

Aos vinte e dois dias do mês de agosto do ano de dois mil e treze, no Auditório João Torres da SESAB, no Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Washington Luis Silva Couto, José Antônio Rodrigues Alves, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta Andrade de Souza, Stela dos Santos Souza, Chaider Gonçalves Andrade, Alfredo Boa Sorte Júnior, Fabiano Ribeiro dos Santos e Aldecy de Almeida Bezerra Silva.

Às 14 horas, havendo número legal, Dr. Raul Molina declarou aberta a sessão, registrando que já tinha colocado na reunião do COSEMS pela manhã, o agradecimento em nome do COSEMS pelo grande esforço da SESAB e em particular da Subsecretária, Dra. Suzana Ribeiro, que tinha acompanhado pessoalmente a ampliação do Auditório, num prazo mínimo de duas semanas, enfatizando que apesar de tudo, o SUS na Bahia estava crescendo, pois primeiro tinham um espaço menor, tiveram que mudar dali, pois já não cabia. Agora retornavam com cento e dez lugares, mas percebiam que ainda estava insuficiente para o espaço de debates e pactuações, cada vez mais freqüentado, não somente pelos gestores, como por todos os atores que participam do SUS. Assim considerou necessário rever e rediscutir o espaço, mas registrando o grande esforço da SESAB e a grandeza do SUS na Bahia. Em seguida colocou em discussão e aprovação as Atas das 213ª e 214ª Reuniões Ordinárias da CIB que encaminhadas anteriormente aos membros por e-mail. As Atas foram aprovadas à unanimidade. Dando prosseguimento, citou a posse dos novos membros representantes da SESAB na CIB, Dr. Chaider Gonçalves Andrade, Dra. Daniela Neves Castellucci e Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, que não estavam presentes no momento. Em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 76 municípios não encaminharam (18,23%) Plano Municipal de Saúde 2010-2013 aprovado pelo CMS para as DORES; 1.2 Conforme Relatório do SARGSUS/MS, em 05 de julho de 2013, 304 municípios estão com o Relatório de Gestão de 2011 aprovados (72,90%) pelo CMS, 17 aprovados com ressalva (4,08%), 03 não aprovados (0,72%), 01 foi solicitado ajustes (0,24%), 92 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (22,06%); 1.3 Conforme Relatório do SARGSUS/MS, em 05 de julho de 2013, 79 municípios estão com o Relatório de Gestão de 2012 aprovados (18,94%) pelo CMS, 10 aprovados com ressalva (2,40%), 3 não aprovados (0,72%), 03 foram solicitado ajustes (0,72%), 71 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (17,03%) e 251 estão sem informação (60,19%); 1.4 A Auditoria do SUS-Ba, informa: Relatório de auditoria nº 1636 realizada na SMS de Serra do Ramalho, constante no processo 0300120308150; cópia do parecer conclusivo e parecer de reconsideração da auditoria nº 312 realizada na SMS de Jeremoabo, constante no processo 0300090490145; cópia do parecer conclusivo (retificação) da auditoria nº 504 realizada na SMS de Botuporã, constante no processo 0300100426505, encontram-se disponibilizados no link: www.saude.ba.gov.br/auditoria; cópia da publicação no DOU, do Extrato do TAS referente a auditorias realizadas nas SMS de Mirangaba e Quixabeira. Neste ponto, Dr. Raul Molina registrou que esteve no Ministério da Saúde, mais precisamente no Fundo Nacional de Saúde, onde foi informado que havia um número considerável de auditorias feitas na Bahia que tinham sido encaminhadas para lá, já para execução, tendo sido detectado que aquelas auditorias ainda cabiam ampla defesa. Assim, o DENASUS tinha encaminhado um número considerável de auditorias novamente para a Auditoria da SESAB, lembrando que tinha encaminhado não somente pela defesa ampla que deveria existir, como também para adequação da Lei 141 que coloca não ser preciso devolver recursos para o FNS, já que agora os mesmos recursos podem ser devolvidos para o próprio Fundo Municipal de Saúde, fazendo com que o município que não tiver investido naquilo que tinha sido colocado, pudesse investir novamente, porque era penalizar o município duas vezes. Assim, chamou a atenção dos Secretários Municipais de Saúde, principalmente os novos que tinham assumido suas Secretarias e estavam sendo chamados para renegociar a dívida ou para fazer o pagamento no FNS, que vissem com a Auditoria da SESAB e com a Assessoria Jurídica do COSEMS, que já estava fazendo inclusive esse papel. Dra. Suzana Ribeiro cumprimentou a todos, registrando que apesar do esforço da ampliação do auditório, ainda não era suficiente para todo mundo, porque as cadeiras com braço acabavam ocupando mais espaço e seriam trocadas posteriormente, pois não havia necessidade daquele tipo para o auditório, Mas ainda assim acreditava que o espaço não seria suficiente já que a CIB tinha sido realmente concorrida e aquilo era muito importante. Registrou que, na oportunidade, não tinham nenhum local para realização da reunião neste mês, pois além da UPB, onde sempre fazia, no auditório da SEAGRI, FLEM e nos outros espaços buscados, não tinham tido disponibilidade para aquela data. O da SEAGRI estava em reforma, a Educação tinha um auditório novo, mas existia dificuldade na acessibilidade e o sistema de som para gravação, portanto aquelas eram dificuldades que estavam atravessando, mas seriam resolvidas em breve. Registrou a ausência do Secretário e Coordenador da CIB, que estava numa audiência sobre o Programa Mais Médicos em Brasília e não pôde estar presente por conta de um tema extremamente importante que era uma Audiência Pública no Senado Federal, onde tinha sido chamado para representar o CONASS no debate. Registrou ainda, em relação à fala de Dr. Raul quanto à questão da Auditoria, que sua nova Diretora, Dra. Daniela Castellucci, estaria tomando posse hoje nesta CIB, não estava presente também por se encontrarem viagem. E informou que Dr. José Raimundo tinha assumido na semana passada a Diretoria do HEMOBA. Portanto tinha havido algumas mudanças na equipe gestora da SESAB, assim como Dr. Washington Abreu, que era da COPE, passando a assumir a Superintendência de Recursos Humanos e tomaria posse como membro da CIB, em substituição à Dra. Telma Dantas, que tinha assumido a Comissão do UNASUS. Colocou que as informações dadas por Dr. Raul tinham sido registradas com a equipe da Auditoria presente e quando Dra. Daniela voltasse estaria dando encaminhamento, verificando os relatórios que tiverem chegado para fazer contato diretamente com cada município. Dr. Raul Molina prosseguiu, dando continuidade aos informes da pauta: **1.5** COPE: Entrega simbólica dos equipamentos e mobiliários das 28 CIR do Estado da Bahia. Dra. Joana Molesini informou que a nota de transferência sobre os equipamentos adquiridos para aprimorar o funcionamento da CIR encontrava-se disponível na COPE para os Coordenadores de CIR. Relatou que estariam sendo entregues notebooks para as reuniões itinerantes, um fax, uma máquina fotográfica, um armário, um quadro mural, mesa, cadeiras e os datas-shows que estavam a caminho de aquisição. **2.** Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
-----------	------------------	---------

237/2013	25/07/2013	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 do Município de Ilhéus.
238/2013	25/07/2013	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 do Município de Mata de São João.
239/2013	25/07/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação, dos Municípios de Barra do Mendes e Esplanada.
243/2013	26/07/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o remanejamento do montante anual estabelecido no anexo da Portaria nº 1.328/GM/MS, de 05 de julho de 2013, do limite financeiro anual de média e alta complexidade do Fundo Estadual da Bahia para o limite financeiro anual de média e alta complexidade do Município de Castro Alves
244/2013	26/07/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o fluxo de credenciamento de ESF, ESB, ACS, NASF, UOM e ECnR, e de alteração de modalidade de ESB e de NASF, no Estado da Bahia.
245/2013	31/07/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação do Município de Planaltino.
246/2013	31/07/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber o valor referente à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma do Município de Urandi.
249/2013	06/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação, do Município de Serrolândia.
250/2013	14/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> , com pendências, a habilitação de 08 leitos da Unidade Coronariana Aguda do Hospital Ana Nery.
251/2013	14/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> , com pendências, a habilitação de 02 leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) para a Santa Casa - Hospital São Judas Tadeu no Município de Jequié.
252/2013	14/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> , com pendências, a habilitação de 23 leitos de Gestação de Alto Risco (GAR) para o Hospital Regional Doutor Mário Dourado Sobrinho, no Município de Irecê.
253/2013	17 e 18/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem o valor referente à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Água Fria, América Dourada, Angical, Araci, Barra, Belmonte, Boa Nova, Buritirama, Caatiba, Caetanos, Campo formoso, Caraíbas, Caravelas, Castro Alves, Conceição do Coité, Conceição do Jacuípe, Conde, Crisópolis, Curaçá, Elísio Medrado, Eunápolis, Filadélfia, Gandu, Governador Mangabeira, Ibirapuã, Ibititá, Ibotirama, Ilhéus, Iraquara, Irecê, Itabela, Itamaraju, Itamari, Itaquara, Itarantim, Jequié, Jeremoabo, Jitaúna, Juazeiro, Malhada de Pedras, Maracás, Morpará, Morro do chapéu, Mucugê, Mucuri, Muritiba, Nazaré, Nova Soure, Olindina, Palmeiras, Paulo Afonso, Pindobaçu, Piripá, Poções, Ponto Novo, Presidente Dutra, Presidente Jânio Quadros, Queimadas, Rafael Jambeiro, Riacho de Santana, Ribeira do Amparo, Salvador, Santa Bárbara, São Gabriel, São Sebastião do Passé, Seabra, Senhor do Bonfim, Sento Sé, Serrinha, Sobradinho, Tabocas do Brejo Velho, Tanquinho, Teixeira de Freitas, Teodoro Sampaio, Teofilândia, Valente, Vera Cruz.
254/2013	17 e 18/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o recebimento do valor referente à segunda parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município de Porto Seguro, conforme recomendação da Portaria GM/MS nº 342/2013.
255/2013	17 e 18/08/2013	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. Abaíra, Abaré, Água Fria, Alagoinhas, Alcobaça, Anagé, Andorinha, Barra da Estiva, Barra do Choca, Barra do Mendes, Barreiras, Barrocas, Belo Campo, Biritinga, Boa Nova, Boa Vista do Tupim, Bom Jesus da Lapa, Bonito, Botuporã, Brelândia, Brumado, Cairu, Camaçari, Campo Alegre de Lourdes, Canápolis, Canarana, Candeias, Candiba, Carinhanha, Casa Nova, Castro Alves, Catu, Central, Chorrochó, Cícero Dantas, Cipó, Conceição da Feira, Correntina, Curaçá, Dias D'Ávila, Esplanada, Euclides da Cunha, Eunápolis, Fátima, Feira da Mata, Feira de Santana, Filadélfia, Firmino Alves, Formosa do Rio Preto, Gandu, Glória, Guajeru, Guanambi, Heliópolis, Iaçú, Ibicarai, Ibipiba, Ibipitanga, Ibitiara, Ilhéus, Inhambupe, Ipirá, Ipupiara, Irajuba, Iraquara, Irecê, Itacaré, Itaguaçu da Bahia, Itamaraju, Itamari, Itapetinga, Itiruçu, Ituberá, Jacobina, Jequié, João Dourado, Juazeiro, Jussiapé, Laje, Lamarão, Lapão, Lauro de Freitas, Lençóis, Luis Eduardo Magalhães, Macaúbas, Macururé, Manoel Vitorino, Maracás, Marcionílio Souza, Mata de São João, Medeiros Neto, Mirangaba, Mirante, Morpará, Morro do Chapéu, Mucuri, Muquém de São Francisco, Nilo Peçanha, Nova Fátima, Nova Redenção, Nova Viçosa, Novo Horizonte, Palmeiras, Paramirim, Pau Brasil, Pé de Serra, Pilão Arcado, Pindaí, Pindobaçu, Pirai do

		Norte, Piripá, Planalto, Poções, Porto Seguro, Presidente Dutra, Presidente Janio Quadros, Retirolândia, Riachão do Jacuípe, Riacho de Santana, Rio de Contas, Rio do Pires, Rio Real, Rodelas, Salvador, Santa Bárbara, Santa Cruz de Cabralia, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, Santo Estevão, São José do Jacuípe, Saúde, Sebastião Laranjeiras, Senhor do Bonfim, Sento Sé, Serrinha, Simões Filho, Sítio do Mato, Sítio do Quinto, Sobradinho, Souto Soares, Teixeira de Freitas, Teolândia, Ubaitaba, Uibaí, Uruçuca, Valença, Várzea do Poço, Vera Cruz, Vereda, Vitória da Conquista, Wenceslau Guimarães, Xique-Xique.
256/2013	17 e 18/08/2013	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. Antônio Cardoso, Antônio Gonçalves, Apuarema, Araci, Barra do Mendes, Boa Vista do Tupim, Caetité, Cafarnaum, Campo Formoso, Canápolis, Candeal, Cândido Sales, Cansanção, Casa Nova, Catu, Coaraci, Cocos, Conceição do Coité, Conceição do Jacuípe, Conde, Contendas do Sincorá, Correntina, Cotegipe, Crisópolis, Curaçá, Encruzilhada, Érico Cardoso, Eunápolis, Feira da Mata, Feira de Santana, Gandu, Guaratinga, Ibipitanga, Ilhéus, Ipiaú, Iraquara, Irecê, Itabela, Itaberaba, Itaju do Colônia, Itamarí, Itaparica, Itarantim, Juazeiro, Lamarão, Licínio de Almeida, Mairi, Manoel Vitorino, Mansidão, Matina, Morro do Chapéu, Mucuri, Mundo Novo, Nova Fátima, Nova Soure, Nova Viçosa, Novo Horizonte, Olinda, Ouralândia, Paramirim, Paripiranga, Pedrão, Pirai do Norte, Prado, Rafael Jambeiro, Retirolândia, Riachão das Neves, Ribeira do Amparo, Rio Real, Ruy Barbosa, Salinas da Margarida, Santa Terezinha, Santaluz, Santana, Santanópolis, Santo Estevão, São Miguel das Matas, São Sebastião do Passé, Sátiro Dias, Serra Preta, Serrinha, Sobradinho, Teolândia, Una, Várzea Nova, Varzedo, Vereda, Wenceslau Guimarães.

65 Em seguida passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1.
66 Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE 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 Médico Geriatra (20h), 01 Fonoaudiólogo (30h) 01 Médico Pediatra (20h), 01 Médico Obstetra (20h), 01 Educador Físico (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), totalizando 200 h;	Crisópolis
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h), 01 Educador Físico (20h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Médico Ginecologista/Obstetra (20h), 01 Médico Pediatra (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Médico Clínico (20h), 01 Nutricionista (20h), totalizando 200h.	Baixa Grande
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (30h), 01 Terapeuta Ocupacional (20h), totalizando 210 horas.	Iguaí
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Educador Físico (20h), totalizando 200h.	Brejolândia
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h), 02 Fisioterapeutas (30h), 02 Terapeutas Ocupacionais (20h cada), totalizando 220 horas.	Ibicoara
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (40h), 02 Assistentes Sociais (20h cada) e 01 Nutricionista (40h), totalizando 200h.	Canavieiras
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h), 02 Psicólogos (20h cada), 01 Assistente Social (20h), totalizando 200h.	Una
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Médico Ginecologista (20h), totalizando 200 horas.	Governador Mangabeira
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (40h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas.	Cachoeira
01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (30h), 01 Farmacêutico (20h) e 01 Educador Físico (40h), totalizando 210 horas.	Candido Sales	

	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Terapeuta Ocupacional (20h), 02 Psicólogos (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Sanitarista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando 200 horas.	Ibipeba
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fisioterapeuta/Acupunturista (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Terapeuta Ocupacional (30h) e 01 Nutricionista (20h), totalizando 200 horas.	Ituberá
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (30h), 01 Assistente Social (30h), 02 Fisioterapeuta (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Terapeuta Ocupacional (20h), 01 Psicólogo (20h), totalizando 160 horas.	Aratuípe
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Professor de Educação Física (30h), 01 Nutricionista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h), totalizando 120h.	Dário Meira
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Nutricionista (40h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 120 horas.	Elísio Medrado
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Psiquiatra (20h) e 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando 120 horas.	Wagner
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Educador Físico (40h), totalizando 150 horas.	Souto Soares
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (30h), 02 Assistentes Sociais (30h cada), totalizando 120 horas.	Pilão Arcado
	01 NASF Tipo III – Composição da Equipe: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (20h) e 01 Psicólogo (30h), totalizando 80h.	Antônio Gonçalves
	01 NASF Tipo III – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (40h), 01 Nutricionista (20h), totalizando 100h.	Lafaiete Coutinho
	Alteração da modalidade da Equipe de NASF para NASF I, passando a ter a seguinte composição: 01 Assistente Social (20h); 01 Psicólogo (40h); 01 Professor de Educação Física (40h); 01 Nutricionista (40h) e 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h) totalizando 200 h.	Valente
	Alteração da modalidade da Equipe de NASF para NASF I, passando a ter a seguinte composição: 02 Assistentes Sociais (20h cada); 02 Psicólogos (20h cada); 01 Professor de Educação Física (20h); 02 Nutricionistas (20h cada) e 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 h.	Biringua
	Alteração da modalidade do NASF para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição profissional: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Farmacêutico/Bioquímico (20h), totalizando 200h.	Filadélfia
	Alteração da modalidade do NASF para NASF I, passando a ter a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Médico Veterinário (20h) e 02 Assistentes Sociais (20h cada) totalizando 160 horas.	Jaguaripe
	Alteração da modalidade do NASF II para NASF I, passando a ter a seguinte composição: 01 Educador Físico (30h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 02 Nutricionistas (40h e 20h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 h.	Presidente Jânio Quadros
	Dissolução do NASF Tipo I do Município de Dom Macedo Costa, consorciado com o Município de Conceição do Almeida	Dom Macedo Costa
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I.	Pedrao
	01 ESB Modalidade I, vinculada à uma ESF.	Una
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Olhos D'Água do Seco.	Ibitiara
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Selma Helena Barroso.	Ibitiara
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Barreiras.	Jaguaripe
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Sapé.	Aratuípe
	01 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Joelito Souza.	Aratuípe
	01 ESB Modalidade I, vinculada às ESF Germano Severino Alves.	Mata de São João

67 A Secretária Municipal de Saúde de Conceição do Almeida pediu a palavra e registrou que não se tratava simplesmente da
 68 dissolução do consórcio e relatou que o Município de Conceição do Almeida tinha um NASF consorciado Dom Macedo Costa.
 69 Com a alteração da Portaria, em maio, o NASF de Conceição do Almeida ficava exclusivamente para o Município e Dom
 70 Macedo Costa estava pleiteando porque agora ele podia ter um NASF exclusivo também para o Município. 1.2 Projeto de
 71 Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD do Município de Santo Amaro, com parecer favorável da área técnica. –
 72 Aprovado. 1.3 Aquisição de ambulâncias 4X4 do SAMU Regional de Bom Jesus da Lapa/Santa Maria da Vitória, para os
 73 Municípios de Bom Jesus da Lapa e Santa Maria da Vitória. Neste ponto Dr. Raul Molina registrou que o Município de Juazeiro
 74 tinha o mesmo problema de deslocamento. Dra. Alcina Romero colocou que se tratava provavelmente de solicitações de
 75 renovação de frota ou aquisição de 4x4, que era um novo tipo de veículo traçado que o Ministério estava oferecendo.
 76 Alguns municípios já tinham recebido e em um primeiro momento o Ministério tinha mandado perguntar quem gostaria e alguns
 77 já tinham sido identificados. Orientou que o município interessado solicitasse via ofício à Área Técnica da DAE/COUR, com a
 78 justificativa, se se tratava de renovação de frota antes do tempo e porque, e se era 4x4, quais eram as condições do município
 79 que demandavam aquela necessidade. Informou ainda que já tinham mais de trinta ambulâncias de renovação de frota, com
 80 previsão de entrega a partir de setembro. Então podia até ser que Juazeiro já tivesse sido contemplado e afirmou que iria tirar a
 81 dúvida antes de mandar. Dr. Raul Molina considerou ser uma boa notícia, enfatizando se tratar de solicitação de renovação de
 82 frota ao Ministério. Próximo ponto de pauta: 2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 2.1
 83 Solicitação de remoção de Servidores do Ministério da Saúde cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB. –
 84 Aprovado. Dra. Alcina Andrade informou tratar-se de procedimento de rotina, pois estas remoções quando vinham para a CIB
 85 já estavam resolvidas porque quem estava liberando já tinha concordado e quem estava recebendo também já tinha
 86 concordado, bastando apenas homologação da CIB. Na seqüência, Dr. Raul Molina, deu posse ao novo membro representante
 87 da SESAB na CIB, o Dr. Chaider Gonçalves Andrade, como Suplente da Dra. Gisélia Santana Souza, registrando se tratar de
 88 um jovem promissor da SESAB que estava assumindo uma nova responsabilidade na Coordenação da COPE, em substituição
 89 ao Dr. Washington Abreu. Próximo ponto de pauta: 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção À Saúde –
 90 SUREGS/DICON: 3.1 Aprovação, com pendências do credenciamento/habilitação dos serviços relacionados abaixo –
 91 **Aprovados:**

ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE	CNES	MUNICIPIO
Traumato-Ortopedia de média complexidade	Adesão à estratégia de aumento ao acesso aos procedimentos de Traumato-Ortopedia. Média Complexidade	Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada Ltda	2423960	Juazeiro
Oftalmologia/Glaucoma	Oftalmologia Procedimentos/Glaucoma Cod 05.06	EYE CLINIC Ltda	7289812	Seabra
Oftalmologia/Glaucoma	Oftalmologia Procedimentos/Glaucoma Cod 05.06	OFTALMED	7289820	Seabra
Hospitalar	Política de Hospitais de Pequeno Porte	Hospital Nivaldo Severo de Oliveira	7228724	Brejolândia
Hospitalar	Política de Hospitais de Pequeno Porte	Hospital Municipal Agnaldo Tavares Carneiro	2771411	Candeal

92 Dr. Raul Molina questionou quais eram as pendências citadas e Dra. Suzana Ribeiro colocou que não eram pendências
 93 inviabilizantes, e sim de documentação, mas como era preciso habilitar para não perder mais trinta dias, tinha sido colocado na
 94 pauta porque eram questões básicas que se não se encaminhasse para o Ministério não habilitaria; e a DICON já tinha entrado
 95 em contato com os municípios para enviarem a documentação pendente. Aproveitando na oportunidade o ponto de pauta da
 96 Traumato-Ortopedia de Juazeiro, lembrou aos gestores que a Linha do Cuidado de Traumato-Ortopedia em Média
 97 Complexidade - TOM tinha que ser encaminhada ao Ministério até setembro. Enfatizou que essa Linha do Cuidado desenhava
 98 a pactuação e tinha que ser apresentada na CIR, lembrando que não estava vinculado ao Plano de Atenção à Urgência,
 99 mesmo que o Plano já tivesse sido encaminhado ou ainda estivesse sendo construído dentro da região, era importante fazer
 100 logo a Linha do Cuidado do TOM e encaminhar porque tinham que mandar até setembro para o Ministério. Relatou que todas
 101 as DIRES já estavam informadas e passou a palavra para Dra. Alcina, para dar todas as informações referentes a este
 102 procedimento. Dra. Alcina Romero informou que a DAE já tinha encaminhado para todas as CIR, todas as DIRES e Secretarias
 103 Municipais de municípios pólos, lembrando que a apresentação tinha sido feita na CIB passada, sobre o que era a estratégia
 104 do TOM, toda a produção de 2011, de todos os hospitais da Bahia, todos os serviços da Bahia, para ajudar na construção
 105 desse plano, tinham mandado inclusive um modelo de plano operativo vazado para ajudar também, Então solicitou aos
 106 diretores de DIRES e coordenadores de CIR que repassassem aquilo e inserissem nas pautas das próximas reuniões, porque
 107 precisavam, até setembro, aprovar os planos nas CIR, na CIB e mandarem para o Ministério. E colocou a DAE à disposição
 108 para tirar todas as dúvidas. Dando continuidade à pauta, Dr. Raul Molina passou para o item 3.2 Alteração do prazo de
 109 vigência da Resolução CIB Nº 265/2012, que “Aprova a Tabela de Valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS para
 110 Procedimentos Cirúrgicos Eletivos referentes à Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012, no âmbito do Sistema Único
 111 de Saúde (SUS), para os exercícios de junho de 2012 a junho de 2013”, em função da Portaria GM/MS Nº 1357/2013, de
 112 05/07/2013, que “Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema
 113 Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014 – **Aprovado**. Neste ponto, solicitou que corrigisse o nº da
 114 Portaria GM/MS, 1557/2013, de 31/07/2013, para Portaria GM/MS nº 1357/2013, de 05/07/2013 e relatou que pela manhã, na
 115 reunião do COSEMS, tinha sido recebida uma demanda do Município de Salvador, com relação à alteração dos valores e tinha
 116 sido dado um encaminhamento. Lembrou que há pouco mais de um ano esses valores tinham sido remetidos para uma
 117 comissão, para onde não estivesse sendo operacionalizado, composta pelos Secretários de Saúde de Salvador, Vitória da

118 Conquista e Itabuna, e esta comissão tinha sido ratificada hoje, com a substituição, na Secretaria de Itabuna, que na época era
 119 Dr. Geraldo Magela e agora era Dr. Plínio e hoje tinha recebido as boas vindas com todas as prerrogativas que Itabuna
 120 merecia e o carinho que precisavam ter pelo Município. Enfatizou que só se tratava da alteração do prazo de vigência, não de
 121 valores, e submeteu à aprovação. Dra. Aldecy Silva, questionou se, apesar de ir até 2014, o prazo estava sendo dado para
 122 quem não tinha executado, não existindo projetos novos e Dr. Raul Molina concordou, esclarecendo que estava sendo
 123 prorrogado. Após as colocações foi **aprovado á unanimidade**. Próximo ponto de pauta: 3.3 Credenciamento da unidade
 124 abaixo selecionada – Aprovado:

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNPJ	CNES	HABILITAÇÃO
São Félix	Centro de Apoio Psicossocial de São Félix	08924528/0001-69	5490316	CAPS I

125 Neste ponto, relatou conhecer este CAPS e informou que o Município de São Félix já tinha sido vistoriado pela equipe técnica.
 126 Lembrou que a partir de agora os municípios a partir de quinze mil habitantes já podiam pedir e São Félix era um dos
 127 municípios que tinha menos de vinte mil habitantes e na época em que tinha solicitado tinha sido aprovado de forma
 128 extraordinária. Parabensizou o Município que durante algum tempo tinha sustentado a unidade em funcionamento e passou
 129 para o próximo ponto de pauta: 3.4 Autorização para que o processamento do SIA/SUS, referente ao Serviço SAMU 192, seja
 130 realizado pelo próprio município, independentemente da sua condição de gestão – Aprovado. Dando prosseguimento, o
 131 Senhor Coordenador Adjunto apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para apresentação: 1.
 132 GASEC/COPE: 1.1 Proposta de negociação de SISPACTO/PROG-VS na Bahia. Dra. Joana Molesini informou que dividiria a
 133 apresentação com Dra. Alcina Andrade porque este ano seria feito um movimento conjunto, que era o SISPACTO, com a
 134 Programação de Vigilância à Saúde, o PROG-VS. Informou que o SISPACTO 2013 – 2015 já estava disponível no Caderno de
 135 Diretrizes e as regras já estavam disponíveis na internet. E que, inclusive, a Tripartite já tinha publicado aquele caderno e em
 136 relação à questão da senha, informou que a senha do nível central da SESAB estava com a técnica da COPE, Sra. Lidiane.
 137 Informou também que nos níveis regionais, em cada DIRES, o Diretor e um técnico responsável tinha a senha e no nível
 138 municipal todo município devia ter um técnico responsável que disporia de uma senha para alimentar o SISPACTO. Estes
 139 técnicos seriam credenciados nas Regionais e a maioria dos municípios já tinha. E os que já sabiam quem era o técnico e o
 140 manteria, não era preciso fazer nenhum movimento. Se fosse mudar tinha que procurar a DIRES e, se não soubesse, as
 141 DIRES da sua área tinham lá o técnico responsável para cadastrar o técnico municipal. Informou que o sistema estava aberto,
 142 mas ele não podia ser alimentado ainda porque no Manual a Tripartite tinha aprovado o seguinte fluxo: pactuação na CIR, em
 143 seguida aprovação no Conselho Municipal, depois o município alimenta para o Estado validar, então ainda iniciariam o
 144 movimento para esta pactuação na CIR. Ressaltou que são sessenta e sete indicadores, todos de tema histórico, não tendo
 145 nada de novo, temas que vêm sendo trabalhados há anos como mortalidade infantil, mortalidade materna, cobertura vacinal,
 146 apenas alguma ou outra das variáveis para formar os indicadores mudava. Dos sessenta e sete indicadores, trinta e três são os
 147 chamados universais, que terão que pactuar e trinta e quatro específicos, estes sendo opcionais, os municípios e o Estado
 148 decidiriam quais ficariam obrigados no Estado. E informou também que havia alguns indicadores que o Estado, ou seja, o nível
 149 municipal e o nível estadual, o Estado e o território sociológico, podiam colocar novos indicadores. A proposta era para este
 150 ano se trabalhar o SISPACTO e o PROG VS juntos, no mesmo movimento. Pontuou que Dra. Alcina falaria na seqüência,
 151 deste movimento PROG VS e que este ano tinha uma novidade, o Pacto e a PROG VS teriam vigência de três anos, fariam
 152 2013, 2014 e 2015, com um detalhe de que 2013 alimentariam o sistema, 2014 e 2015 seria sobre planilha para avaliarem, no
 153 início do próximo ano, e, se fosse o caso, reprogramar. Disse que esta proposta tinha sido pensada de tal forma que as
 154 regionais começariam o movimento depois de pactuado quais eram os indicadores, o movimento de já se discutir com os
 155 municípios, até porque tinha uma questão que era: para pactuar teria que partir de uma linha de base dos indicadores que era
 156 2012 para a maioria deles. Informou que alguns tinham uma pequena série histórica, quando abrissem o manual veriam que a
 157 base de dados para formar essa série histórica era bastante complexa. Então já tinham produzido a linha de base de todos os
 158 municípios e quando as regionais chamassem para as oficinas, já tinham as linhas de base de 2012 disponíveis. Falou que
 159 tinha sido produzido também um conjunto de notas técnicas para subsidiar qual a proposta de pactuação para cada município,
 160 para os indicadores. Depois iriam para uma oficina de trabalho de dois dias, com o indicativo de fazerem juntamente com o
 161 Seminário de Sensibilização dos Prefeitos para o COAP e que já tinha sido aprovado em CIB que deveria existir por
 162 macrorregião. E depois uma proposta de cronograma que precisavam ainda pactuar algumas coisas porque aquele
 163 cronograma estava ainda condicionado a como fossem fechar a pactuação. Finalizou dizendo ser esta a proposta do
 164 SISPACTO e passou a palavra para Dra. Alcina Andrade que relatou como estava proposto esse encaminhamento, de maneira
 165 geral já colocado por Dra. Joana Molesini, de que seria um trabalho articulado Pacto e PROG VS ao mesmo tempo, como
 166 sempre tinham trabalhado de forma articulada o Pacto e a Programação de Vigilância, que antes era o PAVS. Iniciou a
 167 apresentação colocando que o PROG VS estava sendo pensada em dois eixos prioritários: Eixo I: Ações prioritárias do
 168 Sistema Nacional de Vigilância em Saúde integrantes do COAP. Disse que quando estiverem discutindo o COAP aquele era o
 169 elenco de indicadores que estavam classificados no Eixo I que teriam as ações pensadas e definidas entre responsáveis, para
 170 comporem o COAP. Este Eixo I referindo-se às metas e indicadores do Componente de Vigilância em Saúde integrantes do
 171 COAP, relacionando ações estratégicas a serem programadas para a consecução das metas definidas. Estados e municípios
 172 poderiam alterar ou inserir ações no modelo elaborado pela SVS, a fim de expressar a realidade local e ampliar a efetividade
 173 dessas ações. No Eixo II: Ações prioritárias do Sistema de Vigilância em Saúde Local. Disse que aí existia a flexibilidade
 174 colocada por Dra. Joana Molesini, da autonomia que tinham para retirar ou colocar qualquer indicador que considerassem
 175 relevante para o município naquela região de saúde, ou para o Estado. Estavam com algumas propostas em relação ao olhar
 176 do Estado, para o território como um todo, mas de repente, podia surgir na região de saúde uma demanda de algum indicador
 177 que fosse prioritário para aquela região, e teriam que tratar isso caso a caso, nas especificidades, olhando cada território, e
 178 isso devia ser feito nas oficinas que estavam pensando, naquele cronograma que ainda não estava aprovado efetivamente.
 179 Neste Eixo II, Estado e municípios podiam programar ações de acordo com suas prioridades, utilizando a mesma metodologia
 180 empregada no Eixo I. Seu conteúdo devia ser coerente com a situação de saúde da população local e de sua exposição a
 181 riscos de adoecimento. Relatou que no Estado tinham algumas situações em que precisavam pensar de forma diferenciada,

182 usando alguns exemplos que já eram conhecidos, como a situação do território do Município de Santo Amaro e os que
183 estavam naquele entorno, aquela população precisava ser olhada de uma forma diferente. E aí teriam que propor como
184 trabalhar na oficina da região e que ações e indicadores poderiam incluir para tratar aquela situação especificada a forma como
185 ela merecia ser tratada. Tinha outras situações no Estado, como a região de Caetitê e Lagoa Real, que tinha área de
186 mineração de Urânio. Bom Jesus da Serra, que tinha um passivo ambiental importante, por conta do amianto que tinha sido
187 explorado na região. Então eram muitas situações e tinha citado algumas que tinham vindo à memória, mas com certeza, no
188 momento da oficina regional, essa riqueza seria muito grande e iriam trabalhar com essas especificidades locoregionais nas
189 oficinas regionais. Enfatizou que a proposta de PROG VS era composta de um Instrutivo e de um instrumento em Excel. O
190 instrutivo da SVS já estava disponível no site da SVS e o Instrutivo do Estado estava sendo elaborado se pensando na
191 realidade estadual. Já estava em fase de finalização, estariam hoje e amanhã com as DIRES, aqui em Salvador, discutindo
192 detalhadamente o instrutivo, para ficar o mais próximo da realidade dos municípios. Porque uma coisa era pensar em uma
193 meta em nível de Estado e outra era pensar uma meta para o município. Alguns indicadores não se repercutiam no nível
194 municipal e só eram conseguidos traduzindo para o Estado, por exemplo, inserção em indústria farmacêutica, que uma ação
195 que só o Estado realizava, então não tinha como colocar isso num Instrutivo para se pactuar metas com o município. Assim,
196 estavam finalizando o instrutivo do Estado e assim que fosse feita a última revisão seria disponibilizado também no site da
197 SESAB e no Portal de Vigilância em Saúde. O instrumento em Excel também já estava acessível e fariam uma adequação para
198 incluírem na planilha do Estado. Mas a planilha que tinha sido proposta em nível nacional já estava disponível no site da SVS.
199 Informou que a atualização era feita anualmente, no contexto da Programação Anual de Saúde, da qual a PROG VS fazia
200 parte. Então a cada ano, como Dra. Joana Molesini tinha colocado, essa programação seria feita para o triênio 2013, 2014 e
201 2015, e a cada ano rediscutiriam e veriam se era necessário redefinir meta, incluir algum indicador. Mas já iam programar para
202 os três anos, o que fundamentava o monitoramento e a avaliação das ações de Vigilância em Saúde, pois iam ser monitorados
203 pelo Ministério da Saúde e monitorariam o desempenho das regiões e municípios. A partir daquilo que fosse programado e
204 pactuado, em termos de ações e metas, e sua elaboração, além de objetivar o registro e quantificação das ações no
205 Instrumento, devia propiciar a discussão e a busca de estratégias mais efetivas para a melhoria da situação de saúde da
206 população. Enfatizou que era preciso ter propriedade do que estavam discutindo, para que pudessem fazer uma programação
207 real, por isso era muito importante que as pessoas que estivessem participando dessas oficinas conhecessem o município.
208 Sabiam que tinha havido uma mudança grande na gestão do Estado, mudado os prefeitos, os secretários municipais de saúde,
209 em torno de 70 a 80% dos secretários eram novos na gestão, se bem que esse percentual devia ser menor, porque alguns
210 secretários tinham mudado apenas de municípios, então traziam uma experiência acumulada. Mas o que precisam ter em
211 mente é que as pessoas, os técnicos que representariam os municípios nas oficinas, conseguissem discutir o que realmente o
212 município precisava, para que pudesse fazer uma programação o mais próximo possível da realidade. Disse que na Bahia
213 tinha sido feita uma análise muito técnica do que a SVS tinha proposto para o Brasil como um todo, olhando a realidade do
214 município, e no Eixo I que era um conjunto de indicadores que estavam no Pacto, dos sessenta e sete indicadores do Pacto,
215 vinte e cinco era da área de vigilância. E a sua proposta tinha sido de retirar três e ficar com vinte e dois no Estado, os três
216 citados eram o indicador de malária, que não era adequado à realidade do Estado da Bahia, pois não é área autóctone de
217 transmissão de malária. Então não cabia fazer aquele tipo de programação aqui; o segundo era o indicador de DST AIDS, que
218 era diagnóstico de paciente que tinha carga viral menor que duzentos e o próprio Ministério já estava recomendando que o
219 ponto de corte fosse quinhentos e não tinham sistema de informação que desse conhecimento para programarem a meta.
220 Então tinham sugerido ao Ministério para retirar; e o terceiro era o indicador de hepatite, que faz também uma relação com o
221 diagnóstico das hepatites feito com o diagnóstico laboratorial, utilizando já a testagem que estava em fase de implantação da
222 rede básica e que também não teriam uma linha de base. A sugestão era de que para 2013 ele fosse retirado porque não
223 tinham como programar, precisavam começar a fazer efetivamente os testes rápidos na atenção básica para poderem construir
224 a linha de base. Então o programariam provavelmente para quando revissem a programação em 2014. Em contrapartida,
225 estavam sugerindo a inclusão de um Indicador de Vigilância Sanitária que já fazia parte do SISPACTO e um Indicador Estadual
226 da Saúde do Trabalhador, que era o mesmo Indicador que já trabalhavam para o Plano Estadual de Saúde, que trata de
227 municípios desenvolvendo ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador, porque o que estava proposto hoje era apenas
228 notificação e aquilo não era bom para o Estado da Bahia porque não avançavam em relação a isso. A maioria dos municípios
229 já fazia isso e o que queriam na verdade era que se incorporasse a ação de Saúde do Trabalhador aos Sistemas Municipais de
230 Saúde. Mostrou uma ficha resumo de como estava sendo feito o Instrutivo do Estado, que teria a meta, o parâmetro de
231 referência, qual era o indicador, como descrevia e como calculava o indicador, o que tinha que estar no numerador e no
232 denominador, pelo que multiplicava, estava tudo muito detalhado, tinha um conjunto de ações que estavam sugeridas, era
233 importante destacar isso, para o alcance da meta de cada indicador, onde estavam elencando um conjunto de ações que eram
234 sugestões das áreas técnicas. Informou que tinham recebido aquilo do Ministério, tinham revisto aqui, readequaram e tenham
235 total liberdade de mudar lá no município. Então era um conjunto de sugestões que algumas podiam ser acatadas ou não, e
236 podiam incluir aquilo que achasse necessário. Mostrou uma planilha sugerida para programar as ações que seriam
237 desenvolvidas, qual era a unidade de medida e qual era o quantitativo programado para cada ação, para o Estado conseguir
238 atingir a meta relativa àquele indicador. Então para cada indicador teria uma planilha de programação dessas. Finalizou a
239 apresentação lembrando que tudo aquilo ainda estava em fase de discussão e readequação, o elenco final de Indicadores
240 seria discutido por um grupo que já estava constituído, então a definição final podia não ser a apresentada aqui, mas alguma
241 coisa muito parecida. Após a apresentação, Dr. Raul Molina agradeceu pela apresentação, enfatizou que cabia uma explicação
242 e passaria depois a palavra para algumas pessoas que faziam parte do Grupo Condutor. Relatou que estiveram discutindo
243 cada um destes indicadores, chegando até o número vinte e nove, tentando aprofundar cada vez mais o que seria pactuado,
244 resultado, como não tinham tempo hábil e precisavam colocar em pauta a proposta que tinha surgido na reunião do COSEMS
245 pela manhã tinha sido que fizessem uma comissão composta pelo pessoal do Estado e pelo pessoal que estava
246 acompanhando no Grupo Condutor, para trabalhar hoje em paralelo. Só que um trabalho desses não dava para fazer em
247 paralelo nem podia ser de uma hora para outra. Se passassem dois dias para discutir vinte e oito Indicadores e os mais
248 polêmicos estavam ainda mais na frente, não seria de bom tom que trouxessem para a CIB, para aprovarem simplesmente o

249 que tinha sido construído em uma manhã. Então tinha surgido a proposta de aprovar *ad referendum*, delegando ao grupo
250 condutor que discutisse um a um e depois de pactuado lá, que já era tripartite, porque inclusive além do Estado o Ministério
251 também participava, então a proposta feita pelo COSEMS tinha sido de *ad referendum*, delegando à comissão formada a
252 discussão de cada um desses indicadores. Dra. Aldecy Silva colocou que poderia não ser pertinente, mas havia uma
253 necessidade de compreensão de sua parte, com relação à pactuação, por exemplo, dos indicadores de mortalidade,
254 lembrando que recentemente tinha sido noticiado que teria suspensão de recursos porque tinha morrido uma pessoa a menos.
255 Aí achou muito equivocada, mas gostaria de entender, porque tinham pactuado. Disse que tinha coincidido que no mesmo dia
256 estava em uma reunião com a colega Maristela, do Município de Rui Barbosa, que também tinha recebido a notificação porque
257 tinha morrido a mais. Então ficava na dúvida porque se pactuava uma previsão, um indicador, um percentual, mas não era
258 possível determinar quantos óbitos teriam no município, então quando ia para a investigação de óbito que tinha um a menos.
259 Relato que uma pessoa do Estado tinha entrado em contato com o município, dizendo que teria que localizar um óbito a mais,
260 que teria que garantir esse registro e quem lançava nesse caso era a Dires, então gostaria de saber ao certo qual era a
261 situação da suspensão de recurso com relação à mortalidade. A Dra. Joseane Bonfim reiterou que para poder dar finalidade ao
262 mês de setembro, para garantir o mês de outubro, porque senão só iam pactuar lá para o mês de dezembro e achava que
263 havia condição de fazer isso no mês de setembro, acreditava que, com mais duas oficinas, conseguiriam viabilizar, até porque
264 não se discutia puramente o Indicador. Também estavam aprofundando uma estratégia que desse conta de melhorar os
265 Indicadores no Estado da Bahia, por isso que estava sendo um pouco mais demorado, mas poderiam fazer este
266 encaminhamento. Dr. Raul Molina reafirmou a aprovação *ad referendum* nas condições propostas. Dra. Joana Molesini
267 argumentou que, como Joseane fazia parte da Comissão, gostaria de deixar já marcada uma reunião para um dos dias 04, 05
268 ou 06 de setembro e ficou pactuado para a primeira semana de setembro, com data a confirmar. Dra. Alcina Andrade
269 esclareceu a questão levantada por Dra. Aldecy, relatando que havia uma estimativa de óbitos que devia ocorrer no território,
270 mas o repasse de recurso não era feito com base nisso e sim com base na alimentação do sistema, o que vinha acontecendo
271 muitas vezes era que os municípios, para garantirem o repasse de recurso, repassavam bases vazias só para garantir a
272 periodicidade e era feito esse monitoramento. Sinalizou que como não ocorreram óbitos, manter-se-ia o fluxo da informação, e
273 os recursos não seriam suspensos como esperado, e sim através de estimativas. Acrescentou que o indicador que estava
274 fazendo parte do PROG-VS do parto é proporção de óbito por causa definida e não por número de óbitos ocorrido no território,
275 sendo trabalhada em função da qualidade e não mais da cobertura. Salientou que a cobertura no Sistema de Informação que
276 especifica a mortalidade já é muito boa e sua opinião sobre o equívoco do entendimento acerca do que já tinha sido cobrado
277 em função desse aspecto precisava ser cessada, sem que existissem mais dúvidas, pois a dúvida que a mesma levantou, por
278 mais que parecesse desnecessária, poderia ser a mesma dúvida de muitos presentes. Supôs existir um equívoco de
279 entendimento acerca dessa exigência, dessa forma, foi necessário o esgotamento de quaisquer dúvidas, deixando o mais
280 claro possível. Ressaltou que era preciso alimentar regularmente com qualidade, e que o recurso se fazia suspenso quando
281 não era movimentado, e ainda, que não adiantava alimentar a base só para garantir a periodicidade e repasse de recurso.
282 Enfatizou bem, para que ficasse o mais evidente possível. Assinalou que no indicador, a proporção de óbito é por causa
283 definida e o esperado era que noventa por cento dos óbitos ocorridos nos territórios tivessem uma causa definida e isso
284 envolvia outras questões. Acrescentando que além de capturar o óbito, era preciso melhorar a qualidade de assistência para
285 que o médico pudesse declarar a causa, ter assistência médica e com declaração. Próximo ponto de pauta: 2.
286 Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 2.1 Novos valores do PFVS para os Municípios. Dr.
287 Raul deferiu os valores do Piso da Vigilância em Saúde e sinalizou que na CIB passada foi delegada uma comissão, sendo o
288 COSEMES composto por Dr. Odilon Rocha e Dr. Emerson Garcia e questionou a necessidade de falar a respeito desses
289 resultados. Dr. Emerson se comprometeu em apresentar esses dados neste mesmo dia, no turno da tarde, justificando que o
290 faria depois, pois o Odilon não estava presente no momento. Dra. Alcina Andrade mencionou que compôs um grupo para
291 discutir o repasse de recurso após a publicação da Portaria 3252, pois com a revisão dos valores no piso fixo de vigilância em
292 saúde, precisava mandar essa planilha para assegurar o recurso que seria repassado para cada município do Estado e o que
293 ficava com o Estado. Compôs um grupo formado pelos técnicos da DIVEP, outro grupo composto pelo pessoal do financeiro da
294 SUVISA (Elza Calafange, Eleuzina Falcão, Emerson Garcia e Odilon Rocha) e a proposta final seria apresentada pela Diretora
295 da DIVEP. Dra. Maria Aparecida iniciou a apresentação sinalizando que os novos valores do piso fixo de vigilância, tinham
296 como base essa Portaria 1596 e os novos valores definidos nessa portaria, com base na portaria anterior 1378, também de
297 2013, que regulamenta as responsabilidades e estabelece diretrizes para execução de financiamento desse bloco de vigilância
298 em saúde e trata inclusive de transferência de recursos. No seu artigo, ele define o que já era conhecido por todos, que os
299 recursos federais são transferidos para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios para financiamento das ações de
300 vigilância, que estão organizados por blocos; o bloco de vigilância em saúde, e o componente de Vigilância Sanitária, e que os
301 recursos dos blocos eram repassados mensalmente de forma regular e automática do fundo nacional para o fundo estadual.
302 Esse repasse mensal será a partir do ano de dois mil e quatorze, pois esse ano ainda está sendo repassado no quadrimestre. O
303 piso era composto de um valor per capita que é estabelecido com base na estratificação do Estado. São três extratos. O
304 extrato I pega mais os Estados do norte: Acre, Amazonas, Amapá; Bahia está no extrato II; e no extrato III estão: o Distrito
305 Federal, São Paulo e Paraná. A divisão desses recursos, uma vez que estavam no extrato II, teria que ser aprovado no âmbito
306 da CIB. A Secretaria Estadual recebe no mínimo dez por cento, para os municípios, e eles devem ficar com sessenta por cento,
307 exceto capital e região metropolitana, aos qual o Estado tem de repasse oitenta por cento. A Bahia estando no extrato II, o
308 valor per capita de referência é de cento e sessenta e oito e o mínimo de repasse para o município era de quatro. Optaram por
309 passar oitenta por cento, que resultava em cinco reais e cinquenta centavos per capita. E foi visando reduzir essas
310 desigualdades que resolveram colocar oitenta por cento. Dessa maneira, o estado poderia ter repassado sessenta por cento,
311 sendo oitenta por cento só para Salvador e região metropolitana, e ainda o grupo que trabalhou SUVISA, COSEMES, oitenta
312 por cento para todos os municípios. Por fim, todos iriam receber oitenta por cento per capita, e agora aqueles municípios que
313 apesar de terem recebidos valores a oitenta por cento per capita e que mesmo que o incremento seja abaixo de cinquenta por
314 cento em relação ao ano anterior, há a necessidade de ajustes para receber no mínimo cinquenta por cento de diferença. Essa
315 proposta foi elaborada pela DIVEP, SUVISA e o Secretário Odilon. Dr. Emerson estava presente para aprovação

316 complementou parabenizando mais uma vez a equipe da Vigilância a Saúde, a qual mostrara a importância da
317 municipalização. Revelou que não houve dificuldade na mesa de negociação, e que se pronunciou em nome do COSEMS
318 quando propuseram que o Estado concedesse vinte por cento, na finalidade de atender às necessidades dos municípios, visto
319 que estes são sempre fragilizados nesse quesito, a Vigilância. Pronunciou uma notícia desagradável com essa referência, a
320 qual sua opinião deveria ser levada para o CONASEMS. A discussão é uma proposta e todos aqueles que compareceram no
321 Congresso de Secretários Municipais da Saúde, lembram do anúncio do ministro e do presidente do CONASEMS, que seria o
322 incremento de duzentos por cento retroativos ao início do ano, mais precisamente do mês de janeiro. Assim, o incremento não
323 foi de duzentos por cento, foi somente de quarenta por cento, não sendo retroativo a janeiro. O mesmo pediu a atenção da Dra.
324 Alcina, colocando que essa pauta tinha sido iniciada como apresentação, e a CIB concordando, entraria com pactuação para
325 conseguirem pegar pelo menos os municípios que possam resgatar, e ainda sem custo financeiro, ao menos no mês de julho.
326 Pois poderiam ficar sem esse valor até o mês de setembro e somente a partir daí, quando é feito a recomposição novamente.
327 Dr. Raul Molina elogiou a boa colocação e perguntou aos membros da CIB, se todos concordavam que fosse feita pactuação.
328 Houve consenso. Solicitou impassibilidade, pois estaria alterando a pauta naquele momento, ao receber o Sr. Rodrigo Oliveira,
329 assessor do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde. O mesmo compareceu nesta CIB juntamente com o Sr.
330 Antonio Carlos, o que o denominou de embaixador na Atenção Básica e que também foi Ex Secretário do Prado, membro da
331 Diretoria do COSEMS, Presidente do Conselho Curador da Fundação Estatal de Saúde da Família e que hoje compunha a
332 equipe de apoiadores da DAB e gostaria de passar a palavra para o Sr. Rodrigo, pois o mesmo estava com a necessidade de
333 se ausentar em função de compromisso com horário de voo para Brasília, assim a palavra seria dada ao mesmo, para esse
334 não fosse embora sem conseguir dar sua contribuição verbal. Sr. Rodrigo Oliveira agradeceu a cortesia e garantiu que seria
335 absolutamente sintético e rápido. Relatou que havia acontecido nesta manhã e aconteceria na manhã do dia seguinte, nos
336 vinte e seis Estados, um conjunto de Oficinas de preparação para os municípios que vão receber os médicos do Programa
337 Mais Médicos, e que como estava presente aqui, achou interessante também dar um informe, mesmo não tido sido
338 contemplado nessa primeira etapa, e como o Programa continua, é bom saber sua cronologia e que valia a pena passar o
339 calendário que já está pactuado com relação à chegada dos médicos dos municípios. Dias 24 e 25 de agosto, ao final de
340 semana seria o período aos quais os médicos que possuem diploma no exterior, chegariam. Eles seriam deslocados para sete
341 capitais, onde farão curso com duração de três semanas, iniciado no dia 26 de agosto até o dia 13 de setembro. Ao término do
342 curso com avaliação final, observando a capacidade de comunicação da língua Portuguesa e com relação inclusive com a
343 comunicação médica. No dia 02 de setembro, acontecerá a apresentação dos médicos com diplomas validados no território
344 nacional, os médicos Brasileiros ou médicos Estrangeiros, que tiverem os seus diplomas revalidados e as suas apresentações
345 já nos municípios, no dia 16 de setembro, após as três semanas do curso. Os médicos que eles estavam chamando de
346 "Intercambistas", esses que são os médicos estrangeiros ou Brasileiros, sem diplomas revalidados no Brasil, se apresentarão
347 nos municípios. No dia 28 de agosto, os municípios que recepcionariam médicos neste momento, receberiam relação por e-
348 mail com as datas de chegadas aos municípios, os nomes dos médicos e o número do voo dos mesmos. Para isso, havia dois
349 comunicados a serem dados: Foi solicitado aos municípios, inclusive que já havia sido comentado com mais riqueza de
350 detalhes durante a oficina que aconteceu neste mesmo dia que se segue, pela manhã, solicitações aos municípios que
351 recebessem os médicos no aeroporto ou rodoviária, apoiando-os não só no traslado, mas também no compromisso com as
352 contrapartidas do Mais Médico, sendo uma obrigatória e outra a depender. A primeira condição é acerca da alimentação. É
353 fundamental que o município se organize de duas maneiras, podendo ser alimentação direta ou por auxílio. No caso do auxílio,
354 é necessário contatar a procuradoria do município e se antecipar no caso de haver a necessidade de modificar a lei para isso.
355 Uma vez que esse profissional não tinha vínculo formal com o município de trabalho, é de importância os municípios
356 começarem a tomar as devidas providências. A segunda condicional é a questão do aluguel. Tanto o fornecimento da casa
357 para moradia ou o fornecimento do auxílio mensal para que o médico custeie sua moradia e a alimentação, são valores que
358 existem tem no manual e no site, utilizando Nota Técnica, especificando o parâmetro, de acordo com o porte do município. O
359 resultado final dessa oficina e desse processo, é que o sucesso para o programa, depende da capacidade de articular esse
360 processo logístico de maneira inter-federada e tem um pedaço importante que até agora tem sido do ministério da saúde, mas
361 que a partir de agora estará passando boa parte da responsabilidade para os municípios, sendo estes, obrigatoriamente
362 responsabilizados com a organização para essas providências. A Secretária Municipal de Saúde de Ubaíra, Sra. Solange
363 Vieira sinalizou sua dificuldade com a utilização do sistema e criticou o curto prazo com relação ao cumprimento desse
364 compromisso, a alimentação e o aluguel. Pediu uma solução para resolver essa questão. Dr. Emerson Garcia comentou que
365 possuía uma dúvida com relação à apresentação do custo no Mais Médico e solicitou ajuda para um entendimento maior com
366 relação às dúvidas de outras pessoas. Como gestor, teve uma preocupação, pois uma amiga médica, antes de se inscrever no
367 Programa, procurou informação com seu município de trabalho, sobre a possibilidade de trabalhar apenas três dias na semana,
368 alegando que de acordo com a cultura do PSF, ela não podia mais do que esse período. Sendo assim, ela alegou que não faria
369 dessa forma, pois acreditava que o Ministério Público iria fiscalizar de perto, já que a Polícia Federal estava atenta. Afirmou
370 estar torcendo pelo sucesso do Programa, porque quer médicos Cubanos trabalhando logo, e que a sua amiga médica havia
371 ido para o uma cidade do interior de Alagoas, cujo nome não foi citado, e que havia conversado com três dos municípios dos
372 quais tinha sido aprovada e relatou a ele que não havia acontecido o mesmo com relação a Alagoas. Disse que trabalharia
373 apenas três vezes por semana, iria receber dez mil reais, para salário, moradia, alimentação e que ainda continuaria indo para
374 o Rio de Janeiro, visitar a família no período intercalado de quinze em quinze dias, sem maiores problemas, assim, gostaria de
375 entender como seria a fiscalização em loco, pois não entendia como o PSF teria médicos trabalhando por cinco dias semanais,
376 de verdade. Alegou grande dificuldade com a questão da imposição por parte dos profissionais médicos em suas negociações
377 com relação à carga horária e reforçou que para não perder o recurso, o gestor hoje acaba cedendo às condições impostas por
378 esses médicos, desta forma, solicitou resolução para essa problemática. O Sr. Rodrigo Oliveira se manifestou criticando sobre
379 a questão do sistema. Colocou que de fato havia comentado sobre isso hoje, que não fazia parte do departamento responsável
380 pelos detalhes operacionais, não sabia qual seria a decisão, e que no Ministério da Saúde o problema era o sistema, e que o
381 Ministério não deverá penalizar o município que não tem absolutamente responsabilidade com essa questão, mas que de fato,
382 está com problema no Sistema do Servidor, mas que todos estavam empenhados em resolver essa questão, prorrogando o

383 prazo para o dia vinte e seis desse mesmo mês. Solicitou tranquilidade aos gestores, para que continuassem insistindo, porque
384 infelizmente existiam problemas com o crédito de servidores do Ministério da Saúde. Ressaltou que a Atenção Básica
385 necessita que compareça perto do prazo do SISMOB, salientando que com a mesma, também ocorria o mesmo problema
386 referente a prazo. Sobre essa questão, quando comentou que o sucesso e o fracasso iriam depender da capacidade de
387 articulação, era evidente que o Ministério de Brasília por mais que se faça contratação de supervisor e respeite todos os
388 processos, o PROVAB estará presente e ainda assim, dependia concretamente do município se responsabilizar por uma
389 grande parte do desgaste político e confiar nisso. Suspeitava que esse programa fosse eficiente para modificar um pouco a
390 correlação de forças que se estabelecia entre médicos e gestor, sendo muito desigual e deletéria e argumentou que com o
391 decorrer do Programa Mais Médico entrando em vigor, a tendência é melhorar a situação, pois o número de médicos é maior e
392 isso é uma solicitação para esse início de programa não deixar de acontecer. Relatou que o Ministério da Saúde se posicionou
393 de forma parcial nesse processo, não colocando o programa em risco por causa de qualquer gestor que tenha cedido à
394 questão da identificação do profissional médico. Não que o profissional fosse sair do programa, o município era que seria
395 descredenciado do programa cuja supervisão duplicou na equipe do PROVAB, havendo supervisão e por mais presente que
396 esteja, havia hora marcada para isso. Se o município concordasse fazer o acordo com o gestor, dificilmente o Ministério
397 conseguiria, mas que sendo descoberto, seriam descredenciados e não desistiriam desse processo. É da opinião que seja por
398 razões políticas e a gravidade da problemática era complicada demais para se colocar em risco por conta disso. Os municípios
399 é quem precisam dar conta do cumprimento das duas questões principais, a alimentação e o aluguel. Também será
400 descredenciado do programa, realocando o profissional para os municípios, sabendo do processo burocrático da administração
401 pública; existiam coisas relacionadas com as leis, que não poderiam ser modificadas, e que os Municípios também precisavam
402 se comprometer mais com essas responsabilidades também. Dr. Raul Molina agradeceu ao Sr. Rodrigo pela colaboração e
403 registrou que falou com Dr. Emerson sobre a auditoria e supervisão que foi colocado como ponto fundamental para que esse
404 programa tivesse sucesso e dentro dessa situação, comentou que pela manhã havia disposto a respeito disso, fazendo
405 questão de se posicionar enquanto presidente do COSEMS, e Vice-Presidente do CONASEMS, que eles institucionalmente
406 estavam dentro e que o CONASEMS estava se pronunciando em nome do Mais Médico e que ele suspeitava que apesar de
407 todos os esforços, nesse processo todo, ainda iria faltar médicos quando na posse, principalmente neste momento, que os
408 enlaces das situações dependiam deles. Colocou em questão que o indivíduo que está na atenção básica não será colocado
409 de plantão no hospital porque isso criaria problema e problema maior seria no momento em que começassem a permitir que os
410 médicos não precisassem ficar os cinco dias, ficando quatro, três, dois dias e ainda tem gente que fica apenas um e meio.
411 Chamou atenção de que a responsabilidade precisava ser dividida e assumida, pois o programa depende também dos
412 secretários, dos gestores municipais de saúde, para que ele não se desvirtue. Ressaltou que o programa ainda no processo de
413 construção podia ser melhorado, e haviam colocado enquanto CONASS, CONASEMS, que eles deveriam ter sido discutidos
414 muito mais com todos, antes de virem da Casa Civil, haviam se colocado claramente e foi uma declaração que fizeram com o
415 CONASEMS. Continuaram colocando aqui, apesar de todo o mérito e de terem encarado com coragem, mas esse tipo de
416 atitude era para ter tido há muito mais tempo, antes de elitizar a medicina, antes de poder formar profissionais que se
417 elitizaram, dizia-se um médico tranqüilo e que não tinha preocupações com isso. Acrescentou que havia se colocado em todos
418 os foros, que esse era o seu registro e confirmou com o Sr. Rodrigo que estavam aqui para contribuir, colaborar, com o Estado
419 da Bahia de forma particular. Dra. Suzana Ribeiro aproveitou a presença do Sr. Rodrigo, para registrar o apoio incondicional do
420 Sr. Secretário e Coordenador da CIB ao programa, dizendo que ele era testemunha disso e que era até redundante falar mais
421 se não registrasse aqui no plenário que a equipe da Secretaria da Saúde e todos que estavam envolvidos com o programa,
422 tinham a determinação firme de apoio incondicional ao programa em qualquer circunstâncias e que isso era importante que se
423 registrasse, pois apoiar o programa, significava também apoiar os municípios sem dúvida alguma, porque a responsabilidade é
424 grande do gestor municipal, mas que precisavam manter um diálogo permanente, atendendo a Diretoria de Atenção Básica, a
425 SAIS, nossa Superintendente Dra. Gisélia Souza, junto com Cristiano da DAB, Amanda que também estava acompanhando, o
426 Superintendente de Recurso Humano, Dr. Washington Abreu que inclusive era um dos apoiadores direto junto ao Ministério da
427 Saúde, que assumiu recentemente a Superintendência e tem sido uma das pessoas que tem feito a interlocução e o nosso
428 Secretário, por entender a importância do Programa para reforçar a equipe de apoio aos municípios, e aos médicos que
429 estarão chegando através dos mais médicos ampliando a interlocução designou mais dois médicos da assessoria do Gabinete
430 exclusivamente para acompanhar o programa que são Dr. Eduardo Reis e Dr. Ângelo de Castro Lima, que estão
431 acompanhando diretamente o Programa e a chegada dos médicos, dando toda a assessoria, apoiando a logística, dialogando
432 diretamente com a força armada no sentido de fazer não só a recepção, mas toda a programação no processo de
433 acompanhamento e capacitação. Além disso, há um movimento, e isso é fundamentalmente importante no sentido de garantir
434 que os municípios estejam atentos a sua responsabilidade. Argumentou que qualquer movimento que se fizer, e que possa
435 comprometer a chegada desses profissionais ao município ou a tranquilidade que eles possam ter no movimento de acesso ao
436 alojamento, a garantia do espaço adequado, a prestação de serviço ao trabalho na unidade de saúde, pode comprometer o
437 programa. Considerou que as articulações feitas podem gravemente acometer o programa e comprometer a credibilidade dele,
438 portanto fez um apelo aos gestores municipais, que façam o cadastro e se proponham a receber esses profissionais, e se
439 atentarem a todos os detalhes, desde a chegada do profissional médico no seu território, no seu município, até as condições
440 de moradia de trabalho ao que ele vai, na verdade, se apropriar enquanto rotina no município, apoio direto não só do prefeito,
441 porque é ele quem determina a vontade política, mas do gestor municipal, dos coordenadores de atenção básica, das nossas
442 Diretorias Regionais de Saúde, isso é fundamental para o êxito do programa. Ponderou que qualquer movimento que não se
443 consiga articular, com certeza compromete não só o profissional, o Programa, como também o Estado da Bahia e o município
444 onde ele está alocado, portanto afirmou que contasse conosco, e o Ministério sabe disso, assim reforçou o apoio incondicional
445 ao programa e ao nosso ministro. Dr. Fabiano Ribeiro reforçou o que tinha dito na reunião do COSEMES pela manhã, de que
446 representava o COSEMS tanto na comissão estadual do PROVAB, como na comissão nacional e agora pegou a junção dessas
447 comissões e agora integrando também o Mais Médico e para os municípios, não precisava ficar repetindo da importância desse
448 projeto, desse programa para todos. Colocou que todos reclamam dessa questão predatória em relação ao profissional médico
449 e bancar essas questões de podermos não deturpar o programa é importantíssimo para todos, para não mais ficar nessa

450 situação predatória e mais uma vez reforçando, qualquer situação que abríamos mãos o mínimo possível, a primeira coisa que
451 podemos está fazendo, primeiro é deturpando o programa, segundo irão ser responsabilizado, porque todo aquele que aderiu o
452 programa, assumiu o termo de compromisso, não só o nosso recurso a retirada do PAB, mais que tem complemento, porque
453 não receberam os dez mil reais do PAB e para pagar esse medico no município não seriam só dez mil reais, então isso teria
454 que estar muito claro para todos e a outra questão é quem pegar, contratar o médico, fizer acordo para trabalhar menos do que
455 tem de trabalhar vai ser responsabilizado por isso e outra questão, esse médico ele vem para trabalhar no município com
456 compromisso exclusivo da saúde da família, não pode estar cadastrado no CNES e não pode estar trabalhando em nenhum
457 outro serviço no município ou no território nacional, inclusive o médico estrangeiro, ele tem uma autorização apenas para
458 trabalhar na Saúde da Família, esse médico não pode durante dois anos trabalhar em nenhum outro lugar, o gestor que
459 permitir isso também vai ser responsabilizado por isso, então não precisa ficar reforçando toda hora, pois todos sabem da
460 importância desse programa, o COSEMS já se colocou o CONASEMS e a SESAB estão se colocando o Ministério da Saúde
461 também a todo momento é um projeto prioritário para todos, se falharmos por questão imediatista de fazer qualquer acordo
462 com o médico para fazer diferente do que está no termo de compromisso que todos nos aderimos ao programa fizesse, além
463 de deturpamos o programa, seremos responsabilizado por conta disso. Ressaltou que o Programa por conta de ter a vinda de
464 médicos estrangeiros, é também uma questão de segurança nacional, então todos serão responsabilizados, Dr. Emerson está
465 apoiando não só pela questão da política federal, mas tem a responsabilidade também da questão da segurança nacional,
466 porque tem um acordo internacional para a vinda de médicos estrangeiros para o Brasil, porque ele não pode fazer um acordo
467 de trazer médicos de países que tem menos médico que nos. Isso tem um acordo internacional para que venham médicos de
468 países que não tenha falta de médicos como tem no Brasil. Além de tudo a responsabilidade que tem e então mais uma vez,
469 não precisava ficar toda hora reforçando da prioridade, necessidade de todo mundo assumir seu compromisso que é esse
470 programa. Mais como sabíamos que pela necessidade na gestão municipal, ou uma visão deturpada e imediatista ou alguns
471 colegas aceitam alguns acordos mais achava que era uma coisa que não devíamos fazer. Dra. Gisélia Souza colocou que era
472 necessário reforçar alguns argumentos, lembrando que estavam tratando de um programa em que pesa muitas polemicas que
473 têm sido colocadas, inclusive na imprensa e pelas instituições, entidades médicas que uma das criticas principais era de que
474 esse Programa era um programa eleitoreiro, que não vai nas questões estruturais com gestores estaduais, tiveram a
475 representação do gestor federal e que estava com os municípios que sofre na pele toda a situação que se encontravam dentro
476 da atenção básica e então sabia que as questões estruturais realmente, que são muito importante e esse programa é
477 emergencial, mas que mesmo assim não deixou de tratar de algumas dessas questões estruturais, porque ele veio calçado
478 com algumas medidas, como por exemplo, junto com o programa que prevê a requalificação das Unidades Básicas de Saúde,
479 sejam as tradicionais ou as Unidades Saúde da Família, através do programa de qualificação com reforma, ampliação ou
480 construção de novas unidades. Relatou que a Bahia catou mais de duzentos milhões de reais para justamente esse programa
481 e vai também de uma questão que é central e que diz respeito a formação do profissional médico. Ponderou que durante
482 séculos o Brasil abriu mão, no século XX que o Brasil não fez regulação da mão de obra médica, a regulação da formação da
483 mão de obra médica e deixou que o mercado fizesse a regulação dessa mão de obra, então o profissional forma naquilo que
484 dá mais dinheiro, mais sucesso profissional e não é formado para o Sistema Único de Saúde e para o Sistema Público de
485 Saúde. Argumentou que o governo hoje está entrando nessa questão e tentando direcionar a formação médica para que uma
486 parte da sua formação se dê dentro do Sistema Único de Saúde, então mesmo que esse programa seja criticado por alguns de
487 que é um programa eleitoreiro, que não resolve o problema, porque não tem condições de trabalho, que os médicos estão na
488 atenção básica porque não tem condições de trabalho e que sabíamos que o problema não era esse e sim uma tergiversação,
489 e na verdade o que estavam enfrentando era a falta mesmo de médicos e que o Secretario de Saúde de Salvador sabia disso
490 e todas essas cidades que estão aqui sabem disso, que o que falta é medico, e essa falta de mão de obra é ditar qual é o valor
491 do salário que eles querem da remuneração que eles querem, e isso vem sofrendo tanto na atenção básica quanto no nível da
492 atenção hospitalar e algumas especialidades médicas também, onde somos realmente chantageado para que se contrate da
493 forma que eles acham que devem ser contratados, na modalidade da remuneração e da carga horária que ele querem, lidam
494 com isso o tempo inteiro, nos nossos hospitais, na assistência obstétrica, na área da anestesiologia, neurocirurgia e então
495 várias especialidades médicas também por conta dessa pouca mão de obra eram obrigadas a ceder a várias dessas
496 exigências, e que hoje tinha a possibilidade de iniciar o processo de enfrentamento dessa questão, que é melhorar a formação
497 médica, colocando a obrigatoriedade da sua formação dentro do Sistema Único de Saúde, formando os profissionais para a
498 atenção básica e para área justamente também da urgência e emergência que também é uma formação necessária e achava
499 que os municípios não podiam perder essa oportunidade que era um processo inicial de mudança, que tinham que começar
500 bem e realmente fazer as partes com o gestor e os da Secretaria Estadual de Saúde e que iam fazer a parte do
501 acompanhamento, suporte técnico, supervisão e com certeza o rigor iria ser exigido no cumprimento da carga horária, e
502 inclusive o profissional que não se adequar a carga horária, ele pode ser devolvido, e inclusive desligado do programa e buscar
503 sua substituição, assim, solicitou a colaboração de todos os gestores municipais para que consigam ter sucesso nessa
504 empreitada. Dra. Suzana Ribeiro informou que acabou fazendo uma inserção no meio da pauta de um ponto que não estava
505 por conta do registro e solicitou tentar adiantar. O Diretor da DAB, Sr. Cristiano Sóster cumprimentou a todos e falou que muito
506 já conhecia do programa e achava que precisam ter uma clareza que ele não era um simples programa estabelecido uma
507 política nacional e ela partia de ações emergenciais era a inserção de profissionais na atenção básica, sejam médicos
508 estrangeiros ou acatção de médicos Brasileiros que queiram trabalhar na atenção básica de forma emergencial. Considerou
509 que essa política era bem mais ampla e passa por um processo inclusive de discussão e implementação do Plano de Cargos e
510 Carreira de Salários nos Sistema Único de Saúde, passava também por uma discussão sobre ampliação das residências e que
511 deviam acompanhar os danos da atenção básica, tinha toda uma discussão de reestruturação da atenção básica pelo
512 requalifica e deixava claro para todos e que era um recado do próprio Ministro da Saúde e que todos os municípios que
513 quiseram reformar ou ampliar Unidades Básicas de Saúde tinham até o dia 31 de agosto para fazer a inscrição no sistema no
514 SISMOB e esse projeto iria ser garantido pelo Ministério da Saúde, isso era importante saber, sabemos também que o sistema
515 está com problemas, com instabilidade, mas tentem incluir e acessar todos os dias e encaminhem e-mail para que possamos
516 também fazer a pressão junto aos técnicos do Ministério e é para termos clareza que além do provimento dos profissionais tem

517 uma condição de qualificação de toda essa rede. Quanto a questão de supervisão desses trabalhadores que estão estendidos
518 no mais médicos e vale lembrar que o PROVAB já passa por um processo de supervisão, muitos secretários colocam como
519 tendo uma dificuldade de garantir as 40 horas desses médicos do PROVAB, só que existe um porém de que poucas denúncias
520 inclusive estão chegando e esse mesmo volume que se tem de diálogo é importante a formalização, porque todos os casos
521 estão sendo verificado em loco pela comissão estadual do PROVAB e que dá mesma forma vai ser constituída essa comissão
522 para averiguação de todos os casos relacionados ao mais médico, para além disso se possa ter uma relação muito próxima da
523 promotoria estadual com o Sr. Rogério ao qual também tem se empenhado junto com todos nessa discussão, e essa é uma
524 ação que ela devia ser feita pela gestão e também pela mobilização social e ai ter um movimento social e os conselhos
525 municipais juntos, para apoiar a todos. Considerou extremamente importante que esse diálogo precisa ser levado para todos
526 os conselhos municipais de saúde e a ressaltou que DAB, SAIS e SESAB, estão se empenhando para poder está presente
527 nessas discussões. Dando prosseguimento, Dra. Suzana Ribeiro passou para o seguinte ponto de pauta: 2.2 Análise de
528 Imunobiológicos sob suspeita por macrorregião de saúde, período de janeiro a dezembro/2012. Apresentação. A Sra. Vânia
529 Rebouças Barbosa, Enfermeira da Central Estadual de Armazenação e Distribuição de Imunobiológico do Estado da Bahia
530 colocou que iria fazer uma breve apresentação de um levantamento que foi feito no ano de 2012, com relação as notificações
531 de imunobiológicos que são classificados como suspeitos e falaria rapidamente para refletirem um pouco, pois era um tema
532 extremamente importante que precisava pautar na CIB. Enfatizou que o objetivo era apresentar o resultado da análise de
533 vacina sob suspeita de 2012 no SUS/Bahia e para entender um pouco melhor, qual era realmente o objetivo da rede de frio
534 que era garantir a manutenção da qualidade do imunobiológico desde a sua produção ate o momento em que ele é
535 administrado. Considerando importante estar tratando aqui, porque existia a responsabilidade do Ministério da Saúde, a
536 responsabilidade nacional, e o SINAD faz tudo isso e ele tinha a logistica de entregar esses imunobiológicos que receberam
537 esses imunobiológicos da Central Nacional de Distribuição e distribuíram mensalmente nas trinta regionais de saúde e nos
538 dezesseis municípios da 1ª DORES e o objetivo como já tinha falado era garantir essa qualidade do produto e quando era que
539 iria classificar o imunobiológico sob suspeita, na presença de substâncias estranhas, na alteração com a consistência do
540 produto, condições inadequadas de conservação, estoque, transporte, na alteração da temperatura ideal. Informou que a
541 temperatura ideal de transporte tem de ser sempre entre +2 a +8 graus e a de armazenamento também, trabalhando com
542 câmeras positivas precisam garantir sempre que o imunobiológico fique armazenado nessa temperatura, a falta de controle de
543 temperatura por um período superior a 24 horas, esse imune biológico também merece ser classificado como suspeita, porque
544 não podia deixar em nenhum momento e a Portaria diz que precisa registrar essa temperatura pelo menos no inicio da jornada
545 e no final da jornada de trabalho diariamente de domingo a domingo e então tinha o problema de gestão, porque tinha algumas
546 unidades que realmente não monitoram no final de semana e ai gerava um número que iria mostrar. No caso também de lotes
547 relacionados ao aumento maior da ocorrência de eventos adversos pós-vacinais, que também colocou esse lote sob suspeita,
548 então sobre o resultado da análise só um breve comentário de quais são os principais motivos que levaram esses
549 imunobiológicos a serem classificados como sob suspeita. No ano passado foram quinhentas e quarenta e sete notificações de
550 ocorrências de imunobiológicos sob suspeita, valendo lembrar que tudo que estava no estoque se sofreu uma alteração de
551 temperatura, todos aqueles imunobiológicos são então classificados como sob suspeita. No ano passado mais de 50% dos
552 motivos que levaram essas vacinas a serem classificadas como sob suspeita que mais de 50% foram falta de energia e era
553 importante lembrar que em 2007 a SESAB já adquiriu e todas as regionais de saúde tem gerador e a 1ª DORES não tem a rede
554 de frio própria, mas a SEAD faz essa distribuição para os dezesseis municípios da 1ª DORES e todas as regionais de saúde
555 desde 2007 têm gerador e outra questão também era que trabalhavam com dois caminhões refrigerados que garante, fazer
556 essa distribuição no Estado como um todo e desde então não tem perdas de imunobiológicos por esse motivo nas regionais de
557 saúde. O segundo motivo é o disjuntor desligado, imagine o quanto de vacinas estavam armazenando na unidade de saúde e
558 muitas vezes se perdia tudo porque simplesmente alguém desligou o disjuntor que fica na área externa dessa unidade.
559 Equipamentos sem condições de armazenar o imuno biológico e que as vezes a unidade está armazenando mais de dez mil
560 reais de vacinas e então o refrigerador que precisa de conserto simples e de um valor irrisório e que não era só a perda do
561 produto mais o que isso significava e esse valor na verdade e apresentou os valores, transformou essas perdas em valores em
562 reais só para refletir um pouco, mais que não era só o valor da vacina e que não tinha essa vacina em uma oportunidade para
563 vacinar aquela população e a oportunidade perdida pode gerar em custo. Ponderou que não era só o valor do imunobiológico e
564 estava trazendo o valor do imunobiológico também para refletir o quanto a falta desse imunobiológico pode provocar como
565 prejuízo para a população em geral. Então, a questão do disjuntor desligado muita gente notificava e então muitas vacinas sob
566 suspeita por conta disso. Outros motivos, alterou a temperatura e que não sabiam o motivo, porque não tinham o
567 monitoramento diário. Tinha quase certeza que mais de 80% das unidades, pelo menos das notificações que recebiam e
568 quando recebiam o controle de temperatura tinha sábado, domingo, feriado sem registro de temperatura, porque não tinha uma
569 política de garantir que realmente esse monitoramento seja realmente como preconiza a lei e que era só uma visão geral de
570 quantidade de imunobiológicos notificados como sob suspeita por macro região e que iria detalhar mais adiante cada macro, o
571 valor e a macrorregião leste no ano de 2012, das notificações que receberam e que não puderam aproveitar de
572 imunobiológicos e tiveram uma perda de duzentos e quarenta e cinco mil reais, de vacinas, na região centro leste quase cento
573 e trinta mil reais de vacinas, na região sul cento e trinta e uma mil vacinas, notificaram e tinha isso contabilizado por município
574 e se o secretario municipal tiver interesse em saber quanto o município perdeu de vacinas em 2012 dos que foram notificados
575 e que era importante lembrar que muitos municípios eram silenciosos. Tinha município que faltou energia e era providenciado
576 gerador e ainda assim eles estão modificando e na verdade não houve nem alteração de temperatura e tinha pessoas que já
577 estavam notificando, e tinha município silencioso e se perguntava por que tinha sido silencioso, será que nesse ano, não teve
578 nenhuma ocorrência em nenhuma unidade de saúde que armazene vacinas que gerasse isso, só para refletir um pouco. No
579 centro leste, por exemplo, foram oitenta e uma notificações e o tempo médio de exposição era outra variável que iria trazer e
580 das notificações que receberam da macro leste, tinha ocorrências de as vezes três dias sem monitoramento de temperatura, ou
581 seja, três dias o imunobiológico exposto a uma alta temperatura alterada e o principal motivo era porque o imunobiológico foi
582 esquecido em caixa térmica, que muitas unidades que não tinham gerador, que era distante do centro e eram transportada
583 para unidade central, para a sede do município e que as vezes as vacinas ficavam esquecidas na caixa térmica. Esse foi um

584 dos motivos principais do centro leste que perdeu em 2012 cento e trinta mil reais de vacinas das notificações que sabemos
585 que perdeu muito mais. Na região centro norte foram cinquenta notificações, uma média de exposição em dia de 2,3 dias, ou
586 seja, mais de dois dias sem monitorar temperatura, porque quando há monitoramento de temperatura a gente corta, então
587 ouve exposição, faltou energia, mais se monitora a temperatura, mesmo que não tenha gerador, mas se tem monitoramento no
588 início e no final do período, isso gera uma ação de já prevenir e que muitas vezes conseguem realmente reaproveitar muitas
589 vacinas e é importante lembrar que na centro norte, quando maior o numero de dias de exposição maior o número de descarte
590 por conta da exposição do produto. Ali tem mais de quarenta mil imunobiológicos que foram classificados como sob suspeita,
591 descartados foi mais de 50% e que conseguiu reaproveitar um percentual importante, mas ainda assim perdeu sessenta e dois
592 mil reais em vacinas. No extremo sul foram quinze notificações e o prazo de validade e a falta de energia foram as principais
593 causas, uma região que perdeu dezoito mil reais. No nordeste vinte e um pareceres, 1,6 dias a média de exposição, a falta de
594 energia. Quando uma macro tem realmente um monitoramento correto de temperatura, conseguimos ainda que aquele
595 imunobiológico tenha sido exposto, mas que tiveram alguma ação e conseguiram reaproveitar aquele imunobiológico. Só
596 finalizando as macros, a norte foi cinquenta e sete mil reais de vacinas perdidas em 2012, a oeste sessenta e quatro mil reais
597 aproximadamente, a sudoeste sessenta mil reais, a região sul cento e trinta e um mil reais de vacinas perdidas. Salientou que
598 trouxe essa apresentação para se refletir na CIB sobre a perspectiva que proposta que é exatamente que se tenha um
599 monitoramento mais efetivo dessa gestão do estoque de insumos estratégicos que são todos de interesse da vigilância em
600 saúde, com ênfase na rede de frio imunobiológico, conforme as normas regentes, tanto nas redes estaduais como municipal
601 porque tem esferas que andam bem e outras não e precisavam ter essa parceria de cada um e realmente cumprir com o seu
602 papel, para que se consiga realmente atingir o que esperavam e as metas. Outra perspectiva de atualização também dos
603 protocolos de vacinas sobre suspeita na perspectivas do cumprimento dos meios nos âmbitos estaduais e municipal, porque o
604 que trazia era assim e precisavam responder por isso porque era importante. Finalizou colocando que tinha a notificação, a
605 perda, e o Ministério da Saúde continuava mandando vacinas e vacinando, continuava perdendo também e virando uma bola
606 de neve, assim era preciso refletir e trazer isso para propor ações mais efetivas nesse processo realmente de gestão de
607 estoque de insumos estratégicos. Dra. Maria Aparecida relatou que o Secretário de Saúde, Dr. Solla, tem encaminhado
608 correspondência individual, para os secretários municipais e para os prefeitos, informando o total de perdas e valores para que
609 fiquem atentos. Dr. Raul Molina falou da importância de quase um milhão de reais e da fragilidade que ficava, porque isso
610 chegando para a imprensa, como já tinha uma série de problemas de que se faz desperdício, isso seria um prato cheio, assim,
611 pediu o favor mais uma vez de prestarem a atenção e que todos podia fazer. Em seguida solicitou uma inversão de pauta que
612 era um complemento do GASEC, para os pontos 5.1 até 5.4. Dando continuidade à pauta do gabinete, Dra. Suzana relatou aos
613 membros da CIB faltou a inclusão das aprovações que foram feitas no dia anterior no Grupo Condutor Estadual, por isso pediu
614 para incluir sem prejuízo, ressaltando que não era pauta colocada de última hora, porque ontem, com a reunião do Grupo
615 Condutor Estadual pactuaram que iriam fazer CIB um dia antes da CIR para facilitar o deslocamento das reuniões do
616 COSEMES e iriam ter que está colocando sempre algumas pautas que serão deliberadas pelo grupo condutor que já foram
617 aprovadas e que na verdade são pautas que vem da CIR como planos de urgências, ajustes, discussões ou informativos e
618 deliberações que vem através de Portaria do Ministério e não tinha prejuízo e estava colocando na CIR da CIB, porque mesmo
619 com a câmara técnica são pautas que já avançam por dentro do grupo condutor e os representantes da câmara técnica estão
620 no grupo condutor também, fazendo valer o que está previsto no regimento. Em relação às redes colocou que tinha uma pauta
621 conjunta envolvendo a Rede de Urgência, Cegonha e a RAPS. Começou com a Rede de Urgência com aprovação do Plano da
622 Rede de Urgência da Região Sudoeste e que ontem no Grupo Condutor pela apresentação das quatro regiões que compõe a
623 macro sudoeste, apenas o plano de Vitória da Conquista estava redondo em relação ao que estava previsto e designado
624 através das portarias. Informou que Dra. Alcina iria apresentar, mas que já estava dando os encaminhamentos, porque o que
625 decidiram ontem no grupo condutor foi que quando viesse uma região como chegou ontem a sudoeste com as quatro regiões
626 de saúde, Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista e viram que a CIR se debruçou e precisava fazer ajuste e
627 algumas correções e iriam apresentar aqueles no que estivesse pronto para dar ciência, e os demais para não atrasar o
628 processo da região como um todo, aprovaria ad referendum e a área técnica junto com o COSEMS se debruçaria junto á CIR e
629 a regional para fazer os ajustes que precisassem e dar ciência, após ajustados, essa comissão libera e encaminha para o
630 Ministério e na próxima reunião do grupo condutor será formalizado somente para dar ciência de como ficou aquela
631 distribuição, que atendeu o que o grupo condutor previu na reunião anterior, ou seja, se o plano estiver ajustado e de acordo
632 com a portaria, o grupo condutor encaminha ad referendum para ganhar tempo e retornar para a CIR junto com a
633 representação do COSEMS e da área técnica da SESAB, e faz o ajuste que o grupo condutor orientou para que o plano fique
634 redondo. Então hoje a proposta era aprovar o plano da rede de urgência da macro sudoeste, sendo que três estão ad
635 referendum e um já estava pronto para ser encaminhado. Então para não prejudicar o movimento da região toda, vai está
636 devolvendo os outros três para ajustar mais que já estava aprovado o ad referendum só para fazer ajuste e poder encaminhar
637 ao ministério. Dra. Alcina Romero colocou que conforme foi dito por Dra. Suzana, já recebeu alguns planos aprovados nas CIR
638 regionais e outros só apresentados nas CIR, mas dos quatros Planos da Macro Sudoeste e do Plano de Juazeiro que também
639 foram apresentados ontem, observamos que ainda será preciso fazer alguns ajustes, então, conforme já foi dito aqui,
640 homologamos agora Vitória da Conquista e ficam ad referendum os outros quatros para ganhar tempo, inclusive já foi
641 combinado com os vários gestores dessas quatros Regiões, Guanambi, Itapetinga, Brumado e Juazeiro, que estaremos
642 fazendo uma força tarefa essa semana e a próxima para ajustar todos esses planos para não perdermos a oportunidade de
643 apresentar ou de garantir uma qualificação maior para rede de urgência desses territórios. Mostrando o resumo do Plano de
644 Vitória da Conquista, chamou atenção de que o componente SAMU prevê uma ampliação de cinco base descentralizadas com
645 uma unidade de Suporte Básica para Bom Jesus da Serra, Encruzilhada, Mirante, Presidente Jânio Quadros e Barra do Choça.
646 Ressaltou que o SAMU de Vitória da Conquista e Itapetinga tem um número reduzido de bases e esta é mesmo a hora de
647 ampliar e lembrou que a ampliação de mais uma unidade de suporte avançado para Poções já estava aprovado anteriormente,
648 mas vamos inserir no Plano para garantir e a previsão de habilitação desses equipamentos a partir de outubro de 2012, e de
649 qualificar todos os equipamentos a partir de janeiro do ano 2014, com um acréscimo de recurso financeiro. Relatou que no
650 componente UPA 24 horas não houve nenhuma solicitação de ampliação no número de UPAS, continuamos com três UPAS

651 no território uma Estadual porte III em Vitória da Conquista e uma porte II do município, onde a do município está prevista
652 habilitação e qualificação para 2014, a Estadual idem, e a UPA de Poções, habilitação e qualificação em 2014. Observou que
653 esta UPA de Poções já está pronta, já recebeu a terceira parcela, e existe a preocupação com a questão de só estar prevista a
654 sua habilitação para daqui um ano ainda, assim, solicitou que o Gestor de Poções reforce a justificativa para isso no Plano,
655 pois não foi observada essa justificativa. Quanto às salas de estabilização, foram aprovadas nove pela CIR de Vitória da
656 Conquista para Anagé, Belo Campo, Cândido Sales, Condeúba, Encruzilhada, Maetinga, Mirante, Piripá e Planalto, algumas
657 em Hospitais de Pequeno Porte e duas em Centros de Saúde; Maetinga e Piripá é que não tem unidade hospitalar no território
658 deles. Pontuou que foi uma definição do Grupo Condutor de que antes de mandar para o Ministério, ainda vamos passar pelos
659 critérios de priorização estabelecidos pelo GT para mandar essa planilha com os critérios do primeiro ao nono. Lembrou que o
660 Hospital estratégico de Vitória da Conquista é o Hospital Geral de Vitória da Conquista, que já foi aprovado na CIB, e tem um
661 recurso de investimento para atenção de equipamento de três milhões, e mais um custeio para qualificação da porta de
662 entrada no valor de trezentos mil reais/mês e é um Hospital que está habilitado em duas redes de alta complexidade. Quanto
663 aos leitos clínicos, informou que houve uma solicitação de ampliação de cento e setenta leitos clínicos, o déficit de Vitória da
664 Conquista é de cento e cinquenta e estamos justificando no Plano a necessidade por ser pólo de macro, de ter um número de
665 leitos de retaguarda a mais, então estão sendo ampliados noventa e cinco leitos no Hospital Geral de Vitória da Conquista para
666 2014, é uma obra da Secretaria de Saúde que já está em curso no hospital; no Hospital Afrânio Peixoto que é um hospital
667 psiquiátrico, está havendo uma reformulação no seu perfil e vai ficar com cinquenta leitos clínicos de retaguarda para a rede de
668 urgência; e no Hospital Casa de Saúde São Geraldo que é um Hospital privado credenciado ao SUS, vinte e cinco leitos de
669 retaguarda. Vão ser qualificados oitenta e cinco leitos, sendo sessenta no Hospital Geral de Vitória da Conquista e vinte e cinco
670 no Hospital Afrânio Peixoto; essa é uma correspondência que a Portaria permite para cada leito novo no hospital público é
671 permitido para cada dois leitos novos, que se qualifique um dos já existentes. Para UTI pediátrica está previsto apenas
672 ampliação de cinco leitos de UTI PED no HGVC também para 2014 e em relação à Atenção Domiciliar, foram solicitadas
673 equipes para os municípios de Anagé, Cândido Sales, Encruzilhada, Planalto, Barra do Choça e Vitória da Conquista, uma
674 municipal e temos uma ainda estadual, a segunda equipe do Hospital Geral de Vitória da Conquista. Chamou atenção de
675 Anagé que na população 2012 do IBGE que é o que está sendo usado pelo Ministério da Saúde, o município não teria vinte mil
676 habitantes, pois teve uma queda de 2011 para 2012, mas existe uma prerrogativa do Ministério de que toda a vez que estiver
677 acontecendo queda de população de um ano para outro, para não prejudicar o Município, deve-se usar a população maior,
678 então é isso que vamos justificar para manter a equipe de Anagé. Relatou que na linha do cuidado do AVC o hospital de
679 referência ficou o IBR e observou que durante a apresentação tinha passado da planilha de UTI adulto. Dando continuidade,
680 considerou que embora tenhamos setenta e três leitos em déficit nesse território, infelizmente só conseguimos ampliar
681 dezessete leitos, sendo três no HGVC que é uma ampliação imediata para 2013, dez leitos que vão ser ampliado no HGVC em
682 2014, que faz parte do escopo dessa reforma dos leitos clínicos e de UTI e quatro leitos no IBR de Vitória da Conquista; temos
683 também uma Unidade de AVC no IBR que já está habilitada pelo Ministério e por conta disso o IBR é a unidade de referência
684 para o AVC agudo no território, além disso, continuamos com os leitos de UTI retaguarda para os casos de AVC e a alta
685 complexidade onde a referência é o HGVC que é unidade habilitada do território. Na linha do cuidado do trauma a referência
686 maior é o Hospital Geral de Vitória da Conquista, e o trauma médio deve estar entrando no Plano da TOM, tanto o HGVC
687 quanto a UNIMEC que é outro prestador privado que oferta serviço de Traumatologia-Ortopedia. A linha do cuidado do IAM é uma
688 unidade coronariana ou a referência, não está contemplada unidade coronariana nesses moldes no Hospital São Vicente, mas
689 a Santa Casa de Misericórdia é a unidade habilitada em alta complexidade e seria a grande referência para o IAM, além das
690 outras UTIs. Explicou que continua seguindo a diretriz da Rede de Urgência, a trombólise feita pela as USAs do SAMU e pela
691 UPAS quando tiverem em funcionamento, provavelmente agora em outubro sairá uma nova Portaria do Ministério que irá
692 permitir o faturamento do Trombolítico da administração dessa medicação que é muito cara pelo SAMU, que não era permitido
693 antes e, além disso, a Trombólise realizada no HGVC e na Santa Casa de Misericórdia. Colocou que além do Plano de Vitória
694 da Conquista que estava sendo homologado, informou que havia sido combinado com o Ministério da Saúde que a cada Plano
695 aprovado da Rede de Urgência, semestralmente ou duas vezes ao ano haveria possibilidade do Ministério da Saúde avaliar
696 pedidos de aditivo ao plano já aprovado, foi o caso do Plano da Macro Leste, Região Metropolitana de Salvador Ampliada,
697 regiões de Camaçari, Salvador, Santo Antonio de Jesus e Cruz das Almas, que desde a aprovação do Plano através da
698 Portaria 1723 em outubro de 2012, alguns Gestores vem solicitando através da CIR ampliação de determinados componentes,
699 como não havia possibilidade de ficar pedindo aditivo de um em um, a Coordenadora de Urgência, Sra. Regina, esteve
700 pessoalmente nas quatro CIR Regionais explicando esse processo para que tivéssemos um aditivo mais forte, então é um
701 aditivo que está contemplando varias ampliações. Ressaltou que isso foi aprovado ontem no Grupo Condutor, todo esse
702 números de ampliações para enviar ao Ministério um aditivo. Pontuou que este seria um primeiro aditivo do Plano de Urgência
703 da Macro Leste, decorrido já alguns meses de aprovação e as justificativas seriam a necessidade de ampliação da frota e do
704 número de bases descentralizadas do SAMU, a necessidade de implantação de UPA porte I, em Mata de São João para
705 qualificação da Atenção às Urgências no litoral norte, especificadamente para Copa do Mundo 2014, com a solicitação de Mata
706 de São João aprovado na CIR, por conta, do município ser sede de Centro de Treinamento da Copa do Mundo. Só que em
707 Mata de São João já tem uma Sala de Estabilização aprovada, então a necessidade de Mata de São João solicitar
708 formalmente a desistência dessa sala de estabilização para pleitear a UPA porte I. Colocou a necessidade de ampliação de
709 sala de estabilização, pois no Plano original foram solicitados trinta salas, o Ministério da Saúde aprovou dezessete e agora os
710 Gestores voltam a pleitear Sala de Estabilização, entretanto, o que estamos pleiteando na CIB vai também está submetido à
711 análise do Ministério da Saúde, o fato de estarmos aprovando não quer dizer que está garantida a aprovação do Ministério. A
712 outra justificativa é a dificuldade operacional para implantação da Sala Estabilização da Ilha de Maré, que não foi apresentado
713 ainda nem aprovada na CIR de Salvador, foi um pleito apresentado por Dra. Marta Rejane na reunião do Grupo Condutor e já
714 antecipamos colocando aqui, mas é preciso validar na CIR. Resumindo, as ampliações em termos de SAMU são uma
715 solicitação de unidade de suporte avançado para Mata de São João e São Sebastião do Passé, e uma unidade de suporte
716 básica para Mata de São João, Sapeaçu e Cachoeira; uma UPA em Mata de São João, sendo que a UPA de Maragogipe já
717 está aprovada, inclusive pelo Ministério, e salas de estabilização são uma em São Sebastião do Passé, Salinas das

718 Margaridas, Santa Terezinha, Presidente Tancredo Neves, São Felipe, Muniz Ferreira, Aratuípe, Jaguaripe, Cabaceira do
719 Paraguaçu, Conceição de Feira, Governador Mangabeiras, Sapeaçu, Cachoeira e Muritiba. Salientou que na verdade
720 praticamente todas estas salas de estabilização já foram pleiteadas no Plano original e foram negadas pelo Ministério, então
721 precisamos castigar nas justificativas, assim, vamos aguardar que os Gestores encaminhem justificativas embasadas de por
722 que aquele município precisa mesmo de uma sala de estabilização, vamos compor um processo de solicitação de aditivo ao
723 Plano aprovado. Informou que todos os municípios devem enviar para a DAE/ Coordenação de Urgência as justificativas
724 técnicas para compor o processo de aditivo, além do município de Mata São João formalizar a desistência da sala de
725 estabilização e município de Salvador também. Mostrou as alterações do Componente Hospitalar e esclareceu porque alterar:
726 Justificativas: - Necessidade de ampliação e de qualificação de leitos para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências em
727 conformidade com o previsto no Plano. Exemplificou dizendo que se tínhamos trezentos e sete leitos ampliados novos
728 previstos no plano original, precisamos garantir trezentos e sete leitos. - Dificuldades operacionais para adequação de
729 unidades hospitalares em atender aos requisitos legais para habilitação principalmente de UTI. Colocou que havia uma
730 previsão inicialmente de algumas unidades principalmente nossas da Rede Própria de cumprir requisitos para habilitação de
731 leitos de UTI, mas por motivos operacionais, questões de estruturas físicas e recursos humanos, não houve essa possibilidade,
732 então estamos substituindo esses leitos. - Dificuldades operacionais para contratualizar prestadores privados. Ressaltou que
733 no Plano inicial alguns Hospitais no momento do plano se mostravam interessados em serem contratados para ofertar leitos de
734 retaguarda para Rede de Urgência da Metropolitana, no momento da contratualização não houve esse interesse, então é
735 preciso substituir. -Necessidade de ampliar a oferta de leitos clínicos para retaguarda do Hospital Geral Roberto Santos.
736 Ressaltou que na verdade os três itens anteriores são justificativos para troca de prestadores, nessa quarta justificativa
737 estamos ampliando mais vinte leitos do previsto originalmente porque o Hospital Roberto Santos necessita, e já vimos que
738 esses trezentos e sete leitos não estão dando conta principalmente de atender o Hospital Roberto Santos que é do programa
739 SOS Emergência e que precisa melhorar o desempenho dos seus indicadores, assim, está sendo proposta a ampliação de
740 vinte leitos clínicos a mais, para sua retaguarda. Mostrou a substituição de trinta leitos qualificados que eram inicialmente
741 previstos para o Hospital Menandro de Farias, deixando apenas oito no Menandro porque é o número de leitos clínicos que ele
742 tem, nove leitos no Hospital Ernesto Simões, e treze leitos em Camaçari, mantendo a qualificação de trinta/trinta. Em termo de
743 leitos Clínicos novos, relatou que estamos substituindo o Hospital Martagão Gesteira por leitos na Clínica CATO e no Hospital
744 Santo Antonio; no Hospital Agenor Paiva os vinte leitos substituídos também pela Clínica CATO e o Hospital da Bahia; o
745 Hospital Salvador com vinte e cinco leitos substituídos pela ORTOFORT que na verdade foi só uma mudança de CNES porque
746 o local é o mesmo, é só a questão da empresa; o Hospital Cidade substituído pelo Hospital da Bahia; o Hospital Tereza de
747 Lisieux sendo substituído pela ORTOFORT e pelo Hospital da Bahia. Justificou o porquê da divisão dos leitos, nove aqui e oito
748 ali, justamente para manter a paridade que havia, pois as novas contratações não foram no mesmo número; o Hospital
749 Salvador, o Hospital Cidade, e o Hospital Tereza de Lisieux, por exemplo, eram vinte, mas não conseguimos nenhum com vinte
750 para deixar fechado, então conseguimos na ORTOFORT um número a mais para manter os oitenta e quatro leitos; UTI Adulto
751 substituindo Hospital Menandro de Farias por dez Leitos no Hospital da Cidade; o Hospital Jorge Valente dez por três da
752 CATO, cinco do Hospital Evangélico, dois do Hospital Otavio Mangabeira; o Hospital Agenor Paiva seis leitos por seis no
753 Hospital Otavio Mangabeira e os vinte leitos novos do CNES no Hospital Espanhol, esses para retaguarda do SOS
754 Emergência. Finalizou agradecendo a todos, colocando-se a disposição para quaisquer esclarecimentos e solicitou aos
755 Gestores que encaminhem as justificativas através dos e-mails: sais.dae@saude.ba.gov.br e dae.cour@saude.ba.gov.br
756 para compor o processo de aditivo. Lembrou que a visita de monitoramento da Rede de Urgência aprovada está marcada para o
757 período de 26 a 30, foi feita uma agenda e foi dada ciência aos Gestores Municipais de Salvador, Cruz das Almas, São Félix,
758 Santo Antônio de Jesus e, Candeias, que são os municípios que tem recurso já no plano e ou outros são Hospitais contratados
759 pela SESAB ou da Rede própria, será uma agenda pesada na próxima semana para acompanhar o Ministério nesta visita.
760 Após a apresentação, Dr. Raul Molina abriu para discussão e complementou sobre os leitos de UTI de Cruz das Almas, adulto
761 e neonatal da Região Metropolitana ampliada sobre o que foi pactuado no COSEMS, com o Secretário de Saúde do Estado, o
762 Secretário de Saúde de Cruz das Almas e o Ministério da Saúde; citou que falou com Dr. José Antônio no dia da audiência com
763 o Ministro a respeito disso, e depois que chamou atenção do que poderia vir acontecer com a requalificação daqueles leitos
764 desativados e o dinheiro sendo colocado no município de Cruz das Almas. Falou com Sr. André Secretário de Saúde de Cruz
765 das Almas, presente na reunião da CIB, informou ainda que o dinheiro da requalificação dos leitos estava aplicado e reservado
766 ali na Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das Almas. Lembrou que Dr. Odilon Rocha já havia chamado atenção quanto a
767 isso e também estava preocupado com este fato. Explicou o ocorrido e o que foi pactuado, que estes leitos têm que ser
768 imediatamente postos em funcionamento na Santa Casa de Misericórdia de Cruz das Almas e solicitamos este pleito inclusive
769 na própria CIR reafirmando esta atitude sem prejuízo da recomposição dos leitos que pactuamos na RAU para São Félix, que
770 continuam do mesmo jeito e inclusive com incentivo que havia sido colocado, e a Secretaria Municipal de Saúde de Cruz das
771 Almas se comprometeu a repassar o recurso que tem da requalificação dos leitos para o Prestador que também se
772 comprometeu em 60 dias, ou seja, que a partir do dia 07 de outubro, estarão funcionando os dez leitos de Cruz das Almas, o
773 que será ótimo para recompor a nossa Rede. Concluiu comunicando à CIB o que foi pactuado na região e na reunião da CIR.
774 Em seguida passou a palavra para o Secretário de Saúde de Cruz das Almas Dr. André que se manifestou disposto a fazer a
775 parceria com a Santa Casa de Misericórdia, inclusive o prestador que estava presente na CIB, mas saiu para falar com Dr.
776 Andrés que estava ciente e concordou com este encaminhamento. Enfim, estamos dispostos a fazer a reabertura dos leitos de
777 UTI foi retirado o recurso do nosso teto e precisamos rever isso. Informou que o recurso da qualificação está aplicado na conta
778 da MAC da Secretaria Municipal e do Fundo Municipal de Saúde de Cruz das Almas e com a autorização deste colegiado
779 podemos passar para o Prestador e reabrir os leitos imediatamente. Dr. Raul Molina pontuou ainda que desde já ficava
780 aprovada esta substituição autorizando a mudança dos leitos do Hospital Municipal para a Santa Casa de Cruz das Almas. Dra.
781 Alcina Romero mencionou estava tudo bem e já iria inserir confirmando a visita ao monitoramento da Rede de Urgência para
782 os Secretários. Dra. Suzana Ribeiro informou que iria precisar sair porque teria que se deslocar para aeroporto, mas fez alguns
783 registros em relação ao Grupo Condutor. Chamou atenção de que o item 2.3 da pauta era homologação do Regimento do
784 Grupo Condutor e não pactuação, lembrando que o Regimento já foi construído inclusive a varias mãos, virtualmente, foi

785 discutido no Grupo Condutor e na verdade seria apenas homologação porque era só para orientar o funcionamento do Grupo
786 Condutor. - Aprovado. Em relação ao item 3.1 da pauta, Substituição de Estabelecimentos de Saúde com leitos de retaguarda
787 para a Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Salvador Ampliada, relatou que já estava contemplado
788 nesse aditivo da Metropolitana ampliada e para falar do Plano da Rede Cegonha que na verdade é aditivo porque tem inclusão,
789 passaria a palavra para a Sra. Cristiane Macedo, dando antes a informação de que já saiu a nova Portaria do Ministério da
790 Saúde de que as unidades no Estado da Bahia, maternidades que tiveram Portaria já de habilitação como maternidade de
791 referência secundária e terciária, mesmo que não estejam com seus planos da Rede Cegonha Regional aprovados, podem
792 pleitear tanto a Casa de Gestante Bebê e Puérpera – CGBP, quanto a inserção dos leitos de Gestação de Alto Risco – Leitos
793 GAR, para financiamento pelo Ministério que já está liberando, chamando atenção de que é uma informação importante e por
794 conta disso, Cristiane iria apresentar algumas alterações que advém exatamente não só dessa Portaria mais de outras
795 deliberações que envolveram a Região Metropolitana e a Região Sudoeste também. Pontuou que todas estas já foram
796 aprovadas no Grupo Condutor e estão na CIB para homologação. Ressaltou que os pontos do Grupo Condutor devem sempre
797 entrar como homologação porque tem representação formal COSEMS, SESAB e Ministério da Saúde e temos que trazer na
798 CIB para homologação. Em seguida, pediu licença, pois precisaria se retirar, agradecendo e desejando uma boa tarde a todos.
799 Dra. Stela Souza colocou para Dra. Suzana Ribeiro antes da sua saída que tinha algumas demandas dos municípios chegando
800 com relação à Emenda Parlamentar que teria até o dia 30 para lançar e precisava de Resolução CIB, propondo combinar
801 conforme passado pela área técnica da DAE para sair ad referendum para que os municípios não perdessem o prazo. A
802 mesma coisa com relação a CAPS que está abrindo o sistema SISMOB para lançar e também ao Olha Brasil, chamando
803 atenção também para a questão dos prazos e sugerindo que todos fossem publicadas ad referendum para não prejudicar os
804 Municípios. Houve consenso. O Dr. José Antonio Rodrigues Alves, Secretário de Saúde de Salvador e membro da CIB,
805 pontuou que tinha apresentado ao Ministério da Saúde a possibilidade de credenciar para a Rede de Oncologia aqueles novos
806 serviços, e na reunião com o Ministro e com Fausto foi consensuado que isso poderia ser feito de imediato, então sugeriu que
807 seja feita a vistoria, a Sra. Marta Rejane irá fazer contato com grupo da SESAB, e poderia ser feita uma vistoria conjunta nas
808 unidades, são apenas quatro serviços, é teto novo e não vai mexer no teto disponível, para encaminharmos com mais rapidez
809 ao Ministério. Relacionou os Hospitais Santa Izabel, Martagão Gesteira, Aristides Maltez e São Rafael, sendo dois para
810 ampliação de Oncologia Clínica, um para ampliação de Cirurgia Oncológica e outro para Radioterapia, todos ampliação de
811 serviço. Dra. Suzana Ribeiro mencionou que foi inclusive a partir dessa previsão de ampliação que o Ministério fez o estudo
812 prévio de Oncologia também no município de Salvador com a programação de inserção de novos serviços. Dr. Raul Molina
813 lembrou que pela manhã na reunião do COSEMS houve uma demanda muito grande com relação aos os casos de Oncologia
814 que estão tendo o acesso negado, e foi colocado que falta em Salvador, **Feira de Santana**, em Vitória da Conquista, mas sem
815 sobras em outros locais. Relatou que foi repassado ao COSEMS que oncologia e hemodiálise não poderia se negar acesso,
816 existindo vaga teria que acontecer, então nessa situação o rombo vinha para **Feira de Santana** e Salvador que correu atrás
817 disso, mas temos um grande problema criado ai, pois municípios estão solicitando, inclusive relatou ter tido duas conversas
818 com Dra. Cláudia e teve que ir a semana passada para **Feira de Santana no Hospital Dom** Pedro para poder garantir acesso,
819 então é uma situação muito delicada que hoje pediram para trazer na CIB. Aproveitou as presenças de Dr. José Antonio e Dra.
820 Cláudia que estão acompanhando a situação, para que pudessem juntos dar uma satisfação para os Colegas que trouxeram
821 esse pleito, e enfatizou que depois colocaria algumas coisas dos prestadores com relação a essa questão porque tem
822 prestadores falando quem é Secretário Municipal de Saúde para questionar. Dr. José Antonio colocou que no caso específico
823 de Salvador foi feito foi um estudo do teto e não existe negativo, o município tem bancado toda diferença do teto e isso foi
824 demonstrado, inclusive passaram os contratos para o Estado para que pudessem fazer isso conjuntamente, fizeram a extensão
825 por estudo de CID para que isso ficasse assegurado para todos os serviços, o processo de regulação também com expansão
826 do CID para que possa ser dada rapidez. Ressaltou que no sistema de Regulação do município, nas unidades que estão
827 cadastradas como UNACOM e CACON, que é o caso dos Hospitais Aristides Maltez, Santo Isabel, São Rafael e assim por
828 diante, todos os procedimentos atinentes àquele CID é remarcado pela própria Unidade Hospitalar direto, ou seja, o paciente
829 não precisa volta na rede em busca daquela APAC ou daquele serviço e isso eles tem previamente autorizado, então o que
830 acabou existindo em Salvador ao longo do tempo foi exatamente que se tirou quase trinta e cinco milhões de reais do teto da
831 média complexidade para financiar a alta complexidade, então chegou num limite extremo. Relatou que a única observação
832 que Salvador passou a fazer com um único prestador de serviço diz respeito exatamente a **Feira de Santana**, que foi o
833 processo de triagem desses pacientes que não tinha passado pelo serviço de Feira para que retornasse ao serviço de Feira,
834 porque já existia referência para **Feira de Santana** que tem o déficit apreciável também como Salvador na área de oncologia,
835 então apenas um prestador que foi o Aristides Maltez, assim foram preservados todos os pacientes que já tinham começado o
836 tratamento, foram mantidos na capital e foi feito também um estudo naqueles novos pacientes que não estavam garantidos a
837 assistência em **Feira de Santana** independente de qualquer nível de pactuação os pacientes que tinham assistência
838 comprometida foram mantidos aqui, porém o que havia vaga em **Feira de Santana** foi assegurado para lá, apenas inclusive
839 para **Feira de Santana** foi à única queixa recebeu e que pode ter repercutido nos municípios que pactuam ou encaminham
840 paciente **Feira de Santana**. Ressaltou que foi uma questão pontual, acompanhada por Assistente Social e encaminhada para
841 o serviço de lá. O Secretário Municipal de Saúde de Eunápolis, Dr. Mario Contijo, colocou que vários municípios estão tendo
842 essa dificuldade com a CIR, mas não era esse o caso do seu município, e relatou que dentro do Programa Saúde na Escola,
843 em vários como o da orelhinhas, vacinação, geomitíase, hanseníase, a questão da escovação e o Olhar Brasil, informou já ter
844 entregado os projetos protocolados na CIB, COSEMS e DIPRO, mas ainda existem dúvidas, principalmente com o Olhar Brasil.
845 Questionou quanto à aprovação ad referendum, pois a CIR de sua região vai acontecer no dia 05 de setembro, e gostaria de
846 saber se pode colocar em ata que foi ad referendum esta aprovação e se com isso já estaria dentro do Olhar Brasil, porque o
847 projeto já foi feito, mas ainda e não tem a Ata da CIR. Dr. Raul Molina lembrou que foi acordado de que os projetos chegariam
848 e a equipe técnica faria as adequações necessárias. Dr. Wilson Mendes colocou que participou da última reunião há mais ou
849 menos um mês sobre o Olhar Brasil e constatou que houve muitas perguntas com relação a isso pela manhã, e estive dando
850 uma olhada nos Projetos que vieram da CIR para o COSEMS, considerando realmente complicado porque os Projetos não
851 estão sendo contemplados pela Portaria, o que a maioria das CIR mandou um projeto dizendo apenas que gostaria de fazer

852 parte dos projetos e colocando percentuais sem colocar a demanda realmente dos municípios e isso não está sendo seguido
853 pela Portaria realmente. Observou que nos projetos que vieram da CIR os municípios não colocaram o percentual de
854 quantitativo desses alunos do PSE de do o Programa Brasil Alfabetizando. Lembrou que a Portaria 1229/2012, tem o anexo do
855 Projeto Olhar Brasil com o modelo para encaminhamento das informações e outra coisa é que tem municípios que são
856 demandantes, não são executantes e estão dizendo que vão fazer em tal município e quem tem que mandar o projeto é o
857 município executante, então ressaltou que o fluxo ou não está sendo entendido pelos municípios ou a Portaria não foi lida
858 adequadamente porque está realmente complicado. Ressaltou que não contempla pelo Projeto, não tem como tirar dos
859 projetos que chegaram aqui, apesar de ter tido acesso apenas a dois, não tem como saber o quantitativo de aluno até para que
860 seja pela unidade móvel atendida vai atender quem, assim, solicitou ao COSEMS através da demanda dos municípios, que a
861 DIPRO estenda o prazo. Relatou que foi colocado por e-mail e no site do COSEMS, chamando atenção dos municípios para
862 que olhassem a Portaria 1229 e a Resolução CIB 241, ligaram também para alguns municípios, mas olhando por outro lado
863 realmente não foi feito, pois os municípios não levantaram sequer as demandas dos Colégios, do PSE e do Programa Brasil
864 Alfabetizando que é 100% do Alfabetizando e 15% PSE. Solicitou que a área técnica se posicionasse e o COSEMS pedisse
865 extensão do prazo porque os municípios estão interessados em fazer, mas da forma que chegaram os Projetos estão voltando.
866 Dra. Cláudia Almeida, Diretora da DIPRO, cumprimentou a todos observando a falta de muitos Secretários municipais que pelo
867 adiantado da hora tiveram que se ausentar, e colocou que antes gostaria de falar da questão da Oncologia, pois tem recebido
868 reiteradamente e oficialmente demandas dos municípios da região de **Feira de Santana**, da macrorregião, com destaque para
869 Serrinha não atendendo e não se tratava apenas de acesso para diagnóstico, mas sim de uma mulher com diagnóstico
870 comprovado de Câncer de mama e que já estava agendado o início do tratamento. Informou que foi feito um posicionamento
871 junto à SMS de **Feira de Santana**, houve também uma conversa há pouco tempo onde estavam presente SMS, Prefeito,
872 Prestador, Ministério Público na pessoa de Dr. Rogério, e a SMS de **Feira de Santana** mais uma vez disse que foi um erro, no
873 entanto esta semana recebeu um novo documento justamente pela falta. Colocou que essa questão tem que ser tratada de
874 duas formas, primeiro o que é gasto de média complexidade e de municípios que não tem pactuação, em que pese fazer parte
875 da região. Ressaltou que essa discussão tem que ser feita de imediato para que seja uma realocação desse recurso para dar
876 conta dessa demanda e a outra é indiscutível, é a mulher que está com Câncer confirmado, e que a região é para atender
877 essas mulheres mesmo, pois na realidade tem condições porque tem capacidade técnica para estar absorvendo. Em relação
878 ao Olhar Brasil, chamou atenção de que essa Portaria está desde 2012, e informou que foi feita uma movimentação pela
879 DIPRO a mais de trinta e quatro dias, foi mostrada na CIB toda essa demanda, foi feita uma nova rediscussão, e conforme
880 colocado por Dr. Wilson, os projetos que tem chegado; falou e demonstrou preocupação com o que colocar ad referendum,
881 porque todos vão voltar 100% voltou, com exceção de Salvador que teve o primeiro impacto e inclusive não registrou PBA, ele
882 usou o que está dentro do anexo. Lembrou que na CIB daquela época trouxemos todo o material e em uma segunda discussão
883 com a presença do COSEMS onde já identificamos algum entendimento desses Gestores e foi feito um passo a passo que
884 uma semana depois da CIB estava publicado em nosso site. Em seguida mostrou a referida publicação que não só traz todas
885 as planilhas para quem é município executor, como é a planilha do próprio Ministério da Saúde, mas possibilitou aquele
886 município que não será executor e que é a grande maioria do Estado da Bahia, para que fizessemos um consolidado para que
887 o Estado pudesse absorver e entender qual era essa nossa demanda. Ressaltou que talvez pelo dia a dia, pelo corre-corre da
888 função de Secretário e das dificuldades, talvez tenham se passado realmente e orientou que algumas Portarias não podem ser
889 apenas lidas, mas de fato estudadas tirando as dúvidas, então trouxe para CIB porque estava percebendo alguns
890 questionamentos, assim mostrou a Portaria que redefine o Olhar Brasil, a Portaria que trata da adesão e é nela que esta o
891 anexo que deveria estar sendo preenchido e mais a Resolução CIB. Mostrou alguns requisitos como destaque reproduzidos de
892 Portarias, com o que tem para fazer o projeto, então para chegar até o projeto teria que ter os três seguintes itens: possuir o
893 Educando, a Rede de Assistência e pactuar na CIR/Bipartite para habilitação entre os entes, para encaminhar à coordenação e
894 traz toda a documentação relacionada que teria de encaminhar, lembrando que como Dr. Wilson relatou, chegaram projetos
895 com apenas uma Ata. Ressaltou que a Secretaria Executiva da CIB está sendo extremamente rápida e a DIPRO também,
896 devolvendo para que a Secretaria Executiva remeta para o município consertar por conta do prazo. Mostrou o que fazer para
897 habilitação do Projeto Olhar Brasil, encaminhar a relação do público alvo a ser coberto, a relação dos estabelecimentos de
898 saúde, relação dos procedimentos que irá fazer, documentos comprobatórios de adesão que nenhum teve, a deliberação da
899 CIR ou da CIB e ratificou que não significa dizer que esse projeto na Bahia possa ser habilitado, homologado na CIR ou na CIB
900 porque até agora a nossa CIR não é para poder homologar, a homologação é na CIB e isso é do Ministério da Saúde que
901 colocou e CIR ou CIB porque alguns Estados, a exemplo de Minas Gerais, já faz homologação direta e não é o nosso caso
902 então, esta havendo uma falta de entendimento com relação a isso e também com relação à estimativa de produção da
903 consulta Olhar Brasil, porque vão estar multiplicando por três e colocando já esse dinheiro no teto. Mencionou que os
904 Municípios que apresentarem capacidade instalada total ou parcial deverão preencher o modelo I, lembrando que todo este
905 conteúdo apresentado estava no site e mostrou a cópia do que está anexo à Portaria do Ministério da Saúde. Pontuou que a
906 única coisa que não consta no anexo, pois o Ministério quando colocou isso enxergou apenas o município executor ele não
907 entendeu da pontuação própria e não botou neste material que eu posso ser o município, a exemplo de Salvador que poderia
908 atender as outras demandas então, com isso fizemos um anexo I para aquele município que para além de atender a população
909 própria também irá atender a população de outros municípios por que isso é importante, quem esta dizendo é o site da
910 Atenção Básica. É preciso dizer o nome da Escola, do Município, que população é essa do PSE e do PBA, porque se o
911 município tipo Salvador tivesse aceitado a adesão de outros municípios, ou Ilhéus, se tivesse aceitado de outros municípios o
912 Ministério vai entender que parte daquele valor e para poder cobrir município A, B, C e D é por isso que pede para colocar e aí
913 colocamos como anexo. Mostrou o fluxo para encaminhamento dos Projetos à CIB: a CIR encaminha o projeto para a
914 Secretaria Executiva da CIB que encaminha para a DIPRO que analisa que volume de pessoas é esse sem assistência para
915 poder pensar um re-projeto para o Estado e finalmente encaminha para a CIB que vai homologar e posteriormente encaminhar
916 para a DAE para acompanhar o estudo. Chamou atenção de que isso já foi disponibilizando a mais de trinta dias no site da
917 DIPRO e esse passo a passo é um processo que estaria ajudando os municípios em toda esta compreensão desta construção
918 porque realmente o Ministério fez uma confusão entre o que é adesão, o que é habilitação, o que é Olhar Brasil e está difícil

919 realmente de entender, por isso fizemos este modelo ilustrativo para ajudar a perceber o passo a passo, então o primeiro
920 passo é identificar a demanda, se tem PSE e PBA, segundo passo identificar a capacidade instalada, se tem quem é que irá
921 atender; terceiro passo preenchimento do modelo II que foi criado para facilitar, onde tem todo passo a passo que foi falado
922 agora e já disponibilizou inclusive a planilha para preenchimento. Mostrou como identificar a demanda, o que fazer após a
923 adesão, qual a estimativa do público e depois a mesma seqüência para o PBA 100% para ajudar na conta na hora de fazer.
924 Relatório que recebeu um Projeto que dizia assim: "eu tenho 1300 alunos no PSE e vou atender 2300; eu tenho 500 alunos do
925 PBA e vou atender 200%", então, ficou muito incoerente para entender. Ressaltou que na verdade essas propostas
926 começaram a surgir na medida em que identificávamos as dificuldades que os municípios estavam apresentando e só
927 identificamos quando recebemos os projetos ou então quando um município ligava para DIPRO. Mostrou colocou como
928 identificar a capacidade instalada: verificar através do CNES, verificar o número de profissionais oftalmologistas com a carga
929 horária, a capacidade Instalada deverá ser considerada para o mês e para o ano, por mês porque o Ministério vai publicar por
930 três para poder ver que recurso é esse, na ausência desta capacidade instalada/ mês, o campo do formulário deverá ficar em
931 branco. Ressaltou que o prazo não depende da DIPRO e lembrou que ter pedido que o material estivesse na DIPRO até o dia
932 20 de agosto de 2013, primeiro por conta da própria CIB, segundo porque por causa do prazo que o Ministério esta dando até
933 30 de agosto. Pontuou que não tem nenhuma autoridade para prorrogar o prazo, pois esta é uma demanda política de
934 negociação junto ao Ministério e mostrou-se desconfortável junto com sua equipe, inclusive acha que esse problema não
935 aconteceu só na Bahia, mas em todo o Brasil deve ter tido um problema desse monte porque realmente está muito complicado.
936 Citou as discussões nos municípios e lembrou que na reunião apresentou inclusive um terceiro e último modelo, que é como se
937 fosse um consolidado por CIR para poder o Estado entender quem é a CIR que está coberta, quanto esta coberta, qual
938 programa está coberto e qual é o volume de aluno que estarão descobertos para a partir daí pensar em propostas que venham
939 estar contemplando se não a todos, pelo menos uma parcela dessa população. Mencionou que teve uma reunião pela manhã
940 com um conjunto de Diretores DARES, tentando uma possibilidade para ver de que forma estavam as coisas, Dra. Joana
941 solicitou e na segunda-feira estaremos disponibilizando alguém que vai esta fazendo uma CIR extraordinária e parece que
942 agora iremos contar com aos Coordenadores das DARES para poder estar junto desse processo, mas principalmente
943 precisamos contar com todos os Secretários Municipais de Saúde porque é o gestor junto com a Secretaria de Educação de
944 seu município é quem vai dizer quem são esses alunos. Finalizou, colocando-se à disposição para ajudar de qualquer forma.
945 Em relação ao encaminhamento da oncologia, Dr. Raul Molina colocou que já que tem um estudo feito em **Feira de Santana**, e
946 pactuou com Dra. Gisélia para se fazer um estudo para que não haja uma realocação de recursos sem a responsabilidade de
947 ver onde está tudo certo. Ressaltou que todos estão preocupados com essa situação e todos temos obrigação de fazer isso,
948 então a idéia agora é que o estudo que foi feito aqui em Salvador, em **Feira de Santana** e ainda o que pode fazer a equipe
949 técnica para que possamos tomar deliberação dentro disso, esse seria o encaminhamento proposto. Dr. José Antonio
950 Rodrigues Alves pontuou que o Ministério soltou uma nota técnica assumindo o déficit de Salvador pela primeira vez e na
951 mesma nota técnica faz uma observação de oncologia a respeito de **Feira de Santana** confirmando o estudo que o estado
952 havia feito então, considerando que esse recurso não esta parado no município, o município esta executando esse recurso em
953 alguma outra atividade, então antes de mexer no recurso dos outros municípios, deveriam urgenciar a questão de **Feira de**
954 **Santana** porque primeiro impacta na capital e ai começar a trazer uma distorção de novo no teto e o Ministério como de
955 costume saneia o déficit do ano anterior. Ressaltou que no caso específico de Salvador no que diz respeito a oncologia o que
956 eles assumiram é que mesmo que publicasse uma Portaria de antes, eles retornariam ao dia primeiro de agosto, é tentar com
957 **Feira de Santana** tomar o mesmo posicionamento de 01 de agosto. Considerou uma pena Dra. Denise não está presente
958 porque o que pudéssemos agilizar sabendo que isso já poderia sair ad referendum aqui da CIB e porque tem nota técnica do
959 Ministério confirmando aquilo, o único estudo que talvez fosse conveniente fazer, o Ministério quando fez o primeiro estudo de
960 Salvador não levou em consideração a abrangência do CID, então, por exemplo, em uma questão de visitas guiadas por
961 biopsia, só isso ai era três milhões de reais a menos no teto de Salvador por ano, então não sabemos se **Feira de Santana**
962 tem a estrutura técnica suficiente para fazer esse estudo, e talvez o Estado pudesse dar o suporte, no caso de Salvador
963 podemos dar o conjunto de CIDs, mas cada município terá uma composição diferenciada porque o Ministério é muito restritivo
964 quanto a isso. Chamou atenção de que para cumprir o decreto e a Portaria, fazer o atendimento em sessenta dias, terá que
965 catar todos os CIDs para garantir isso ai, agora a questão de **Feira de Santana** é séria porque tem lá mais oitenta municípios
966 envolvidos neste processo e parece que o Estado já banca uma parte do recurso porque banca isso junto ao Dom Pedro, mas
967 o município não tem condição de também estar se manifestando e ressaltou que a situação de **Feira de Santana** talvez seja a
968 mais urgente na questão da Oncologia. Dr. Raul Molina concordou com esse encaminhamento, colocando que o COSEMS e a
969 SESAB tem acompanhado isso com bastante interesse não somente com o problema de Salvador, como já sabemos desde o
970 ano passado, na época inclusive teve uma delegação da Bahia que foi para lá e se retomou quando assumiu a Secretaria, e
971 até que fim se fez alguma coisa para recompor. Dr. Washington Couto informou que a publicação da Portaria ampliando o
972 custeio de Salvador, Vitória da Conquista, **Feira de Santana** Ilhéus e Juazeiro. Dr. Raul Molina agradeceu ao Secretário a
973 interferência neste assunto, e ressaltou que nada invalida aquilo que foi colocado em relação ao ponto da Oncologia. Quanto à
974 questão do Olhar Brasil, concordou que não dá para pactuar com coisas que vão erradas para depois ter que refazer.
975 Esclareceu que a SESAB através da equipe técnica está fazendo uma força tarefa dentro disso, e solicitou aos representantes
976 do COSEMS Wilson, Livia e Flavia que se dedicassem 24 horas para isso até o dia 30, para ver o que podemos salvar desses
977 projetos que estão aí, o que for até o dia 30 e estiver adequado vai, por outra parte, aquilo que Dra. Cláudia colocou e
978 discutimos com Dra. Stela e Dr. Washington, isso não deve ter acontecido somente na Bahia, e não vamos levar para o
979 CONASEMS e a Tripartite a prorrogação deste prazo, vamos fazer isso enquanto CONASEMS, essa seria a indicação política
980 que podemos fazer para tentar ver, porque seguramente isso deve estar engasgando em tudo quanto é lugar. Fez esses dois
981 encaminhamentos e houve consenso. Cristiane Macedo informou com relação à reunião do Grupo Condutor que aconteceu dia
982 21 de agosto, que foi discutido pelo Grupo a alteração no Plano da Região Metropolitana da Rede Cegonha em que foi
983 solicitada a inclusão. Cristiane Macedo referiu-se à Portaria nº 1020 do Ministério da Saúde, que trata dos aditivos ao Plano
984 da Rede Cegonha da Região Metropolitana de unidades de atendimento à gestão de alto risco do tipo I, para o Hospital
985 Sagrada Família e para o Hospital Geral de Camaçari, este último, Hospital Geral, provisório, até a Maternidade nova ficar

986 pronta. Falou que, com essa habilitação, seria solicitado que as gestantes, bebê e puérpera para a Sagrada e também para a
987 Tsylla, IPERBA e também uma solicitação da Climério. Além disso, segundo o Ministério, de acordo com a Portaria nº 904, que
988 é do Centro de Parto Normal, as unidades que estiverem prontas e estiverem dentro dos planos das regiões, mas, embora os
989 planos ainda não tiverem sido aprovados, tivessem condições de serem habilitados, que fossem então habilitados. Assim,
990 informou, o CPN de Bom Jesus da Lapa, na Região de Santa Maria da Vitória, se enquadrava nessas condições e o que ficou
991 aprovado. Após ser discutido no Grupo Condutor Estadual, seria solicitada uma visita do Ministério e da SESAB, para
992 habilitação. Além disso, para quem não tinha ainda plano aprovado, mas sendo regiões em que havia a necessidade de
993 atender à gestação de alto risco, se devia liberar também a habilitação para as unidades de Vitória da Conquista, Esaú Matos,
994 habilitada como unidade tipo 2, e para a unidade de Guanambi, também habilitada como unidade tipo 1, não tendo ainda Plano
995 Rede Cegonha aprovado na Região Sudoeste, mas essas duas unidades seriam as Casas da gestante, bebê e puérpera
996 aprovadas e, seguindo para a Rede de Atenção Psicossocial, informou ter sido aprovado ontem, e que já tinha havido parecer
997 favorável pela Área Técnica, para o Plano da Região de Seabra, e passou a palavra para a Sra. Liliâne Mascarenhas, Diretora
998 da DGC para dar mais detalhes. A Sra. Liliâne Mascarenhas relatou que, como Cristiane tinha falado, já tinham conseguido
999 aprovar o Plano da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Seabra. Além disso, tinham conseguido garantir CAPS III
1000 Regional, CAPS ad III Regional, CAPS Infante - Adolescência Regional, unidade de acolhimento adulto, infantil e serviço de
1001 referência hospitalar em hospital geral, além dos CAPS tipo I, porque o Ministério tinha definido população a partir de quinze
1002 mil reais. Salientou que, em contato com o Ministério da Saúde, foi informada que esse recurso já estava garantido, a partir do
1003 momento em que já tinha sido repassado para eles qual o desenho da Rede. Comentou que, então, devia se tentar agilizar a
1004 discussão nas CIR e que com certeza seria garantido o recurso das regiões e estava garantido o recurso da Região de Seabra.
1005 Acrescentou que, como o SISMOB fechava dia 16, o Ministério da Saúde tinha informado que era possível os municípios
1006 encaminharem para o SISMOB, através de Emenda Parlamentar, a construção de CAPS, e a preferência que eles estavam
1007 dando era para CAPS ad III e unidade de acolhimento, porque se sabia da dificuldade hoje de garantir esse tipo de
1008 equipamento, até por conta do Plano CRACK, era possível vencer. Ressaltou que estava aproveitando a oportunidade de, a
1009 partir do grupo de trabalho nas CIR se acelerasse o processo, com o desenho que tinha sido discutido e assim construir o
1010 plano. Porque quanto mais rápido chegarem para toda a orientação será da área técnica, melhor, e aquilo estava sendo
1011 acompanhado, a fim de que chegasse o mais rápido possível ao grupo condutor, para que pudessem possa fazer a
1012 deliberação. Portanto era só rever aquilo para se garantir a participação do teto que está sendo viabilizado. A Dra. Stela Souza
1013 colocou uma dúvida, mesmo entendendo que tinha três pontos e que era necessário correr, por que todo mundo precisava
1014 voltar, tinha coisas que precisavam ficar bem claras para o fluxo não ficar prejudicado e o município também. Pois quando tinha
1015 solicitado, ainda na presença de Dra. Suzana, era para se entender que o prazo para a Emenda Parlamentar era até dia 30 de
1016 agosto e muitos municípios nem sabiam que tinham de passar pela CIB. Portanto, não tinha havido tempo hábil para remeter à
1017 CIB, tinha município ainda concluindo o projeto e solicitado que fosse aprovado nesta CI, ad referendum, para não prejudicar o
1018 município, mas isso, não significava que a seguir o município não tinha nenhum fluxo, que era o fluxo normal. Disse que hoje a
1019 Emenda Parlamentar era feita da seguinte forma: equipamento na atenção especializada encaminhava-se para a CIB, a
1020 Secretaria Executiva da CIB encaminhava para a Área Técnica, esta dava o parecer e após isso, era submetido à publicação.
1021 Mas o que tinha sido solicitado foi que não se esperasse até o dia 30, nem que se chegasse ao último dia, porque o sistema
1022 ficaria lento para anexar a Resolução. Então, até o dia 29 de agosto, se ficasse algum para o final, que fosse para o dia 30,
1023 mas que mandassem a Resolução antes do dia 29, para dar tempo de inserir no sistema. Reafirmou o solicitado e não que se
1024 pulasse alguma etapa, portanto, a atenção especializada precisava da Área Técnica. Inferiu que, segundo a Sra. Joseane, não
1025 dava tempo nem de passar pela Área Técnica, pois os municípios não sabiam daquele fluxo, e não dava para perder as
1026 emendas, pois estava precisando de equipamentos, de construção, de reforma de hospital. Não dava para pensar em perder
1027 aquele recurso. Reforçou que estava sendo proposto, que existia um fluxo, que a CIB mandava para a Área Técnica, esta dava
1028 o parecer, se tivesse alteração, solicita ao município, o município consentava, o projeto ia e voltava para se emitir depois
1029 resolução. No caso de Emenda Parlamentar, a Dra. Joseane tinha colocado uma coisa importante e a Dra. Alcina também
1030 tinha considerado aquilo, que não fosse para a Área Técnica porque não daria tempo. A Dra. Joseane Mota (SMS de São
1031 Felipe), colocou que no seu município tinha tido uma emenda de setecentos mil reais, era difícil avaliar aquilo em menos de
1032 uma semana. Afirmou que já tinha mandado o Projeto com medo de não dar tempo para o cadastro, para ver se tinha alguma
1033 pendência. Disse que o sistema era muito lento, tinha de cadastrar, tinha valores que não eram compatíveis, tendo de se
1034 pesquisar na internet, enfim, era muito trabalhoso, de acordo com o tamanho do projeto e com o valor. Sugeriu que se
1035 aprovasse ad referendum, e os municípios mandassem; e havendo pendência, resolviam depois, pois a Área Técnica talvez
1036 não fosse ter tempo de avaliar todos os projetos. A Dra. Alcina Boulosa (Diretora da Atenção Especializada) pontuou ser
1037 importantíssimo que a Área Técnica avaliasse as propostas, porque em experiências anteriores, tinha recebido, por exemplo,
1038 um mamógrafo para um município de dois mil habitantes. Portanto, poderia acontecer que, de hoje, dia 22 de agosto, para o
1039 dia 30, não chegaria mais hoje, no mínimo amanhã, tinha sábado e domingo, e não se sabia qual o volume de propostas de
1040 Emendas Parlamentares. Assim, não achava que fosse interessante atrapalhar o município, porém via a necessidade da Área
1041 Técnica avaliar, até para não terem uma subutilização, ou uma utilização errônea do recurso. Não deixava de ser um recurso
1042 público, de todos, não sabia até que ponto cada um poderia cadastrar as suas propostas, e mandar para a Área Técnica, que
1043 estaria avaliando devagar e deixando na CIB. No entanto, daquela Emenda Parlamentar o que fosse um absurdo, seria levado
1044 para a CIB, mas não impedia o cadastramento. O Sr. Emerson Garcia (SMS de São Francisco do Conde) expôs que entendia
1045 que o processo de Emenda Parlamentar tinha de ter uma Resolução CIB, o município tinha sido contemplado, e por ser
1046 Emenda Parlamentar, o Prefeito não abriria mão. Entendia que a capacidade da equipe técnica municipal de avaliar e dar o
1047 parecer daquele equipamento existia, mas na construção da rede, a Área Técnica da SESAB, que era a ordenadora do serviço,
1048 entraria para dizer se tinha ou não condição de ter um mamógrafo em um município de menos de vinte mil habitantes. Dra.
1049 Alcina Boulosa reafirmou que era exatamente aquilo que estava sendo proposto, o município cadastrava a proposta, aprovava
1050 a proposta, a Área Técnica avaliaria e depois dava ciência à CIB. A Sra. Efigênia Cardoso (SMS de Livramento de Nossa
1051 Senhora) informou que já tinha cadastrado uma Emenda muito importante para o Município, tinha uma Resolução ad
1052 referendum, que tinha sido colocada por um rapaz que trabalhava na Secretaria Municipal e a proposta estava finalizada com

1053 sucesso. Questionou o que fazer nesse caso, pois não podia perder o recurso e podia ser que tivesse outros municípios na
1054 mesma situação. A Dra. Gisélia Souza pontuou que era uma situação delicada, um fato consumado, contra o qual era
1055 necessário fazer alguns ajustes. O fato é que tinha até o dia 30/08 para lançarem as propostas de Emenda, o outro fato era
1056 que todos precisavam daquele recurso e o risco que se corria era que os equipamentos que fossem cadastrados fossem
1057 equipamentos que não tinham sido avaliados e que estivessem fora do escopo do que seria o serviço da Rede e o que estava
1058 colocado. Portanto aquele era um risco que todos estavam correndo, e todos se prejudicariam se fosse dito para os municípios
1059 que não cadastrarem. Não podia se perder aquela oportunidade era melhor cadastrar e depois fazer uma crítica, inclusive entre
1060 os próprios municípios. E se por acaso o município fosse contemplado com um caso dos foi mencionado por Dra. Alcina, um
1061 mamógrafo em um lugar onde não tinha como realizar mamografia, pois não teria nenhum radiologista para fazer o exame.
1062 Então, obviamente, entre os próprios municípios seria visto depois o que fazer, mas agora não tinha o que fazer, o que tinha
1063 que ser feito era cadastrar as propostas. No entanto, não se podia dizer agora que a CIB não tomara ciência do que os
1064 municípios cadastrarem, a CIB tinha que tomar ciência e, na medida do possível, seria analisado na Área Técnica. Então, os
1065 municípios encaminhavam as propostas e mandavam a cópia do que tiver sido cadastrado para a CIB, se fazia a Resolução,
1066 mandava o projeto que tinha sido cadastrado, a especificação do equipamento, aonde ele seria colocado e seria feita uma
1067 análise na Área Técnica. Dr. Raul Molina salientou que todos estavam falando a mesma língua e mencionou que deviam ser
1068 lembradas as UPA da Casa Civil, o que era briga de poder dentro do assunto. Estava falando de Emenda Parlamentar,
1069 senadores e deputados que tinham colocado aquilo e que depois monitorariam tudo o que seria colocado. Portanto, o que Dra.
1070 Alcina estava colocando e tentando fazer era pactuar uma Resolução CIB ad referendum para todas as Emendas
1071 Parlamentares, de todos os projetos que fossem encaminhados até o dia 30/08. Os mesmos seriam encaminhados para a
1072 Secretaria Executiva da CIB, que encaminharia à Área Técnica para parecer, como sempre vinha sendo feito, aprovava ad
1073 referendum. O prazo era até dia 30, e todos tinham que assumir a responsabilidade sobre o encaminhamento proposto. A Dra.
1074 Gisélia Souza referiu um encaminhamento para o Projeto Olhar Brasil, pois tinha ficado parecendo que a discussão não tinha
1075 ficado concluída, segundo o colocado por Dra. Cláudia Almeida. Os municípios precisavam seguir os passos para que o projeto
1076 fosse conformado em todas as suas etapas. Primeiro, tinham que saber o público alvo, a oferta existente, os procedimentos
1077 que seriam realizados, preencherem o manual, aquilo tinha que vir, a Área Técnica tinha que conhecer, para poder fazer a
1078 programação e o planejamento. Portanto, tinha ficado aprovado hoje que a área técnica analisaria o que fosse encaminhado
1079 para o Ministério da Saúde, e só seria implementado depois que passasse pelo crivo da Área Técnica, para evitar haver algo
1080 inconsistente ou sem condição de ser realizado. Portanto não tinha nenhuma dúvida, que tinha ficado aprovado ad referendum
1081 para os municípios que já tinham encaminhado, mas o mesmo só teria aprovação depois que a Área Técnica analisasse o
1082 projeto. Dra. Cláudia Almeida colocou uma preocupação muito grande em fazer uma Resolução ad referendum, porque vinha
1083 acontecendo historicamente e se sentia desconfortável, pois ficava dito que passaria ad referendum, mas o município ou a
1084 unidade precisava se adequar. Quando se dizia hoje, no dia 22 de agosto, que seria ad referendum, e em quarenta a sessenta
1085 dias, nem aquela unidade, nem aquele município se adequava. Existia uma cobrança muito grande, diziam já terem mandado,
1086 enfim, a proposta era que, quem tivesse mandado o material independente, podia ser passado ad referendum, não era o
1087 mesmo dizer que todos que fossem encaminhados seriam ad referendum. Informou que cem por cento dos municípios que
1088 tinham mandado, com exceção de Salvador, que já tinha sido uma discussão anterior, tinham retornado. Além disso, tinha
1089 projetos re-encaminhados há mais de vinte e cinco dias e o município não havia retornado para a área, pelo menos não tinha
1090 chegado ainda. Destacou que passaria ad referendum, mas cada um tivesse clareza de que seria ad referendum aquele que
1091 tivesse tecnicamente tudo bem. Dra. Gisélia Souza reafirmou que só estaria aprovado quando a Área Técnica dissesse que
1092 estava aprovado, sem isso não seria viabilizado. Dra. Cláudia Almeida ressaltou que com relação ao prazo, não dava para
1093 chegar todo mundo, como tinha acontecido na última CIB, pois tinha chegado quase quinze de uma só vez, na véspera desta
1094 CIB. Ninguém tinha condição de parar para poder analisar todos eles. Então se fosse dito que o prazo era até 28 e 29, a
1095 equipe técnica não podia ser a responsável por não ter encaminhado para homologar no dia 31/08 para o Ministério. Salientou
1096 que cabia a cada município parar um pouco, apesar das demandas serem grandes, pois o que estavam trazendo ali, com
1097 relação à Emenda Parlamentar era importante, tinha prazo. O difícil era descobrir o que não era importante na saúde quando
1098 se falava de recurso financeiro. No entanto, era necessário ter algumas prioridades porque se cada secretário de saúde
1099 conseguisse responder o que estava ali, para a coordenação da CIR, ficava mais fácil juntar todo aquele processo para se
1100 mandar. Era como se fosse uma PPI, do qual cada qual estaria fazendo. Informou que tinha tido uma proposta, para cada
1101 município mandar o seu diretamente; no entanto, a proposta não era cada município mandar o seu diretamente, porque na
1102 realidade tinha município que podia ser um município solidário, que executava para ele e para outro. Portanto, estava se
1103 falando apenas de quarenta e sete municípios naquela lógica, o restante estava todo descoberto. Salientou que tinha
1104 conversado com um secretário e o mesmo tinha condição de atender mais gente, mas o projeto dele só tinha vindo com ele.
1105 Por isso era necessário se discutir aquilo, pois tinha prestador que ia dizer que não queria, porque era muito caro, era vinte e
1106 um reais, mas quando se fazia um incremento na economia que estava ali e condensava o volume para um único prestador
1107 tivesse capacidade de executar, provavelmente isso se daria de uma forma mais tranqüila. Dr. Raul Molina esclareceu que não
1108 dava para ficar indo e voltando, além do que não podia concordar com tudo o que tinha sido dito por Dra. Cláudia, pois era feito
1109 em todas as CIB. Os projetos que os municípios aderiam e mandavam para a DARES, e ficavam até cinco meses e não
1110 chegavam na área técnica, e quando chegavam passavam ad referendum, precisamente para se falar uma fragilidade que
1111 vinha ocorrendo e tinha que ser reconhecida aquela fragilidade, no momento em que a Secretaria Estadual de Saúde colocava
1112 uma força tarefa para ajudar os municípios para se adequarem em um dia ou dez dias. E o COSEMS se colocava à disposição
1113 para fazer a mesma coisa com os técnicos, não tendo por que mudar aquilo que tinha sido colocado, aprovando ad referendum
1114 aqueles projetos que viessem e se adequassem dentro da Área Técnica. Comentou que estava sendo remoldo como se
1115 estivessem querendo empurrar o Olhar Brasil de qualquer forma, mas não era, e já tinha sido colocado com relação ao Olhar
1116 Brasil. Havia coisa que Secretário de Saúde tinha governabilidade, outra parte não tinha e que teriam que mandar para o
1117 CONASEMS. Por isso seria necessário abrir prazo para o Secretário do CONASS poder ajudar com relação àquilo. Portanto
1118 estava pactuado naquela forma, a não ser que tivesse outro encaminhamento, pelo que Dra. Cláudia estava dizendo parece
1119 ser a mesma coisa que estava sendo colocado. A Sra. Stela Souza ressaltou que para a questão do projeto, tinha uma

1120 solução, que pelo menos na CIR de Ilhéus tinham conseguido, e a mesma entendia que aquele processo continuava na CIR.
1121 Quando o município fazia sozinho e trazia, dava naquilo. E estava fazendo uma crítica a si mesmo, pois costumava fazer o
1122 mesmo, mas estava aprendendo que se devia discutir no espaço de governança que era na CIR. Era lá onde havia as
1123 deliberações e definições, e tinha sido aquilo o definido desde a última vez em que tinha se falado em Projeto Olhar Brasil. A
1124 CIR de Ilhéus tinha feito duas reuniões extraordinárias, tinham sido feitas propostas que tinham agilizado o processo, o
1125 prestador tinha dito que não tinha condições de atender a demanda da CIR toda e tinha sido decidido que deveria ser
1126 demandado para o Estado. A CIR de Ilhéus tinha feito um projeto único, incluído todos os municípios e mandado para o
1127 Estado. Portanto aquele tinha sido o processo, e quando o município trazia um individual, levava o projeto, mas não era o
1128 município executor. Não adiantaria nada, questionou se seria só demandante para quem e para onde, era na CIR que
1129 achavam se dentro daquela região podia ser encontrado o município, que podia nem ser o Pólo, lembrando que tinha outros
1130 exames e outros atendimentos. Esclareceu que o projeto individual era complicado. O Sr. Cássio Garcia exemplificou o que
1131 tinha acontecido na CIR de Juazeiro, há uns quatro meses atrás, em que tinha levado o plano para a CIR, tinha sido aprovado,
1132 e tinha deixado com o técnico, na Coordenação da CIR e estava tudo tranquilo. E hoje, ao ver o prazo, estava se esgotando,
1133 tinha ligado para o técnico e o mesmo tinha sido informado que já tinha enviado a aprovação da ata para o Ministério, o nome
1134 da técnica era Luciana, e este informou que estava tudo bem e já seria publicada uma Portaria. Pontuou que estava
1135 preocupado com a situação, salientando que a questão do fluxo tinha que ser fechado direito, pois enquanto não fechasse o
1136 fluxo, acontecer ia aquilo. E se preocupava com a fala sobre as regiões de saúde sobre não existir o executor, no qual o
1137 Estado seria o responsável ou não, mas os municípios estavam colocando aquela dificuldade por não terem discutido em CIR,
1138 e ficava a dúvida se poderiam aderir ou não ao projeto. A Dra. Gisélia Souza colocou que estava percebendo que existia a
1139 questão do acompanhamento, de como o processo estava se dando e tinha se dado, porque em algumas CIR, como já tinha
1140 sido falado, já podia ter acontecido algumas discussões, e até mesmo propostas já tendo sido cadastradas no Ministério, sem o
1141 conhecimento e sem a análise técnica da SESAB. Tinha que ser reconhecido que podia ter acontecido isso, como Cássio
1142 acabava de falar, então a questão era o prazo, até o dia 30, para aquilo ser realizado, ou seja, para as propostas serem
1143 incluídas, o que se podia fazer até o dia 30. Primeiro, havia municípios com condições, municípios pólos, se chamar
1144 emergencialmente alguma reunião para a sede da região validar o seu plano, incluindo se tiver capacidade de absorver
1145 demandas de outros municípios, incluir e validar o que ele tiver. E citou o plano Eunápolis, mas que estava com o plano único
1146 dele quando ele tinha condição de incluir outros municípios. Então era necessário que os municípios fizessem aquele esforço,
1147 principalmente os vinte e oito municípios sede de região. A proposta era fazer um esforço e validar o mais rápido possível o
1148 seu plano, incluindo inclusive demandas de outros municípios e só encaminharem ao Ministério depois de ouvirem um pouco
1149 pelo menos os municípios da sua região. Questionou, com relação à SESAB, conforme fala de Dra. Cláudia, se teria condição
1150 de analisar tudo ainda naquela fase, ou podia fazer aquilo a posteriori, no momento da execução, deveriam ser validados
1151 prestadores e uma série de outras coisas, pois ficarem indo e voltando com a discussão seria emperrado o processo. O que
1152 tinha que ser feito no momento era as regiões chamarem à responsabilidade os municípios, para que eles pudessem resolver
1153 os problemas e validarem os planos, os ajustes seriam feitos posteriormente à introdução no Sistema no Ministério da Saúde.
1154 Dr. Raul Molina perguntou se todos concordavam com a proposta de Dra. Gisélia. A Dra. Cláudia Almeida referiu que quando
1155 se fazia aquela proposta, dizendo que no futuro podia consertar ou não, quando o município mandava para o Ministério, já teria
1156 um recurso definido, e o mínimo que o Estado podia fazer naquele momento era monitorar a execução do acesso das escolas.
1157 O Estado precisava saber inclusive quais as escolas que estavam sendo contempladas em cada município, se a área não
1158 conseguisse fazer com que o projeto viesse pelo menos dentro dos moldes que eram estabelecidos, se correria o risco de não
1159 terem o desempenho que se precisava, como por exemplo, Juazeiro, que tinha mandado o projeto, para a área através da
1160 Secretaria Executiva da CIB, onde dizia que apenas aderiria ao Projeto Olhar Brasil. Comentou que ficava assustada quando o
1161 próprio Ministério aceitava aqueles projetos. Então o Projeto tinha voltado porque não se sabia quais seriam os municípios
1162 contemplados, e era assim que tinha tinham chegado os projetos. Reiterou que se preocupava porque estava escrito gestão
1163 estadual, deixando claro que o fato dos municípios mandarem para o Ministério, informando no sistema que o responsável pelo
1164 PSE e PDA era o Estado, este não teria condição de atender cem por cento daquela demanda. Para não criar frustrações, e no
1165 futuro dizerem que tinham dado para o Estado que tinha que dar conta, já ficava acordado ali, e era somente aquela ressalva.
1166 A Sra. Joseane Mota (SMS de São Felipe) reiterou que entendia a preocupação de Dra. Cláudia, mas o encaminhamento que
1167 estava sendo feito nesta CIB não impedia a qualificação do processo, cabendo ao COSEMS e a Área Técnica do Estado
1168 mobilizarem as CIR para darem aquele retorno, pois a população precisava saber para onde ela ia, tinha sido um processo
1169 meio atribulado, atrapalhado, mas podia ser aprovado, com a ressalva de que tinha que qualificar, para não ter o problema que
1170 Dra. Cláudia colocava. Dra. Gisélia Souza ressaltou que os coordenadores das CIR, os Diretores das Regionais, eram do
1171 Estado, portanto, propôs que, como eram ligados ao Estado, a SESAB tinha que fazer um chamamento, pois tinha a relação de
1172 endereços e dos nomes dos coordenadores, devendo-se monitorar e acompanhar aquilo. Inclusive porque não tinha como
1173 fazer um encaminhamento diferente, aquela era a proposta que pelo menos viabilizava ter algum fórum de validação com a
1174 região, quais os municípios demandantes, quais os executantes, os possíveis prestadores, o preenchimento dos formulários.
1175 Pontuou ter de haver obviamente o rigor técnico e a preocupação de Dra. Cláudia era pertinente porque depois ela teria que
1176 correr para consertar o que não ficasse bem feito, mas o ideal era ver o que fazer, naquele prazo tão exíguo. Dr. Raul Molina
1177 relatou que estava, mais uma vez, ratificado, tendo se chegado a um bom termo, e aquelas situações não só acontecia aqui,
1178 cada secretário fazia aquilo na sua secretaria, no dia a dia, e tinha que correr atrás daquele tipo de coisa. A Sra. Marta Rejane
1179 (SMS de Salvador) ponderou que tinha sido falado que ter havido uma mudança muito grande de gestões municipais, em torno
1180 de 70 a 80%, tendo sido visto, desde o início do ano, que havia uma grande dificuldade na operacionalização de algumas
1181 portarias, de alguns projetos do Ministério, ressaltando que havia 28 CIR com representação do Estado em todas elas,
1182 membros efetivos, membros de nível central em todas as CIR. E a partir de agora, para todos os projetos lançados para
1183 adesão dos municípios, que se fizesse um trabalho interno no âmbito da SESAB, para esses membros da SESAB, através da
1184 CIR, darem todo o apoio técnico para que aquelas questões fossem operacionalizadas com maior facilidade, porque nenhuma
1185 área técnica tinha condição de ir nas 28 CIR, para expor determinados projetos. Então que se trabalhasse internamente com
1186 multiplicadores das áreas técnicas, qualificando o membro efetivo do nível central das CIR, para que ele pudesse ser o apoio

1187 técnico dos municípios, de modo que se tivesse um processo mais coeso e tecnicamente viável porque diminuía aquela
1188 angústia da área técnica do nível central. Dra. Gisélia Souza ponderou que a SESAB estava atenta e com relação ao COAP,
1189 as oficinas nas DIRES, já tinham sido feitas várias reuniões com relação, estando presente a Coordenadora do Colegiado das
1190 DIRES, tendo havido uma participação muito importante, sabia que se tem reunido regularmente para encaminhar as políticas
1191 no nível local. Então a SESAB estava atenta a essa questão e tinha técnicos distribuídos nas 28 regiões dando suporte. Dr.
1192 Raul Molina destacou, para encerrar o bloco, que precisava de uma Resolução única para todas as Emendas Parlamentares
1193 para o que solicitou a Dra. Alcina Boulosa para contribuir com a Secretaria Executiva da CIB, a fim de se fazer aquele
1194 encaminhamento. **Informou que pela manhã tinha sido foi apresentado para todos a**
1195 **proposta da criação da Rede de Serviço de Verificação do Óbito no Estado da**
1196 **Bahia tendo ficado combinado com Juarez. Disse tratar-se de uma apresentação**
1197 **e não de uma pactuação, mostrando a dificuldade tinha, principalmente com o**
1198 **laboratório de anátomo-patologia e que não dava para fechar hoje. Portanto, tinha**
1199 **sido remetido para fazer depois, por não ter urgência, poderia ficar para depois.**
1200 **Então tinha sido pactuado pela manhã que seria apenas um informe das regiões**
1201 **que não poderiam avançar com a notificação. Salientou que a apresentação tinha**
1202 **sido importante porque tinha chamado a atenção do que tinha que ser mandado**
1203 **para os IML, além do que** devia ser trabalhado dentro dos municípios. Portanto a apresentação tinha sido muito
1204 proveitosa e o encaminhamento tinha sido dado. Com relação ao item 1.2, doação dos encargos das 13 motocicletas, estava
1205 presente a equipe técnica da SUVISA, tinha sido delegado ao Dr. Emerson e Dr. Odilon para se entenderem juntamente com o
1206 Piso da Vigilância da Saúde e tinha sido ratificado que o estudo que tinha sido feito pela SESAB contemplava o ponto de vista
1207 epidemiológico. Portanto ficava pactuado e estava sendo referendado o estudo feito. Agradeceu ao pessoal da Vigilância,
1208 pedindo desculpas, pois no primeiro momento não tinha ficado claro, depois tinha ficado entendido, registrando que as treze
1209 motocicletas tinham ficado aprovadas também dentro do Projeto estudado. Esclareceu que já tinha conhecimento daquilo, pois
1210 foi tinha sido apresentado hoje e **ficado aprovado.**

1211
1212
1213
1214
1215 Dra. Maria Aparecia (DIVEP) informou que os municípios que tinham sido foram contemplados com as motos precisavam vir
1216 buscar o mais rápido possível, porque estavam ocupando o espaço que precisava ser liberado. Dr. Raul Molina salientou que
1217 todos deviam ir buscar as motos no Almoxarifado. **E destacou o ponto 2.1, o Comando Único, nos Municípios de Ibirataia e**
1218 **Santaluz. Informou que pela manhã os municípios tinham sido aplaudidos por terem cumprido o check list, não somente o**
1219 **financeiro, mas também o operacional, tendo sido colocado inclusive no Grupo Condutor e no COAP, que seria realizada uma**
1220 **revisão naquele check list adequando à nova realidade, pois tinha sido feito há algum tempo atrás, entendendo-se que aquilo**
1221 **não era impeditivo, devendo ser incentivado o comando único. E sempre daquela forma colocada por Cássio, não somente o**
1222 **módulo financeiro, mas também o operacional, para que todos os municípios assumirem o comando único fosse com a**
1223 **responsabilidade que lhes são dados, aquele tinha sido o encaminhamento feito e estava sendo colocado para pactuação, para**
1224 **que se desse mais uma vez aquele voto de confiança ad referendum. Dr. Emerson relatou que na reunião do grupo, tinha mais**
1225 **municípios, não ficou apenas dois para apresentar hoje, iriam estar com a documentação, portanto está faltando municípios**
1226 **que estavam com a documentação, ou seja, como agora está se passando por uma nova etapa de reformulação documental,**
1227 **aquilo que estava represado iria ser liberado para adiantarem o processo do comando único. Salientou que gostaria de**
1228 **continuar trabalhando no grupo, pois a idéia era facilitar que o município assumir o comando único na totalidade, entendendo o**
1229 **que tinha sido foi colocado por Dr. Raul pela manhã, que comando único não era só ter o teto financeiro, pois era só o que**
1230 **preocupava o gestor, conforme o Estado tinha querido colocar. E quando o município visse o teto financeiro, ele recuaria, mas**
1231 **o comando único era dado com a responsabilidade sanitária. Então, independente do teto financeiro, os municípios tinham o**
1232 **comando único na mão. Pontuou que, pela manhã tinha sido discutido que, o município participaria do processo de regulação,**
1233 **contratualização, organização da rede, então, aquilo era é comando, não podia só pensar no teto financeiro, o qual não podia**
1234 **ser um impeditivo. Dra. Joana Molesini esclareceu que, voltando ao entendimento que tinha acontecido na reunião, tinha um**
1235 **indicativo da CIB de que se continuaria com a Resolução quanto a um check list. Colocou que a área tinha ido buscar o check**
1236 **list, e o mesmo era inadequado para o momento legal. Foi feito uma proposta em que no check list constassem os movimentos**
1237 **que os municípios tinham que cumprir independente de comando único ou não, como o SARGSUS, o plano municipal. Só que**
1238 **tinha sido colocado que aquela apreciação seria na CIR e o Estado faria o teto global financeiro depois, junto com o município.**
1239 **Portanto, ficou acordado que depois não seria bom, que era melhor reverter, ou seja, o município que quisesse comando único,**
1240 **os três municípios colocados por Emerson, colocando que, dos municípios, faltava Itagibá, pois não tinha comparecido, não**
1241 **tendo sido feito contato; o município não tinha respondido nem comparecido para analisar o teto financeiro global, como tinha**
1242 **vindo Santaluz e Ibirataia. Estes tinham ido que lá, feito a análise, porém o município de Itagibá não tinha comparecido. Razão**
1243 **pela qual não estava na relação, mas se tivesse comparecido estaria ali, sem nenhum problema. Disse também quem tinha**
1244 **ficado acordado na reunião que os três passariam por aquela análise e seriam liberados. E os outros que viessem daqui para**
1245 **frente, primeiro fariam uma análise, podia ser com a área técnica, o município que tivesse autonomia, ele mesmo podia entrar**
1246 **no SISFACTO, no SISPP, no SISMAC, no site do Observatório, abrir o PPI MAC, olhar o seu teto, e ver se era conveniente**
1247 **para ele, ou então se ele achasse que não seria bom, ele poderia ir até à SESAB e voltar a conversar com a técnica Manuela,**

1248 se ele decidisse pelo comando passava na CIR para apreciação, porque aquele era o fluxo, e mandava para a CIB. No
1249 entanto, o que tinha ficado para ser decidido se continuaria ou não era o check list. Dra. Stela Souza ponderou que tinha sido
1250 exatamente o colocado por Dra. Joana, e o que Dr. Emerson tinha cobrado tinha sido o município, já tendo ficado esclarecido.
1251 E aquilo não impedia que o processo avançasse o que tinha sido discutido com relação à responsabilidade sanitária, tendo
1252 ficado do COSEMS colocar a Resolução 04/2012 no site, que era clara sobre o município, com ou sem a gestão do recurso da
1253 MAC, se chamava de comando único. E o comando único existia hoje, pois o município já mandava, sendo ele que respondia
1254 por tudo no seu território, porém, quando foi sugerido na reunião que a área técnica desse apoio ao município que
1255 precisasse de ajuda, antes de fazerem todo o processo, ir para a CIR, discutir e aprovar, vir para a SESAB, e quando virem o
1256 valor do MAC, porque até então ainda não tinham visto, dizerem que não tinham condição de fazer a gestão plena, como fazer
1257 a gestão do recurso, se estava separando comando único de gestão do recurso. Comando único já havia hoje, todos tinham
1258 comando único, agora era a gestão do recurso da MAC, segundo o Decreto 7508, segundo o qual se tratava de uma decisão
1259 entre os gestores estaduais e municipais, sobre quem fazer a gestão dos recursos. Então para essa gestão, o município tinha
1260 que fazer um estudo e precisava de auxílio, para só caminhar quando fizer esse estudo, para não ficar indo e voltando. Dr.
1261 Raul Molina salientou que a preocupação era esclarecer para aqueles municípios que não aparecia no teto dele o MAC, que
1262 pensava que não poderia ir para lugar nenhum, pois era necessário dizer ao município, que ele tinha o recurso e estava ali, e
1263 não mudando aquilo, continuava do jeito que estava. Dr. Emerson Garcia (SMS de São Francisco do Conde) ressaltou que o
1264 município precisava entender que o teto da atenção básica, da vigilância à saúde, já estava no teto dele, ele já gerenciava,
1265 então ele estava preocupado com o teto do MAC, mas o que era o teto do MAC, e quem tinha Mac no seu território, pois
1266 oitenta por cento dos municípios da Bahia não tinham MAC no seu território, tinha apenas HPP. E enquanto COSEMS se devia
1267 fazer uma reorientação aos gestores, a fim de poderem negociar e entender o que era Rede e dentro da Rede, como estava o
1268 perfil do seu município, por que comando único ele já tinha. Dr. Raul Molina solicitou ao COSEMS para passar aos municípios,
1269 colocando no site do COSEMS os esclarecimentos que estavam sendo colocados nesta CIB. Informou o ponto de pauta
1270 referente ao alinhamento do fluxo de pauta para a reunião da CIB, destacando que ontem tinha sido discutido isso e já tinha
1271 sido repassado e hoje a única coisa a fazer era aprovar o regimento já discutido, já pactuado e que não tinha sido homologado.
1272 Na verdade já está homologado agora. Destacou que, como pauta do COSEMS, o Município de Governador Mangabeira
1273 solicitava aprovação da proposta de CEO tipo I e Sala de Estabilização que já estava dentro do grupo, tendo uma parecer
1274 negativo. A Sra. Liliâne Mascarenhas (DGC) informou com relação ao CEO, de acordo com a Resolução aprovada na CIB, ele
1275 tinha a cobertura, mas não tinha a população. Tinha sido pactuado, ele tinha uma cobertura da equipe de saúde bucal, tendo
1276 sido acordado que, considerando que hoje tinha outro cenário, onde se discutia na verdade a perspectiva de serviços regionais
1277 era necessário se rediscutir aquela Resolução naquela perspectiva. Além disso, havia hoje CEO que podia estar solicitando um
1278 aditivo de 20% do recurso, por conta da Rede de Pessoas com Deficiência, Portanto já se fazia uma análise como um todo e já
1279 era colocado aquilo na nova Resolução, a proposta era que, no dia 03/09, COSEMS e SESAB já discutissem a nova proposta
1280 e revissem todos os casos. Ademais, se devia discutir em CIR, garantir o fluxo da unidade que seria regional, e pactuar tudo
1281 direito. Dr. Raul Molina pontuou que devia repassar aquela informação para que o CEO viesse através da CIR, já com aquela
1282 discussão na CIR e após a discussão entre COSEMS e SESAB, no dia 03/09. Informou que o Município de Salvador solicitava
1283 habilitação do Projeto Glaucoma, discutido também pela manhã, quando tinham sido apresentadas as unidades como Day
1284 Horc, Clínica Kátia Freitas, Clivale, Clínica Núcleo Médico Ocular, Clínica Cliopi, CDTO, CLOC, Pro Oftalmo, COUSF, IOBA,
1285 ficando aprovado. O Município de Conceição do Almeida já tinha dito pela manhã e já tinha sido aprovado. O Município de
1286 Ibirataia solicitava apreciação de aprovação de duas equipes de saúde bucal que não estavam incluídas junto com as equipes
1287 de saúde da família, que foram pactuadas anteriormente, porém existia um problema que mais uma vez Sr Alexandre
1288 colocaria, a DIRES tinha alegado que não poderia fazer a inspeção porque faltava carro, o Município tinha dado o carro, e esta
1289 teria dito que era um carro 4x4 e não um carro comum, e solicitou que ele colocasse o que tinha acontecido. O Sr. Alexandre
1290 (SMS de IBIRATAIA) esclareceu que no mês de abril, o Município de Ibirataia tinha solicitado credenciamento de duas equipes
1291 de saúde da família e duas equipes de saúde bucal, haja vista que o município tinha cinco equipes de saúde da família, cinco
1292 credenciadas e sete funcionando, porque tinha sido assim o herdado. Solicitou o credenciamento, que o município é bem
1293 parceiro da DIRES e o diretor é muito solícito e a equipe técnica da atenção básica da DIRES tinha alegado a falta de carro.
1294 Ele tinha colocado na CIR que o município dava o carro para os técnicos irem, porém a alegação para eles foram foi que em
1295 carro particular eles não iriam, porque poderia haver algum acidente e uma série de questões, sendo que o carro particular era
1296 o carro oficial do Município. No entanto, o Município tinha sete equipes de saúde da família e todas na zona urbana, e as duas
1297 que tinham sido solicitadas eram na zona rural. E a DIRES tinha dito que não poderia ir com o carro da DIRES porque era
1298 pequeno e não dava para ir na zona rural, só poderia ser um carro grande. Ele então conversou com o pessoal da DAB que
1299 orientou passar um fax, para colocar o ponto na pauta CIB. E disse que mesmo assim a CIR já tinha aprovado como ad
1300 referendum porque achava injusto o Município ser penalizado. Então era só aprovar as duas equipes de saúde bucal desde
1301 que a DIRES desse o parecer técnico. Informou que tinha esperado o parecer da DIRES para fazer a reforma, mas não tinham
1302 ido. Ao começar a reforma, a funcionária tinha informado que em lugar que tinha reforma não entrava. E concluiu, destacando
1303 que só queria colocar a atenção básica para funcionar melhor. O Sr. Cristiano Sóster (Diretor da DAB) pontuou ter recebido o
1304 processo hoje e precisaria analisar, mas podia ser aprovado ad referendum, seria analisado o Projeto e, se estivesse tudo bem,
1305 encaminharia para publicação. Dra. Gisélia Souza mencionou que todos riram, pois era algo prosaico, mas o caso não era para
1306 riso, pois quando se estava em uma reunião da CIB, que era formal, gravada e como gestora da Secretaria Estadual de Saúde,
1307 não ouviria um fato desse e não fazer nada, não se posicionar e não dizer que, como Secretaria de Saúde, seria apurado o
1308 acontecido de fato, pois não era correto que isso acontecesse, podia até se rir do fato em si, mas não que se concordasse com
1309 aquilo. Seriam tomadas as providências para apurar o fato porque estava completamente equivocado e fora de qualquer
1310 orientação da Secretaria Estadual de Saúde. Dr. Raul Molina agradeceu a Dra. Gisélia pela colocação sobre o assunto e
1311 aproveitando o momento, estando presente também o Secretário de Saúde de Mascote, que tinha colocado hoje haver no
1312 Município um prestador que tinha pedido para regular um paciente e o prestador tinha dito para ele sair, pois o problema era
1313 com o Estado. Acrescentou que eles colocavam o Estado como se o mesmo tivesse concordando com essas coisas, portanto,
1314 estava bem pactuado aquilo que Dra. Gisélia colocava ali, e que todos deviam ter conhecimento e trazer para o fórum legítimo

1315 com toda a seriedade que precisava. E entendia que aquele que colocava tal posição em qualquer município, ou em qualquer
1316 instância, não conhecia o Sistema Único de Saúde e tinham por obrigação fazer com que isso acontecesse, reforçando o que
1317 tinha sido dito por Dra. Gisélia. Solicitou ao Secretário de Mascote e para todos os colegas que, quando aparecesse um caso
1318 daquele, passassem por escrito, trouxessem para o COSEMS ou a CIB que seria dado o encaminhamento e aconselhou ainda
1319 que nos casos particulares que acontecem nos municípios, que levassem esse tipo de atitude ao conhecimento do Conselho
1320 Municipal de Saúde, porque ninguém estava para passar a mão na cabeça de ninguém, até mesmo dos gestores que estavam
1321 ali até àquela hora brigando, tentando chegar a um consenso das coisas e não podiam pactuar com aquilo. Em seguida, o
1322 Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião
1323 ordinária para o dia 19 de setembro, às 14 horas, no Auditório da SESAB. Não havendo mais o que tratar, eu, Silvana Moura
1324 Rodrigues Salume Xavier, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador,
1325 19 de julho de 2013. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima
1326 Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Silvana Moura Rodrigues Salume Xavier, Secretária Executiva
1327 Substituta da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 22 de
1328 agosto de 2013.

1329 Suplente: Alcina Marta Andrade de Souza _____
1330 Raul Moreira Molina Barrios _____
1331 Suplente: Stela dos Santos Souza _____
1332 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
1333 Gisélia Santana Souza _____
1334 Suplente: Chaider Gonçalves Andrade _____
1335 Suplente: Alfredo Boa Sorte Júnior _____
1336 Washington Luis Silva Couto _____
1337 José Antônio Rodrigues Alves _____
1338 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____
1339 Joseane Mota Bonfim _____
1340 Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva _____