer o resultado para a mesa, inclusive com o Ministério. Se o Ministério acordaria ou não, era outra
1435 conversa, mas tinha certeza que sim, se eles apontassem que tinha uma forma de refazer, por dentro dos contratos, já que
1436 tinha mudado a forma de repassar o recurso, ou criarem uma memória, reiterando que se voltava para o começo e até o final
1437 da tarde ninguém almoçava, repetindo as mesmas coisas e se não fizessem um movimento mais articulado e mais coeso não
1438 iriam para lugar nenhum, tendo sido aquilo o colocado ali o tempo todo. Portanto, o encaminhamento tinha sido dado
1439 anteriormente, o Estado tinha clareza do que estava acontecendo, não tinha nenhum problema em discutir, se fazia a
1440 contrapartida estadual, podia juntar, dentro da tabelinha da PPI, mas estava no Hospital Regional, nos serviços que estavam
1441 dentro do território, nas regionais de saúde, dentro dos ambulatórios de especialidades e o Estado também bancava. Ou seja,
1442 eram também prestadores de serviços, além de serem gestores, todos, tanto os municípios quanto o Estado da Bahia, falando-
1443 se a mesma língua, não tinha porque aquela discussão ficar se estendendo, o que se precisava era encontrar um meio e a
1444 medida de resolver. Dr. Raul Molina reiterou que o encaminhamento que estava sendo colocado após consulta aos secretários
1445 da Região de Irecê, que houvesse a primeira reunião hoje com a Secretária de Irecê e logo depois com a representação dos
1446 secretários, para que ninguém tivesse o direito cassado ali. A Sra. Joseane Bonfim respondeu que compreendia que não
1447 tinham que ir e vir com o assunto, porém estava vivendo uma situação real, que tinha que se debruçar em cima daquela
1448 temática para ver qual a estratégia mais eficaz, porque estava sendo discutido agora, mas a população não esperava na sua
1449 doença, no seu direito de ser atendido e quem estava nos municípios sabia o tamanho do sofrimento. Portanto, mais do que
1450 para ontem, tinham que se debruçar e amadurecer estratégias mais viáveis e mais céleres, porque discutir PPI, discutir teto,
1451 demandava um tempo maior, então o que se tinha hoje, qual a realidade, a gravidade e como obter estratégias para amenizar,
1452 para que a população não morresse por falta de atendimento. O Senhor Fabiano Ribeiro pontuou que concordava com
1453 Suzana, porém era necessário tomar cuidado com algumas coisas, não dava para ficar discutindo somente PPI, mas recompor
1454 o teto novamente, sem garantias efetivas de acesso e fluxo, não adiantaria nada, porque o que estava ocorrendo em todas as
1455 microrregiões, como Joseane tinha falado, era uma realidade. Registrou que se pegassem hoje o que se tinha pactuado na
1456 PPI, que tivesse conseguido efetivamente acesso no Pólo da microrregião, não tinha nada, tinha somente enrolado. Era
1457 chamado para a reunião para discutir aquilo, salientando que concordava, mas tinha que tomar muito cuidado, por que se não,
1458 continuariam recompondo o teto e não garantindo acesso com a recomposição. Falou que o problema realmente não estava na
1459 PPI, entretanto não dava para recompor teto sem discutir efetivamente. E acontecia que se recompusessem o teto, não tendo
1460 garantia do acesso, não aconteceria nada. Então, se discutia novamente o estouro de teto, se recompunha de novo e se
1461 continuava sem ter acesso. Portanto, aquele era um problema que não era de fato da PPI, mas fazer discussão de
1462 recomposição de teto sem que fosse cobrado os atendimentos aos municípios onde o teto tinha sido recomposto, ou seja,
1463 cobrado que os acessos fossem garantidos, continuaria na mesma situação que estava em Irecê, Santo Antônio, Camaçari,
1464 todas as microrregiões em que se fazia necessário garantir o acesso. Dra. Suzana Ribeiro destacou que era preciso entender
1465 que programação sem regulação não era programação, estava sendo falado sobre recomposição de teto porque era a grita de
1466 todo mundo que ofertava serviço e que não tinha como continuar garantindo, por não ter recurso. Concordava com Fabiano, no
1467 que dizia respeito à necessidade da garantia do acesso, mas que ninguém começava de lugar nenhum, tinham que começar
1468 de um ponto de partida e na medida em que recompunham o teto, tinham obrigatoriamente que garantirem acesso. Era uma
1469 grita de quem ofertava serviço e não conseguia garantir a entrada de todo mundo porque o teto não suportava, e já colocando
1470 contrapartida municipal há muito tempo. Então era preciso saber qual a diferença entre uma coisa e outra; primeiro, se garantia
1471 a recomposição do teto e que a regulação funcionasse, e se garantia o acesso; depois, a discussão da rede de atenção, pois
1472 como estava sendo discutida hoje, sem garantir fluxos, microrregulação e fluxos assistenciais, realmente não se conseguiria
1473 resolver nada. Seria um grande engodo, estariam todos 'brincando' de fazer SUS, porque ninguém assumia responsabilidades,

1474 aquilo era o que tinha que ser entendido. Ressaltou que o que estava sendo colocado ali era outra coisa, começando pelo
1475 grande problema de fato, onde tinha a maior concentração de serviço era no pólo, e era o pólo que tinha deficiência, que tinha
1476 déficit. Então se recomporia aquele déficit e na verdade não se sabia se conseguiriam recompor o déficit todo, mas se faria um
1477 grau de recomposição que conseguisse ser feito junto ao Ministério, garantindo a assistência. No entanto, não dava para fazer
1478 como tinha acontecido em 2007, quando tinha sido assinado termo de compromisso de urgência e emergência para garantirem
1479 incremento de recurso nos tetos dos pólos e depois ninguém ter cumprido. Ela completou que não tinham cumprido porque
1480 aquilo era para urgência e emergência e porque o dinheiro não rebatia no ambulatorial, aonde ia minando por dentro toda a
1481 oferta de serviço. Porque era possível enxergar onde estava o maior gasto e ressaltou que falar de PPI era debate para o dia
1482 inteiro, pois cada um choraria as suas dores e mostraria por 'A + B', todos, sem exceção, que tinham dificuldade de acesso e
1483 de recurso para garantirem o acesso, fosse qual fosse, tinham dificuldade de acesso. Sra. Cláudia Almeida destacou que o que
1484 estava sendo discutido era financiamento e acesso de usuários e o que o pessoal queria era, independente de terem duas
1485 consultas de cardiologia, ou três de neurologia, que fossem garantidas. Para que aquilo viesse a acontecer de fato era preciso
1486 fazer um exercício simples, o de chegar às CIR e começarem a entender, primeiro, o que tinham, dizerem o que precisavam ao
1487 Secretário e ao prestador e questionarem como, de que forma seria garantido. Destacou que se fosse feito aquele exercício e
1488 se tivessem aquela garantia, seguramente aquele furo imenso seria amenizado. Era aquele pequeno recurso que se tinha e
1489 que na realidade, como Dra Suzana trazia, não adiantava esperar porque, ao olhar do Ministério, o Estado da Bahia não
1490 tinha déficit, por um único problema: estarem informando mal no sistema o que era utilizado; e aquele era um momento para se
1491 discutir tudo aquilo. Repetiu, era como um exercício e uma proposta, voltarem para a estrutura e começarem a discutir o que se
1492 tinha de PPI e de que forma cada gestor estaria disponibilizando para todos, que precisava ficar claro e, principalmente,
1493 precisavam de acompanhamento para que, posteriormente, se pudessem ver os resultados obtidos. Comentou que ficava
1494 muito preocupada quando o pessoal dizia que tinha um monte de coisa e não tinha acesso, questionando se ele tinha
1495 acompanhado o seu município, quantas vezes ele tinha entrado na emergência, ou em qualquer serviço e nunca tivesse
1496 deixado um dinheiro lá. Portanto, precisavam, como secretários, reconhecerem o que tinham para poderem cobrar daqueles
1497 municípios onde estivesse o dinheiro, que acesso estavam tendo e só assim conseguiriam resolver. O Senhor Odilon Rocha,
1498 Secretário de Saúde de Governador Mangabeira, pontuou que o seu município só fazia dar, todo o dinheiro de Governador
1499 Mangabeira estava em outros municípios e que todos entendiam o sub financiamento. Mas o que não compreendia era que os
1500 tetos viessem sendo recompostos e terminavam com os tetos sendo recompostos para a própria população do município.
1501 Reiterou o que Joseane tinha mencionado era que, na própria Região do Recôncavo, tinham sido colocados trinta milhões de
1502 reais em um hospital, criando uma expectativa de que iriam resolver as questões. Destacou que Santo Antônio de Jesus, onde
1503 havia uma Santa Casa que tinha uma pactuação importante com o dinheiro de Santo Antônio, o que devia ser alinhado
1504 somente era ver, com aqueles hospitais que estavam sendo recompostos, a quem estavam atendendo, pois Santo Antônio
1505 acabava atendendo 80%, preferencialmente a população do Município. Quanto à questão do valor ser menor, todo mundo
1506 entendia, no entanto todos estavam numa situação difícil. Dr. Raul Molina mencionou que não queria cercear a palavra de
1507 ninguém, mas estava preocupado com o horário da reunião com a Secretária de Irecê, para não ser algo corrido e que se fosse
1508 algo relevante passaria a palavra. A Sra. Tatiane Carvalho, Secretária de Saúde de Mata de São João, relatou que o seu
1509 município era pobre e todos os seus indicadores eram baixos, tanto os de saúde, quanto os da educação e que vinha
1510 trabalhando durante aquele período para melhorar aqueles indicadores. Informou que, no ano passado, a Secretaria de Saúde
1511 de Mata de São João tinha gastado cinco milhões de reais a mais dos 15% obrigatórios e tinha tentado cumprir o seu papel.
1512 Ressaltou que apesar do recurso ser muito pouco e que estava em outros municípios, e aquele argumento de que aquilo não
1513 resolveria, fazia pouca diferença para o Município, porque Mata de São João tinha feito a sua parte. Para se ter uma idéia, hoje
1514 havia mamografia no Município e não recebia muita coisa por aquilo, porque estavam pactuados com outros municípios, e
1515 vinha recebendo alguns secretários para fazerem os atendimentos de maternidade no hospital. Reiterou que não assumia
1516 aquela responsabilidade financeira porque não tinha condições de fazer aquilo; pela estrutura até poderia receber mais gente,
1517 porém com o recurso que recebia não era possível. Salientou que devia ser levado em consideração que aquele era um
1518 movimento bipartite, onde a maioria estava dizendo que queria discutir a PPI. Sabia que Dra. Suzana queria cumprir o seu
1519 papel de Estado, mas a maioria também não podia deixar de ser levada em consideração e era necessário fazerem uma
1520 metodologia para discutirem de uma forma mais didática e pedagógica. Mas o que estava em questão ali não era só ampliação
1521 de recurso, era a garantia dos direitos, pois se o município recebia recurso e não cumpria, a responsabilidade era do município,
1522 mas se o recurso estava indo para outro município, como Camaçari, que não estava atendendo hoje nem o Município de Mata
1523 de São João, nem as regiões, alguém tinha que responder por aquilo. Dra. Gisélia Souza esclareceu que estava clara e límpida
1524 a necessidade daquela discussão vir de forma organizada e estruturada, estavam sendo faladas questões que já tinham
1525 aparecido nas CIR e já era ponto pacífico que o acesso e o financiamento precisavam ser discutidos. Que já tinha sido visto
1526 que se tratar o acesso e o financiamento por dentro da PPI era insuficiente; e até se podia fazer o estudo da PPI e seria
1527 verificado que a conclusão seria aquela, porque primeiro, o financiamento era insuficiente e a questão do acesso dizia respeito
1528 à estrutura da organização do sistema no nível regional ou no estadual, da microrregulação e da regulação do acesso; mas se
1529 regulava o que se tivesse e não com o acesso inexistente. Era assegurar que aquele acesso viesse a existir e que o caminho
1530 para aquele acesso existisse também, portanto era o acesso, o financiamento e a regulação, as três dimensões tinham que
1531 estar juntas e articuladas, não podendo fazer a discussão de forma atropelada e de forma apenas de catástrofe, tinham que ser
1532 feitos estudos em cada microrregião, conforme sugerido por Dra. Suzana. Não estava sendo abdicado de se discutir, se queria
1533 discutir, mas discutir de forma madura e não restringir a discussão meramente à PPI, pois não resolveria, porque os recursos
1534 eram limitados, o financiamento teria que entrar na pauta e com força, e teriam que discutir com força o acesso e a regulação.
1535 O que se propunha era que, na próxima CIB, se trouxesse uma proposta de discussão, de que forma seria travada,
1536 metodologicamente, porque não era só refazer o GT PPI, era insuficiente o GT PPI, porque não seria discutida apenas a PPI,
1537 que até podia ser um ponto de partida, algo que podiam começar, mas era absolutamente insuficiente, porque discutiriam em
1538 cima do recurso de média e alta complexidade, financiado com base em uma tabela de dez anos atrás, onde as necessidades
1539 tinham aumentado imensamente, a população tinha crescido, existindo a necessidade de reajuste daquela tabela e de
1540 ampliação do acesso. Questionou como seria discutido, tendo apenas como parâmetro a PPI, se fosse assim não sairiam do

1541 lugar, ficariam todos se digladiando sem resolver os problemas. Mas que a questão do financiamento tinha que vir com força e
1542 o Ministério da Saúde tinha que vir para a roda, porque não dava para discutir Rede de Urgência e Emergência, Rede
1543 Cegonha, de Atenção às Doenças Crônicas, de Atenção à pessoa com deficiência, de Atenção Psicossocial, sem dinheiro
1544 novo, pois o dinheiro novo que tinham era insuficiente para o se precisava. Portanto, o financiamento da saúde estava na pauta
1545 e era preciso que os gestores municipais mais uma vez se organizassem e lutassem por aquela questão, pois o Estado estava
1546 naquela, o Secretário Jorge Solla estava fazendo um esforço imenso, ontem ele tinha ficado o dia inteiro no Ministério da
1547 Saúde para resolver a questão de Itabuna. Estava num esforço para resolver a questão de Salvador, que era o principal pólo
1548 do Estado, mas era preciso ter aquele movimento em nível estadual para terem um financiamento mais substancial para a
1549 saúde e propôs que se trouxesse na próxima CIB uma proposta de como seria travada a discussão. Dra. Suzana Ribeiro
1550 esclareceu que ninguém estava fazendo papel de Estado, por que ela tinha sido município, era municipalista de formação,
1551 além do que já tinha sido município pólo e já tinha tido os mesmos problemas que tinham hoje, em outra dimensão, que era
1552 estadual e não só macrorregional. Sabia das dificuldades e tinha muitos municípios que cumpriam rigorosamente a sua tarefa
1553 de casa e não conseguiam acesso na referência, enquanto outros que não cumpriam a tarefa, e explodiam porque pactuavam.
1554 Tinha município que executava três anos à frente do que estava pactuado, tudo era do conhecimento de todos. O problema,
1555 como tinha dito Gisélia, era que não teria regulação se não tivesse serviço. Logo, existiam problemas de várias dimensões e
1556 em nenhum momento a discussão da PPI tinha sido recusada, muito pelo contrário, desde o início vinha vem sendo discutida
1557 com o COSEMS. Falou que tinha o Decreto e a Lei 141 e o formato do financiamento e que o Ministério não estava informando
1558 que recolocaria recurso para refazer PPI, mas o que estava colocando à mesa era que tinham que assinar o COAP. Comentou
1559 que, quando a comissão tinha sido anunciada hoje, a SESAB e o COSEMS, não era à toa que vinha um de cada macrorregião,
1560 conforme tinha sido definido internamente pelo COSEMS pois, aquela mesma comissão estaria discutindo a programação
1561 pactuada e integrada, não com o foco apenas em quem tinha executado ou deixado de executar, mas fazendo uma análise
1562 mais detalhada e mais profunda, para encontrarem algumas alternativas para resolver o problema. A primeira questão era
1563 identificar o problema que existia de fato, com a recomposição que era necessária, através do Contrato, porque era no
1564 Contrato que estava o detalhamento do que tinha sido pactuado, se tinha serviço ou não no território, se tinha oferta suficiente
1565 ou não. Ponderou que, às vezes, as pessoas não entendiam, fazia-se de conta que o problema não estava acontecendo,
1566 pactuava, sabendo que não conseguiria garantir, era também pactuado, sabendo que não conseguiria a referência e que
1567 também não conseguiria se estruturar, tirando o dinheiro de volta, porque não tinha o recurso, nem tinha a condição de
1568 implantar o serviço. Ressaltou que ao tirarem o recurso se esvaziava ainda mais, e questionou qual a forma de equacionar
1569 aquilo, dizendo que, se tivesse aquilo na mão, já tinha sido resolvido. Se ainda não tinha sido resolvido era porque ninguém, de
1570 forma bipartite, ou seja, nem Estado, nem municípios, tinham conseguido encontrar a equação, pois, o que faltava de fato era
1571 dinheiro, financiamento, sem o que não adiantava pactuar dez consultas de cardiologia e acabar não conseguindo, mas se
1572 conseguia outras coisas. Portanto, a discussão tinha que ser trazida para a mesa, mas ninguém estava se negando a fazê-la,
1573 muito pelo contrário, a posição do Estado era clara. No entanto, era preciso fazer algumas análises e estudos junto com os
1574 municípios, não adiantando partir só do município que não conseguia acesso. Era preciso saber o que estava acontecendo no
1575 Pólo, porque ele estava fechando a porta, porque a maior parte da população que era internada naquele Pólo e via de regra
1576 era do próprio território, da população própria; Porque estava sendo feito o Projeto de cirurgias eletivas, que Cláudia tinha
1577 apresentado, e todos tinham visto a execução e aquilo era dinheiro novo, do FAEC, não era MAC; porque que o Estado estava
1578 colocando recurso para poder garantir aquela oferta, e vinha sendo feita, como tinha sido colocado por Cláudia, mas estava
1579 entrando em algumas regiões e fechando a porta para alguns municípios, para o atendimento apenas da população própria do
1580 município. Falou que a prioridade era a região, então seriam priorizados os municípios que tinham pactuado e que não
1581 estavam tendo acesso ali, ou se dirigiam a outros municípios e não ao Pólo, onde estavam os serviços instalados. Disse que o
1582 Estado podia fazer aquilo, porque o recurso e o contrato eram do Estado, com todo cuidado que se tinha, mas havia momentos
1583 em que tinham de ter um grau de enfrentamento, sendo necessário saber o que estava acontecendo com o município, para
1584 poder de fato identificar qual era o problema, se ele existia e onde ele existia, para juntos pensarem em uma alternativa e
1585 inclusive ampliarem a oferta e esta era que garantiria o acesso. Arrematou dizendo que era aquele movimento que estava
1586 sendo feito e não pensassem que o Estado, o Secretário estivesse querendo se eximir da responsabilidade e deixar as coisas
1587 complicarem. Salientou que tinha um movimento que estava claro, desde 2011, que era o Decreto, a Lei e o COAP e ninguém
1588 dizia como mudaria a regra do financiamento, começando a se discutir agora, mas era necessário antecipar. O que estava
1589 sendo proposto era aquilo, fazer algo que nunca tinha sido feito no Estado da Bahia, entrarem junto com o município e abrirem
1590 o Contrato, aquilo não era qualquer coisa. Comentou que durante muito tempo os contratos tinham ficado como verdadeiras
1591 'caixas pretas', que ninguém tinha acesso, de um lado ou do outro, então o que estava sendo proposto era enxergarem aquele
1592 Contrato e verem onde estava aquela dificuldade, o que estava acontecendo de fato, não era para se apontar quem estava
1593 cumprindo e quem não estava cumprindo, porque antes de dizer aquilo, sabia-se que o valor que era pago era irrisório, com
1594 relação a determinadas consultas ou procedimentos ou internação. Frisou que aquilo era o que estava sendo proposto ali, de
1595 forma muito clara, destacando que era o encaminhamento dado por Gisélia, para a próxima CIB, que seria no dia 27 de junho,
1596 depois das festas juninas, ainda tinham até o início da outra CIB em relação à recomposição do teto. Enfatizou que era um
1597 primeiro movimento e propôs que, em função da programação dos seminários de 11 e 12 de junho, a reunião da CIB
1598 acontecesse no dia 10 de junho à tarde, porque quando se queria inaugurar um serviço era estabelecida uma data para todo
1599 mundo correr atrás, inclusive o Estado. Para fazerem funcionar, tinha que ser assim, estabelecia um prazo, a CIB dia 10 de
1600 junho, seria apresentado o estudo dos tetos, e ficando decidido que aquela decisão seria *ad referendum*, pois já tinha ficado
1601 acordado com o COSEMS. Se conseguissem avançar com a negociação, se o Ministério desse um retorno por meio de
1602 Portaria, seria apresentado também e se avançaria com a discussão de programação, mas se discutindo dentro de outro
1603 contexto. Lembrou da comissão do COAP e que o COSEMS já tinha sinalizado que seriam os mesmos integrantes, não sendo
1604 o GT PPI. Porque se fosse analisar o que era o GT PPI, havia município pequeno que tinha perdido mais do que tinha ganhado
1605 com o GT PPI. Então era para trabalharem na rediscussão daquilo e darem um encaminhamento através daquela comissão,
1606 que faria o estudo da programação, veria a realidade de todos os municípios, sendo inclusive a forma de se apresentar uma
1607 proposta para começarem a equalizar a situação. Dr. Raul Molina colocou que cumpriria institucionalmente a sua obrigação de

1608 encerrar a reunião da CIB, mas antes reafirmou que o COSEMS estava sendo representado por todas as regiões, colocando
1609 um titular e um suplente de cada região, que tinham se reunido e decidido que aquele mesmo grupo acompanharia pari e
1610 passo, juntamente com o início da discussão do Contrato e revendo os fatos que geravam aqueles problemas. Mencionou que
1611 tinha sido colocado também que era preciso ter as câmaras técnicas e recursos e que também tinham que chamar o Ministério.
1612 Mencionou que o COSEMS não podia ficar de fora, sabia o que estava ocorrendo, havia uma ansiedade grande de todos os
1613 secretários, mas havia também uma incompreensão sobre o mérito, o que tinha ficado demonstrado várias vezes, nas
1614 discussões. Portanto, o COSEMS estava naquela discussão, com a representação de todas as macrorregiões e teriam a
1615 oportunidade de ver os contratos de todos os Pólos, referindo que o momento seria ímpar, porque seria concluído no dia 25 e
1616 depois seria o primeiro seminário de sensibilização, nos dias 11 e 12. Concordou em antecipar a CIB para o dia 10 de junho e
1617 que se trouxesse um relatório do que tiver sido levantado, com relação às perdas, enfatizando que era um momento rico para
1618 se fazer aquilo e solicitou paciência a todos, que não estava abandonando o curso, estavam fazendo pari e passo. Ponderou
1619 que não era fácil trabalhar numa composição do Sistema Único de Saúde que tinha três entes dentro do pacto interfederativo e
1620 todos sabiam que os municípios eram a parte mais fraca, tinha consciência daquilo e sabia que aquele momento era o fórum
1621 para darem resposta ao que tinha sido colocado, às vezes, talvez, até com maior intensidade, às vezes, talvez com menor
1622 intensidade, aquilo fazia parte da militância do SUS. Agradeceu a todos os que tinham contribuído de uma forma ou de outra,
1623 reforçando que seria construído de uma forma mais consciente e agradável para todos e salientou que dia dez aconteceria a
1624 próxima reunião. Não havendo mais o que tratar, após revisão do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, eu,
1625 Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após
1626 lida e aprovada. Salvador, 16 de maio de 2013.

1627

1628 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade _____

1629

Raul Moreira Molina Barrios _____

1630

Suplente: Stela dos Santos Souza _____

1631

Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1632

Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1633

Gisélia Santana Souza _____

1634

Suplente: Washington Luiz Abreu de Jesus _____

1635

Andrés Castro Alonso Filho _____

1636

Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

1637

José Antônio Rodrigues Alves _____

1638

Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____

1639

Ivonildo Dourado Bastos _____

1640

Joseane Mota Bonfim _____

1641

Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva _____