

Ata da 216ª Reunião Ordinária de 2013

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos dezanove dias do mês de setembro 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, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Antônio Rodrigues Alves, Ivonildo Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta Andrade de Souza, Stela dos Santos Souza, Daniela Neves Castellucci, Chaidier Gonçalves Andrade, Fabiano Ribeiro dos Santos, Cynthia Lopes Abreu Marques e Aldecy de Almeida Bezerra Silva. Às 14 horas, havendo número legal, Dra. Suzana Ribeiro declarou aberta a sessão, colocando em discussão e aprovação a Ata da 215ª Reunião Ordinária da CIB, que foi encaminhada anteriormente aos Membros por e-mail. A Ata foi **aprovada à unanimidade**. Dando prosseguimento, deu posse à Dra. Daniela Neves Castellucci, como novo Membro representante da SESAB na CIB. 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 DIRES; 1.2. Conforme Relatório do SARGMS/MS, em 18 de setembro de 2013, 308 Municípios estão com o Relatório de Gestão de 2011 aprovados (73,86%) pelo CMS, 17 aprovados com ressalva (4,08%), 03 não aprovados (0,72%), 01 foi solicitado ajustes (0,24%), 88 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (21,10%); 1.3. Conforme Relatório do SARGSUS/MS, em 18 de setembro de 2013, 152 Municípios estão com o Relatório de Gestão de 2012 aprovados (36,45%) pelo CMS, 28 aprovados com ressalva (6,71%), 02 não aprovados (0,48%), 08 foram solicitados ajustes (1,92%), 127 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (30,46%) e 100 estão sem informação (23,98%)**. Considerou interessante que a CIB encaminhasse para o COSEMS a relação de todos os municípios sem informação, para fazerem uma força tarefa a fim de resgatar a informação. **1.4. A Auditoria do SUS-BA informa: após auditoria realizada na SMS de Santa Terezinha, que gerou o processo nº 0300090060736, o relatório e o parecer técnico para verificação do TAS encontram-se disponíveis no link: www.saude.ba.gov.br/auditoria/auditoria; 1.5. A DIVISA, em parceria com a Assembléia Legislativa do Estado da Bahia, realizará a I Semana de Vigilância Sanitária e Saúde, no período de 23 a 25/09/2013, com representantes do parlamento estadual e dos setores produtivos, governo e sociedade civil, tendo como objetivo: debater temas relacionados à atuação da Vigilância Sanitária; e solicita a indicação de um representante desta CIB para participar do referido evento; 1.6. Ofício da FESF-BA, solicitando apoio à CIB junto ao Município de Salvador, em relação a questões que implicam em processamento de produção e pagamentos de saldo remanescente de 2012/2013. Informou tratar-se de um ofício de 24 de maio, em que a Federação solicita apoio à CIB em relação às questões: a correção do teto financeiro dos contratos; o aumento financeiro da assistência em oncologia e cardiologia de Salvador; a viabilização dos recursos da competência de dezembro 2012, da gestão anterior; o cronograma do pagamento de saldo remanescente 2013; as glosas de produção por conta de uma superposição e sem apuração de auditoria *in loco*. Ressaltou que as questões levantadas pela Federação já estão sendo encaminhadas, até porque houve a pactuação com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o Ministério da Saúde e a SESAB, para a correção do teto financeiro deste Município, especialmente dos tetos de oncologia e cardiologia. E falou que isso faz rebater também em relação aos pagamentos que já estão em negociação com o Secretário de Salvador, o Secretário de Estado e o Ministério da Saúde. Colocou que, após a publicação da portaria do Ministério, de correção do teto, essas questões serão encaminhadas junto ao Município de Salvador, por conta da situação financeira e da correção do teto de oncologia e cardiologia. O Secretário Municipal de Saúde de Salvador e Membro da CIB, Dr. José Antônio Rodrigues Alves, disse que Dra. Suzana havia respondido quanto à negociação que está sendo feita e informou a portaria do IAC, saída hoje, retroativa a 01 de agosto, que em parte está cumprindo o acordado em relação às filantrópicas. Referiu que tinham ficado de publicar o teto complementar, que seria uma portaria subsequente e resolveria em parte o problema. Relatou que está negociado o pagamento referente a 2012 - uma vez que houve o reconhecimento da insuficiência de teto - de um valor correspondente a um determinado número de meses referentes ao ano anterior, como portaria nova de recurso, em uma parcela única para liquidar o débito. E informou que, no caso de Salvador, assim que sair a portaria será apresentado o cronograma de liquidação. Em relação às glosas, esclareceu que já está resolvido em cem por cento e o que se fala a esse respeito é o Sistema TXT, com uma grande modificação de março, abril e maio, e ocorreu realmente um quantitativo muito grande de glosas. Referiu que foi aberta a oportunidade para fazerem reapresentações mensais, o que tem sido feito e hoje já se encontra 100% sanado. E que se trata da portaria de re-estabelecimento dos leitos por especialidade do CNES, que grande parte dos hospitais não tinham feito, havendo ainda muitos municípios com esse problema. Mas Salvador já tinha resolvido totalmente e é um problema dos prestadores. Dr. Raul Molina ressaltou a presença do Dr. Rogério Queiroz, Promotor do Ministério Público, e comentou que o assunto também tinha sido abordado na reunião do COSEMS, pela manhã. Informou que tinha sido pactuado no CONASS e mantido pelo CONASEMS que não discutiriam apenas a contratualização dos filantrópicos, sem que se discutisse a política dos hospitais como um todo e, de forma específica, os hospitais de pequeno porte. E falou que tinha sido problemático, ao se anunciar pela manhã a publicação da portaria, porque o que já tinham pactuado era que eles fariam tudo aquilo. Mas que era importante que todos tivessem conhecimento do acontecido até porque ha um grupo do CONASEMS que está participando do grupo de trabalho e da própria área técnica, inclusive com a participação de Dra. Stela, na representação do CONASEMS. E a postura do COSEMS é que se discuta toda a política dos hospitais de uma forma geral, pois precisam olhar a equidade. Entendiam que os hospitais filantrópicos na Bahia são importantes para a rede suplementar do SUS. Mas chamava atenção para a diferença com alguns números que vêm sendo levantados e o impacto dos hospitais filantrópicos estará em torno de um bilhão e setecentos milhões de reais, dos quais oitenta por cento estão no sul do país. E aqui tinham outro impacto, por isso tinham feito um encaminhamento diferente a respeito do assunto, lamentavelmente sem ter passado na Tripartite e já foi publicado. Dr. José Antônio Rodrigues concordou com Dr. Raul - e a Secretaria Municipal também tinha participado de uma das reuniões - pois, ao negociar a respeito das questões dos contratos com a SESAB, encaminhou para o Ministério da Saúde o valor total contratual, bem como o teste de cada atividade, por município. O que não significava dizer que ele concorda, tendo em vista o número discutido pela SMS para sanar o déficit dos contratos das filantrópicos, bem maior do que estão fornecendo agora, e tinha sido discutido com o Secretário, Dr. Jorge Solla. Disse que a iniciativa do Ministério de encaminhar via IAC é unilateral, existindo só a promessa no verbo, de que o valor complementar virá depois, porque até agora o que existe é uma portaria do IAC e o município não tinha opinado. Só no valor complementar, com uma solicitação de recursos. Achava que a portaria do IAC**

68 vinha sendo discutida desde o final do ano passado e só foram beneficiados hospitais de ensino, no caso da Bahia, o Hospital
 69 Santa Izabel e o Hospital Santo Antônio de Irmã Dulce. Comentou ser uma discussão antiga com a Federação de Hospitais de
 70 Ensino e com a Federação de Misericórdias do Brasil. Na época ele era o vice-presidente de lá. E por enquanto tinha saído
 71 apenas a negociação do IAC e a posição do Ministério era fazer a publicidade antes de discutir com os entes de gestão, senão o
 72 valor não teria sido aquele e sim, maior. Dra. Suzana Ribeiro registrou que o informe tinha sido sobre o documento encaminhado
 73 à CIB pela Federação, em relação à situação de Salvador, derivado da discussão da portaria e da negociação feita. Lembrou que
 74 os valores da portaria do IAC tinham sido baseados na média de produção de junho de 2012 a maio de 2013, passando a ser
 75 cinquenta por cento do valor médio da produção. Comentou que essa discussão já está sendo feita pelo Ministério da Saúde
 76 com as entidades, os filantrópicos, a Confederação Nacional e tinham entrado os hospitais de ensino, aquelas unidades
 77 filantrópicas que, sendo também hospitais de ensino, recebem mais dez por cento. E os hospitais com cem por cento SUS têm
 78 mais vinte por cento, ou seja, o IAC pode chegar até oitenta por cento do valor da média de produção do último ano, entre junho
 79 de 2012 e maio de 2013. E ha algumas unidades, a exemplo do Hospital Santo Antônio, da OSID, que têm dificuldade de
 80 registrar sua produção por conta do próprio sistema, não conseguindo rodar mais ao chegarem ao milésimo procedimento,
 81 quando o sistema não abre mais, ou seja, só indo até novecentos e noventa e nove. Lembrou ainda de uma discussão dos
 82 filantrópicos que têm uma produção abaixo da realidade do que eles têm podido apresentar ao longo do último ano. A mesma
 83 comentou também que, quanto à questão da política de contratualização dos hospitais da atenção hospitalar, inclusive HPP, é
 84 um processo que ainda está sendo discutido, tendo recuado na última tripartite e agora com uma nova movimentação: terão a
 85 Câmara Técnica do CONASS, na próxima semana, para discutir a política junto com o Ministério, porque CONASS e
 86 CONASEMS não abrem mão de redefinirem os valores do HPP. E a discussão atrelada às redes de atenção vinha trazendo
 87 algumas dificuldades na definição dos valores e, conseqüentemente, de uma pactuação em torno da política. Dando
 88 continuidade à pauta: **2. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
257/2013	28/08/2013	Aprova ad referendum Proposta nº 13635.016000/1120-12, cadastrada junto ao Fundo Nacional de Saúde para aquisição de equipamentos/material permanente, conforme Portaria GM/MS Nº. 2198/2009, para o Hospital Municipal de Porto Seguro. Republicada por ter saído com incorreção.
258/2013	28/08/2013	Aprova a Proposta nº 13635.016000/1120-13, cadastrada junto ao Fundo Nacional de Saúde para aquisição de equipamentos/material permanente, conforme Portaria GM/MS Nº. 2198/2009, para o Ambulatório Médico de Especialidades – AME, do Município de Porto Seguro. Republicada por ter saído com incorreção.
259/2013	28/08/2013	Aprova a Proposta nº 13635.016000/1120-14, cadastrada junto ao Fundo Nacional de Saúde para aquisição de equipamentos/material permanente, conforme Portaria GM/MS Nº. 2198/2009, para o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, do Município de Porto Seguro. Republicada por ter saído com incorreção.
280/2013	27/08/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, do recurso financeiro fixo de média e alta complexidade dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados pelo Ministério da Saúde.
284/2013	03/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Oftalmologia, procedimento relacionado ao Glaucoma para IOBA – Instituto Oftalmológico da Bahia, no Município de Guanambi.
285/2013	03/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Renal Substitutiva, na Clínica NEFROVITA, Município de Lauro de Freitas.
287/2013	06/09/2013	Aprovar <i>ad referendum</i> a Habilitação do Hospital Geral Ernesto Simões Filho como atendimento em regime de Hospital Dia - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos.
288/2013	06/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a implantação da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas no Município de Itacaré, para o ano de 2013.
289/2013	10/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação de 09 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto tipo II no Hospital Ana Nery no Município de Salvador.
291/2013	11/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Construção do Pólo da Academia da Saúde do Município de Quixabeira.
292/2013	17/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição do 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 Reforma. (Salvador) Republicada por ter saído com incorreção.
293/2013	12/09/2013	Ratifica a 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. (Nilo Peçanha, Wenceslau Guimarães).

296/2013	17/09/2013	Approva <i>ad referendum</i> a parametrização/escalonamento para pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015, referentes ao SISPACTO, a Programação das Ações para impactar no alcance das metas pactuadas, no Estado da Bahia e o Cronograma das Oficinas de Trabalho para as 09 (nove) Macrorregiões de Saúde, disponível no Observatório Baiano de Regionalização no endereço www1.saude.ba.gov.br/obr .
299/2013	19/09/2013	Approva <i>ad referendum</i> Habilitação de 02 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II para CATO – Clínica de Acidentados Traumatológicos e Ortopedia S/C LTDA, Salvador – Bahia.

89
90

Em seguida passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação:
1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DGC/DAE: 1.1. Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (20h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (40h), 02 Nutricionistas (30h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 horas.	Itarantim
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Farmacêutico (40h), 01 Psicólogo (40h) e 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 230 horas.	Itororó
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Encruzilhada
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Fonoaudióloga (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Educador Físico (20h) totalizando 200 horas.	Mortugaba
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (30h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Educador Físico (30h), 01 Médico Veterinário (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 170 horas.	Antas
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Sanitarista (20h), 01 Educador Físico (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h) e 01 Psicólogo (20h), totalizando 200 horas.	Cipó
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 01 Psicólogo (20h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Nutricionista (40h), totalizando 200 horas.	Santa Rita de Cássia
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Assistente Social (30h), 01 Educador físico (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Farmacêutico (30h), 01 Nutricionista (30h), e 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas.	Santa Brígida
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (20h), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador físico (40h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 horas.	Pindobaçu
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Assistentes Sociais (20h cada), 01 Educador Físico (40 h), 01 Psicólogo (40 h), 01 Farmacêutico (40 h) e 01 Nutricionista (40 h), totalizando 200 horas.	Jitaúna
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30 h), 01 Psicólogo (20h), 01 Assistente Social (30h), 01 Médico Ginecologista/Obstetra (20h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 horas.	Boa Nova
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Educador Físico (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 200 horas.	Jucuruçu
01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Sanitarista (30h), 01 Fisioterapeuta (24h), 01 Psicólogo (24h), 01 Nutricionista (24h) e 01 Assistente Social (24h), totalizando 126 horas.	Dom Basílio	

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Educador Físico (30h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando 120 horas.	Muquém do São Francisco
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 120 horas.	Itaquara
	01 NASF Tipo III – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Farmacêutico (20h), totalizando 80 horas.	Lajedão
	01 NASF Tipo III – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (30h), 01 Farmacêutico (20h) e 01 Fisioterapeuta (30h), totalizando 80 horas.	Cravolândia
	Readequação na composição do NASF tipo I, que passa a ter a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Educador Físico (30h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (30h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 200 horas.	Itapicuru
	Alteração na modalidade de NASF tipo II para o NASF tipo I, que passa a ter a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Educador Físico (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h) 01 Assistente Social (30h) e 01 Psicólogo (30h), totalizando 200 horas.	Fátima
	Alteração da modalidade do NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição profissional: 02 fisioterapeutas (30h cada), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Farmacêutico (40h), totalizando 200 horas.	Licínio de Almeida
	Alteração na modalidade de NASF tipo II para o NASF tipo I, que passa a ter a seguinte composição: 01 Assistente Social (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fisioterapeuta (20h), 01 Fonoaudiólogo (40h) 01 Psicólogo (40h) totalizando 200 horas.	Presidente Dutra
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada a uma ESF. 01 ESB Modalidade I, vinculada à USF de Chapada.	Lagoa Real Candeal
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Roberto Santos.	Candeal
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Sertanejo I. 01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF de Casa Nova.	Itiúba Ourolândia
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF de Sede II.	Ourolândia
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Otto Alencar III	Itacaré
	01 ESB Modalidade I, vinculado à USF de Ismael Lopes	Pindobaçu
	01 ESB Modalidade I, vinculado à USF de Bananeiras	Pindobaçu
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF sede, Bairro Odilon Gonçalves	Jaguarari
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF de Ponta Baixa	Itiúba
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Tabuleiro de Menezes	Conceição do Almeida
ESF – Equipe de Saúde da Família	03 ESF Tipo I: Otto Alencar III, Otto Alencar IV e Marambaia	Itacaré
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	Dom Basílio
	05 ACS	Brejolândia
UOM – Unidade Odontológica Básica	01 UOM	Biringa

91 Dra. Suzana acrescentou mais uma ESF, no Município de Encruzilhada, para ver com a área técnica. **1.2. Aprovação da**
92 **transferência de recursos financeiros para Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD dos municípios sob gestão**
93 **estadual;** seguindo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde da Portaria GM/MS nº 2.373, de 07 de outubro de 2009 e a
94 Nota Técnica do MS, que altera repasse do recurso, na qual o município passa a receber de acordo com a faixa de produção. Ao
95 invés de ser por produção teria a faixa de produção e todos os municípios que estavam sob gestão estadual estariam recebendo
96 os recursos de LRPD diretamente, fundo a fundo. **1.3. Aprovação da utilização do recurso federal destinado ao Laboratório**
97 **Regional de Próteses Dentárias, para incremento de novos municípios no Plano de Expansão dos LRPD na Bahia.** Dra Suzana
98 relatou que ha recurso federal definido para o LRPD. E como este não foi viabilizado, a proposta apresentada ao COSEMS pela
99 manhã foi que o recurso fosse realocado para incrementar o plano de expansão. E a sugestão de ficar *ad referendum*, para o
100 COSEMS ter conhecimento dos municípios incluídos na lista de expansão. Dr. Raul Molina ressaltou que na reunião da manhã
101 não tinha ocorrido embates com a saúde bucal. As notícias tinham sido boas e o COSEMS entende a necessidade da
102 adequação. E as grandes dificuldades são apenas com relação aos municípios elencados e outra proposta de Salvador, de que
103 o recurso também se refere à formação dos protéticos. Reiterou o encaminhamento de aprovar *ad referendum* e referiu a criação
104 de uma comissão para analisarem, composta pela equipe técnica e três secretários, mostrando inclusive como tinham sido

105 elencados os oito e, caso não desejassem participar, como seria feita a substituição. E, em havendo a possibilidade da Escola de
106 Saúde Pública e principalmente a Escola Técnica já terem alguma iniciativa com relação à formação dos protéticos, talvez não
107 fosse necessário nem mexer nesse dinheiro. Mas concordavam plenamente com o Estado, de que o dinheiro não pode retornar
108 ao Ministério. Tinham que utilizá-lo, e este tinha sido o encaminhamento dado em relação ao ponto 1.3. O Secretário Municipal
109 de Saúde de Jacobina e Membro da CIB, Sr. Ivonildo Dourado Bastos, referindo-se ao item 1.2, disse que, diferentemente da
110 proposta original apresentada, tinha sido pactuado com a SESAB e área técnica da Saúde Bucal. E os recursos seriam
111 repassados fundo a fundo, dentro da faixa de produção, como o pactuado no caso dos CAPS. Acrescentou que,
112 independentemente de estarem ou não sob gestão plena ou sob comando único, os recursos não viriam para o teto do Estado e
113 seriam repassados fundo a fundo, do Ministério para os municípios. Dando prosseguimento, Dra. Suzana Ribeiro passou para o
114 próximo ponto de pauta: 1.4. Homologação dos seguintes serviços hospitalares de referência/DRH em saúde mental: 06 leitos de
115 saúde mental no Hospital Geral Luís Viana Filho, no Município de Ilhéus; e 12 leitos de saúde mental no Hospital Geral Prado
116 Valadares, no Município de Jequié. A Secretária Municipal de Saúde de Camacan e Membro da CIB, Dra. Aldecy Silva, colocou
117 que essa parte não tinha sido debatida pela manhã, apenas comentada rapidamente. Assim, com relação ao Município de Ilhéus,
118 que está desativando o Anexo do Hospital Regional - seguindo a Política de Saúde Mental, de leito psiquiátrico no hospital geral -
119 tem hoje quinze leitos no Anexo e aqui falavam em credenciar seis. Entretanto, na CIR de Itabuna estão entendendo que a
120 política se dará no momento em que for conformada a rede. Assim, queria saber se o credenciamento de seis leitos seria de
121 imediato, mantendo o Anexo funcionando até poderem transportar para o hospital, ou se abririam leitos em outros hospitais. E
122 qual o modelo que está sendo desenhado para poderem credenciar seis leitos psiquiátricos no hospital geral. E se isso
123 coincidiria com alguma mudança para o paciente psiquiátrico, do ponto de vista de tratamento hospitalar. Dra. Gisélia Souza
124 informou que, com relação aos leitos psiquiátricos, do ponto de vista da política nacional, não existe mais hospital psiquiátrico
125 credenciado. Esclareceu o movimento que está sendo feito, da requalificação desses hospitais para torná-los hospitais gerais,
126 para serem de retaguarda ao atendimento a toda as necessidades de urgência, tendo leitos psiquiátricos. Informou que, com
127 relação ao Afrânio Peixoto, o mesmo já está nesse processo de requalificação e de desospitalização e sem ter mais nenhum
128 paciente morador internado. Da mesma forma o Lopes Rodrigues, em Feira de Santana, que está no processo de
129 desinstitucionalização e os pacientes moradores para serem absorvidos pelas residências terapêuticas ou pelo processo de
130 reinserção de vinculação familiar. No caso do Luis Viana Filho está sendo feita uma reforma ampla, inclusive no Anexo
131 Psiquiátrico, pois as condições eram muito ruins e na reforma dessa unidade está previsto que o Anexo Psiquiátrico passe a ser
132 um espaço para pediatria. E pelo estudo realizado, os seis leitos em pactuação serão perfeitamente adequados em termos de
133 número e era necessário ver a questão dos CAPS e a necessidade de implantação das residências terapêuticas com o Município
134 de Ilhéus e com a região. Referiu que o hospital está fazendo no momento um processo de intervenção de melhoria da sua
135 qualidade, de infra-estrutura, de rede elétrica, de ampliação dos espaços. Uma reforma importante que o hospital está passando.
136 E aproveitando o momento, entraram com a requalificação e com a transformação do anexo psiquiátrico em uma unidade de
137 atendimento pediátrico, que absorverá os seis leitos de psiquiatria na conformação dos novos leitos. Dra. Aldecy Silva insistiu na
138 questão, pois, a seu ver, quando se fala nessa mudança, se fala em uma rede e nesse momento estavam falando da
139 transformação de quinze leitos inadequados para leitos qualificados. Mas, independentemente do ideal da qualificação, a
140 questão era como fazer com a demanda reprimida, no momento em que se fecham seis leitos que não são adequados. E
141 reconhecia que o serviço realmente não é adequado, mas também não é o pior. Perguntou o que seria feito, porque ainda não
142 tinham sido construídos equipamentos e era uma demanda reprimida. E mesmo não sendo o ideal, ficariam sem nada até que
143 fosse construído. Comentou que não sabia como aquilo tinha sido discutido em Ilhéus, como tinha sido feito o GT, essa rede,
144 mas, de qualquer maneira, Ilhéus está dentro de Itabuna, dentro da rede, envolvendo então toda a região. Dra. Alcina Romero
145 reforçou a fala de Dra. Gisele e solicitou a Sra. Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC, para ajudar com os esclarecimentos e
146 complementar a informação. Esta explicou que os leitos de psiquiatria existentes, conforme estão registrados os leitos hoje, já
147 foram retirados da produção da unidade, não existindo mais. Obrigatoriamente já tinham que rever o próprio perfil da unidade e
148 está sendo realizado um censo, sendo identificada a população de lá, e verificado inclusive que, para a maioria dela, o
149 atendimento ambulatorial e de internamento se dá muito para a demanda do município. Disse ainda haver uma ação juntamente
150 com o município, não só na questão de leitos, até porque o leito é um dos pontos de atenção da RAPS. E lembrava que, com o
151 trabalho que estão executando, o Estado tem um déficit muito grande, praticamente quase nenhum serviço CAPS AD III e CAPS
152 III, e precisavam investir nisso. E o processo de acompanhamento desses usuários está organizado, estruturado, tanto com
153 Ilhéus como com Jequié. Citou uma técnica, referência no Estado para o assunto, além da apoiadora da região, que vem
154 trabalhando com a desinstitucionalização. Reforçou que estão fazendo uma ação sistemática, organizada, com todo cuidado e
155 entendiam também que há outra estratégia que já estão articulando, como o ocorrido ontem no grupo condutor. Disse que, para
156 se trabalhar com rede temática, há uma prerrogativa, os fóruns regionais. E precisavam dialogar com a comunidade sobre como
157 é organizar a atenção, não só na perspectiva psicossocial, mas em outras dimensões. Dra. Gisélia Souza esclareceu que tinha
158 acabado de falar com o Diretor do Hospital Regional, Dr. Júlio, e o mesmo havia lhe comunicado que a média de internação de
159 pacientes moradores é de cinco ou seis, nunca tem mais. E todos sabiam que a discussão da melhor assistência ao paciente
160 psiquiátrico não é para interná-lo e sim de atendê-lo. Mas ter uma abordagem que permita ele sair do quadro agudo - seja
161 psicótico agudo ou qualquer outro caso de transtorno mental agudo - e retorne à sua convivência familiar, ou seja, inserido em
162 algum serviço ambulatorial. O que estão fazendo hoje na Bahia, a idéia não é ampliar leitos nem manter os leitos atuais, porque
163 estão ociosos, do ponto de vista da internação, e não é a melhor indicação internar paciente. Mas interná-lo apenas o tempo
164 necessário para sair do quadro agudo e depois ser direcionado para o atendimento ambulatorial especializado do CAPS, ou, se
165 for o caso de um morador antigo, ele ser acolhido ou pela família, ou ficar numa residência terapêutica. Se fosse um paciente
166 com vínculos familiares ele ser atendido no quadro agudo e retornar para ser atendido ambulatorialmente. E que o diretor do
167 Hospital e a experiência regional do Estado lhes dizem que os seis leitos são mais que suficientes para a necessidade de
168 atendimento aos pacientes, em casos agudos de transtorno mental. Dra. Liliane Mascarenhas lembrou que nas discussões das
169 CIR a equipe técnica vem colocando que os hospitais gerais acolherão as pessoas com transtornos mentais, álcool e outras
170 drogas. E que não são leitos diferentes, mas os mesmos leitos para a população em geral, entendendo que esta com certeza
171 tem outras questões clínicas que precisam ser cuidadas. E vinham cuidando de uma questão psiquiátrica onde precisam

172 garantir, não como uma unidade exclusiva, mas dentro da rede, tendo também outros locais para atendimento. Dra Aldecy Silva
173 reiterou que conhecia a Política da Saúde Mental, achava que precisa ser implementada, sendo totalmente favorável a toda a
174 questão. Porém sua preocupação era objetiva, nesse exato momento em que Ilhéus tem todas as suas unidades fechadas há
175 mais de sessenta dias por causa da greve, os CAPS de lá fechados, não funcionando, faltando equipamento de assistência,
176 tanto para drogas como psiquiátrica. Em que a única porta de entrada não é morador, mas rotativo. Cinco podem morar - que
177 moram no máximo um ou dois - mas a questão era: eles entram, passam quinze dias para saírem da crise e, no momento de
178 dizerem “vamos fechar a porta” - e tinha de ser fechada, não estava discutindo que não fosse - e abrirem de quinze para seis
179 leitos, que isso fosse de maneira programada. E que fechassem ao se ter uma rede conformada, mas não simplesmente
180 substituir quinze por seis, já que a região não tem outras portas de entrada. Dr. Raul Molina disse ser importante que Dr. Odilon
181 estivesse ali e que era uma grande demanda que recebiam do Ministério Público. Colocou que, além do Hospital de Ilhéus, estão
182 se esforçando para que os outros, de todas as regiões, abram as portas, e que têm uma dívida imensa com relação à saúde
183 mental. Disse também que o paciente psiquiátrico não tem apenas problemas psiquiátricos, existindo todos os outros problemas,
184 clínicos, etc. E o pior, o SAMU não existe referência para levar os pacientes e ficam procurando, sendo empurrados de um lado
185 para o outro. Considerou fantástico o trabalho feito pela equipe técnica, elogiou a oficina porque muitos municípios tomaram
186 conhecimento e comentou que tem recurso inclusive para seus hospitais e a adesão foi feita. Dirigindo-se a Dra. Aldecy, lhe falou
187 que com a diluição havia a possibilidade do número de leitos de lá serem suficientes. Pediu uma trégua para verem como
188 funcionaria a partir de então, com o credenciamento dos novos leitos. E estavam falando quase a mesma língua, pois uma coisa
189 era o morador, o paciente, que está ali como morador, sem parentes, o que era outro problema imenso; e outra, a falta de local
190 onde acomodar os pacientes. E passou a palavra para Dra Stela, esta comentou que se inseria na discussão por estar na região
191 de Ilhéus e entendia o que tinha sido discutido no Colegiado. Primeiro, que o paciente com transtorno mental tem braço, perna,
192 fígado, estômago, mas ao mesmo tempo com outras necessidades, outras co-morbididades. Então é uma pessoa integral e tem
193 que ser atendido de forma integral, por isso a abertura dos leitos dos hospitais para atender paciente com surto psiquiátrico. Em
194 segundo lugar, o hospital não é o local para resolver os problemas dos CAPS. Dessa forma precisavam deixar claro que os
195 CAPS têm que funcionar e nas regiões de Ilhéus e Itabuna há vários CAPS funcionando nos municípios. Assim, se Ilhéus não
196 está com os CAPS funcionando e os pacientes estão surtando porque não têm acompanhamento, a questão não era tirar os
197 leitos, nem transformar o leito ou levar para outro hospital, mas cobrar do município o funcionamento dos CAPS. Porque é assim
198 que está acontecendo no restante da região. E acreditava que após todas as discussões em Itabuna, este município terá
199 também os leitos para receberem aqueles pacientes de todos os municípios, assim como Ilhéus. Lembrou que na Macrorregião
200 Sul tem quatro regiões, com sessenta e sete municípios, e cada município com seus leitos para encaminhar seus pacientes,
201 quando em surto. Mas dentro do plano feito, ao verem que terão CAPS AD III na região, que estão movimentando até CAPS
202 regional, vêm que estão fortalecendo o processo da saúde mental como o paciente merece, com dignidade. Dr. Raul Molina
203 voltou a pedir uma trégua, dizendo que a situação colocada é nova e que deixasse em observação, para verem como funcionará
204 até a próxima CIR. Pois o que estava sendo colocado era coerente com relação à Urgência e era interessante que os municípios
205 cumprissem com sua obrigação em relação aos CAPS. Identificariam o que estivesse por dentro de tudo aquilo, mas o que não
206 podiam era tirar suas responsabilidades. Eles estão retirando a política que centraliza os pacientes psiquiátricos nos hospitais. E
207 se todos concordassem, eles deixariam aquilo para ver como funcionará e, se fosse preciso, voltariam às CIR para reavaliarem,
208 lembrando que nas CIR têm os grupos já constituídos para acompanhamento. Esse era o encaminhamento que dariam. E
209 perguntou se estava tudo bem, se concordassem, passariam para o próximo ponto, pois Dra. Vicenza precisava sair mais cedo e
210 estava antecipando a apresentação de Complexo Regulador, um ponto importante para eles. E lembrou a todos que tinham
211 ficado naquele desespero para discutir a diminuição de cinco, seis leitos, mas de fato, desde abril vêm caminhando pelos
212 territórios para construir planos de ação de redes de atenção. De fato - e se dirigiu a Dr. Rogério - todo mundo se debruça na
213 Rede Cegonha, que é a rede materna e infantil. Era urgência porque o valor do recurso ali é muito maior, com o Decreto do
214 Governador, desde o ano de 2010, para garantir a contrapartida do Estado para o CAPS AD III e o CAPS III e hoje ninguém tinha
215 aderido de fato. Era preciso que colocassem à mesa a realidade como é. Falou que tem muitos CAPS I por toda a Bahia sendo
216 credenciados e tinham discutido na pauta da CIB passada a realocação do recurso financeiro para o ajuste. Informou o aumento
217 ocorrido na época da PPI de 2010, quando eles ajustaram o valor, porque o Ministério havia retirado quem estava com a parte de
218 produção e não tinha feito o financiamento global que saía do FAEC para o MAC. E a CIB - Bahia tinha garantido o complemento
219 com o recurso da PPI. E agora que tinha entrado o recurso do Ministério para todos, aqueles onde tinha sido suspenso
220 anteriormente retiraram do sistema. Mas de fato não estava vendo a política acontecer na ponta, que é garantir o acesso.
221 Sabiam que tem muitos hospitais estaduais psiquiátricos no interior e desde a época que Dr. José Antônio era Secretário, com a
222 própria política substitutiva, tinham começado a implementar CAPS, a replantar e avançar, começado a reduzir internação.
223 Relatou que em Vitória da Conquista eram cem AIH e tinha chegado a quarenta. Feira de Santana, com o Lopes Rodrigues, a
224 mesma coisa. Então hoje nesses hospitais há um mínimo de pacientes para entrarem na residência terapêutica. Disse haver
225 local que nem suporta estruturar. E que a lógica não é só de ampliar, mas também de desospitalizar, desinstitucionalizar a
226 atenção à saúde mental. Daí que deviam debater concretamente em cada região e fazerem uma construção real e efetiva de
227 melhoria da qualidade da atenção ao usuário que ‘via de regra’ é marginalizado e jogado dentro da unidade hospitalar para ser
228 internado. E precisavam discutir qual o papel de cada um deles, enquanto gestor, trabalhador e organizador de uma rede de
229 atenção, que para ser eficaz tem de ser regional e não local, nem municipal. E agradecendo, passou a palavra. **3.**
230 **SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DIREG: 3.1. Implantação dos**
231 **Complexos Reguladores no Estado da Bahia.** Dra. Vincenza Lorusso, dizendo que seria rápida, pois estava indo para Itabuna,
232 passou aos slides: “Complexo Regulador (CR)/Central de Regulação: “Estrutura que compreende toda a ‘ação meio’ do processo
233 regulatório: recebe as solicitações de atendimento, processa e as encaminha para a melhor alternativa assistencial.” Unidades
234 Operacionais: central de regulação de urgência; central de regulação de internações; central de regulação de consultas/exames.
235 Falou que, no imaginário e no real, o complexo regulador deve ser um complexo único, somando-se o componente ambulatorial
236 (central de regulação ambulatorial), o de urgência (central de regulação de urgência/emergência) e o de leitos (central de
237 regulação de leitos). Comentou que teoricamente o ideal seria que eles estivessem todos numa mesma infra-estrutura e se
238 comunicassem. Nas regiões deverão funcionar da seguinte forma: o município deverá ter uma microrregulação estruturada para

referenciar o que o município não resolve para o pólo de região; o que o pólo de região não resolver, encaminhará para o pólo da macrorregião. E o Complexo Regulador Estadual deverá se configurar assim: os complexos reguladores nas regiões, as regiões dentro das macrorregiões e quando as macrorregiões não resolverem, deverão remeter à Central Estadual de Regulação – CER. Mostrou o modelo proposto pela Política de Regulação Nacional e Estadual. Na Macrorregião Leste, tem a CER, tratando-se na verdade de uma mescla entre uma central efetivamente estadual e a central municipal, considerada como o primeiro “complexo regulador” constituído no Estado. Mescla entre central de leitos e central ambulatorial, concentrando papéis: municipal (regulação dos leitos de Salvador); regional (regulação intra e inter-regional); macrorregional (regulação intra e inter-macrorregional); estadual (regulação inter-macrorregional e observatório). Mostrou em gráficos o crescimento das atividades da Central, com dados da atual gestão e informou que, em 8 anos, as solicitações tinham aumentado em 214%, atualmente a CER recebe uma média de 9.300 solicitações/mês, ou seja, 310/dia (em 2006 eram 97/dia). Numa projeção do ano inteiro, baseada no primeiro semestre, em 2006, a Regulação recebe aproximadamente trinta e cinco mil e quinhentas solicitações e em 2013 fechará com mais de cento e onze mil solicitações. Da mesma forma, cresceram os atendimentos, passando de vinte e dois mil para quase cinquenta e quatro mil, aumentando 143% em oito anos. Citou a realização pela CER atualmente de uma média de 4.500 atendimentos/mês, ou seja, 150/dia (em 2006 eram 60 atendimentos/dia). A proporção entre solicitações e atendimentos em torno de cinquenta por cento, com um crescimento exponencial para os dois casos. Citou alguns dos principais motivos de solicitação em 2012: ortopedia, avaliação neurocirúrgica e neurológica, entre as principais. Disse que da mesma forma, para os atendimentos a maior demanda é de ortopedia, seguida pelo internamento pediátrico, neurologia. Mostrou um slide do sistema utilizado para urgência e emergência, onde os pacientes estão classificados por risco: paciente grave, em vermelho; paciente intermediário, em amarelo; paciente menos grave, em verde. Mostrou também o SIDREG, usado na Central Estadual como sistema de autorização nos complexos reguladores utilizado nas duas funcionalidades: regulação e autorização. Acrescentou que a Central vem conseguindo ampliar seus leitos de atendimento porque o Estado realizou uma série de credenciamentos que permitiram aumentar as respostas e hoje tem credenciamentos para: ortopedia de MAC, neurocirurgia; cardiocirurgia pediátrica e de adulto; exames radiológicos de AC (arteriografias e angiografias); leitos de UTI e retaguarda; leitos de UTI para pacientes pediátricos crônicos/desospitalização; CPRE; bariátrica; oxigenoterapia hiperbárica; transporte (UTI aérea e UTI adulto/neonatal/eventos). Mostrou em gráfico dos contratos um aumento dos processos a serem contratados e mostrou a implantação dos complexos reguladores, o quadro atual de CR na Bahia: no Norte, Sudoeste e Sul, mas em etapas diferentes de desenvolvimento. Listou o impacto da instalação dos complexos para todo o Estado: regionalização dos processos e atendimentos; diminuição das solicitações à CER; diminuição de gastos com o TFD; responsabilização do pólo regional; organização dos fluxos de encaminhamento e diminuição da demanda espontânea. Em seguida apresentou o fluxo do Sistema de Regulação de Leitos: os pacientes entram pelas portas da UPA, PSF e SAMU, vão para as Unidades de Referência; se não resolvem, vão para a Central Regional; se não resolve, seguem para a Central Macrorregional ou Interestadual; não resolvendo, são encaminhados para a Central Estadual. Apresentou os requisitos para implantação dos Complexos Reguladores. Os requisitos estruturais/funcionais: sede (SESAB/PSB) - mobiliário, contratação de RH e rede lógica (SESAB/FESF); informática e telefonia (SESAB); capacitação de RH (SESAB/FESF) e custeio (SESAB/FESF/MS). E os requisitos operacionais: oferta de serviços (análise de situação/contratualização); conformação de redes prioritárias do MS (5) - Rede Cegonha; U/E; atenção psicossocial – RAPS; doenças crônicas; e cuidado à pessoa com deficiência. A pactuação de fluxos (DIREG/COUR/CIR (Rede U/E)/prestadores) e monitoramento (SESAB/CIR/municípios). Requisitos operacionais: mobilização de CIR; visitas técnicas; oficinas de regulação, treinamentos SIDREG III - módulo ambulatorial; visitas de implantação do módulo ambulatorial; treinamentos SIDREG III - módulo hospitalar; treinamento de municípios solicitantes; treinamento de unidades executantes hospitalares; e treinamento de RH da Central - administrador, MR e AR. Em seguida apresentou a situação do CR Norte - Região Interestadual do Vale do Médio São Francisco, tendo sido o primeiro dos complexos regionais a ser constituído, com inauguração em 05/08/2011: População - 1,9 milhões; duas Macrorregiões de Saúde - Juazeiro (Regiões de Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso) e Petrolina (Regiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri); 55 municípios (27 da Bahia e 28 de Pernambuco); 10 unidades hospitalares executantes. Apresentou o organograma da Central de Regulação de Leitos Interestaduais (CRIL), com uma peculiaridade: uma parte pertencendo ao Estado da Bahia e outra parte ao Estado de Pernambuco: coordenações representativas da Macrorregional BA e da Macrorregional PE – Coordenação Geral da CRIL – coordenação médica – supervisão hospitalar – médicos reguladores – TARM. Chamou atenção para o gráfico mostrando como diminuíram as solicitações da CR, pois na medida em que a CR foi crescendo, as solicitações da Central Estadual diminuíram, sendo positivo porque a interestadual resolve suas coisas na sua área. Outro gráfico mostrou a média mensal evidenciando que, desde que a interestadual começou, em dois anos aumentou 65% o número de solicitações e em 71% o número de atendimentos. Ressaltou que o Complexo Interestadual consegue resolver mais as solicitações da Bahia que as de Pernambuco, o que era um grande ganho para a Bahia porque aproveitam os recursos de Pernambuco também para resolverem os da Bahia naquela área. Comentou que, como todos os Complexos Reguladores e como qualquer processo em construção, na Interestadual tem problemas de uma rede que, por algumas especificidades, ainda não está bem consolidada, com as seguintes dificuldades: crianças vítimas de queimaduras (HRJ); crianças vítimas de politrauma (HUT); UTI pediátrica: necessidade de ampliação no HDM (4 para 10); broncoscopia (remoção de corpo estranho); avaliação de urologia; cirurgia de cabeça/pescoço; proctologia; cirurgia geral; insuficiência do serviço de endoscopia e transporte inter-hospitalar. Passou a apresentar a central de regulação de leitos da Macrorregião Sudoeste (Vitória da Conquista): inaugurada em 14 de junho de 2013; população coberta - 1.9 milhões de habitantes; gestão compartilhada (SESAB/FESF SUS); equipe de trabalho - núcleo administrativo e núcleo de regulação; funcionamento 24 horas; utilização do SIDREG III para regular e autorizar e o SUREM Web para se comunicar com a Central Estadual. Mostrou o organograma da CRL Sudoeste, um pouco diferente do organograma da Interestadual: coordenação macrorregional; coordenação adjunta; coordenação médica; administração de sistema; supervisão hospitalar; núcleo de controle e avaliação. As ferramentas de trabalho/equipamentos: fax, computadores, linhas telefônicas com gravação de voz e impressoras. Informou que tinham começado com fax, pois nem sempre os municípios têm sistema. Mesmo assim tinham conseguido treinar, trabalhar com todos os municípios e em três meses as solicitações via SIDREG passaram para o quantitativo de um mil oitocentos e dez. Ou seja, Vitória da Conquista estava trabalhando quase que noventa por cento apenas com SIDREG, porque com o fax vários probleminhas ocorriam. Então, na medida em que vão treinando, os municípios vão adotando

306 o SIDREG e se comunicam por ele. Passou às atribuições das unidades solicitantes/executantes: estrutura física mínima
 307 (equipamentos e RH); utilização de protocolos de regulação; elaboração de relatórios médicos necessários para a transferência
 308 de pacientes e cumprimento dos fluxos consensuados. E às dificuldades encontradas: atenção básica limitada; municípios com
 309 pouca estrutura; rotatividade de profissionais; demanda maior que a oferta; encaminhamentos indevidos de pacientes; e
 310 relatórios com dados insuficientes. Mostrou slide com a rede assistencial de Vitória da Conquista e outro com as solicitações por
 311 região ao CR onde: cinco por cento das solicitações chegam de Itapetinga; dez por cento, de Brumado; quatorze por cento, de
 312 Guanambi; e a maioria das solicitações chega de Vitória da Conquista. Referiu que os outros aos poucos vão incrementando
 313 porque ainda solicitam à CR, mas estão aprendendo que a referência deles tem que ser o pólo de Conquista; lá não resolvendo,
 314 mandam para a Central Estadual. Em relação aos avanços, constatou que em Conquista foi bom o Estado ter contratado leitos
 315 de retaguarda porque lhes permitiu desafogar o Hospital Geral de Vitória da Conquista, com vinte e cinco leitos, que em três
 316 meses internaram aproximadamente cento e sessenta pacientes. Informou que em Itapetinga o Estado contratou vinte e cinco
 317 leitos de clínica médica, sempre para retaguarda, e cinco para parto normal e obstetria. E que estavam dando respaldo para
 318 Vitória da Conquista. Falou de outro avanço importante também, a contratação de um transporte para apoio e agora as
 319 ambulâncias das unidades são do SAMU. Porque muitas vezes o transporte ainda é um problema e a utilização das ambulâncias
 320 básicas da unidade contratada, que nos três meses cresceu progressivamente. Informou que os investimentos na estruturação
 321 para auxiliar a organização do CR foram de quase nove milhões nos vários contratos que o Estado fechou para Vitória da
 322 Conquista. Falou da Central de leitos da Macrorregião Sul (Itabuna), a CR mais nova, com mais ou menos dois meses, e estava
 323 em fase de estruturação. E havia ainda alguns problemas de rede elétrica e telefone que já estão sendo resolvidos. Comunicou
 324 que a rede prevê o Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, o Complexo da Santa Casa, a UNIMEC, a Maternidade Ester
 325 Gomes e o Hospital Geral Luís Viana, que já entrarão na CR de Itabuna e se beneficiarão do processo regulatório até ser
 326 constituída a CR em Ilhéus. Citou como dificuldades, que falta ainda para Itabuna: espaço físico; rede telefônica e rede elétrica
 327 adequadas ao volume de transações a realizar; adesão da Santa Casa ao processo regulatório; interesse dos profissionais
 328 médicos em candidatar-se ao cargo de MR; rede assistencial suficiente para a demanda; transporte inter hospitalar. Ressaltou
 329 sua preocupação porque, das três CR, Itabuna é a que tem uma rede menos estruturada e menos eficiente e a preocupação é
 330 tentar tirar os pacientes do Hospital de Base de Ilhéus. Disse que a Santa Casa dará um respaldo, mas não será suficiente para
 331 toda a demanda da área. Finalizou mostrando uma tabela com os investimentos realizados, ressaltando o quanto é cara a
 332 construção de um Complexo Regulador e porque, do ponto de vista financeiro, não é tão fácil investir e fazer. E passou ao slide
 333 abaixo.

Complexo Regulador	1º Ano (R\$)	2º Ano (R\$)	Total (R\$)
CRIL	1.762.197,33	1.880.913,27	3.643.110,60
CRLSUDOESTE	2.406.804,37	2.444.018,79	4.850.823,16
CRLSUL	2.460.527,46	2.444.018,79	4.904.546,25
Total (ano)	6.629.529,16	6.768.950,85	13.398.480,01
Total (mês)	552.460,76	564.079,24	1.116.540,00

334 Em seguida apresentou três slides sobre a Política de Transporte Inter hospitalar (TIH), lembrando que tinha apresentado na
 335 última CIB e tinha sido aprovado. Mas ao transformarem a apresentação em texto para a publicação da Resolução CIB, viram a
 336 necessidade de acrescentar dois itens: "Art. 2º - § 2º O encaminhamento do paciente para atendimento em unidade de maior
 337 complexidade será de responsabilidade do município e/ou da Central de Regulação responsável no respectivo território." Na
 338 minuta proposta anteriormente estava como responsabilidade apenas do município e agora tinha sido colocada também a CR. A
 339 mesma coisa para o paciente em observação. O paciente básico, não crítico, tinha sido também consensuado anteriormente que
 340 é responsabilidade do município, e agora tinham alterado, pois, por exemplo, se a central tiver ambulância e o município não
 341 puder, a CR terá que apoiar, sendo o que está acontecendo em Vitória da Conquista. Então ficaria assim: "Art. 2º - § 3º Caso a
 342 unidade onde o paciente esteja internado ou em observação não esteja localizada no município de origem do paciente, a
 343 responsabilidade pelo transporte será da unidade ou da Central de Regulação do território, nessa ordem e conforme
 344 disponibilidade." A última alteração, sobre o financiamento. Na reunião passada tinha sido consensuado que o financiamento
 345 para aquisição da ambulância básica é do município, sempre tem sido assim. Entretanto observava que nem sempre os
 346 municípios têm recursos para comprar uma ambulância básica. E com a parceria com o Ministério e o Estado tinham conseguido
 347 que a aquisição das ambulâncias também pudesse ser compartilhada nas três esferas de governo, ficando da seguinte forma:
 348 "Art. 2º - § 4º O financiamento para aquisição de ambulância básica será de responsabilidade do Município compartilhado entre
 349 as três esferas de gestão do SUS num prazo máximo de um ano a partir da data da publicação desta portaria, conforme
 350 disponibilidade orçamentário-financeira." Por exemplo, o município não tendo condições, o Ministério dá a ambulância e o Estado
 351 pode comprar a ambulância; essa negociação pode ser realizada também pela Política da Interestadual. Ressaltou que as
 352 alterações tinham sido para chamar ainda mais a responsabilidade para o Estado e para a CR. Após a apresentação, Dr. Raul
 353 reiterou que a Política de Transporte Inter hospitalar (TIH), já tinha sido consensuada na reunião passada e com aquelas
 354 alterações já podia ser publicada. Dra. Vincenza enfatizou que a apresentação era para dar uma idéia de como as coisas estão
 355 caminhando e considerou que fechar o ano com Vitória da Conquista e Itabuna bem estruturadas seria muito bom. Lembrou que
 356 o Secretário tinha colocado que ainda este ano seria investido também em Feira de Santana, porém não sabia se daria tempo,
 357 pois a equipe era pequena e o trabalho minucioso. Mas a idéia era acrescentar no máximo Feira de Santana e os outros ficariam
 358 para o próximo ano. O Secretário Municipal de Saúde de Eunápolis, Dr. Mário Gontijo questionou se o fluxo estava em resolução
 359 ou em portaria, para que o município pudesse seguir e se tinha como ter acesso à política, para publicar no Conselho Municipal
 360 de Saúde. Dra. Vincenza respondeu que a política já está no site da DIREG, os panfletos foram encaminhados para todos os
 361 municípios e no site é possível ter acesso aos protocolos, manuais para implantação, panfletos da política, manuais do TFD e
 362 todos os materiais educativos estão disponíveis lá. Dr. Ivonildo Dourado salientou que estava posto o financiamento
 363 compartilhado entre as três esferas e estabelecida a discussão de um prazo após a publicação da portaria. No entanto precisava
 364 ser regulamentado, por serem três esferas. E questionou como seria o compartilhamento, o que competiria percentualmente a
 365 cada um e posteriormente os critérios de quantitativo de ambulâncias, por município, destacando que o COSEMS deverá puxar a
 366 discussão junto à SESAB, sobre o financiamento de ambulâncias com o Desenhábia. Relatou que, quando o município está

367 perto de conseguir, cai a certidão, a liminar de certidão, e o município volta ao processo; uma dificuldade muito grande para se
 368 ter acesso ao financiamento das ambulâncias. Questionou também como estava sendo discutido o transporte sanitário e a
 369 aquisição, pois estava na hora de facilitar o acesso a essa política de financiamento que o Estado criou junto ao Desenhahia,
 370 para que os municípios disponham efetivamente da linha de crédito, que é muito difícil. E comentou serem poucos os municípios
 371 que tinham acessado essa linha de crédito, por conta da burocracia e do quantitativo de documentos exigidos para financiar uma
 372 ambulância pelo Desenhahia. Reiterou a necessidade de verem como regulamentar o compartilhamento das três esferas,
 373 Ministério, Estado e município, além do quantitativo, pois os municípios são diferentes em tamanho, em população, entre outras
 374 coisas. Dra. Vincenza esclareceu que na primeira versão da política tinha sido discutido os percentuais e teoricamente a
 375 aquisição da ambulância pela política sempre tinha sido a cargo do município. O município compra a ambulância básica e aquilo
 376 se mantém uma prática comum. Depois, se quebrava ou não tinha dinheiro, era outro assunto. E destacou ser difícil dizer que
 377 para comprar uma ambulância o Ministério da Saúde tem que participar com 20% ou 30%, pois não se pode determinar que o
 378 Ministério da Saúde faça isso e o Estado faça aquilo. Informou que tinha sido colocado, conforme disponibilidade financeira
 379 orçamentária, que a política geralmente define um pouco as linhas macro, tendo consenso na linha macro. Que se tem um ano
 380 para implementar, pois a política define as diretrizes teóricas. Na segunda etapa será realizado um plano prático, colocando
 381 quais os municípios que precisam de ambulância, pois tem municípios que já possuem. E os municípios que tiverem condição de
 382 comprar, comprarão. Disse que o Estado tem ambulâncias que pode dar ou compartilhar e na verdade o operacional terá que ser
 383 fechado num plano mais prático. Sugeriu que fosse como na Política de Regulação, em que foram tinham sido consensuadas as
 384 diretrizes e agora estava na fase operacional. Informou que o interestadual estava funcionando com o transporte deles, o
 385 Município de Vitória da Conquista tinha uma necessidade diferente: o Estado tinha contratado o transporte em Vitória da
 386 Conquista. Em Itabuna não sabia como seria, provavelmente seria negociado e o importante era consensuar aquelas linhas
 387 teóricas. A próxima parte seria trabalhada na prática, o que seria comprado, como seria pago. Na próxima etapa, na
 388 operacionalização da política, se veria que cada caso era um caso. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que a responsabilidade
 389 compartilhada para aquisição das ambulâncias já está colocada, substituída. Tanto que foi feita a discussão através do
 390 Desenhahia e está ocorrendo um novo estudo de valores e o levantamento de preço. E a partir daí o Desenhahia voltará à linha
 391 de financiamento, estavam apenas aguardando o retorno. Dando prosseguimento, retornou à pauta das homologações: **2.**
 392 **SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1. Solicitação de remoção dos**
 393 **Servidores do Ministério da Saúde e da FUNASA cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB, com parecer**
 394 **favorável da DIVEP. – Aprovado. 3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE –**
 395 **SUREGS/DICON: 3.1. Habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia para a unidade abaixo relacionada:**
 396 **Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Várzea Nova	2526093	Hospital Padre Alfredo Haasler	13231055/0001-54	1901–LaqueaduraTubária; 1902– Vasectomia

397 **3.2. Aprovação do credenciamento/habilitação dos serviços relacionados abaixo: – Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Barra do Mendes	4022262	Unidade Mista Dr. Manoel Novais	11.662.191/0001-73	Hospital de Pequeno Porte
Igrapiúna	2413299	Hospital Luis Eduardo Magalhães	11.474.820/0001-31	Hospital de Pequeno Porte
Teolândia	2524848	Fundação Hospitalar de Teolândia	11.996.187/0001-41	Hospital de Pequeno Porte
Macajuba	2492881	Hospital Municipal Julieta Sampaio	13.810.841/0001-06	Hospital de Pequeno Porte
Brumado	7182546	ISOB	17.341.047/0001-11	Procedimento de Glaucoma
Guanambi	7276877	IOBA	14.168.357/0002-79	Procedimento de Glaucoma
Salvador	0005428	Hospital Couto Maia	13.937.131/0010-32	06 Leitos UTI Adulto Tipo II

398 **3.3. Aprovação do credenciamento/habilitação das Unidades – Adesão à estratégia de aumento do acesso aos procedimentos**
 399 **traumato-ortopédicos de média complexidade relacionados abaixo: – Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ
Brumado	2386569	Hospital Municipal Professor Magalhães Neto	13.759.150/0001-25
Caetitê	2557118	Hospital Regional e Maternidade Santana de Caetitê	13.777.776/0001-64
Camaçari	2532387	Hospital Municipal de Simões Filho	11.186.974/0001-28
	2388057	Hospital Geral de Ipiáú	13.937.131/0044-81
Eunápolis	2507447	Hospital Regional de Eunápolis	13.879.364/0001-35
	2556510	Hospital das Clínicas de Eunápolis	13.562.665/0001-30
	2804034	Hospital Regional de Guanambi	13.937.131/0067-78
Guanambi	2816881	Hospital São Lucas	14.621.866/0001-24
	2412241	Policlínica e Maternidade Guanambi LTDA	14.129.613/0001-38
Ibotirama	2602121	Hospital Regional de Ibotirama	13.937.131/0066-97
Ilhéus	2415846	Hospital Geral Luis Viana Filho	13.937.131/0002-22
	2416328	Casa de Saúde São Jorge Professor José Maria de Magalhães	14.169.015/0001-92
	2706563	COCI	34.433.037/0001-25

Jequié	2400693	Hospital Geral Prado Valadares	13.937.131/0024-38
	2603055	Hospital Geral de Ipiaú	13.937.131/0001-41
Lauro de Freitas	2802023	Hospital Geral Menandro de Faria	13.937.131/0001-41
Macaúbas	2533057	Hospital Antenor Alves da Silva	10.931.270/0001-70
Madre de Deus	3289826	Hospital Municipal Dr. Eduardo Ribeiro Baiana	33.919.960/0001-09
Paramirim	4029526	Hospital José Américo Rezende	14.193.338/0001-11
Porto Seguro	2802090	Hospital Regional Deputado Luiz Eduardo Magalhães	13.937.131/0001-41
Salvador	0003980	Hospital Eládio Lassère	13.937.131/0065-06
	0004073	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	13.937.131/0022-76
	0004278	Hospital Martagão Gesteira	15.170.732/0001-06
	0004294	Hospital Geral do Estado	13.937.131/0001-41
	2493845	Hospital Manoel Vitorino	13.937.131/0054-53
	6595197	Hospital do Subúrbio	13.937.131/0001-41
	0003832	Hospital Santa Isabel	15.153.745/0002-49
	0004502	INSBOTE Barbalho	15.234.123/0001-64
	3746410	Hospital Dois de Julho	13.926.639/0005-78
	0005355	CATO Vitória	15.174.691/0001-17
	3001814	Hospital Agenor Paiva	15.140.254/0001-82
	3827992	Hospital da Bahia	05.469.172/0001-22
3870197	ORTOFORT	04.592.078/0001-01	
Santo Antônio de Jesus	2799286	Hospital Maternidade Luiz Argolo	15.934.094/0001-43
	2390078	Hospital Municipal Vereador Ranulfo José de Almeida	15.934.094/0001-43
	6414702	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus	13.937.131/0070-73
São Félix	2520613	Hospital Nossa Senhora da Pompéia	15.979.826/0001-11
Valença	2525933	Hospital Dr. Heitor Guedes de Mello	14.175.036/0001-46
Vitória da Conquista	2402076	Hospital Geral de Vitória da Conquista	13.937.131/0062-63
	2487756	Hospital Vicente de Paulo	33.570.052/0061-93
	2402556	UNIMEC	14.273.957/0001-16
Teixeira de Freitas	2301318	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	13.650.403/0001-28
Itamaraju	2556847	Hospital Municipal de Itamaraju	10.694.906/0001-07

400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429

Dra. Suzana Ribeiro observou um erro no campo do Município de Camaçari, lembrando que as unidades foram todas aprovadas nas regionais, através das CIR, com ata, listando-se a relação pela DAE, pelo Plano do TOM. **Aprovado.** Dr. Raul Molina comentou o avanço e relatou que tinha recebido um telefonema da Secretaria de Saúde de Santo Antônio de Jesus e a Secretária tinha informado que o município não tinha encaminhado, e então solicitava o posicionamento da equipe técnica. E estava reafirmando o que Dra. Suzana havia colocado. Tendo ocorrido reunião da CIR, com aprovação, e a Secretária estava presente, ficava difícil retirar agora. E o papel do COSEMS é dar como encaminhamento que não podem retirar de pauta o que está pactuado, simplesmente por retirar. Disse que tinha sido discutido na região que a CIB tinha que ser a instância para aprovar *ad referendum* o decidido nas regiões. Não podiam fazer um discurso e levar na prática de outra forma, por isso solicitava à equipe técnica, se havia ata, se existia toda a documentação. Dra. Joseane Bonfim ponderou o pedido de um parecer da equipe técnica, pois tinha acontecido uma discussão no município, com a presença de Dra. Ana Paula, Diretora da DICON, com o encaminhamento, para haver o ajuste do projeto, que se sentassem Dires, prestador e Secretária do Município de Santo Antônio de Jesus. Destacou que deviam encaminhar para aprovação, porém se houvesse alguma pendência, que se pautasse o ajuste na próxima reunião da CIR, a fim de não ficar nenhum ruído de comunicação. Além disso, não havia mais tempo hábil, já tendo ocorrido uma reunião ordinária e uma extraordinária. Explicou que a CIR tem duas Dires: a 4ª Dires - Santo Antônio de Jesus e a 29ª Dires - Amargosa, estando presente também o Diretor. Além disso, em reunião ocorrida lá, tinha sido colocada a questão do TOM, sem ter nenhum encaminhamento de suspender. Reiterou que isso devia ser garantido, pela necessidade que se tem do serviço. Comentou que estão aqui Dr. Júlio e Dra. Alcina, que também receberam o projeto. Dra. Suzana comentou que teriam até a próxima semana, dias 23 e 24, para chegarem os planos não aprovados ainda. Dr. Raul falou que seria até dia 26, ao que Dra. Suzana retrucou, dizendo ser até o dia 25, porque a área técnica teria que avaliar, fazer ajustes e compatibilizações. Tanto que tinha conversado no Grupo Condutor, com os coordenadores adjuntos que representam os municípios e os coordenadores regionais, e tinham ficado de fazer os contatos para fecharem até o dia 24. Eles mandariam via e-mail para a área técnica avaliar e, tendo algum ajuste, entrarem em contato, porque no dia 26 teria que ser enviado para o Ministério da Saúde. E esclareceu que não seria postado, mas encaminhado, protocolado e dado entrada, para o MS avaliar e publicar até dia 30. Caso acontecesse a prorrogação, teriam tempo para trabalhar melhor e no caso voltariam e conversariam com todos e fariam um trabalho mais burilado e trabalhado, seria lucro para ajustar os planos. Mas o prazo era 24, sem prorrogação nenhuma, porque o Ministério não tinha oficializado prorrogação. Convidou então Dra. Daniela Castellucci para assinar o Termo de Posse, pois passava a assumir a Diretoria da Auditoria, em substituição a Dr. José Raimundo, que tinha assumido a Diretoria do HEMOBA. Dr. Raul Molina, antes de seguir para o ponto 3.4, retornou para o 1.1, com Dr. Cristiano trazendo o Município de Itagibá e já com o parecer técnico do NASF tipo II para ser incluído. Seguiu para o **3.4. Credenciamento de CAPS para a Unidade abaixo relacionada:**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Santa Bárbara	7173121	CAPS I Irmã Catarina Rocha	12.082480/0001-66	CAPS I

430 Continuou com a pauta, passando às **apresentações: 1.1. Divulgação do Programa de Melhorias Habitacionais para municípios**
431 **de alto risco de transmissão da Doença de Chagas e Portaria nº 1065, publicada em Diário Oficial de 05/09/2013.** Dra. Alcina
432 Andrade, DIVISA, falou que alguns já tinham visto a apresentação pela manhã e aproveitava para divulgar a portaria publicada
433 no início de setembro, com prazo de adesão muito curto, até dia 05 de outubro e mostraria a Portaria nº 1.065, de 04 de
434 setembro de 2013, aprovando os critérios de elegibilidade e prioridade para aplicação de recursos orçamentários e financeiros do
435 programa de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, quanto à ação de implementação de melhorias habitacionais para
436 controle da Doença de Chagas. E como funcionará o Programa de Melhoria Habitacional para Controle da Doença de Chagas.
437 Informou se tratar de recursos do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC que vem através da FUNASA e que os
438 critérios e procedimentos básicos para seleção e a priorização das intervenções são baseados em dados, informações de
439 saneamento básico dos municípios e grau de risco para transmissão de Doenças de Chagas. O objetivo é de promover em áreas
440 endêmicas e no mapeamento das áreas no Estado, quais os municípios classificados como risco alto. A melhoria de habitação,
441 cujas condições físicas favorecerem a colonização de vetores transmissores da Doença de Chagas, será o objeto do fomento a
442 restauração, reforma de domicílio, visando à melhoria das condições físicas da casa, bem como do ambiente externo, para evitar
443 a colonização do vetor no ambiente interno, no peri- domicílio e a reconstrução, que é uma situação especial nessas habitações.
444 E, não havendo nenhuma condição de fazer intervenção de melhoria, terá que ser demolida e construída outra habitação.
445 Mostrou o mapa do Estado onde, na faixa amarela, consta a região litorânea do Estado até o Extremo Sul com os municípios de
446 baixo risco: 101 municípios no Estado considerados de baixo risco. Na área verde, manchados com alguns pontinhos já em
447 vermelho, mais para a Região Sudoeste, os municípios de médio risco, em número de 219; e na área vermelha, os 97 municípios
448 considerados como municípios de alto risco de transmissão. E chamou a atenção que na Bahia praticamente 100% do território
449 está com o Programa de Eliminação do Triatomíneo Infestans implementado e concluído, não tendo mais transmissão vetorial,
450 mas existindo algumas espécies de barbeiro no peridomicílio. Disse que para a portaria serão elegíveis os municípios das áreas
451 endêmicas da Doença de Chagas, reconhecidamente com vetores com capacidade de domiciliação e com existência de
452 habitação colonizada, ou que favoreçam a colonização do Triatomíneo, transmissor da doença. E se for por esse princípio não
453 terão nenhum município com condição de fazer adesão à portaria porque não há mais o Triatomíneo Infestans colonizado na
454 Bahia. E como tinha falado, estavam concluindo o PETI, Programa de Eliminação do Triatoma e seriam prioritários os municípios
455 com IDH-M ajustados para os menores IDH-M, constantes no banco de dados do PNUD (2000) e maior número de domicílios
456 com rendimento mensal per capita de 1 a 70 reais (IBGE – Censo 2010). E se na Bahia não tiver nenhum município que atenda
457 à condição do item 1 para ser município elegível, considerou que todos os 97 classificados como alto risco serão os municípios
458 elegíveis. E se todos tiverem interesse poderão se habilitar no seguinte passo a passo: O primeiro passo, para todos os 97: o
459 município deverá formular os pleitos com base nos critérios estabelecidos e efetuar os encaminhamentos por intermédio do
460 Sistema de Convênios - SICONV, no link apresentado no slide: www.convenios.gov.br, o mesmo sistema de outro pacto feito há
461 alguns anos atrás. Tem também de se cadastrar no SICONV e o prazo para envio de propostas ou plano de trabalho para
462 análise, via sistema de convênios, é dia 05 de outubro de 2013. Por isso a urgência de trazer o ponto a fim de divulgar a portaria
463 para os interessados em se habilitar, entrar no sistema e fazer. O segundo passo, enviar o inquérito sanitário domiciliar no
464 modelo da FUNASA, disponível no site da FUNASA. Fotos das casas que serão restauradas ou reconstruídas, parecer técnico
465 epidemiológico e entomológico, com indicações das localidades a serem contempladas. Adiantou que, com as ações do
466 Programa de Melhoria Habitacional para o controle da Doença de Chagas, o parecer epidemiológico e entomológico já tinha
467 ocorrido nas conversas com seus parceiros no Ministério e FUNASA, antes das portarias serem publicadas. Para a Bahia serão
468 os 97 municípios da área, classificados como de alto risco. A lista nominal dos beneficiários com CPF, RG e endereço completo,
469 identificando se a habitação será objeto de restauração ou reconstrução. Falou também que devem ser respeitados os critérios
470 de continuidade na seleção dos domicílios, evitando pulverização das melhorias. Então, se forem fazer investimento em uma
471 localidade, que naquela localidade todas as casas venham a ser beneficiadas, e se não for possível, que sejam casas contíguas,
472 ou não se conseguirá impactar no controle do vetor. O modelo também para a lista de beneficiários está disponível no site da
473 FUNASA: referenciamento das unidades domiciliares nas localidades a serem beneficiadas; detalhamento das ações de
474 controle, em especial as peri domiciliares que seriam desenvolvidas pelo preponente, quando for o caso. Em caso de
475 reconstrução deverá ser apresentada a seguinte documentação: a) apresentar laudo técnico assinado por profissional da área
476 devidamente habilitado, engenheiro arquiteto ou técnico de nível médio credenciado, constatando a impossibilidade de serviços
477 de restauração. No caso de se precisar demolir para construir outro, tinha que ter um laudo de uma pessoa devidamente
478 habilitada. O laudo poderá ser único para todo o projeto, desde que sejam identificados todos os domicílios a serem
479 beneficiados; b) Termo de Compromisso de demolição das casas antigas e remoção do entulho gerado. E a FUNASA
480 recomenda que todos os 97 classificados como de alto risco façam adesão através do site da FUNASA e a seleção se fará com
481 base nos critérios, menor no IDH-M e renda naquele ponto de corte de um a setenta reais. E concluindo, deixou o endereço no
482 slide, e que colocava uma equipe da DIVEP, do Programa Estadual de Controle da Doença de Chagas à disposição, para
483 qualquer dúvida. Falou que o técnico Helder Coutinho tinha estado pela manhã na reunião do COSEMS, deixando os telefones
484 de contatos e o passou o telefone direto do grupo técnico do Programa: (71) 3116-0058. E disse que colocaria no site do
485 COSEMS e no site, no portal de vigilância, no endereço que tinha mostrado. Em seguida, **apresentação** de Dra. Márcia
486 Mazzei, Diretora da DIS, que apresentou: **A situação das causas mal definidas de óbito no Estado.** Considerando a situação
487 como bastante preocupante, fez um apelo à sensibilização, para reduzir o percentual de óbitos por causa mal definida, referente
488 ao ano de 2012, para se conseguir atingir a meta pactuada. Explicou que na Declaração de Óbito são classificadas todas as
489 causas, mas se seleciona uma, a causa básica da morte, que é a que permite construir a estatística de mortalidade. Então é a
490 doença ou circunstância sobre a qual a saúde pública pode intervir, visando a sua prevenção, ou instituindo a cura em
491 determinado ponto, para que a doença não evolua e a pessoa chegue a óbito, razão pela qual se precisa conhecer a causa
492 básica. Explicou que na Declaração de Óbito a causa básica é a lesão que iniciou toda a sucessão de eventos mórbidos que
493 levaram a pessoa à morte. Ou, para causa externa, a circunstância do acidente ou violência que produziu a lesão fatal, um
494 acidente de trânsito, um capotamento de veículo, uma queda de andaime. Então aquela é a circunstância selecionada em saúde
495 pública. Salientou que uma causa básica de óbito mal definida e que não se consegue classificar para conhecer a distribuição da
496 mortalidade por causa, prejudica demais a distribuição da mortalidade e análise de perfil de mortalidade no Estado. Disse que

497 são causas contidas no capítulo 18 da CID 10, os sintomas, sinais e achados anormais. Lamentou que na causa de óbito mal
498 definida em geral na declaração de óbito são registrados apenas sintomas, sinais da doença e não a doença propriamente dita.
499 Exemplificando, citou que nos atestados de óbito vem escrito 'sem assistência médica', 'causa desconhecida', a parte do
500 atestado médico vem em branco, vem 'parada cardio respiratória' etc; muitas vezes 'convulsões', 'febre', 'hemorragia' são as
501 causas mal definidas; não está registrada na Declaração a doença que originou aqueles sinais e sintomas. Acrescentou que a
502 Lei dos Registros Públicos, a nº 6714, alterada pela Lei nº 6216, fala no Capítulo do óbito: nenhum sepultamento será feito sem
503 o registro em Cartório, sem a certidão oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito,
504 em vista do atestado do médico. Ou seja, para registrar qualquer óbito em cartório, é necessária a Declaração de Óbito. Então,
505 em vista de atestado de médico, no caso de haver médico no lugar; ou, não havendo, de duas pessoas qualificadas que tiverem
506 presenciado ou verificado a morte. Pontuou que na Portaria nº 116, da SVS do Ministério da Saúde, no artigo XVII, a emissão da
507 DO é de competência do médico responsável pela assistência aos pacientes ou substitutos. Excetuando apenas os casos
508 confirmados, suspeitos de morte por causa externa, acidentes e violências, quando a responsabilidade pelo preenchimento da
509 DO é atribuída ao médico do IML ou equivalente. A Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1779, regulamentando a
510 responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito fala que: em caso de morte natural em locais sem serviço de
511 verificação de óbitos, a Declaração deve ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo ao local onde
512 tiver ocorrido o evento e, na sua ausência, por qualquer médico da localidade. No caso de mortes violentas, a Declaração deve
513 ser fornecida pelos serviços médicos legais. E em Parágrafo Único, coloca: na localidade aonde existe apenas um médico, este
514 é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito, ou seja, a Declaração é um ato médico e é responsabilidade do
515 médico fornecer a Declaração de Óbito. Ainda na Resolução 1779, só o IML é competente para o fornecimento do Atestado de
516 Óbito em caso de causas externas; falecer em conseqüências das lesões, tendo a pessoa sido hospitalizada ou não, e
517 independentemente do tempo decorrido entre a ocorrência do evento e a morte, aquele óbito deve ser encaminhado para o IML.
518 Ou seja, se a pessoa sofrer um acidente e morrer em decorrência do acidente um ano depois, o óbito deve ser encaminhado
519 para o IML. Porque a circunstância da morte é o que levou a pessoa ao óbito, não importando o tempo decorrido entre a
520 circunstância da morte e o momento da morte. Com relação aos óbitos por causas mal definidas, apresentou as metas
521 estaduais. A primeira, o percentual de óbitos por causa mal definida, menor que dez por cento, até 2015. Então precisava
522 diminuir para menos de dez por cento, porque dez por cento era uma margem que não interferiria tanto na distribuição da
523 mortalidade por causa na análise daqueles óbitos. E a segunda meta, de 200 municípios do Estado com um percentual de óbitos
524 por causa mal definida menor do que 10%, no total de 2013. Chamou a atenção que a meta será de 200 municípios com noventa
525 por cento das causas bem definidas, que estão com cerca de 150 aproximadamente, e precisam correr atrás para alcançar o
526 objetivo. Mostrou a razão entre os óbitos informados pelo Sistema de Mortalidade e os estimados e disse que tinham conseguido
527 aumentar bastante a captação dos óbitos. E se reparassem no ano 2000, se conhecia setenta por cento dos óbitos esperados
528 apenas para a Bahia. Hoje já conhecem oitenta e cinco e seis décimos por cento, o que é ainda insuficiente, salientando que,
529 como a captação vem aumentando, isso poderá estar interferindo negativamente também. Porque quanto mais conseguem
530 captar óbitos de áreas mais difíceis, rurais, maior é a probabilidade de virem com causa mal definida. Então, de qualquer forma,
531 trabalhariam nas duas vertentes: no aumento da capacitação e na redução da proporção de causas mal definidas de óbitos.
532 Salientando ainda que na distribuição da mortalidade por causa no Estado, as causas mal definidas ocupam ainda o terceiro
533 lugar entre as principais causas de óbitos do Estado, na ordem: doenças do aparelho circulatório, causas externas e as mal
534 definidas. Ou seja, os óbitos classificados nesse grupo podem estar distribuídos entre os demais e certamente estão entre as
535 neoplasias e em todos os outros grupos, mas aumentam muito mais aquelas por doenças do aparelho circulatório, causas
536 externas e neoplasias. Falou do esforço feito para reduzir aquela proporção de causa mal definida de óbito, que em 2000
537 chegava a cerca de trinta por cento. Assim, se conhece setenta por cento do esperado; e do conhecido, trinta por cento são
538 óbitos por causa mal definida, quase não se consegue trabalhar e conhecer o real perfil da mortalidade por causa no Estado. Em
539 2005 tinha chegado a vinte e cinco por cento, uma redução muito lenta. De 2005 para 2006, uma intervenção do Ministério da
540 Saúde, colocando dois consultores para apoiar o Estado, quando fizeram um trabalho de seminários e oficinas por todo o interior,
541 envolvendo todos os municípios e iniciando todo um trabalho de investigação dos óbitos por causas mal definidas. E tinham
542 conseguido alcançar pouco mais de treze por cento, percentual que, apesar de não se contar mais com a ajuda dos consultores
543 há algum tempo, vêm conseguindo manter, a duras penas, mas não conseguem diminuir os treze por cento. E em 2012 tinha
544 aumentado ainda um ponto percentual, um pouco mais do que um por cento. Fez então um apelo para o trabalho que farão em
545 mutirão, numa estratégia emergencial para todos os municípios investigarem suas causas de óbitos mal definidas. E que
546 focariam especialmente os municípios de menor porte e com uma boa cobertura do PSF, tendo em geral dois, três óbitos, até
547 vinte e cinco por cento dos óbitos para investigação. Porque assim atingiriam as duas metas: a redução para dez por cento da
548 proporção de causas mal definidas no Estado e também os municípios com noventa por cento de causas bem determinadas. E
549 apresentou a distribuição da mortalidade por causas mal definidas no Estado, pontuando Salvador como a região com a melhor
550 proporção, e Camaçari, com pouco mais de quatro por cento; depois Paulo Afonso e Porto Seguro. E passou às regiões em
551 situação mais complicada: Serrinha, com trinta por cento dos óbitos de residentes na região por causas mal definidas, o mesmo
552 acontecendo em Jacobina, Senhor do Bonfim, Ribeira do Pombal e Vitória da Conquista, também com vinte e cinco por cento do
553 total de óbitos notificados no Sistema de Mortalidade. Informou que a maioria dos óbitos por causas mal definidas acontece em
554 domicílio: setenta e seis por cento dos óbitos por causa mal definida. O que não queria dizer que não tenham tido assistência
555 médica durante a doença que levava ao óbito e não no momento do óbito. Afirmou que existe essa confusão e muitas vezes o
556 médico fala que a pessoa não teve assistência médica e quando fazem a investigação do óbito eles observam que a pessoa
557 tinha exame, laudo, ressonância, tomografia, tudo que comprova a causa básica daquele óbito. E o que chamava a atenção:
558 quinze por cento e seis décimos são óbitos por causas mal definidas e declarações emitidas pelos hospitais. Chamou a atenção
559 das maiores proporções e da seleção de alguns hospitais com um volume razoável de óbitos: no Hospital Municipal Edson Silva,
560 em Queimadas, setenta por cento dos óbitos emitidos pelo hospital foram por causas mal definidas; o Hospital Nossa Senhora
561 da Saúde, em Maragogipe, o Hospital São Francisco, em Campo Formoso, todos eles com elevadas proporções de Declarações
562 de Óbitos por causas mal definidas. Em termos de números não são esses, mas o Hospital São Lucas, em Itabuna e o Hospital
563 de Vitória da Conquista, com um volume importante. Com relação à faixa etária dos óbitos por causas mal definidas, a maioria se

564 concentrou entre as pessoas idosas; cinquenta por cento entre as pessoas com setenta e cinco anos ou mais. Chamou a
565 atenção que em trinta e seis por cento dos óbitos de menores de um ano por causas mal definidas, o óbito ocorreu em hospital;
566 cinquenta por cento, em domicílio. E em todas as faixas etárias as maiores proporções ocorreram em domicílio, especialmente
567 também nas idades mais avançadas, de cinquenta anos e mais. Declaração de óbitos com causa mal definida com emissão de
568 necropsia: mil e cem óbitos por causas mal definidas, com quarenta e sete por cento ocorridos em domicílio e vinte e oito por
569 cento e nove décimos ocorridos em hospital. Por faixa etária e local de ocorrência: também aí os ocorridos em domicílio os de
570 maior proporção foram de causas mal definidas. A sua proposta agora era de intensificação dessa investigação e tinham
571 pensado em priorizar a investigação de óbitos de 2012, que são os óbitos da base de dados a ser fechada, consolidada pelo
572 Ministério da Saúde e divulgada definitivamente até janeiro do ano vindouro. Então precisavam reduzir aquela proporção dos
573 óbitos de causas mal definidas em 2012. Pedia que todos fizessem algumas investigações de óbitos, mas que priorizaria cento e
574 noventa e cinco municípios com menos de trinta mil habitantes, porque achava que esse processo de intensificação pode ser
575 mais produtivo. Municípios com menos de trinta mil habitantes, com noventa a cem por cento de cobertura do Programa de
576 Saúde da Família e com menos de vinte e cinco óbitos a investigar, para atingirem a meta de noventa por cento de causas
577 definidas. E focarem naqueles óbitos com maior possibilidade de definição de causa. Pensou em trabalhar prioritariamente os
578 óbitos ocorridos no mesmo município de residência do falecido, evitando a necessidade de saber informação do hospital em
579 outra cidade, onde o paciente tinha sido internado. Óbitos ocorridos em domicílio, em áreas cobertas pelo Programa de Saúde
580 da Família, óbitos maternos, infantis e de mulheres em idade fértil, porque no caso, será feita uma ação e será resolvido o
581 problema, melhorando bastante. A proporção de investigação de óbitos infantis, de mulheres em idade fértil, maternos e depois,
582 os óbitos ocorridos em estabelecimentos de saúde e os oriundos do Instituto Médico Legal. Os responsáveis pelo sistema de
583 mortalidade, no município e na regional de saúde, serão os que disponibilizarão uma listagem dos óbitos a serem investigados. A
584 vigilância municipal ou os profissionais das unidades de saúde devem realizar a investigação dos casos utilizando os formulários
585 próprios, que estão no site do Ministério da Saúde. A vigilância do município encaminhará a investigação para o médico
586 certificador, prioritariamente o médico do local da ocorrência no município, ou o médico do Programa de Saúde da Família. Ou,
587 não tendo o médico, a câmara técnica de vigilância de óbitos, municipal ou regional. Em último caso, o médico certificador
588 estadual da Diretoria de Informação em Saúde. A vigilância receberá os formulários com as indicações de alteração da causa
589 básica do óbito para alteração no sistema, com recodificação no sistema de mortalidade. E, por último, o responsável pelo
590 sistema de mortalidade alterará e atualizará a declaração de óbito no sistema e retransmitirá a informação para a Diretoria
591 Regional de Saúde e para o Ministério da Saúde. Mostrou o manual onde encontrarão fichas que está disponibilizado no site e
592 na Diretoria de Informação. Voltou a fazer o apelo para a intensificação, dizendo que tinha aquele trabalho no mês de outubro e
593 novembro para melhorarem aquele dado ainda do ano de 2012, que estava muito complicado. Exclamou que no Brasil inteiro a
594 Bahia é um dos três estados com as maiores proporções, junto com Maranhão e Piauí. Dra. Suzana Ribeiro agradeceu a Dra.
595 Márcia e disse ser interessante que, quando tratam os dados epidemiológicos, ao invés de dar uma comichão, dá uma
596 inquietude, ou uma paralisação, sendo algo que precisava realmente voltar à pauta e ser discutido. Lembrou que na reunião da
597 CIB anterior tinha sido colocado. E ela tinha falado com o COSEMS que sabe que as pautas nas CIR são construídas
598 consensualmente, mas a proposta da SESAB é de colocar a discussão da vigilância do óbito nas pautas das vinte e oito
599 comissões intergestores regionais. E não dava para querer modificar o perfil epidemiológico sem conhecer; não dava para fazer
600 planejamento de ações, programações de serviço, implantação de novos serviços, sem conhecer e sem trabalhar o perfil
601 epidemiológico na população. Ressaltou que o dado do óbito é extremamente relevante porque aponta em várias direções e vem
602 se observando isso desde a construção da rede de atenção. E a Bahia está hoje entre os estados do Nordeste com o maior
603 percentual de óbitos de causas mal definidas no Brasil, algo inquietante e, enquanto gestores devem estar em alerta para aquela
604 situação. Pois vivem discutindo credenciamento de serviço, habilitação de leitos de UTI, implantação de serviço de neurocirurgia,
605 cardiologia e não conseguem mudar de fato o perfil, se a cada ano que passa se verifica dado como esse. Constatou que têm
606 uma situação extremamente delicada, com discussão no âmbito da mortalidade materna e infantil e da Rede Cegonha e isso
607 volta a se repetir, já tendo sido colocado várias vezes em reunião de CIB. E ao começarem a desenhar as redes, com a Rede
608 Cegonha, disse ter se assustado com a falta de conhecimento dos gestores em relação aos seus dados epidemiológicos. Ao se
609 priorizar a Região Sul, não tinha sido gratuitamente, mas por ser a região com os indicadores mais delicados. O que não
610 significava dizer que era a pior, mas as outras regiões são de absoluto silêncio de informação e normalmente não alimentam o
611 Sistema de Informação. E precisavam valorizar isso dentro da Vigilância Epidemiológica, conhecer melhor o SINAN, o SIM, o
612 SINASC e tratar aquelas informações com maior cuidado, devendo ser uma reflexão. Hoje tem a questão das mal definidas
613 como grande desafio, da violência que vem aumentando e muitos dos indicadores e não conseguem se debruçar. Óbitos que
614 não conseguem sequer enxergar, sendo tratados no Sistema como números, mas são vidas. E quando não se consegue pensar
615 o modelo de atenção para melhorar a qualidade de atenção às vidas sob os seus cuidados, não adianta ficar discutindo
616 habilitação de serviço e correndo atrás de recursos, se não conseguem enxergar o que precisam atacar. Para os gestores que
617 estão recebendo gestões, começando nesse ano, trabalhando os seus planos municipais de saúde, pensando em seu próximo
618 quadriênio de ações, para eles planejarem é preciso que voltem a discutir isso e pensem em estratégias fundamentais para
619 enfrentamento da situação. E retomou o colocado por Dr. Raul, da reunião passada, a SESAB não queria impor nenhuma pauta,
620 nem CIB e nem CIR, mais não abria mão de discutir a vigilância de óbito como forma estratégica, para começarem a repensar a
621 situação de saúde nas regiões. E essa discussão teria que ser feita nas CIR, com os gestores, as DARES, os responsáveis
622 imediatos no local. E a partir daí se fazer a construção da rede de atenção de forma mais qualificada. E ficava preocupada
623 quando se discutia o RAPS como tinha sido discutido ali. Porque estão discutindo a porta de acesso e de fato não estão
624 conseguindo dar conta do trivial, de colocar o CAPS 1 para funcionar. E se não conseguem sequer focar nisso, imaginassem o
625 que vem se conseguindo fazer para melhorar os indicadores. E quando tinha uma baixa cobertura de atenção básica e a mesma
626 não faz o seu papel, porque a cobertura vem sendo ampliada, mas infelizmente a qualidade da atenção não está seguindo a
627 progressão, a implantação das novas equipes. E agora tinham uma experiência interessante, com os médicos intercambistas, os
628 cubanos, que estão no processo de capacitação há três semanas. Comentou que eles tratam os dados epidemiológicos e
629 cuidam da epidemiologia para planejamento das ações. Querem conhecer a realidade, o que é extremamente importante, porque
630 nos municípios aonde os médicos chegarem, não tinha dúvida que mexeria com a realidade de cada equipe, porque

631 simplesmente não atuam como eles estão acostumados a trabalhar. E toda a programação deles vem em cima de um
632 planejamento estratégico, a partir de dados situacionais e epidemiológicos. Achava também que com o Programa Mais Médicos,
633 além de garantir e ampliar o acesso da população, haverá uma oportunidade ímpar de fazerem uma reflexão das equipes de
634 saúde da família, da gestão e da atenção básica em cada município e do papel do gestor municipal que será instigado para fazer
635 uma abordagem e muitas vezes para ele conhecer também. Comentou que recentemente o COSEMS tinha relatado mudança de
636 cerca de sessenta por cento dos gestores municipais, de janeiro até o momento, um dado alarmante. Significava dizer começar
637 de novo todo um processo de capacitação e qualificação em alguns locais, territórios e regiões. Precisavam reforçar com todos e
638 trabalhariam na pauta da CIB e da CIR, nas suas câmaras técnicas, a proposição da discussão desse tema. Para não se
639 transformar apenas em espaços de homologação de projetos e propostas demandadas pelo Ministério da Saúde, ou pela
640 Secretaria da Saúde do Estado. Dra. Márcia falou que tinha trazido alguns slides impressos, mas não dava para o número de
641 pessoas que estavam presentes. Avisou que encaminharia a relação nominal dos óbitos por causas mal definidas a serem
642 investigados para todas as regionais de saúde, separadas por município, com endereço completo e com um roteiro de
643 investigação e propostas de trabalho para ajudar na tarefa de investigação dos óbitos. Dr. Raul Molina adjetivou como fantástico
644 o que Dra. Suzana tinha colocado sobre a importância de se ver o que está acontecendo e esses números são alarmantes. E o
645 quanto precisam avançar no Sistema de Informação. E passou para o ponto da **Pactuação**, ao tempo em que comentou que
646 pela manhã o Dr. Cristiano tinha colocado dois pontos, 1.1 e 1.2. **1.1. Aprovação ad referendum do Plano de Trabalho referente**
647 **ao uso do recurso de incentivo de custeio, para manutenção da execução das atividades da Comissão de Coordenação Estadual**
648 **do PROVAB.** Este, sem problema nenhum para todos, que estão falando a mesma linguagem. Dra. Stella falou que Dr. Cristiano
649 tinha conversado sobre as questões do 1.1. e 1.2., se os Membros representantes do Estado tinham algum questionamento, pois
650 os membros do COSEMS, inclusive Dr. Fabiano, como representante do COSEMS no PROVAB, também tinham aprovado.
651 **Aprovado. 1.1. Revogação do Anexo D da Resolução CIB nº 246, de 20 de julho de 2012, e da Diretriz nº 6 da Resolução CIB nº**
652 **66, 19 de março de 2010, com o estabelecimento de nova diretriz e modelo de projeto para credenciamento de Equipes de**
653 **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).** Dr. Fabiano, membro da CIB, reforçou a discussão pela manhã sobre o plano de
654 trabalho do recurso e comentou que todos estavam tranquilos na CIB. O plano de trabalho já está pronto há algum tempo, mas
655 se fazendo necessária a aprovação na CIB, porque a comissão precisa utilizar os recursos para o apoio e não tem grandes
656 problemas. Reforçou que a comissão, diferentemente da comissão do Mais Médico, é mais ampliada porque as universidades e
657 as instituições que fazem a supervisão também participam. Porque as instituições de ensino não apóiam o Mais Médico, mas em
658 relação ao PROVAB disse ser até mais tranquilo porque é só da participação. E pediu um parêntese em relação ao Mais Médico,
659 por achar que tem a ver com a pauta. Disse que o COSEMS apóia integralmente o Programa Mais Médico, como os outros
660 programas, inclusive o PROVAB, prioritário para eles. E achava importante, na reunião de acolhimento dos médicos que o
661 Secretário de Saúde de Salvador ter colocado o município à disposição, porque o apoio ao programa dá um reforço e Salvador
662 está recebendo uma quantidade grande de profissionais do Mais Médico. **(Sem microfone)** Dr. José Antônio falou que tinha de
663 reforçar a questão dos intercambistas. Continuando, Dr. Fabiano voltou a falar do apoio integral do COSEMS, assim como do
664 CONASEMS, ao Programa Mais Médico, um programa prioritário para eles. E era importante colocar esse apoio, pois não vinha
665 sendo fácil porque as agendas são muito seguidas, mas cumpridas, até final de semana, com a chegada de médicos. E não
666 deixassem de fazer todos os esforços necessários para apoiarem o Programa. E que tem havido queixas de municípios quanto a
667 não terem recebido, ou o médico não ter aparecido. Mas se pegassem a lista dos municípios que tinham recebido médicos do
668 'Mais Médico', veriam que são municípios que não têm médicos realmente e precisam muito daqueles profissionais, inclusive
669 pela localização de cada município. Comentou que ha um respeito muito grande dos médicos cubanos em relação ao gestor,
670 sempre se colocando de pé quando ha a representação dos secretários na sala, ou em outro local, pela reverência à importância
671 do profissional. Disse que dão muito valor aos gestores, até pela maneira como eles se colocam. E dedicam realmente o seu
672 trabalho, a sua vida pela gestão, em prol dos usuários e eles respeitam muito aquilo e o trabalho dos gestores de saúde. E
673 achava uma coisa importante que tinha que ser valorizada, uma concepção diferente. E reforçava aquilo porque não era por eles
674 serem diferentes, mas a relação deles com o Estado, a apropriação que o médico cubano tem do Estado e a sua
675 responsabilidade enquanto cidadão, porque todos, vivendo em um país socialista, fazem tudo para todos. E por isso às vezes
676 surge muita crítica, principalmente em relação aos médicos cubanos, porque não conhecem nem entendem a concepção deles
677 em relação à sociedade, ao Estado, e que cada um tem responsabilidade em relação ao Estado em que vivem. Finalizando,
678 reforçou o apoio ao Programa e ao PROVAB, que vêm sendo encaminhado bem e, citando uma pergunta feita, se o PROVAB
679 continuaria, comentou que tinham de entender que tanto o PROVAB como o Mais Médico são programas diferentes. O PROVAB
680 é ligado a profissionais recém formados ou outros médicos com intenção de fazer residência médica, porque acumulam os
681 pontos da residência. E achava que o PROVAB não deixaria de existir porque acaba servindo para trazer ou atrair outros
682 médicos com mais interesse na residência. Dr. José Antônio informou que o PROVAB está sendo encaminhado muito bem,
683 Salvador vem tendo uma adesão muito significativa e achava que não tinha havido nenhuma desistência. Que estão
684 conseguindo interagir com a comunidade de uma forma bastante positiva e vem sendo exemplar, inclusive para a grande parte
685 dos profissionais da casa, concursados e estabilizados nos serviços. Só chamava a atenção de duas situações, com a segunda
686 fase do 'Mais Médicos': foram abertas as vagas, porém não houve nenhuma adesão, achando ter sido um problema do sistema,
687 priorizando os municípios que não tinham recebido nenhum profissional. Comentou que a informação obtida tinha sido verbal e
688 aquilo tinha frustrado muito a equipe, porque a mesma participou de pelo menos duas universidades estaduais e outra fora do
689 Estado, na identificação de médicos baianos, recém formados, que gostariam de estar presentes, tratando-se de médicos
690 oriundos de Salvador. Salientou ser preciso ter certeza que no próximo movimento estará assegurado. Relatou que foram
691 abertas cinquenta e oito vagas, com trinta e quatro adesões e hoje só tem dezesseis com ele. Então a expectativa de que teriam
692 trinta e quatro profissionais, ao ser apertada a carga horária, tinha havido uma forte resistência. Colocou outro aspecto que agora
693 tinha ficado clara, a ajuda de custo para o médico residente, que criaria um problema para médico concursado e da casa. Não
694 sabia se podia voltar a discutir com o Ministério, porque o problema não é dos médicos que estão aqui e não se esquecendo dos
695 mais de seiscentos médicos do seu município que pleiteariam ajuda de custo, o que seria muito complicado, pois era um direito
696 adquirido. E na forma como está sendo preparado o Decreto para levar o benefício, fica muito amarrado ao Mais Médico. Disse
697 que achava bom discutir com o Ministério porque poderia ter problemas futuros **(sem som)**. Dr. Emerson, Gestor de São

698 Sebastião do Passé, fez um questionamento. (sem áudio no momento). Dr. Cristiano comentou que tinha algumas coisas que
699 precisavam ser corrigidas, algumas adequações, mas o programa estava indo muito bem. Vinha recebendo inúmeros elogios
700 (novamente sem microfone) e tinha uma preocupação no que se refere à continuidade, mas está sendo assegurada pelo
701 Ministério da Saúde. Falou da preocupação dos médicos que farão a prova da Residência e mesmo depois da prova, eles
702 permanecerão para poderem ter o término de todo o processo do PROVAB. Até porque eles poderiam perder e não terem o
703 documento de apresentação ao final do processo PROVAB. Então tem uma continuidade mesmo, eles fazendo e sendo
704 aprovados nas provas de Residência. E falou que eles levariam essa preocupação para a Coordenação Nacional, para
705 garantirem a continuidade também porque o PROVAB faz parte de uma política maior, abrangendo o 'Mais Médico', onde é
706 previsto o provimento dos trabalhadores. Mas também tem ampliação de vagas nas universidades, assim como ampliação de
707 vagas de Residência. E então é um pacote muito maior do que apenas uma parte de toda uma discussão sobre a carreira no
708 SUS e hoje colocada como pauta prioritária, para Dr. Raul levar ao CONASEMS. Trouxe a discussão da manhã, sobre o plano
709 de trabalho a ser avaliado e aprovado. Onde se estabelece contratação de consultores para atuarem no PROVAB, assim como a
710 possibilidade de reuniões nas regiões e macrorregiões para um entendimento maior sobre o PROVAB, além de toda uma
711 discussão de qualificação dos supervisores atuantes no PROVAB e divulgação do projeto. Complementou que o plano de
712 trabalho está calcado nessas ações e, se aprovado na CIB, será encaminhado para o Ministério da Saúde, para ocorrer a
713 descentralização dos recursos. Acrescentou que tudo tinha sido repassado para Dr. Fabiano, o representante do COSEMS, para
714 o mesmo avaliar. E o referido plano visa qualificar o nível central, que é a Coordenação Estadual do PROVAB, onde tem
715 representação do COSEMS. Dr. Raul Molina disse que, para encerrar o tema 'Mais Médicos', vinham conseguindo passar para
716 todos os colegas a importância do programa, em todos os aspectos abordados. Viram que algumas coisas precisam ser
717 melhoradas, outras que eles precisam também se debruçar. Mas que ficava mais uma vez muito clara a posição, tanto do
718 CONASEMS como do COSEMS – Bahia e Dr. Fabiano vem acompanhando todas as atividades do 'Mais Médico'. E prosseguiu
719 com a pauta da reunião. **1.2. Anexo de credenciamento do NASF** - Dr. Cristiano falou que a pactuação para NASF era só uma
720 adequação das resoluções que já tinham sido aprovadas. Se referindo ao anexo de credenciamento do NASF, com todas as
721 portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, comentou que eles têm precisado adequar também esse instrumento de
722 credenciamento. E que tinham acrescentado NASF III e Consultório de Rua, aos quais eles estão vinculados e a alteração de
723 NASF II para NASF I. Informou que publicarão a Nota Técnica no site da DAB, para todos terem acesso ao novo instrumento.
724 Dr. Raul Molina passou a palavra para Dra Alcina: Linha de Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências do Estado da
725 Bahia. Dra Alcina Romero informou que estava tentando ver uma data para fazerem o mutirão para o TOM, mas não sabia ainda
726 qual a estratégia a ser utilizada. E comentou com Dra Suzana que precisavam rever todos os planos existentes, pois estava
727 faltando muita documentação. Dra Suzana Ribeiro informou que na reunião do grupo condutor ontem tinha ficado definida a
728 formação de uma comissão como encaminhamento, com representação do COSEMS e da SESAB, para se debruçar sobre os
729 planos já prontos, a fim de fazerem os ajustes, aprovarem com *ad referendum* na CIB e assim ganharem tempo. Pedia que, até
730 dia 24, os que não tiverem mandado que o fizessem. Pois na próxima semana a comissão teria que se debruçar sobre os já
731 encaminhados e sobre os que ainda chegariam. E a partir daí, aprovarem em *ad referendum*. Caso conseguissem a prorrogação
732 do prazo final do Ministério, a comissão teria tempo hábil de apontar os ajustes, devolver para a CIR para qualificar com os
733 gestores e mandarem de volta, dentro da prorrogação de prazo que o Ministério pudesse dar. E que o COSEMS tinha ficado de
734 definir a representação para a comissão, lembrando que eles tinham discutido que poderia fazer aquilo por dentro do grupo
735 temático. Referiu que são seis pessoas que compõem o Grupo da Urgência e Emergência, sendo três do COSEMS e três da
736 SESAB. E a partir disso a agenda precisava ser fechada com o COSEMS já para a próxima semana e a área técnica da SESAB
737 encaminharia para o COSEMS. Dra. Stela Souza disse que o COSEMS tinha se comprometido de pegar a relação das regiões e
738 havia região que tinha mandado uma planilha, outra que não tinha mandado nada e ainda macrorregião totalmente sem projeto,
739 como a Nordeste e a Centro-Leste. E já tinha sido feito pela manhã o primeiro movimento de contato com todas as regiões,
740 informando aos municípios, que inclusive já estavam ali, na tentativa de fazerem o projeto e entregarem até o dia 24. Porém não
741 se comprometiam com a análise dos projetos, por não terem condição para tal. Dra Suzana Ribeiro pontuou a necessidade de se
742 fazer a discussão de forma paritária, por ter grupo técnico e grupo temático dentro de cada área. E que o definido ontem tinha
743 sido por conta do prazo, até dia 30 de setembro; e mesmo que o COSEMS fizesse movimento, os planos não chegariam. Teriam
744 de analisar, com a representação de COSEMS e da SESAB, ao menos nos planos que já estão na SESAB. Não podendo ser
745 três pessoas, que fosse duas. E disse que havia uma questão técnica, porém também uma de pactuação. Estavam então
746 fazendo tantos *ad referendum* para terem um acompanhamento do projeto, porque não dava simplesmente para a área técnica
747 se manifestar e demandar. Falou que no Plano de Urgência tem outro detalhamento que está embargando com a questão da
748 UPA, a questão da estabilização e algumas questões de SAMU. E que o TOM entra no mesmo pacote e eles estão fazendo uma
749 discussão única. E sua opinião quanto à área técnica assumir o posicionamento de avaliar sozinho todos os planos e dar o
750 parecer técnico, atestando se encaminhará ou não para o Ministério, era de muita responsabilidade, do ponto de vista político e
751 acreditava que também do técnico. E que Dra Alcina Romero poderia falar com mais propriedade sobre o assunto e não
752 acreditava que terão êxito para finalizar a demanda total dentro do prazo. Por existir problemas nos planos, que não são poucos,
753 com uma dificuldade de compreensão do fazer e de como construir o plano nas CIR, embora Dra Alcina tenha encaminhado um
754 roteiro para cada CIR, junto com a equipe técnica, norteando-os como fazer. Então aqui na CIB ficava a proposta mantida,
755 reafirmando que, mesmo que Dra Alcina se disponha a fazer, era muito grande a responsabilidade política e técnica. Pelo tempo
756 exíguo e pelo número de projetos em pauta e que tinham chegado naquela semana, de última hora. E perguntou se
757 concordavam. Dr. Raul Molina disse ser este o encaminhamento do COSEMS, que se colocava à disposição, já estava
758 acompanhando todo o processo, juntamente com Dra Stela, também à distância. Dessa forma dava para cumprirem
759 apressadamente o prazo. Dra Aldecy elogiou o trabalho de Dra Alcina Romero, parabenizando-a pela atuação no trabalho
760 exposto, uma proposta sobre a Linha de Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia e o início de
761 um longo trabalho. Esperava que eles tivessem tempo de fazer com muita calma e paciência a formatação da Linha de Cuidado,
762 os desenhos regionais, com qualificadas discussões, pois acreditava ser o que melhoraria a qualidade da rede. Citou as portarias
763 como marco legal, mas não se deteria nelas, sendo um marco legal pesado: desde a Portaria aprovando a Política Nacional de
764 Redução da Morte e Mortalidade; passa pela Portaria de conformação da Rede de Atenção às Urgências no SUS; pela Política

765 Nacional de Atenção às Urgências; pela Portaria 2395, organizando o Componente Hospitalar; pela Portaria 963, redefinindo a
766 Atenção Domiciliar no SUS. E a última das portarias, amparando a Linha do Cuidado do Trauma, a GM 1366/2013,
767 estabelecendo a organização dos Centros de Trauma. Então duas portarias: uma estabelecendo a Linha do Cuidado e outra
768 estabelecendo os critérios para Centros de Trauma. Ela traria ali em linhas gerais, a Linha do Cuidado do Trauma, o ponto de
769 partida para a formação de um GT. Referiu já ter começado a fazer os convites e que precisavam de várias representações
770 intersetoriais para discutir a Linha do Trauma. Disse que não podiam pensar no trauma apenas no âmbito da saúde, que
771 precisavam extrapolar para fecharem o trabalho todo depois, com critérios, diretrizes, requisitos, indicadores de monitoramento,
772 ações e competências de cada âmbito de gestão, em cada nível, se no nível municipal, regional, estadual. Que teriam o
773 arcabouço para irem às regiões e desenharem a Linha de Cuidado do Trauma em cada uma delas e então, seria um longo
774 trabalho. E colocava ali apenas um ponto de partida. Os objetivos da Linha de Cuidado do Trauma: reduzir a morte e mortalidade
775 por meios de ações de vigilância, prevenção e promoção à saúde e construir os desenhos regionais da Linha do Cuidado do
776 Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado. Componente da
777 Linha do Cuidado: de promoção e prevenção; de vigilância; de atenção básica; de SAMU 192; de salas de estabilização e UPAS
778 24hs e o conjunto de pronto atendimento 24hs; o componente hospitalar - que mais tarde eles veriam - composto pelos Centros
779 de Trauma I, II e III; de reabilitação, que vinha muito pesado na Linha do Cuidado do Trauma, não só a reabilitação da função
780 motora, mas também a do trabalho e da reabilitação social; e de atenção domiciliar. E integrando, articulando todos os
781 componentes, teriam a classificação de risco, a qualificação profissional, os sistemas de informação e os módulos regulatórios.
782 Como diretrizes, adisse que proposta está bastante de acordo com a portaria nacional, por isso não tinham inventado muito, mas
783 óbvio que era uma proposta e o GT a ser formado poderia, dentro das especificidades do Estado, acrescentar outras diretrizes
784 ou readequar algumas: universalidade, equidade e integralidade no atendimento ao trauma; desenvolvimento de ações
785 intersetoriais voltadas à vigilância e prevenção; implantação de acolhimento por classificação de risco em todos os pontos de
786 atenção, para organizar a rede e organizar o cuidado; ampliação regulada dos pacientes vítimas do trauma aos cuidados
787 qualificados em todos os pontos de atenção, especialmente no ambiente hospitalar; garantia da retaguarda ambulatorial
788 especializada para a assistência seqüencial, após a alta; atenção domiciliar; a reabilitação, reintegração social e ao trabalho;
789 organização da rede regional, no menor tempo e com resposta, razão pela qual precisavam ir para as regiões para fazerem o
790 desenho, colocar os nomes em todos os componentes; regionalização com descentralização dos serviços de maior
791 complexidade para pólos regionais. Disse que precisam desconcentrar e ontem não tinham tido tempo de apresentar a proposta
792 de habilitação de Centros de Trauma da Bahia ao Grupo Condutor – confirmando com Dra. Joana - a Linha do Cuidado mais
793 concentrada em Salvador é a Linha da traumato-ortopedia. E que só ha unidades de alta complexidade em Salvador e em
794 Teixeira de Freitas, para todos terem noção do desafio que terão pela frente. E prosseguiu: qualificação profissional através de
795 processos de educação permanente; modelo de atenção de caráter multiprofissional compartilhado por trabalho em equipe;
796 atendimento a catástrofes e acidentes com múltiplas vítimas com bases em planos de riscos regionais. Acentuou que esperava
797 construir os planos de riscos regionais por dentro da Linha do Cuidado do Trauma, coisa que, pela Rede de Urgência sozinha,
798 ainda não tinham avançado. E a ampliação da captação de órgãos e tecidos, porque talvez fosse a Linha do Cuidado do Trauma,
799 com a vítima do trauma, o usuário que mais tivesse a ver com o transplante de órgãos. Como imagem-objetivo da rede tinha, no
800 espaço municipal, como atribuições do gestor municipal, as ações de promoção, prevenção e vigilância, com as especificidades
801 de cada município. E achava que o grupo trabalharia com municípios: até cinqüenta mil habitantes; de cinqüenta a cem mil; mais
802 de cem mil; mais de quinhentos mil. Era um trabalho para o grupo definir, porque não podiam exigir um cardápio de ação,
803 promoção e prevenção em um município de cinco mil habitantes, o mesmo para um município de quinze mil habitantes. O
804 acolhimento às chamadas de causas traumáticas pelo SAMU 192 ficará no âmbito do município, assim como a atenção
805 domiciliar, lembrando que agora é pertinente a implantação em municípios a partir de vinte mil habitantes; o acolhimento por
806 classificação de risco e o atendimento às urgências de baixa complexidade; a garantia do acesso às situações de maior
807 complexidade pelo complexo regulador ou pela central regional de urgência e a garantia de continuidade do tratamento, segundo
808 os tempos cirúrgicos para TOM, para os serviços de maior complexidade, via complexo regulador. No espaço regional terão os
809 serviços de média complexidade, ou seja: os serviços habilitados para TOM; os centros de trauma I e II; os leitos de retaguarda;
810 os leitos de UTI adultos e os leitos de cuidado prolongado; os serviços de reabilitação; o transporte às situações de maior
811 complexidade ou através do SAMU 192, no caso de urgência secundária, através do complexo regulador; e a garantia do acesso
812 às ações de maior complexidade, também através do complexo regulador. No espaço macro terão a implantação dos Centros de
813 Trauma III, explicando porque os centros de trauma III na macro: porque era uma portaria extremamente pesada que, se
814 conseguissem fazer um CID Trauma III em cada macrorregião do Estado, já estariam felizes e, voltava a dizer, hoje só havia em
815 Salvador e Teixeira de Freitas. Os leitos de retaguarda, adultos e pediátricos e lembrava que a UTI pediátrica só, se tiverem,
816 obviamente, região com UTI pediátrica, pois era o mínimo que se queria na macro, uma vez que o custeio desse equipamento
817 também era muito alto para a região. Os serviços de alta complexidade de traumato-ortopedia e o acesso às situações de maior
818 complexidade através do complexo regulador estadual. No espaço estadual, o que as macros não derem conta, ficará como
819 atribuição do espaço estadual, através da Secretaria de Saúde. A partir de agora será a constituição do grupo de trabalho.
820 Esperava que, em pouco tempo, talvez até o final deste ano, já trouxessem o produto do grupo de trabalho e pudessem
821 programar as oficinas regionais a partir talvez, do próximo ano, só para desenho da Linha do Cuidado do Trauma. Dr. Cássio
822 (SMS Juazeiro) perguntou se não habilitaria o Centro de Trauma de Juazeiro e ela respondeu que sim. A idéia era que as
823 habilitações, do mesmo jeito que as UTI e os componentes por si só, o TOM já habilitaria, acreditava que já na próxima CIB
824 passariam as habilitações dos Centros de Trauma. Para finalizar, Dra Alcina enfatizou que aquilo ali não era pactuação, mas
825 uma apresentação para sensibilizar a todos a começarem um trabalho e precisavam ficar em alerta, pois continuariam
826 desenvolvendo e progredindo com as regiões, para fazerem planos operativos, envolverem as centrais de regulação de urgência,
827 alterarem as grades de referência, trabalharem muito com as ações de prevenção ao trauma. Dr. Cássio falou que já estava
828 pronto e comentou que, como tinha sido citado por Dra Alcina, em relação ao Centro de Trauma tipo I, já tinham pactuado na
829 Comissão Regional Interestadual - CRIE Pernambuco/Bahia, e a parte de Juazeiro tinha sido apresentado com a presença de
830 Dr. Solla, Dr. Andrés, um representante de Pernambuco e já tinha sido aprovada na CRIE. Falou que já tinham encaminhado a
831 documentação e esperavam para o próximo mês que tudo já estivesse de acordo. Dra Alcina comentou que, com gestores como

832 Dr. Cássio, precisavam adiantar tudo mais rápido. E passou a palavra para a colega, Dra Cristiana França, Diretora de
833 Planejamento do Hospital Geral Ernesto Simões, para tratar de uma resolução CIB de pactuação, para a inclusão do Hospital
834 Geral Ernesto Simões no *pool* de unidades hospitalares que fazem jus a um incentivo para as pessoas jurídicas de
835 anestesiologia. Pedindo para Dra Cristiana lhe corrigir se sua fala não fosse condizente com a realidade, falou que o Ernesto
836 Simões é hoje um hospital estratégico da Rede de Urgência, com uma importância enorme na rede. E não está contemplado na
837 resolução CIB, pois em 2010 ainda não tinha grandes especialidades de alta complexidade. E, com o tempo e o peso, o Ernesto
838 Simões tinha passado a ser hospital especializado, tipo II, na Rede de Urgência, com UTI adulto habilitada, UTI pediátrica, o que
839 não era nada fácil. Uma das poucas unidades com UTI pediátrica habilitada na rede de alta complexidade de traumatologia ortopedia,
840 habilitado pela CIB na rede de alta complexidade de terapia nutricional. Informou que Dra Cristiana tinha procurado o Secretário
841 para solicitar aquela inclusão, eles tinham feito a análise técnica, julgado procedente e estavam apresentando para a aprovação
842 da CIB e perguntou se tinha alguma objeção. Dra Gisélia Souza explicou que o Estado tem uma forma de relação contratual
843 com médicos intensivistas, cirurgiões gerais, anesthesiologistas, obstetras, que é mantido pelo Estado no formato de pessoa
844 jurídica e o médico tem uma pessoa jurídica que o Estado contrata, o famoso "PJ". A questão era que o contrato hoje tem um
845 valor de remuneração de oitocentos reais semanais, novecentos reais do plantão de doze horas, no fim de semana. Os
846 profissionais, anestesistas e intensivistas, tinham feito um movimento para terem uma majoração no valor para aqueles hospitais
847 onde a demanda e a complexidade eram maiores. Para atender à demanda, o Secretário tinha lhes feito pensar no seguinte
848 critério: unidades com uma complexidade maior e com leitos habilitados em alguma linha de cuidado serem habilitadas na alta
849 complexidade. Então para aqueles casos, o Secretário tinha concordado em ter uma majoração do valor da remuneração,
850 passando o plantão do final de semana de doze horas para mil e oitenta reais, e o valor semanal, para novecentos reais.
851 Portanto, aquele era o referendo que lhes dava um respaldo maior para terem aquela remuneração diferenciada dentro do
852 contrato PJ, que permitia que hoje fixassem os profissionais e terem as equipes completas no Hospital Roberto Santos, no HGE
853 e no Ernesto Simões. Basicamente as três unidades. O Hospital Roberto Santos e o HGE já estavam contemplados, faltava o
854 Ernesto Simões Filho, que já estavam incluindo e esperavam que todos dessem aquele respaldo, em função de sua
855 complexidade. E perguntou se esclarecia. Dra Alcina perguntou a Dra Cristiana se estava satisfeita no que tinham referido
856 quanto ao Simões, se aprovava as definições. Quanto à Linha do Cuidado, era uma pactuação mesmo e já existia um grupo de
857 trabalho que já tinha se reunido. O que trazia ali já era um produto do grupo, que continuaria trabalhando em prol do
858 aperfeiçoamento das competências, das ações, fluxogramas, protocolos. Porém, em linhas gerais, já precisavam da aprovação
859 da CIB, para a Linha do Cuidado do Trauma, pois havia uma dependência da aprovação para habilitarem os serviços de alta
860 complexidade. Então era a linha do cuidado do sobrepeso e a obesidade, na Rede de Pessoas com Doenças Crônicas.
861 Imaginava que todos os presentes soubessem que o sobrepeso e a obesidade era um dos cinco eixos da Política de Atenção a
862 Pessoas com Doenças Crônicas. Também tinha uma base importante que ia desde o Decreto, dispondo sobre a organização do
863 SUS; passava por todas as políticas de atenção básica; práticas integrativas no âmbito do SUS; as políticas de urgência de
864 atenção básica; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição; a Portaria GM 252, instituindo a Rede de Atenção às Doenças
865 Crônicas; e a última das portarias, nº 424, de 19 de março de 2013, redefinindo as diretrizes para organização da prevenção e do
866 tratamento do sobrepeso e obesidade, como linha do cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças
867 Crônicas. Então agora, todo serviço de alta complexidade e obesidade só poderia ser habilitado se o território onde ele estiver
868 implantado, no caso o Estado da Bahia, tiver uma Linha do Cuidado aprovada pela CIB. Portanto, estavam apresentando para a
869 plenária o que o grupo estava pensando para a linha do cuidado. Os objetivos: organizar as ações e serviços de prevenção de
870 tratamento do sobrepeso e obesidade na Rede de Atenção às Doenças Crônicas e da mesma forma, da Linha do Cuidado do
871 Trauma; construir os desenhos regionais da Linha do Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade. Chamava a atenção que, desde o
872 município menor, tinha ações muito importantes, principalmente de promoção, vigilância alimentar e nutricional e prevenção da
873 obesidade. As diretrizes: universalidade de equidade de atenção; ações intersetoriais para promoção da saúde; prevenção de
874 sobrepeso e obesidade através da adoção de modos de vidas saudáveis; diagnósticos da população assistida no SUS de forma
875 a identificar os indivíduos adultos e adolescentes com sobrepeso e obesidade, a partir da classificação do seu estado nutricional,
876 com estratificação de risco; organização da oferta integral de cuidados na rede de atenção à saúde por meio da definição de
877 competências e mecanismos de comunicação entre os pontos de atenção e garantias de financiamento; utilização dos sistemas
878 de informação para acompanhamento do cuidado, gestão do caso e regulação do acesso, assim como o monitoramento e
879 avaliação das ações de serviço; qualificação profissional; garantia da oferta de apoio de diagnóstico e terapêutico; garantia da
880 oferta de práticas integrativas e complementares para a promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamentos das doenças
881 com sobrepeso e obesidade. Informou que hoje o sobrepeso e a obesidade já são um caso de saúde pública e epidemia. Os
882 componentes e interfaces da Linha do cuidado: Componente de promoção, prevenção, vigilância; componente ambulatorial, ou
883 seja, a atenção especializada; componente hospitalar e aí tanto pelos hospitais com tratamento cirúrgico, como pelos hospitais
884 com a cirurgia plástica, obrigatória nessa linha do cuidado; e o componente de urgência e emergência. Perpassando os
885 componentes, os sistemas de informação, a qualificação profissional, a regulação do acesso, a assistência farmacêutica e o
886 transporte sanitário. Coordenando toda a Linha, como ordenadora do cuidado, a atenção básica. Grande parte dos usuários com
887 sobrepeso deve ser tratada e ser acompanhada pela atenção básica. Em termos de assistência terapêutica multiprofissional, que
888 entra no componente da atenção ambulatorial especializada, teriam dentro desse componente, dois subcomponentes: o da
889 atenção ambulatorial de patologia clínica, ultrassonografia, dando suporte ao acompanhamento do paciente com obesidade;
890 outro componente, o centro de referência ao paciente com obesidade. Informou também que atualmente o Estado tem apenas
891 uma unidade de referência para acompanhamento multiprofissional do paciente com sobrepeso e obesidade, o CEDEBA, na
892 Macrorregião Leste. O desafio: todas as macrorregiões tendo ao menos centros de referência para esse acompanhamento. O
893 fluxograma de atendimento: mais ou menos o da linha do cuidado, sempre a partir da atenção básica, tudo regulado por
894 protocolos clínicos. O protocolo clínico de um lado e o módulo regulatório, balizando a linha do cuidado, o caminhar do usuário
895 na referida Linha. A atenção básica acompanhará o usuário, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, até o índice de massa
896 corporal trinta, ou menos de trinta, com morbidade. O grande grupo de usuários com sobrepeso será acompanhado na atenção
897 básica, demandando para a atenção ambulatorial os exames de média complexidade para o acompanhamento. Então o usuário
898 irá para a atenção ambulatorial e voltará para a atenção básica. Para pacientes com obesidade mórbida em tratamento, que não

899 tiver perdido peso ideal dentro do protocolo, deve ser referenciado para o serviço ambulatorial e, como já tinha sido citado,
900 atualmente no Estado o único é o CEDEBA. Assim, o CEDEBA terá um fluxo de acompanhamento do paciente, a partir do
901 segundo ano de tratamento ou a partir de uma estratificação de risco, onde o paciente que tiver um risco muito acentuado poderá
902 ser referenciado para a unidade hospitalar de alta complexidade. A partir daí ele poderá fazer o tratamento cirúrgico, indo para a
903 unidade hospitalar de cirurgia plástica, voltando para o serviço de referência a partir do segundo ano; e o serviço de referência
904 acompanhará o paciente por cinco anos. Só a partir do quinto ano ele devolverá o usuário para a atenção básica. Para a cirurgia
905 bariátrica, o serviço hospitalar de unidade de alta complexidade de cirurgia bariátrica, o Estado hoje tem habilitados dois serviços
906 da Macrorregião Leste: o Hospital das Clínicas e o Hospital Espanhol. E em processo de habilitação, o Hospital da Bahia,
907 também na Leste. E informou que o HUPES e o Hospital da Bahia já tinham sido habilitados anteriormente, com a portaria de
908 março. Disse que o Hospital da Bahia, para ser habilitado, precisa da aprovação da linha do cuidado pela CIB. Por isso
909 precisavam se sensibilizar com mais rapidez quanto a essa Linha, com o compromisso de continuarem trabalhando. Porque não
910 queria, em hipótese alguma, fazer da linha do cuidado, apenas cirurgia bariátrica. Disse que era aquela sua preocupação e
911 entendia por sobrepeso a cirurgia bariátrica como o último caminho, mas precisavam ampliar o número de serviços, pois sabiam
912 que tinham um percentual de pacientes que só a cirurgia bariátrica dava conta. Então ainda tinham uma proposta de ampliar a
913 rede para uma unidade na Macrorregião Sul e a Macrorregião Sudoeste. Era uma proposta, não estava ainda em habilitação,
914 havia ainda um vazio e precisavam prosseguir, não para terem nove centros de cirurgia bariátrica, pois era desnecessário no
915 Estado. E construir os desenhos regionais depois de verificarem os responsáveis por pactuar e por referenciar, e os seus
916 destinos. Hoje ficariam com aqueles três serviços. Por enquanto, eram aquelas as questões a serem colocadas e verificarem se
917 estavam aprovadas as Linhas do Cuidado. Mostrou, só para terem uma noção da situação dos Planos de Urgência: em Itabuna,
918 Ilhéus, Jequié e Valença, os planos foram entregues ao Ministério da Saúde em maio de 2013, estão aguardando parecer
919 técnico e até hoje nenhuma sinalização, mesmo com suas cobranças, tanto por parte da SESAB, quanto do COSEMS. Vitória da
920 Conquista, Itapetinga e Guanambi, foram aprovados na CIB de agosto e enviados ao Ministério da Saúde em setembro.
921 Barreiras e Ibotirama foram aprovados pelas respectivas CIR regionais. Relatou que ontem área técnica tinha apresentado as
922 linhas gerais ao grupo condutor e, pelo apresentado, tinha ficado definida uma necessidade de ajuste e de, ou irem à região, ou
923 chamarem os gestores, porque não tinham como aprovar, principalmente o componente hospitalar de Barreiras e Ibotirama, da
924 forma como tinha vindo. Por isso, não estavam aprovando ali hoje. E continuou mostrando a situação: Serrinha foi aprovado pela
925 CIR, mas a área técnica não teve tempo hábil para fazer análise e apresentar ao grupo condutor ontem. Já tinha conversado
926 com Dra Ofélia e com Núbia, da gestão de Monte Santo e com algumas pessoas da Região, de que era necessário fazer ainda
927 um pouco de ajuste e esperavam que a CIR aprovasse novamente, com as adequações. Citou o principal problema do SAMU de
928 Serrinha: não ha nenhuma previsão de inauguração, de estruturação do plano do SAMU ficando complicada Rede de Urgência
929 sem o SAMU. E traziam hoje para a aprovação: Juazeiro, Teixeira de Freitas, Porto Seguro e Senhor do Bonfim, chamando a
930 atenção apenas de Juazeiro, que tinha ido para o grupo condutor por conta de Remanso, que pleiteava uma UPA para 2014 e
931 não tinha parâmetro populacional, com trinta e oito mil habitantes. O grupo condutor solicitado ao Município de Remanso uma
932 justificativa consistente, fundamentando a necessidade da UPA e mediante a justificativa tinham resolvido aprovar. Com relação
933 às salas de estabilização, sete salas solicitadas, todos os municípios atendiam aos requisitos postos pela Resolução CIB 044, ou
934 seja, ter menos de cinquenta mil habitantes, etc., mas feria um pouco a Portaria da Sala de Estabilização, pois, segundo a
935 mesma é preferencialmente em hospitais até trinta leitos. Ressalvou que tinham colocado a sinalização de vermelho, mas
936 provavelmente o Ministério não daria o parecer técnico. Para Juazeiro: tinham foram aprovados os vinte e cinco leitos de
937 cuidados prolongados na PROMATER. Mas a área técnica achava que a PROMATER de Juazeiro, por ser uma unidade de alta
938 complexidade, não devia utilizar seus leitos para cuidados prolongados. A justificativa do Secretário foi que a unidade dispõe de
939 leitos ociosos, e é interessante para ele ter os cuidados prolongados na própria instituição, sendo então aprovado. Senhor do
940 Bonfim: o plano foi aprovado, a mesma coisa em salas de estabilização, também em hospitais com mais de trinta leitos. Primeiro
941 os municípios precisavam justificar a necessidade das salas, onde a princípio não deveria ter a desassistência. Havia hospitais
942 grandes, inclusive quase de médio porte, que deveriam ter suas salas de reanimação para atendimento aos seus usuários com
943 necessidades mais críticas. Por isso precisavam das justificativas. E agradeceu a colaboração dos gestores da região, do novo
944 Secretário de Senhor do Bonfim, dizendo ser uma grata surpresa, uma região que estavam apostando muito e que teriam um
945 trabalho muito qualificado. Porto Seguro: também aprovado na CIR, a questão das salas de estabilização, componente SAMU
946 não tinha problema; componente UPA estava tudo certo. Também Guaratinga e Itabela: pleiteando salas de estabilização em
947 hospitais com mais de trinta leitos; e Porto Seguro: pleiteando duas salas de estabilização, uma em Trancoso e uma em Vera
948 Cruz e estava totalmente fora dos critérios. Mas o grupo condutor entendendo que podia haver uma justificativa técnica, de
949 acesso de população flutuante, o município precisava fazer uma justificativa muito boa, anexar ao plano para submeter à análise
950 do Ministério. Também a questão do componente hospitalar de Porto Seguro, quando o Município de Eunápolis colocava, além
951 da ampliação de leitos clínicos, no próprio Hospital Regional de Eunápolis, leitos clínicos e ampliação no Hospital das Clínicas de
952 Eunápolis e no José Ramos de Oliveira, duas unidades privadas, com baixíssimas taxas de ocupação. Então a área técnica não
953 entendia que um hospital com a taxa de ocupação de 13% se propunha a ampliar aquele número de leitos para alcançar, a partir
954 daí, uma taxa de ocupação de 85%. Questionou o município se a CIR tinha aprovado. Não diriam nada, mas tecnicamente
955 sinalizariam acerca da necessidade do cuidado com aquelas ampliações de leito. Disse que tinha feito ajustes na programação
956 orçamentária das UPAS de Teixeira de Freitas, já tinham conversado com alguns secretários, porque a programação
957 orçamentária estava contemplando, no mesmo ano, na segunda tabela, a terceira parcela e doze meses de custeio. Não podiam
958 mandar para o Ministério daquela maneira, e estavam ajustando e mandando. E a mesma coisa para salas de estabilização.
959 Hospital com 61 leitos em Caravelas e 54 em Itanhém. Disse que ontem não tinham feito a ressalva do componente hospitalar
960 de Teixeira de Freitas, que tinha apenas um déficit de 39 leitos clínicos, pleiteando no total 71 leitos novos, estando muito acima
961 do déficit. Complementando, comentou que o município tem 30 leitos para 2014, por isso precisavam propor o que fazer:
962 mandarem apenas os 26 leitos, que ficava assim apenas um pouco acima do déficit e os 14 para quando os leitos novos de
963 Teixeira ficassem prontos, mostrando que a taxa de ocupação estava alta, tentarem fazer um aditivo ou mandavam à CIR e
964 aguardavam fazer a análise. Paulo Afonso tinha passado para o grupo condutor ontem, e não havia ainda plano pronto. No
965 Hospital Nair Alves de Souza, o Secretário tinha garantido que a situação já estava sob a gestão da Universidade Federal do

966 Vale do São Francisco, haveria a pactuação. Disse que tinha proposto fazerem uma oficina em Paulo Afonso, o recurso da Rede
967 de Urgência já estava pactuado e toda ampliação de leito de UTI iria para o Hospital Nair Alves e não para o Hospital de Paulo
968 Afonso e teriam que aprovar isso na CIR. Dr. Raul Molina perguntou qual o encaminhamento de Teixeira de Freitas. Dra Alcina
969 Romero disse que não podia concordar com Dr. Ivonildo, porque se mandassem agora, contemplando as 30 em 2014, corriam o
970 risco de o Ministério não aprovar, pois eliminaria o de agora. Então a proposta era mandar só o de 2013 que já tinham garantidos
971 os leitos, sendo dez em Itamaraju e vinte e três em Teixeira de Freitas, garantindo o recurso. E em 2014, com a estrutura física
972 de Teixeira de Freitas pronta, tentariam, via SESAB, um aditivo ao plano, ou mandariam à CIR e esperariam o Ministério dizer se
973 cortava tudo ou se não cortava nada. Disse ainda que aquela era uma decisão para o Secretário de Teixeira de Freitas, que
974 estava presente. Acrescentou que ao fazerem a oficina com Teixeira de Freitas, ainda não havia leito em Itamaraju; depois
975 Itamaraju pleiteou dez leitos junto à CIR. E se estava aprovado na CIR, estava aprovado e pronto. Só que a área técnica
976 percebia que estava uma quantidade muito acima da média. De trinta e nove leitos para setenta e um solicitados era uma
977 quantidade muito grande. E perguntou ao gestor Lúcius a sua posição. Vinte e três mais os dez de Itamaraju, então retiravam os
978 trinta de 2014 e tentavam o aditivo depois que o plano estivesse implementado. Dr. Raul Molina solicitou aos Membros da CIB se
979 estavam de acordo e se dirigiu ao Secretário, dizendo que então já estava **pactuado**. Passou a palavra para Dra Suzana, para
980 fazer algumas considerações que envolviam as discussões do grupo condutor e de algumas coisas que tinham sido colocadas,
981 que tinham ficado, de 2013 e 2014. Esta então colocou que ontem, na reunião do Grupo Condutor, tinham sido deliberadas umas
982 decisões em relação ao Plano de Urgência da Metropolitana Ampliada que envolvia a Macrorregião Leste. E um dos pontos
983 discutidos foi sobre os leitos de UTI do Hospital Municipal de Cruz das Almas, quando ficou definido pelo grupo condutor o
984 encaminhamento para a CIB homologar. Historiou que ao ser feito o monitoramento com o Ministério da Saúde, SESAB e
985 COSEMS, no início do mês de setembro, se identificou que os leitos de UTI do Hospital Municipal de Cruz não estavam
986 funcionando e o Ministério tinha questionado, solicitado a produção e identificado que já tinha muito tempo que os leitos não
987 estavam disponíveis para a rede e o recurso estava entrando no Fundo Municipal. Relatou que, por conta da provocação do
988 Ministério, ficou definido pelo grupo condutor que o município teria de devolver o recurso, pois os leitos não estão funcionando.
989 Citou outro movimento, de credenciar os leitos de UTI com o prestador filantrópico e todos sabem que, para credenciar leitos de
990 UTI, existe todo um processo de pleito com o gestor, de estar funcionando o serviço e ter os leitos na unidade. Comentou sobre
991 um pleito existente, de manter recurso no teto do município e passar para o prestador filantrópico o que, do ponto de vista
992 técnico e legal, não pode. Falou que o dinheiro é carimbado para aquele leito, para aquela unidade, para aquele CNPJ. Então, a
993 decisão do grupo condutor foi do município devolver os recursos dos leitos de UTI que estão no seu teto, inclusive retroativos à
994 data em que parou de funcionar, porque isso expõe o município, a SESAB, o COSEMS e o Ministério da Saúde. Acrescentou
995 que hoje tinha mantido contato com o Secretário do município e este tinha informado ao Presidente do COSEMS e ao
996 Superintendente que a partir de segunda feira (dia vinte e três de setembro) os leitos estarão funcionando em Cruz das Almas. O
997 Secretário do município tinha proposto o encaminhamento: se os leitos estiverem funcionando - e para isso eles estariam *in locu*,
998 fazendo vistoria - o recurso seria mantido. O que inclusive já estava definido pelo Ministério, independente do que se decidir em
999 CIB, o Ministério Público já tinha tomado essa decisão, estava falando de Cruz das Almas porque tinha sido uma questão
1000 discutida ontem. E comentou que havia outras situações e casos diferentes. Reiterou que no período em que o recurso tinha
1001 ficado no teto financeiro de Cruz das Almas sem produção devia ser devolvido para o Ministério da Saúde, pois se isso não fosse
1002 feito, quem o faria seria o Ministério Público, por improbidade. Não haveria denúncia, mas bastava ver a ação de
1003 acompanhamento do Ministério Público a nível local. E uma vez que o município tinha informado que os leitos estariam
1004 funcionando a partir de segunda feira, o Secretário do Estado combinou então que se aguardaria até segunda feira. E na terça
1005 feira, estando tudo de acordo, o encaminhamento seria de devolução do período que os leitos tiverem ficado paralisados, sem
1006 oferta, sem registro e sem informação. Porque às vezes acontecia do gestor ter alguma dificuldade, ele formalizava, oficializava
1007 ao Ministério, a SESAB estava ciente e tinha algum tipo de encaminhamento acordado, pactuado. Mas era o tipo de serviço que
1008 em nenhum momento foi sinalizado que não tinha sido ofertado e que a população tinha ficado com dificuldade, sem acesso.
1009 Enfim, que o recurso remanejado em dezembro pela CIB, não tinha sido recurso de leitos de UTI, mas recurso para suporte de
1010 funcionamento de serviço de queimados, por isso seu remanejamento para o teto do Hospital de Santo Antônio de Jesus. Falou
1011 que, em relação aos leitos de UTI, o serviço tinha sido habilitado na portaria de dezembro de 2009 e pago o valor/ano de um
1012 milhão, trezentos e setenta e oito mil reais e alguma fração. E estava informando aqui porque o grupo condutor tinha tomado a
1013 decisão de retirar de imediato e trazer para a CIB homologar, inclusive o retroativo. Acrescentou que em conversa com o
1014 Departamento de Atenção Especializada do Ministério já tinha sido informado que aquele movimento seria feito para outros
1015 serviços. Sinalizou que tem outros serviços no Estado da Bahia. E, dirigindo-se a Dr. Raul, comentou que tinha ficado aqui
1016 proposto de se encaminhar uma resolução CIB mais ampla, sem trazer questões específicas de Cruz das Almas, dando conta e
1017 respaldo. Deixou claro que cada situação é diferente para se debruçar, havendo serviços no Estado habilitados dentro do Plano
1018 da Urgência, ou serviços habilitados de alta complexidade, ou leitos de UTI, ou leitos de AVC, habilitados esse ano e não
1019 ofertados à rede regional porque esses leitos não são do município. Ao falar de rede de atenção à região, é um conjunto de
1020 municípios que precisam utilizar os leitos e não têm acesso, embora estejam no território, com CNPJ próprio e com um gestor
1021 com seus CNES ali definidos. Citou que a proposta é que se os leitos não estiverem disponibilizados, contratualizados a favor da
1022 população, se debruçarem sobre a situação. Que o recurso deveria ser devolvido ao Ministério da Saúde, se era serviço novo
1023 que estava em conta e que não tinha sido ofertado ainda, e com quatro, cinco meses, até um ano, trabalhariam, discutiriam e
1024 seria dado um prazo para os leitos serem contratualizados. Contratualizando os leitos, os recursos ficariam mantidos e o período
1025 em que ficasse descoberto, o recurso seria devolvido. E era exatamente o que o Ministério estava providenciando em termos
1026 normativos. Então para não serem surpreendidos e apontados como omissos porque os leitos não estavam funcionando, ou
1027 porque o serviço não estava sendo disponibilizado para a população, se trabalharia em linhas gerais, em uma resolução simples,
1028 dando cobertura para se decidir cada situação isoladamente. Falou que cada caso é um caso e em nenhum momento seria
1029 tirado o dinheiro de vez, mas se garantiria que o leito fosse contratualizado e se trabalharia com prazo, mas não engessaria
1030 numa única resolução, por existirem situações diferentes. Podia ser com trinta dias, sabia da existência também dessas
1031 situações que vêm discutindo com o Ministério, com serviço que há um tempo está funcionando - terapia nutricional, leito de UTI
1032 - o município bancando e solicitando habilitação. E por qualquer motivo sai habilitação, sai portaria da SAIS e não sai a do GM.

1033 Demora de sair, mas quando sair será com a data da habilitação ou com a data com leito de terapia e semi-intensiva que
1034 funcionam como UTI. Claro, sem estar adequada às normativas da Vigilância, à RDC, e não tem como ajustar. E o município
1035 bancando, sem condição de fazer o ajuste, porque esse leito não será habilitado. E ponderou que, ou reorganiza-se essa rede -
1036 já que está se tratando de redes - definindo na planilha o número de leitos, o quantitativo de ofertas, ano a ano, mês a mês, ou
1037 ficarão o tempo todo tratando, em cada monitoramento em que estiver o COSEMS e a SESAB sendo surpreendidos pela visita
1038 do Ministério da Saúde, por situações absolutamente complicadas, expondo todos em conjunto. Disse que eles não estavam
1039 aqui para apontar o dedo nem dizer quem está certo ou errado, mas a situação era de legalidade. Trabalhar em conjunto, definir
1040 uma CIR para se garantir os ajustes individualmente em cada situação. No caso de Cruz das Almas, tinha ficado definido que a
1041 partir da próxima semana, na segunda-feira - já que os leitos estariam disponibilizados e ofertados, contratualizados,
1042 funcionando, ofertados na rede e na regulação - na terça, já seria realizado um monitoramento, saindo de imediato uma posição
1043 clara. Destacou que seria negociado mais, pois o hiato do recurso que tinha ficado, do tempo de não funcionamento entre a
1044 habilitação e a presente data, mesmo que a CIB não queira se debruçar, já tinha uma decisão do Ministério de retirar o dinheiro e
1045 devolver. Continuou, dizendo que a negociação envolvia a todos, sendo necessário ver a forma de fazer, junto com o gestor,
1046 negociando, pois ninguém tira tudo de uma vez. Seria parcelado, sabendo-se que entrou mês a mês, mas em não sendo
1047 utilizado, devia estar guardado ou aplicado, rendendo juros, já que não tinha tido o prestador para pagar. Significando dizer que
1048 era necessário se debruçar com maior responsabilidade, enquanto grupo condutor, para fazer a análise em todo o Estado, com
1049 todas as unidades, todos os prestadores, todas as redes e todos os territórios, independente da gestão, o recurso deveria ser
1050 retornado. Um recurso que muitas vezes, havendo outro serviço habilitado lá sem o recurso ter saído, se podia solicitar um
1051 remanejamento dos dez leitos que não estão sendo utilizados para o outro município habilitado, mas sem que o Ministério tenha
1052 sinalizado o recurso. Ponderou tratar-se de coisas que podem ser encaminhadas, que não é uma troca, pois o Ministério não
1053 trabalha assim, mas existindo um saldo previsto, se fazer um remanejamento. Pois o que se pretendia era garantir a oferta e a
1054 porta aberta para a população ter acesso, com uma oferta ampliada e garantida. Dr. Raul Molina considerou ser necessário ver a
1055 situação existente, os leitos de UTI, os equipamentos públicos de lá e com uma demanda reprimida enorme de UTI. Com relação
1056 à proposta de fazer um novo processo, significava ficar mais um tempo, puxando o município, gastando e não tendo habilitação,
1057 e já existindo em outros locais. Exclamou que a decisão do Ministério contraria uma conversa mantida, quando o Secretário José
1058 Antônio teve a oportunidade de delegar aquilo, em uma das audiências com o Ministro, assim como o próprio Secretário de Cruz
1059 das Almas que juntamente com Dra Maria do Carmo, conversaram a respeito. Destacou que queriam a segunda opção colocada,
1060 independente da posição da CIB, deixando claro o seu desejo do município ser tratado como todos. E aqueles que tiverem que
1061 devolver, ver como ficava, mas importante que o município fosse tratado igualmente como todos. Mencionou que era apenas um
1062 voto de confiança dado para Cruz das Almas, para recolocar os leitos naquele local e contratualizar com o prestador porque seria
1063 a única solução. Reiterou que todos estavam no momento para defender o município e para preservar sua saúde financeira e
1064 que seria necessário um novo embate, porque da mesma forma que fica parado esperando a habilitação e sem receber o
1065 recurso, ao ser criado um hiato tinha que ser tratado da mesma maneira. Pontuou que, como estavam tratando de forma bipartite
1066 e em bom senso, o município fizesse o esforço, sendo dadas 72 horas para o mesmo colocar em funcionamento, tratando-se de
1067 uma briga que já tinha algum tempo. Afirmou que todo o trabalho era para a região não ser prejudicada, nem mesmo o
1068 município. Passando a palavra para o Secretário, conclamou que a CIB ainda não determinasse a devolução e que fosse um
1069 embate com o Ministério, colocando-se lá o discutido. Era esse o encaminhamento que o COSEMS estava propondo. A Dra.
1070 Suzana Ribeiro tomou a palavra, esclarecendo que não estavam apontando o dedo para o Secretário de Cruz das Almas, mas
1071 colocando uma situação que tinha sido monitorada de forma tripartite, por um representante do Ministério da Saúde, da
1072 Secretaria de Estado e do COSEMS. O grupo condutor estadual se responsabilizava porque era quem deliberava e
1073 encaminhava. Mencionou que, devido ao acontecido ontem, ela precisava dar uma justificativa para o grupo condutor, do porque
1074 a decisão não seria encaminhada conforme a deliberação do grupo ontem, o que não queria dizer que a responsabilidade fosse
1075 do Secretário de Cruz das Almas. Comentou que o Secretário do Estado já vinha discutindo com as pessoas envolvidas no
1076 processo há algum tempo, solicitando que colocassem os leitos para funcionar, o processo vinha se arrastando e já estavam no
1077 mês de setembro. De fato existiam dificuldades, porém, se encontrassem uma forma de resolver nesta segunda feira, seria
1078 ótimo. Mas os leitos precisam estar funcionando dentro do hospital municipal. Explicando que quem está habilitado é o hospital
1079 municipal, é o CNPJ e a estrutura vistoriada pela DICON, pela DIVISA para dar o parecer final e encaminhar para a habilitação,
1080 em uma responsabilidade conjunta, não importando se é um prestador A, B ou C, desde que seja dentro do hospital. E fez a
1081 ressalva de que os leitos do hospital municipal habilitados estavam prontos para funcionar e quando se tem hospital privado que
1082 começa a fazer o processo de habilitação, se ver como esse processo funciona e o que o Secretário está pontuando. Que Dr.
1083 André (SMS de Cruz das Almas) estava gestor agora, e esse processo não era de agora e as gestões se sucediam e quem
1084 respondia era o CNPJ do município ou do Fundo Municipal de Saúde, não importando o CPF do gestor em tela, não adiantando
1085 se o convênio vinha de uma gestão anterior. O gestor novo, ao assumir a gestão, assumia também todo o ônus; se o gestor
1086 assumiu a gestão agora e tinha dívidas da gestão anterior, assumia também o ônus e o bônus de tudo, o que tenha sido
1087 implantado e o que estiver funcionando. Considerou que não estava dizendo que Dr. André estava certo ou errado, mas o
1088 colocado na conversa do Ministério, e afirmou que lavariam as mãos e o Ministério tomaria a decisão. O que estava dizendo
1089 claramente era que tinha outros serviços semelhantes a Cruz das Almas em outros municípios, ou com situação de não oferta à
1090 população, e o recurso estava no teto, não se podia fazer vista grossa. Não queriam devolver o dinheiro, mas que o serviço
1091 funcionasse. Mas tinha um regramento de se negociar com o Ministério e fazer o que tiver que ser feito. Mas uma situação como
1092 a colocada era bem anterior ao que estava posto hoje, sendo mais de vinte e quatro meses sem funcionar os leitos. Clamou o
1093 bom senso, mas tinham que sentar e negociar. Se o município voltasse a funcionar na próxima semana, seria excelente. O que
1094 precisava era garantir acesso à população, continuar o recurso no teto e fazer a negociação do período que tinha ficado sem
1095 utilizar. Esclareceu que não estava querendo penalizar o município, a população de Cruz, muito menos o gestor, mas com o
1096 denunciado pelo próprio Ministério, visto pelo grupo condutor, pelo COSEMS e pela SESAB, ficava muito complicado não ter um
1097 posicionamento para resolver uma situação como essa. Dr. André tomou a palavra, dizendo estar muito tranquilo e contou o
1098 acontecido: no dia 28 de dezembro do ano passado, quando o ex gestor encaminhou um pedido de devolução dos leitos ao
1099 COSEMS, tendo sido retirado setenta e cinco mil reais do teto municipal a partir de janeiro. Esteve com o Secretário Jorge Solla,

1100 no dia 29 de dezembro, no momento da inauguração da qualificação do Hospital de Cachoeira, manifestando sua preocupação
1101 pela devolução dos leitos. E o Secretário Jorge Solla lhe pediu para agendar uma audiência com ele, que aconteceu em abril,
1102 quando pautou com ele o interesse do município, o expediente assinado pelo Prefeito e por ele, gestor, a reabertura imediata dos
1103 leitos, e tudo ficou protocolado na SESAB. E abria um parêntese para falar da retirada de setenta e cinco mil reais, mas que tinha
1104 ficado o recurso da qualificação, no valor de sessenta e um mil reais, perfazendo um total de quatrocentos e oitenta e oito mil
1105 reais, nos nove meses. Fechando esse parêntese, disse que o Secretário informou que esses leitos nunca tinham funcionado,
1106 tendo sido aquilo o que o Secretário havia dito quando ele lhe entregou o expediente, manifestando o interesse. E continuou
1107 relatando o acontecido: indo ao Ministério da Saúde, entregou o expediente ao Ministro Alexandre Padilha, avisando que estava
1108 recebendo a qualificação e que o município queria receber, abrir os leitos. E o Ministro Alexandre Padilha respondeu que
1109 reabririam os leitos. Fez a ressalva que Dr. Raul era o pai desses leitos, pois fado seu espanto ao terem sido devolvidos, em 28
1110 de dezembro, perguntando o porquê da devolução, se não tinha funcionado em 24 meses. Reiterou para Dra Suzana a sua
1111 tranquilidade, dizendo que o recurso estava no fundo municipal e lutaria por uma condição de devolução do recurso. E não
1112 estava dizendo que devolveria os quatrocentos e oitenta e oito mil, até porque achava que o recurso podia ser utilizado para
1113 aqueles leitos voltarem a funcionar, pois com sessenta e um mil reais ele achava difícil, quase impossível, voltar a funcionar na
1114 segunda-feira. Porque no extrato dos quinhentos e trinta e um mil reais que recebe não tem nada informando que é para UTI,
1115 apenas informando ter sessenta e um mil reais de qualificação. E solicitou a sensibilidade do Colegiado para buscarem - e sem
1116 nem contextualizar quem estava errado na Bahia toda, porque já tinha sido dito por Dra Suzana - a sensibilidade da abertura dos
1117 leitos. O município precisando, o Recôncavo precisando dos leitos e seria para o mesmo um constrangimento muito grande não
1118 ver a abertura definitiva desses leitos. Posicionou que buscava o apoio do Estado, através da Dra Suzana, como Subsecretária,
1119 e do Colegiado, para ter a chance de reabrir os leitos, numa condição de devolução, se esse for o entendimento, mas uma
1120 devolução não traumática. Pois tirar quatrocentos e oitenta e oito mil de uma vez, de qualquer município, de pequeno, médio
1121 porte como Cruz das Almas seria algo ruim. Dirigindo-se a Dra Suzana, falou que não tinha sido 24 meses, que a mesma havia
1122 dito que fora de janeiro até a presente data, quando tinha desabilitado. E sendo assim, da forma como a mesma tinha colocado
1123 (o áudio não captou a fala de Dra Suzana nesse momento) ficava muito pior. Concluiu que se fosse aquela a leitura, fecharia o
1124 município de Cruz das Almas, a saúde pública seria fechada e ficaria inviabilizada. Dra Suzana explicou à plenária que a
1125 situação podia parecer complicada, mas na verdade só não era tão simples de resolver e que não sabia se tinha sido 24 meses.
1126 Falava em 24, mas teriam de ver a produção e, junto com a DICON, verem o tempo que tinha ficado parado. E se dirigindo a Dr.
1127 André, sublinhou que o mais grave era ter havido uma habilitação de leitos em dezembro de 2009, com o teto/ano de um milhão,
1128 trezentos e setenta e oito mil reais para pagar os leitos de UTI a partir de dezembro de 2009. Porém os leitos tinham funcionado
1129 de um jeito ou de outro e se o mesmo abrisse o SISMAC do município de Cruz, encontraria uma portaria com o valor que estava
1130 alocado a partir dessa data, e que se incorpora ao teto do município. No entanto, em dezembro do ano passado, muito embora
1131 Dr. André tivesse historiado a devolução dos leitos, os mesmos não tinham sido devolvidos, bem como o dinheiro, acontecendo
1132 que, na PPI de 2010, tinha havido uma negociação. Com a negociação, um aporte de recurso para sustentar e suportar o serviço
1133 de queimados, porque não é só o leito de UTI que funciona em Queimados, era importante, mas que não era só isso. Lembrou
1134 que havia um aporte de recurso para o serviço de queimados acima de um milhão e trezentos e setenta e oito mil reais, de leitos
1135 de UTI e não tinha acontecido simplesmente porque ele tinha remanejado o serviço. Tinha sido transferido porque o gestor
1136 municipal havia comunicado que não ofertaria mais, sendo transferido para o Hospital de Santo Antônio de Jesus. Ao ser
1137 transferido o serviço de queimados para Santo Antônio de Jesus, a fim de garantir o serviço no Hospital, o valor alocado no teto
1138 de Cruz naquele momento foi para o FESBA, porque o Hospital de Santo Antônio de Jesus estava sob gestão estadual. Portanto
1139 o dinheiro, que era da atenção para os queimados, tinha sido realocado naquela resolução CIB, não sendo o valor de um milhão,
1140 trezentos e setenta e oito mil reais, que era o valor das diárias/ano que custeariam os dez leitos de UTI. Segundo a mesma, isso
1141 foi levantado ao ser feito o Plano da Urgência ampliado, porque quando se faz o Plano da Rede de Urgência, são qualificados os
1142 leitos de UTI, que sai de uma diária de quatrocentos e setenta e oito reais, para oitocentos reais. O município de Cruz passou
1143 então a receber o *plus*, a diferença, correspondente ao incremento de trezentos e vinte e quatro reais por leito de UTI, para
1144 viabilizar o montante/mês e o montante/ano, e a portaria tinha sido de 2012. Ou seja, esse recurso significava dizer que os leitos
1145 tinham sido habilitados e tinham passado a receber oitocentos reais pela diária. O que ela qualificou como extremamente
1146 delicado, porque a CIB, o grupo condutor e a CIR tinham responsabilidade e tinham aprovado o plano e alocado. Primeira
1147 instância, o município e a CIR, porque tinha alocado o recurso de leito qualificado, sendo que os leitos não existiam. Se o leito
1148 não estava funcionando, ainda assim a CIR tinha habilitado e garantido. Ao colocar ali 10 leitos qualificados estava atestando
1149 que o leito estava funcionando. E o Ministério, ao trabalhar com repasse, trabalha com o CNES; estando ativo o CNES, ele
1150 habilita, vindo depois o monitoramento. Disse ainda que podia ser negociado o que fosse, mas a GU agora estava em cima,
1151 cobrando, e a CGU também, o monitorando o dinheiro das redes. Porque todo o financiamento do Programa 'Saúde mais Dez'
1152 pelo Brasil afora estava mostrando que não falta dinheiro, falta gestão. De qualquer maneira, o que acontecia com as
1153 Controladorias era que, com o volume muito grande do dinheiro novo no Brasil, eles estão exigindo um monitoramento, e se o
1154 Ministério não se posiciona, elas vão para cima e não tinha jeito. E ao invés de voltar para o Ministério, o dinheiro volta para a
1155 Secretaria do Tesouro Nacional, não sendo mais de ninguém, sequer da Saúde. Não queria apontar culpados, mas que a
1156 SESAB, o COSEMS, o município, as CIR, o Ministério da Saúde querem que esses leitos funcionem. E funcionarem, não era
1157 preciso tirar hoje o dinheiro do teto, se os leitos já estiverem funcionando na próxima semana, não sendo nenhum problema, a
1158 questão a ser negociada era o período que tinha ficado sem funcionar e mais, a responsabilidade por ter qualificado leitos que
1159 não estavam sendo ofertados. Uma situação suscitando cuidado por envolver todo mundo: a CIR, o gestor municipal, o conjunto
1160 de gestores da Comissão Intergestora Regional de Cruz das Almas, o COSEMS, a SESAB e o Ministério. Disse ter sido
1161 necessário ter o monitoramento para aquela situação acontecer e o monitoramento continuaria acontecendo. O proposto era o
1162 entendimento de que se tivesse bom senso; não tirar o dinheiro todo, mas garantir que os leitos funcionem, ficando o recurso
1163 mantido no teto. E verem como fazer a discussão com o Ministério do período que tinha ficado parado, não se constituindo
1164 problema, pois o Ministério não tiraria de vez. Dr. Raul Molina, esclarecendo pergunta de Dr. José Antônio, acrescentou que
1165 quando Dr. André o colocou como pai dos leitos de Cruz das Almas foi porque, como Secretário de Cruz, ele tinha levado a
1166 unidade de queimados para lá. E para ter a unidade de queimados era necessário ter UTI, pois não podia ter leitos de queimados

1167 habilitados sem UTI. Naquelas circunstâncias, tinha sido colocado o material para dez leitos, mas na verdade tinham sido
1168 pleiteados apenas sete, os sete leitos adultos; e teria que ter três leitos para criança. Mencionou que os leitos de UTI tinham
1169 funcionado em 2010 e parte de 2011, até pela produção se via, em torno de sete, para pedir a habilitação deles. Em 2012 foi
1170 verificada a produção, aparecendo com um ou dois leitos ocupados, por isso não era verdade dizer que os leitos nunca
1171 funcionaram, sendo diferente dizer que funcionaram com a capacidade necessária. Informou que a CIR tinha conhecimento de
1172 que os leitos não estavam sendo utilizados na sua capacidade total e afirmou que já não estava mais como gestor em Cruz das
1173 Almas, mas tinha conhecimento daquilo. E que ninguém estava tirando a responsabilidade, apenas estava sendo colocado que
1174 não haveria habilitação se não houvesse a visita nos leitos e quem fazia a habilitação era o próprio Ministério. Portanto já tinha
1175 sido feito aquele encaminhamento. Destacou que quando se coloca a reabertura dos leitos, não cabe à CIB e fará até dissenso
1176 com relação a isso, pois se aplicasse para Cruz das Almas o mesmo tratamento a ser dado a todos os leitos que não estão
1177 sendo utilizados em 100% de atendimento. Salientou: Dr. André faz parte de um grupo político do qual ele não participa e apenas
1178 representa ali os municípios, tendo que ter essa responsabilidade, por isso que se comporta daquela forma para com todos os
1179 municípios. E solicitou mais uma vez o bom senso. Dra. Flávia, enfermeira, informou que tinha sido enfermeira da UTI de Cruz
1180 das Almas desde o dia em que tinha sido aberto, de novembro de 2009 a 16 de dezembro de 2012, saindo por licença
1181 maternidade. Confirmou que de fato nunca tinha funcionado na capacidade total, mas atendia municípios de várias regiões,
1182 inclusive várias vítimas de um acidente com fogos de artifício acontecido em Salinas da Margarida, tendo sido atendidas por um
1183 longo período. Dr. José Antônio ponderou que se o município colocasse os leitos para funcionar, no mesmo momento teria que
1184 fechar os leitos se tivesse que fazer uma devolução daquela proporção. E argumentou que, como ele compra leitos de UTI, o
1185 Estado compra leitos de UTI, sabiam que aquele recurso do Ministério da Saúde muitas vezes não remunera nem um terço, nem
1186 a quarta parte de um leito de UTI, sendo indiscutível que tinha que colocar para funcionar. Mas ao mesmo tempo os registros no
1187 sistema de produção deviam ser considerados, analisando não o aspecto de 100% ou 90%, mas criando uma razoabilidade: se o
1188 leito está coberto 40% ou 50%, tirar uma razoabilidade disso e considerar o mês cheio no momento em que tiver 40% dos leitos
1189 funcionando. Porque se tivesse que devolver ao mesmo tempo o dinheiro nesse período, fechariam uma UTI que possivelmente
1190 poderia funcionar a partir de agora. Repetiu a necessidade de se criar uma razoabilidade, pois devolver o dinheiro era inviável.
1191 Dra Stela Souza informou que ontem tinha olhado produção, capacidade instalada, contratos fechados, sendo realizada uma
1192 análise da conjuntura, do todo, e ainda ontem, no grupo condutor, tinha sido discutida a implementação, o aumento de leitos.
1193 Destacou que tinha ficado calada até o momento por se tratar de um assunto muito desgastante, que vinha sendo discutido há
1194 dois dias. Ontem tinha visto na apresentação e vinha vendo em todos os momentos, quando se avalia a taxa de ocupação de
1195 hospital, algumas unidades com taxas de 12% ou 13% durante todo o período. E perguntou a todos se estava certo, já
1196 respondendo que não. Sendo subfaturamento ou não, não importava; se o registro não tinha sido feito, também não se sabia.
1197 Considerou que estava instalada uma polêmica, realmente o Ministério tinha colocado ontem que a unidade nunca tinha
1198 funcionado, sendo muito radical, mas antes do Ministério falar isso, teria que ver o registro, com produção pequena, mas tinha a
1199 produção. Não funcionar era não funcionar, era não ter profissional, como Flávia tinha acabado de falar, que dava plantão na
1200 unidade e não acreditava que a profissional estava mentindo, ficando uma situação muito delicada para o grupo condutor. Além
1201 disso, a discussão já devia ter acontecido há mais tempo para não chegar àquela situação, relatando ter ficado envergonhada
1202 ontem, porque ninguém gosta de ser pego desprevenido. Mas se todos pensassem de uma forma radical, mesmo que o
1203 Ministério tenha visto, era preciso encontrar uma saída para minimizar a situação, tentar outras negociações, como um TAC,
1204 citado ontem por Anderson, a ser assinado entre o município e o Ministério, que funcionaria com o Estado. Mas por outro lado,
1205 se olhassem a produção de 100%, seria preciso devolver o recurso de um monte de hospitais e não podiam fazer de conta que
1206 nada tinha acontecido, pois de fato tinha acontecido. Acrescentou que em 2013 não tinha funcionado nada e não concordava
1207 que o recurso ficasse, a não ser que no TAC se utilizasse o recurso para fazer investimento na própria UTI, sendo uma questão
1208 de negociação, pois tudo valia uma conversa. Dra Suzana Ribeiro lembrou que o encaminhamento dado pelo Ministério era
1209 aquele, ontem tinha havido uma conversa com a Diretora, que tinha ficado de negociar o assunto, mas infelizmente não podia
1210 deixar de trazer para a CIB, pois o questionamento era como ter qualificado algo que não estava funcionando. E que tinha sido
1211 pontuado que o problema, acontecendo no município, tinha a responsabilidade dos municípios da CIR, porque ao aprovarem o
1212 plano da urgência, tinham aprovado a habilitação. E ninguém tinha levantado a mão para dizer que os dez leitos não estavam
1213 funcionando. E ao falar de vinte e quatro meses, tinha falado ao acaso do tempo que tinha ficado sem funcionar. E se parassem
1214 para analisar o registro de produção, era irrisória, como se não tivessem nem aberto a UTI. Muito pouca; podia ter tido glosa,
1215 sub-registro ou outra coisa, mas ainda assim, sabia que as coisas não funcionam dessa maneira, mas não era o foco da
1216 discussão. O que estava sendo defendido o tempo todo era que o município de Cruz das Almas colocasse os leitos para
1217 funcionar no hospital municipal, não dava para esperar funcionar no filantrópico, pois o processo do filantrópico era outro. Se
1218 tivesse mais dez leitos para funcionar na unidade do filantrópico ainda melhor, todos apoiariam e garantiriam o recurso para a
1219 habilitação dos leitos novos da filantrópica. Mas os dez que estavam postos tinham que funcionar. E ao colocarem em
1220 funcionamento não seria retirado o dinheiro do leito habilitado. Não havendo produção registrada em 2013 e tendo alguma coisa,
1221 pouca, em 2011 e 2012, o sistema de informação de 2013 não aparecia produção. Não colocava isso como imposição para ser
1222 retirado, muito pelo contrário. No entanto, tinham que chegar a um bom termo para negociar, ter argumento suficiente a fim de
1223 negociarem com o Ministério. Que fosse para garantir a proposta de Stela, reverter o recurso em investimento para os leitos de
1224 UTI, podendo ser também para aquisição de equipamento, mas alguma coisa devia ser feita. E reforçou como grave terem sido
1225 qualificados leitos que não estavam funcionando. A CIB, o pleno, o grupo condutor, o município, a CIR tinham aprovado, não
1226 tendo mais jeito. Comentou que, sendo um erro coletivo até minimizava a situação, mas era necessário se ter a responsabilidade
1227 de resolver e não continuarem daquele jeito. Ressaltou que a proposta da CIB era resolver, pois não era o único município e o
1228 monitoramento apontava outras situações e tantas outras que deveriam aparecer. Serviços que tinham sido habilitados, não
1229 tinham sido contratualizados, que não estavam sendo ofertados e teriam que encontrar o caminho, estabelecer um prazo para
1230 colocar em contrato. Do mesmo jeito como estava sendo feito com Cruz das Almas, tinha que contratar e ofertar os leitos à
1231 população, discutir no grupo condutor, COSEMS, CIR, SESAB e município, o que devia ser feito com o dinheiro parado no teto
1232 municipal, lembrando que o dinheiro era do serviço que devia ser ofertado à população e que se não tinha sido ofertado, tinha
1233 sido subtraído da população. Ponderou que infelizmente o financiamento era insuficiente, oitocentos reais não pagavam um leito,

1234 muito menos quatrocentos e setenta e seis reais, pois sabia quanto se paga para contratar leito com recurso próprio. E trouxe à
1235 discussão que: o problema não é só o leito de UTI que não é coberto com o valor pago pela diária, pois ninguém paga consulta
1236 especializada a doze reais, no entanto, se estão contratando um determinado serviço, têm que dar conta, pois estão sendo
1237 aceitas as regras do SUS. E que é a mesma história do contrato de trabalho; se trabalha 40 horas e o contrato é de 40 horas.
1238 Recebem pelas 40 horas, têm que assumir 40 horas, como muitas vezes são discutidas as questões das categorias médicas, de
1239 enfermagem, da categoria de odontologia, que não cumprem carga horária e querem receber o valor cheio do trabalho, ou seja,
1240 a relação é a mesma. Não se pode pautar o trabalhador se o gestor faz a mesma coisa com o sistema, com a tabela existente e
1241 que estão tentando melhorar. Mas enquanto não melhoram não se pode fechar a porta do serviço. É uma relação parecida,
1242 portanto, de quando se fala que os médicos não cumprem a carga horária. E questionou: o que está sendo feito com o serviço, é
1243 necessário ter clareza quando se programa, pactua e senta com o município, alegando que colocou um valor de consultas e
1244 estão recebendo apenas por uma, porém estão pagando com outro valor, vem do fundo municipal, sendo outra questão. O que
1245 não se podia era dizer que não funciona e o encaminhamento, de encontrar um termo para resolver a situação, no entanto o
1246 serviço teria que funcionar. Dra Gisélia Souza comentou que, quando se organiza um serviço ou a oferta de um serviço, é
1247 preciso ter um custo fixo para organizar o serviço, um custo operacional dele e mesmo que o leito seja ocupado ou não, tem que
1248 manter uma equipe, toda a estrutura. E que ha a previsibilidade de uma demanda, que se confirma ou não, a depender da
1249 regulação, do acesso, mas a estrutura é organizada com um custo fixo de manutenção. Pois quando se faz um contrato, seja
1250 contrato de OS, de PPP, tem um custo fixo que permite que esse serviço seja ofertado e um custo variável, que incide
1251 justamente no desconto aplicado na penalidade, no caso do descumprimento do contrato, ou alguma irregularidade. Portanto,
1252 normalmente, para se manter um leito de UTI ha um custo, mesmo que não tenha uma taxa de ocupação de 100%, tem um
1253 custo para manter o leito, dos equipamentos, de toda a estrutura de logística, o custo de oferta do serviço. Pontuou que isso
1254 devia entrar também na análise e que outro aspecto era a qualificação. E exemplificou: prevendo-se um recurso de investimento
1255 de cem mil reais para qualificação, se forem contratualizados leitos de UTI fora da rede, em um filantrópico; e existe aquele
1256 recurso de cem mil reais que pode ser usado para a qualificação, e no caso, como ficou sem funcionar e o município sem
1257 receber o recurso, questionou se é possível o recurso ser utilizado se ele entrou para qualificar. Pois é um recurso que o
1258 município terá direito, sendo necessário analisar as questões. Dra Suzana Ribeiro reiterou que o encaminhamento estava dado e
1259 precisava ser verificado se na planilha tem recurso de investimento programado para qualificar esses leitos; custeio tem, mas de
1260 investimento não sabia, sendo necessário verificar. Além disso, tendo havido dinheiro para qualificar e se o município já tinha
1261 recebido era outra questão a se debruçar por se tratar de mais dinheiro, cem mil reais por leito. Então sendo sete leitos, seriam
1262 setecentos mil reais. Voltou ao encaminhamento, de funcionar na próxima semana, a partir do dia 23 de setembro. E propunha-
1263 se que, ao invés de devolver o recurso que tinha ficado sem produção, fizessem um investimento na qualificação dos leitos. E
1264 havendo programação do Ministério para colocar o dinheiro na planilha para qualificar, já seria considerado como pago, pois
1265 seria o Termo de Ajustamento. Dr. Raul Molina falou dos secretários que estavam desde a manhã aguardando para resolverem
1266 algumas pendências, inclusive a proposta do TRS, existindo demandas que eram desde a CIB passada. Dra Stela Souza
1267 solicitou inversão de pauta por entender a dificuldade da CIB passada, em que às 19 horas todos tinham se adiantado para
1268 pegarem seus destinos e a reunião tinha ficado esvaziada, destacando que ficava preocupada, pois tinham se delongado demais
1269 em um ponto e por isso, mais uma vez, a reunião ficaria prejudicada. Dr. Raul Molina relatou que os municípios solicitavam
1270 informações sobre o serviço de neurocirurgia do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus. Dra Gisélia Souza informou que o
1271 serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital Santo Antônio já tinha sido iniciado há cerca de noventa dias, com dois
1272 neurocirurgiões e sendo realizadas cerca de dezesseis cirurgias por mês, com a meta a ser alcançada de vinte e cinco cirurgias
1273 por mês. Além disso, tinha sido equipado com microscópio cirúrgico, estando em pleno funcionamento. Dr. Raul Molina relatou
1274 que com essa informação tinha começado a encaminhar os pacientes e pedido para a região toda encaminhar os pacientes,
1275 pois dois cirurgiões tinham se mudado para Santo Antônio de Jesus e na semana passada o ambulatório tinha sido suspenso e
1276 que, ao entrar em contato com o chefe do serviço, Dr. Ademar, este havia mencionado que um diretor da SESAB tinha ido ao
1277 Hospital e suspenso o serviço. Entrando em contato com a SESAB, após deixar recado no Departamento tinha recebido a
1278 ligação de uma funcionária - que não passaria o nome para não expor a pessoa - que tinha lhe perguntado 'quem era ele' para
1279 questionar o fechamento do serviço no Hospital. Ao que ele tinha ressaltado que aquela questão desdobraria em outras
1280 situações que os municípios vinham colocando e informado à funcionária que ele era Secretário de Sapeaçu e Presidente do
1281 COSEMS. E, questionando se a mesma era novata na Diretoria, ela tinha passado a gritar, perguntando 'quem era ele' para lhe
1282 pautar com aquele tipo de assunto, entre outras coisas. Destacou que isso tinha sido colocado também por Mascote, Camacan
1283 e por todos os municípios ao redor de Itabuna, de que os prestadores, incluindo a rede própria, se sentiam impedidos de dar
1284 informações para os secretários. E a demanda trazida era de que a SESAB, com aqueles hospitais contratualizados, colocasse
1285 claramente que a autoridade sanitária dentro do município era o Secretário Municipal, e que os municípios que estavam ao redor
1286 e com pactuação, tivessem atendimento e informação, pois se tinha acontecido com ele, de ligar para a SESAB e a funcionária
1287 ter gritado com ele, imaginassem com os outros. Sabia que por um servidor não se podia generalizar a situação, mas estava
1288 representando toda a Região de Itabuna, onde estava acontecendo a mesma situação no Hospital de Base. Santo Antônio de
1289 Jesus tinha sido apenas o exemplo do que estava acontecendo nos outros municípios. E solicitou ao Coordenador Adjunto de
1290 Itabuna para expor o que vinha acontecendo na Região de Itabuna, destacando toda a demanda. Dr. Pinheiro, Coordenador da
1291 CIR de Itabuna, informou que a CIR solicitava providências quanto ao acesso dos usuários ao serviço de urgência e emergência
1292 da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, e que não era só a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital de Base de Itabuna tinha
1293 fechado o Pronto Socorro em janeiro, para fazer uma reforma, já se passavam nove meses e não atendia os pacientes da região.
1294 Em fevereiro, numa reunião da CIR, tinha sido convocada uma comissão e acontecido uma audiência com o Secretário Jorge
1295 Solla, com a presença do ex-secretário de Itabuna e oito secretários da região, para discutirem a questão da Santa Casa, pois
1296 tinha dois anos que vinha se arrastando, acontecendo vários óbitos na região, por falta de atendimento. Dr. Jorge Solla tinha
1297 pedido a Dr. Andrés, da Regulação, para discutir a questão com os municípios e os prestadores em Itabuna e até hoje, não se
1298 tinha conhecimento daquele contrato. Pois era um contrato fechado e não se sabia a quem cobrar, pois a Santa Casa dizia uma
1299 coisa e a SESAB dizia outra e a população estava morrendo. Tinham acontecido vários óbitos por falta de atendimento,
1300 questionando como tinha sido feito o contrato com a Santa Casa, pois a mesma dizia que o Hospital Mário Novaes, referência da

1301 Rede Cegonha para parto, tinha uma cota de 150 partos por mês. E se fizessem um levantamento das mulheres em idade fértil
1302 de Itabuna, aquilo não dava nem para atender o Município de Itabuna, muito menos a região. Destacou que tinha feito uma
1303 proposta para os quatro coordenadores da CIR, de discutirem a questão do comando único de Itabuna, que não tinha passado
1304 pela CIR, e não tinham tomado conhecimento. E até hoje o comando único não tinha acontecido e certamente a SESAB estava
1305 aguardando que aquilo acontecesse para passar o caso para o Município de Itabuna. Portanto, solicitava uma solução da CIB, e
1306 em outro momento tinha pedido o apoio do COSEMS, que tinha enviado a Dra. Stela Souza para a região, para discutir a
1307 questão, não havendo solução. Dr. Raul Molina destacou que tinha tido uma conversa com Dra Suzana Ribeiro, para que os
1308 hospitais referência regional abrissem seus contratos e ela tinha dado um exemplo do acontecido em Irecê, onde tinha sido
1309 aberto o contrato para que todos tivessem acesso. Dra Stela Souza acrescentou que tinha acompanhado de perto aquela luta e
1310 que aquela pauta não podia passar de hoje. Além disso, a coordenadora adjunta de Ilhéus também tinha pautado o problema,
1311 grave da Região Sul, não sendo apenas do município ou da região de Itabuna. Na CIR de Ilhéus também tinha sido solicitado, e
1312 sugeriu uma reunião conjunta entre Ilhéus e Itabuna, pra tentarem resolver, pois Ilhéus já não tinha assistência nenhuma e a
1313 referência em Itabuna também não estava atendendo. Destacou outra questão colocada pelo Município de Irecê, na reunião do
1314 COSEMS, de que a autorização das AIH sairia do município para o prestador, na OSID, o Hospital, sendo difícil entender o que
1315 estava acontecendo. Portanto era necessário deixar claro o funcionamento daquilo e o colocado por Dr. Pinheiro, com relação à
1316 referência da Rede Cegonha, onde nem com polícia na porta, tinham conseguido levar a gestante de pré natal de alto risco,
1317 apresentando eclâmpsia, para ser acompanhada na unidade. Além disso, a queixa não era só dos hospitais em Itabuna.
1318 Camacan também trazia um problema, Mascote tinha reclamado que Camacan não o atendia, sendo uma questão generalizada
1319 na região, não apenas da Santa Casa nem do Hospital de Base. Vários hospitais da região estavam com problema e já eram três
1320 CIB falando sobre isso. Dr. Pinheiro pontuou que Dra. Stela Souza, enquanto COSEMS tinha proposto a discussão na região,
1321 mas já estava cansado, era uma proposta válida convocar todos os secretários da região e se eles aceitassem seria discutido lá.
1322 No entanto, assim como Dra Suzana Ribeiro colocara que o Município de Cruz das Almas devolvesse o recurso, ele solicitava
1323 que a mesma interferisse na questão para os municípios poderem conhecer os contratos, discutirem, pois ninguém sabia qual o
1324 serviço ou o teto da Santa Casa, para cobrarem. Dra Suzana Ribeiro informou a situação semelhante da Região Centro-Norte,
1325 em Irecê e disse que as coisas só se resolvem quando ficam transparentes. E comentando que a Comissão Intergestores
1326 Regional é formada por gestores de saúde, municípios e Estado, reafirmou que não havia problema nenhum para a Secretaria
1327 de Saúde em abrir os contratos. Portanto, se abria o contrato da Santa Casa de Misericórdia, tinha recurso da Rede Cegonha,
1328 recurso da Rede de Urgência, tinha que ir para cima. Pois se tinha que abrir o contrato de Cruz das Almas, que abrisse também
1329 o de Itabuna, o de Vitória da Conquista, de Irecê, do Oeste, de Barreiras, não dava para continuar do jeito que estava, era
1330 questão de desassistência. E não estavam brigando por disputa política nem por poder, tinham que brigar para garantir a
1331 assistência à população. Não havia problema nenhum em abrir os contratos, tinha sido feito recentemente para se discutir teto
1332 com Salvador, Vitória da Conquista, Feira de Santana, só os filantrópicos que o Ministério tinha sinalizado, para garantir por
1333 dentro do IAC, como Dr. José Antônio tinha colocado no começo da reunião. Portanto, a discussão tinha que ser local, ver onde
1334 tinha acesso, onde tinha a porta, pois não existia a situação de chamar a polícia para colocar a paciente gestante para ser
1335 atendida, o que era um absurdo, não dava para aceitar. Era necessário abrir os contratos, levar para a CIR, discutir o contrato o
1336 seu conteúdo, pois se tinha o SISMAC, que era público e que todos podiam abrir o sistema e enxergar tudo o que existe lá, como
1337 também portarias, resoluções CIB, mostrando de onde tinham tirado, onde tinham colocado, de onde tinha chegado o dinheiro e
1338 de onde tinha saído, da mesma forma não seriam fechados os olhos para os contratos. Dra Ana Paula disse que que estavam
1339 certíssimos porque a DICON já vinha fazendo esse movimento e ela, membro efetivo de Cruz das Almas e Santo Antônio de
1340 Jesus, comentou que recentemente tinha ocorrido um problema sério com o contrato de Nazaré, quando reuniram prestador e a
1341 Secretaria de Saúde e levaram para o Colegiado de Santo Antônio de Jesus. E lá mostrado o novo contrato que da unidade a
1342 partir de agora e também em Valença. Saliu que Valença era um problema sério em relação ao acesso da região. Não sabia
1343 se Dr. Jackson, da Região de Valença, estava ali, mas tinham reunido na CIR, levado o contrato da Unidade, a meta
1344 contratualizada e o percentual de alcance que vinha alcançando e não fariam diferentemente. Mencionou que podiam pautar
1345 uma reunião na CIR de Itabuna e ela levaria o contrato. Citou que o contrato da Santa Casa vinha tendo corte de setecentos mil
1346 reais por mês. Então, se a unidade recebia o corte e estava cumprindo o contrato de alguma meta, a Santa Casa, ao dizer que
1347 não atenderia excedente da meta estava certa, porque se estavam penalizando pelo que não tinha feito, ela não ia querer dar um
1348 excedente e neste sentido estava certa. E discordava do Dr. Pinheiro, sobre a obstetrícia na Santa Casa. Eles tinham efetuado
1349 um pagamento recente, com uma avaliação minuciosa dos valores contratualizados e dos valores produzidos pela unidade, de
1350 agosto de 2012 a abril de 2013, de mais de dois milhões de reais relacionados a partos feitos excedentes ao contrato e referia-
1351 se a parto normal e cesárea, UCI e UTI Neo, que tinha excedido a capacidade instalada. Então os dados estavam disponíveis
1352 para levar em discussão na CIR. Ressaltou a questão de não se abrir acesso, que estavam discutindo internamente com a Santa
1353 Casa e vencido o contrato no início de setembro, a unidade tinha tensionado para não assinar, mas tinha assinado, renovando
1354 por apenas noventa dias. Então no contrato novo firmado, as metas que a Santa Casa não vinha cumprindo, de clínica pediátrica
1355 e cirúrgica, tinham sido revertidas em obstetrícia, ampliando o teto dessa especialidade exatamente porque estava excedendo.
1356 Informou que apresentava todos os contratos, tanto do Calixto Midlej, Manuel Novaes, São Lucas e Hospital de Base, os quatro
1357 contratualizados no Colegiado. E para concluir, informou que no contrato reza que têm que ter uma comissão de
1358 acompanhamento e ela tinha solicitado à NUCON. E que e a comissão de acompanhamento não só era composta pela DICON
1359 mas pelo município, pelo prestador e por um membro da CIR, entendendo que o município não podia trazer para a discussão de
1360 uma comissão, a necessidade de uma região. Então nos contratos podiam inclusive, já na CIR de Itabuna, identificarem quem
1361 comporia a comissão de avaliação e desempenho do contrato das quatro unidades. Dra. Iolanda Soares Carneiro, Secretária de
1362 Ubaitaba, perguntou como fazer para atendimento a gestante de alto risco, se a ambulância não entrava no hospital. A
1363 Secretaria de Saúde contratava um motorista de táxi, colocava a gestante no veículo, para entrar no hospital e só por isso que
1364 atendia, porque o município tinha que ter artimanha. Denunciou que tinha que chamar a TV local para entrar, brigar com
1365 prestadores a todo momento, sendo era por isso que atendia. E que realmente estava atendendo a demanda, mas tinham que
1366 contratar obstetra do Novaes no município para facilitar a entrada da gestante. Colocou que o São Lucas fecha os portões com
1367 cadeado para impedir a entrada da ambulância. E outro problema, a regulação, não tendo vaga, passava uma semana e então

1368 conseguiram por amizade ou por algum médico que também atendia em no seu município. Dr. Pinheiro pontuou que Dr. Andrés
1369 Alonso tinha estado na região, tendo ficado acertado que tinha uma dívida de 'três' da SESAB com a Santa Casa, que resolveria
1370 na semana seguinte e voltaria à normalidade. E que o engano não era dele, mas quem estava cometendo o equívoco era a
1371 própria Santa Casa, ao dizer que só tinha uma cota de cento e cinquenta partos e se fizesse uma renegociação. Então teriam
1372 cobrar da Santa Casa. Informou que tinha três anos que não ocorria cirurgia eletiva em Itabuna e estavam encaminhando
1373 paciente para Vitória da Conquista e para Salvador, pela SESAB. Salientou que não era brincadeira, cirurgia eletiva era uma
1374 piada em Itabuna. Dra Suzana Ribeiro abriu para encaminhamento. Dra. Gisélia Souza colocou que Dra. Vincenza, ao fazer a
1375 apresentação, não tinha dito que estava tudo funcionando divinamente, ao contrário, tinha dito que estava sendo incipiente e
1376 inclusive ampliando. Chamou a atenção porque acompanham e estava inclusive indo para as reuniões por causa da questão,
1377 enquanto a regulação não tivesse 100% dos leitos ofertados na cidade sob seu controle. E tinha outro aspecto falado por Dra.
1378 Ana Paula de não ter interesse da Santa Casa em cumprir 100% do contrato São Lucas, logo, estavam na mão do prestador.
1379 Dra. Suzana Ribeiro mencionou que sabia da falta de investimento público. Se não tinham hospital e não tinham equipamento
1380 público para ajudar no processo de regulação, e a mão de obra ficava refém, imaginassem de três unidades filantrópicas em que
1381 estava tudo ali, a materna e infantil, passavam pela urgência, traumatologia ortopedia, neurocirurgia, alta complexidade e oncologia.
1382 Reforçou que precisavam ser justos com Dra. Vincenza e que, além dela ter colocado com muita propriedade o que estava
1383 acontecendo com os complexos regulatórios, apresentando a Norte e a Sudoeste, situações especiais, e ela tinha antecipado a
1384 apresentação porque estava indo para Itabuna e o Secretário Dr. Jorge Solla estaria lá no outro dia, e teriam uma discussão
1385 sobre a regulação. E o movimento era para qualificar e fazer a regulação dos leitos entrarem todos no sistema no SIDREG, sem
1386 exceção. Com o Secretário anterior e com Dr. Magela, também tinham tentado em 2011, não tinham conseguido fazer, ia e
1387 vinha, o município recuava, não aceitando, queria um valor a mais no contrato do hospital municipal. Ressaltou que todos se
1388 lembravam da história, então o movimento voltava a acontecer e iniciada a gestão de novo, e o Estado estava tentando repassar.
1389 Disse que até a Resolução CIB já tinha saído por aprovação do retorno e o Conselho Municipal envolvido, e aquele imbróglio não
1390 saía do lugar e não sabiam para onde ia. Pontuou que desejava que o município reassumisse porque tinha acontecido em 2008
1391 e resolvido por conta de recurso. Ressaltou são várias coisas nessa história porque era assim lá atrás, resumindo o que estava
1392 acontecendo, como um absurdo. Mas esperavam mês após outro que a situação se resolvesse por lá, porque já estava tudo
1393 encaminhado para voltar, bastava o município chegar junto e dizer que receberiam agora, porque estava tudo pronto para
1394 passar. Deu encaminhamento, de acordo com a sugestão de Dr. José Antônio, de pactuar em uma CIR extraordinária em
1395 Itabuna, e se fosse conveniente, a participação da CIR de Ilhéus, mas o foco era Itabuna. Então a CIR de Itabuna faria uma
1396 agenda específica extraordinária, para tratar exclusivamente da pauta da situação de Itabuna, com os leitos da Santa Casa e
1397 convidariam o prestador. Salientou ser a mesma coisa de Valença, Irecê, que os prestadores são os mesmos. E que Dr.
1398 Vespasiano iria para lá, abriria contrato como representante da SESAB e membro efetivo do núcleo central, mais o município de
1399 Itabuna e COSEMS, representado por Itacaré, ficava até fácil. E então encaminharem a agenda e fazerem o mais rápido
1400 possível, para resolverem a situação. Citou como tinha sido feito em Valença e Irecê. Dra Stela Souza complementou a questão
1401 da CIR conjunta, Ilhéus e Itabuna, porque estava falando por ser uma demanda de Ilhéus e era o mesmo prestador que atendia a
1402 Região de Itabuna e Ilhéus, não tendo outro. Assim, era importante por ser uma demanda que estava sendo solicitada o tempo
1403 todo na CIR. Ressaltou que sendo consenso, fizessem as duas CIR de Ilhéus e Itabuna, SESAB e quem de direito pela manhã e
1404 à tarde, com a presença do prestador. Dra. Suzana Ribeiro abriu para discussão. **Aprovado.** Solicitou definição da agenda e que
1405 o comunicado da mesma fosse entregue com certa antecedência juntamente com a Regional, e que irão aguardar a combinação
1406 entre Pinheiro e Marcão da DIRES. Afirmou que tinha ficado agendada a reunião ordinária em setembro, e já pensava em uma
1407 data intermediária para as CIR de Ilhéus e Itabuna. Pontuou que achava melhor fazer a reunião o dia todo. Pela manhã a
1408 discussão do gestor e à tarde chamasse o prestador para a discussão e os próprios coordenadores decidissem a data. Lembrou
1409 que na semana seguinte dos dias vinte e quatro e vinte e sete do mês corrente, teria a CIT, o CONASEMS e o CONASS. então
1410 não estariam ali na próxima semana. Citou o colocado por Dra. Ana Paula de que dia três de outubro estaria no Colegiado
1411 Ampliado de Santo Antônio de Jesus, como membro efetivo de lá. Deu continuidade à pauta, acrescentando que o grupo
1412 condutor tinha aprovado a qualificação do CER, Centro de Reabilitação tipo II de Itaberaba, da CEMIR e APAE de Itapetinga. E
1413 já havia sido homologado no dia anterior, sendo incluído na pauta de Cruz das Almas, por causa do grupo condutor. Informou a
1414 pauta do referido grupo, onde tinha sido aprovado: a qualificação do CER - Centro de Especialidades Regionais; o Centro de
1415 Reabilitação tipo II de Itaberaba; a 'CEMI' e a APAE de Itapetinga; o Plano de Ação da RAPS da Região de Serrinha. E estavam
1416 colocando na CIB, para homologação. Pontuou que, com relação ao Olhar Brasil, sabia que na última reunião tinham sido
1417 aprovados alguns projetos *ad referendum* e estavam trazendo Bom Jesus da Lapa, Vitória da Conquista, Guanambi, para
1418 aprovarem *ad referendum* porque não tinha ficado registrado na reunião anterior. Propôs do Projeto Olhar Brasil ser
1419 encaminhado *ad referendum* para os municípios em gestão plena, garantindo que os mesmos coloquem tanto a questão dos
1420 óculos, uma complicação, sendo vinte e oito reais por armação, e todos tinham dificuldade. Os outros, sob gestão estadual,
1421 acabariam fazendo com o Estado. E definir também o território de abrangência para ter clareza, pois podia haver interface com
1422 algum projeto de âmbito estadual com abrangência da região para os municípios sob gestão estadual. E como os municípios
1423 com gestão estadual podem estar aderindo a Projetos regionais de município pleno, era preciso saber para não haver
1424 superposição e dificuldades na oferta. Afirmou que estavam na expectativa que do Ministério prorrogar o prazo do Olhar Brasil
1425 até dia trinta desse mês. Como encaminhamento do Projeto Olhar Brasil e TOM, solicitou que os municípios encaminhassem até
1426 o dia vinte e quatro, para que a área técnica ter tempo de fazer os ajuste e entrar em contato com o gestor, acordar, alinhar e
1427 encaminhar para o Ministério no dia vinte e seis, para a publicação. Passou a palavra para Dra. Fátima Valverde, que solicitou
1428 que os municípios encaminhassem por e-mail a fim de agilizar a chegada dos projetos, diante da exiguidade do tempo. Dra.
1429 Suzana Ribeiro concordou e reforçou que para agilizar os municípios encaminhassem para a CIB, com cópia para a área técnica,
1430 assim chegaria mais rápido para a DIPRO analisar. **Aprovado.** Passou a palavra para Dra. Stela Souza, que complementou a
1431 questão do Olhar Brasil, pedindo atenção, porque sabia que o projeto do Estado atenderia prioritariamente os municípios sob
1432 gestão do Estado, acrescentando que isso estava de acordo e que ainda havia a avaliação dos vazios assistenciais, porque o
1433 Estado não daria conta de atender todas as demandas e o que estava acontecendo é que em todos os Colegiados, os
1434 municípios estão colocando para o Estado atender. Chamou a atenção da importância da SESAB dar retorno às regiões,

1435 informando que a própria possui prestador para tentar resolver, porque a SESAB não daria conta. E seria mais interessante do
1436 que ficarem todos na expectativa, aguardando e sem conseguir alcançar. Adiantou que era importante haver o retorno para os
1437 Colegiados. Dra. Suzana Ribeiro seguiu com a pauta, a partir do item **3.2. Município de Salvador solicita habilitação do**
1438 **Projeto Glaucoma do IMEP- Pau da Lima e incremento de teto de Oncologia dos EAS sob gestão de Salvador (Hospitais**
1439 **São Rafael, Aristides Maltez, Martagão Gesteira e Santa Izabel)**. Dr. José Antônio, Secretário de Salvador, colocou a respeito
1440 do Projeto Glaucoma do IMEP, que vubga para performar junto com os outros estabelecimentos já encaminhados. Solicitou
1441 auxílio da SESAB para agilizar a habilitação no Ministério da Saúde. E na semana corrida, tinha sido analisado ainda no
1442 Ministério da Saúde e a resposta tinha sido; *nenhuma proposta do país havia ainda sido analisada, porque o encarregado estava*
1443 *de férias há trinta dias*. E gostaria de chamar a atenção do prazo, só até dezembro para trabalharem com o teto aberto e os tetos
1444 estariam estáveis a partir de janeiro de 2014. Acrescentou ser preciso certa velocidade no processo, porque se não a Bahia
1445 como um todo poderia perder recursos. Disse que o esforço tinha sido enorme, com relação ao credenciamento das unidades e
1446 agora o tempo urgia para que pudessem avançar. No que dizia respeito aos hospitais de oncologia, falou que tinha a ver com o
1447 que tinha sido discutido nos meses de março e abril, mas não em relação ao que tinha saído na última portaria. E nesse aspecto
1448 já abordava a questão de Feira de Santana, sendo a última portaria para sanar o déficit de oncologia referente ao ano de 2012, o
1449 déficit ocorrido e ficado na rede ao longo desse período. Comunicou que o Ministério tinha atendido a manifestação anterior,
1450 referente a Feira de Santana, Vitória da Conquista, Salvador e Ilhéus. E disse que esses recursos são para novos serviços de
1451 oncologia, para atender à portaria de oncologia, que estabelece sessenta dias de atendimento após o diagnóstico. E que o
1452 recurso está distribuído da seguinte maneira: Hospital Santa Isabel - serviço de radioterapia, oncologia clínica e cirúrgica - R\$
1453 490.000,00 (quatrocentos e noventa mil reais/mês); Hospital Martagão Gesteira - cirurgia oncológica pediátrica de tumores
1454 moles, principalmente de neurologia - R\$ 63.000,00 (sessenta e três mil reais/mês); Hospital Aristides Maltez - apenas serviço de
1455 quimioterapia, ampliação – R\$ 1.540.000,00 (um milhão quinhentos e quarenta mil reais/mês; e Hospital São Rafael - serviço de
1456 quimioterapia, oncologia clínica e cirúrgica – R\$ 600.000,00 (seiscentos mil reais/mês). Chamou a atenção que era uma
1457 determinação do Ministério da Saúde que apresentassem propostas para contratação de 100% da capacidade instalada
1458 disponível de oncologia, para levar a efeito a Portaria de Oncologia nº 603, apresentada anteriormente. Acrescentou ainda que
1459 esses valores são da proposição da capacidade instalada e teriam que ser analisadas pelo Ministério da Saúde para se
1460 estabelecer. Disse que a apresentação na CIB era para tentar agilizar o processo, para terem acesso aos recursos rapidamente.
1461 Quanto ao acesso ao serviço de oncologia, disse que estavam trabalhando com oncologia sem fazer nenhuma restrição no
1462 atendimento da rede, principalmente de internamento e de tratamento. Achava que hoje o problema de oncologia é o SADT na
1463 Capital, mas de uma maneira geral, o acesso hospitalar está garantido, sendo um assunto que valia uma outra CIB, para ser
1464 discutido. Porque por exemplo, no caso da radioterapia de Itabuna, existe uma sobra significativa no teto. Quando faltava em
1465 Salvador e algumas outras cidades como Feira de Santana e Itabuna, com a forte demanda na Capital, Dr. José Antônio disse
1466 que valia uma CIB para ser discutida a questão de oncologia, porque mais uma vez estava voltando um processo de
1467 concentração na Capital. Registrou a Resolução CIB nº 115/2013, retirando recursos referentes a CAPS dos municípios, um
1468 total de R\$4.476.000,00 (quatro milhões, quatrocentos e setenta e seis) se reportando à reunião CIB de maio de 2013. E na
1469 época tinha sido feita uma apresentação por Dra. Liliane e que não tinha encarado isso como se fosse um processo de
1470 pactuação para retirada dos recursos, em termo de produção de serviço, para valor absoluto e de custeio. Primeiro por achar que
1471 valor de custeio é um eufemismo, e que se gasta muito mais do que o valor de custeio estabelecido pelo Ministério da Saúde. E
1472 acontece, na área de psiquiatria, dos recursos já parcos, os municípios acabam ficando com o financiamento a menor. E
1473 acontecia com Salvador e Jacobina e sem sombra de dúvida, alguns municípios tinham obtido ganhos, principalmente os que
1474 tinham CAPS de menor porte, sendo preciso fazer o demonstrativo. E cabia até ser discutido esse recurso, principalmente com
1475 municípios que estavam com recursos a menor, mas na área de psiquiatria. Para entenderem a retirada de recursos pela câmara
1476 técnica do Estado, recurso esse que faz tanta falta a todos, e para poderem viabilizar isso. Por isso colocava a sua pretensão
1477 para uma discussão acerca da Resolução. Dr. Raul Molina colocou que quando tinham pactuado, com a presença de Dra.
1478 Suzana e na reunião do COSEMS, na época em que tinha sido colocada aquela situação, estavam querendo fazer um pouco de
1479 equidade e o COSEMS tinha apresentado uma proposta que a princípio até a equipe técnica tinha gostado e a própria Suzana
1480 tinha dado aval de encaminharemos como seria operado e feito numa segunda instância. Entendendo que muitos CAPS ficam seis,
1481 oito meses, um ano e até dois anos, para serem habilitados e nesse percurso alguns prefeitos custeiam, mas por algum tempo e
1482 depois mandam fechar o serviço. E o que seria feito com o dinheiro que estava sendo colocado, que no caso passaria para os
1483 CAPS que estavam na fila e, conforme fossem saindo, eles estariam induzindo a política. Esta era a idéia dentro do pactuado na
1484 época, não sendo para ficar parado lá e sim para fazer isso. Inclusive na reunião do COSEMS tinha havido uma proposta de que
1485 bastava ter psiquiatra no município pequeno, mas tinha sido descartada porque não era política de indução para psiquiatria. Dra.
1486 Liliane Mascarenhas lembrou que tinha trazido isso à tona por conta do Ministério definir os valores de custeio, sendo
1487 necessário, assim, garantir esse valor de custeio e não por produção, regularizando toda uma situação anterior, quando o
1488 Ministério trabalhava em cima de produção. Relatou ter conversado com Ana Paula para verem qual era a realidade de hoje de
1489 todos os CAPS aprovados, com recurso de custeio já saído e qual o o montante recurso que ficou, para pensarem em uma
1490 estratégia. Ressaltou que tinham pensado na possibilidade da proposta de Dr. Raul, mas colocou como dificuldade a portaria de
1491 habilitação não ser concomitante com a portaria de custeio. Seria preciso ficar vinte e quatro horas monitorando, o que é um
1492 complicador porque nesse processo pode se perder de garantir esse recurso ou haver uma duplicidade de recurso. Sugeriu se
1493 discutir isso para ter uma proposta e considerou interessante rever e trazer também como estão estes municípios, porque de fato
1494 ha municípios com produção zero. E relatou que estão trabalhando junto aos municípios, alguns com CAPS que, apesar de
1495 estarem tendo repasse do recurso fundo a fundo, ficam aquém da atenção, precisando ser registrado, e era necessário o
1496 COSEMS ajudar na questão. Como tinha sido discutido aqui e pautada a questão do leito, não se podia pensar que a atenção à
1497 saúde mental se resume apenas a leito, mas efetivamente uma resposta em atenção à população e ambulatório. E constatou
1498 que a maior quantidade de CAPS no Estado é tipo 1, de baixa resolutividade, e o Ministério está inclusive repensando essa
1499 modalidade de CAPS 1. Ressaltou que a idéia apresentada e o plano aprovado no grupo condutor e colocado aqui também, é de
1500 que, após discussão na Região de Serrinha, a maioria dos CAPS 1 vão se tornar CAPS 2 e CAPS 3, porque o CAPS 1 não é
1501 tão resolutivo. Dr. José Antonio Rodrigues mencionou uma situação passada no SAMU, com três pacientes agudos levados

1502 para a rede e com a mesma sem capacidade de recebê-los, o SAMU teve que voltar para retirar dois dos pacientes que tinham
1503 ficado em uma unidade de observação psiquiátrica, no Quinto Centro. E se não conseguiram internar devem estar lá até agora,
1504 quase dois dias numa situação dessas, chamando atenção de que é no momento em que perdem aquele recurso da MAC. E
1505 isso sem ter nada a ver com os CAPS, inclusive vão abrir mais três CAPS 3, a atividade é ambulatorial, e era perfeito caminhar
1506 com isso, mas sempre haverá um, dois, três, quatro e cinco casos todo mês, com manifestações dessa natureza. Considerou
1507 que retirar esse dinheiro que pode até parecer pouco, cem mil reais por mês, no caso de Salvador, e saber que esse dinheiro
1508 não está na psiquiatria, mas parado para refazerem essa distribuição é constrangedor. Então valia à pena se rediscutir essa
1509 questão para ver como é possível alocar. Dr. Ivonildo Bastos pontuou que tinha até vergonha de dizer o teto MAC do município
1510 de Jacobina, e quando Ana Paula colocou a glosa de setecentos mil reais por mês, da Santa Casa de Itabuna, tinha pensado,
1511 este é o meu teto MAC para ter: um hospital de cento e dez leitos, dois CAPS, um CAPS 2 e um CAPS AD, e outro serviços de
1512 média complexidade, quando só o hospital municipal hoje sai para Jacobina por um milhão e setecentos mil reais por mês. E
1513 para quem recebe oitocentos e doze mil reais de MAC, ter duzentos e quarenta mil/ano retirado do seu teto é muito significativo.
1514 Pegar uma gestão destruída, investir os recursos como estão investindo para recuperar a saúde pública do município não tem
1515 sido fácil. Colocou ainda já ter pleiteado um estudo de teto junto ao Estado, onde mostrou que os contratos vão além dos
1516 recursos de PPI, que o hospital tem um custo, um valor de remuneração de AIH muito pouco e o estudo de teto não sai, o
1517 incremento no teto não sai, e vem o corte, isso penaliza, pois estão tentando avançar para um CAPS 3, um CAPS IA, todo esse
1518 processo de unidade de acolhimento, construir uma rede de Saúde Mental e perder recursos, é muito complicado para viabilizar
1519 tudo isso. Já tinha conversado com Fabiano para discutirem, coincidindo que Salvador também trouxe essa discussão, mas
1520 Jacobina faria essa discussão, dentro do COSEMS inicialmente, para posteriormente trazer na CIB. Ressaltou que felizmente a
1521 discussão tinha sido provocada e achava que tinha que se debruçar sobre isso, aproveitando para ver a perda de recursos e
1522 também retomar a discussão dos tetos financeiros dos nove municípios sedes das macrorregiões e mais Salvador que o
1523 COSEMS tinha pactuado. Dra. Stela Souza lembrou a questão dos serviços novos de oncologia colocada por Dr. José Antonio,
1524 qualificando como perfeito o incremento de oncologia, é usar 100% da capacidade instalada, sem ter nem o que se discutir,
1525 diante do caos que vivem, diante da lei que lhes cobra e que não estão conseguindo cumprir, porque sessenta dias não está
1526 acontecendo e não sabem quando vai acontecer. Em relação a Feira de Santana, que trouxe os serviços, a oncologia clínica,
1527 cirúrgica e colocou os valores, o município fez a mesma solicitação só que colocando recomposição e esta já aconteceu. Agora
1528 talvez esteja querendo dizer implementação ou aumento de serviço, seria bom explicar melhor. Com relação à oncologia,
1529 comentou com Dra Alcina a necessidade de reativar a discussão de oncologia, mas não para cada município fazer o seu, a
1530 câmara técnica precisava discutir a situação da oncologia como um todo dentro do Estado. Quando se coloca que têm sobra em
1531 determinados serviços e falta em outros, é verdade, mas não justo, pois estão vencendo, e parabenizou porque estão pensando
1532 em ampliar o serviço, buscando e correndo atrás. E que agora é preciso pensar aonde tem o serviço que não está atendendo, e
1533 se não está cumprindo, é preciso sentar e discutir a situação, se vai remanejar para quem tem capacidade instalada e que ainda
1534 pode atender mais, ou ver o que está faltando para este prestador que tem capacidade instalada e não está atendendo. Relatou
1535 uma história que tinha doído seu coração: uma senhora da roça, depois da Cachoeira de Pancada Grande, em Itacaré, cuidou
1536 dela e trouxe para o Hospital Aristides Maltez, em Salvador. A senhora tinha um câncer na perna, que mesmo limpando não teve
1537 condições de entrar pela porta principal do hospital, sendo conduzida para onde ficam as ambulâncias e a equipe foi lá atendê-la
1538 e depois devolveu porque não teve acesso. Ela precisava fazer uma cirurgia e não conseguiu. E isso precisa ser visto e discutido
1539 porque a senhora está até hoje apodrecendo, sem ter conseguido a cirurgia, porque foi devolvida para Itacaré para retornar em
1540 dezesseis ou vinte dias, o carro que a levava capotou no caminho, deu perda total e a senhora sobreviveu ao acidente.
1541 Conseguiu antecipar o retorno dela, arranjou um lugar para colocá-la em Salvador, o motorista foi dormir em outro lugar e de
1542 manhã cedo tinham roubado o carro. Retornou a senhora para o Aristides novamente e chegando lá tinham marcado para ela
1543 voltar outra vez no dia 20 de outubro e ela voltou para Itacaré. Depois disso não teve mais notícia, nem sabia se a senhora ainda
1544 está viva. Diante do exposto, questionou se era assim que estavam cumprindo a lei. Não teve acesso em Itabuna, trouxe para
1545 Salvador, furando fila porque era o jeito, e nada foi resolvido. Dra. Suzana Ribeiro lembrou, em relação à questão colocada por
1546 Dr. José Antônio, que o cálculo de Salvador tinha sido inclusive colocado na época, com projeção de incremento serviços novos
1547 de oncologia, incremento que já tinha sido discutidos antes, que a portaria estava recompondo o teto e fazendo incremento. E
1548 passou a falar de cada município: a situação de Feira de Santana, assim de outros municípios, foi recomposição de teto e não
1549 apresentou capacidade instalada de projeção. Salvador foi uma negociação de aumento, correção como os outros, mais teve
1550 incremento também, porque teve aumento de capacidade instalada. E a discussão feita em relação à radioterapia do Santa
1551 Izabel, segundo equipamento, capacidade instalada, dentro daquela discussão dos trinta e três milhões. Lembrou o negociado
1552 com o Ministério naquela data, de encaminharem o estudo da projeção total do que teriam de incremento de serviço de
1553 oncologia. (Dr. José Antonio falou fora do microfone e não foi possível registrar). Dra. Suzana continuou, explanando que o
1554 recurso que eles tinham apresentado em portaria foi só de recomposição, porque o que tinha negociado com eles era fazer tudo.
1555 (Novamente Dr. José Antonio falou fora do microfone e não foi possível registrar). Dra. Suzana Ribeiro comentou que ao fazer a
1556 discussão lá era para ter mandado tudo e parece que ele tinha deixado entrar uma parte e a outra tinha ficado para depois, e que
1557 estavam encaminhando agora. Quanto ao CAPS, ressaltou que Dra. Viviane já tinha explicado que o movimento tinha sido de
1558 recomposição para não ter prejuízo para os municípios e o recurso tinha sido negociado de fato com o COSEMS, foi um dinheiro
1559 a mais que corrigiu, porque em 2010 o Ministério retirou quando saiu de FAEC para MAC. Quem não tinha produção, e a
1560 produção estava abaixo do mínimo recortado, ele tirou a produção e passou os outros para vinte e um e o incremento foi esse. A
1561 correção da PPI foi colocar esses vinte e um mil para todos. Quando veio agora a portaria que liberou para todo mundo, tinham
1562 que retirar porque se não muitos iriam para quarenta e oito e outros só iriam ter um ajuste para vinte e oito, assim esse
1563 movimento foi para fazer o ajuste em cima da nova portaria do Ministério. Informou que esse recurso ficaria na reserva técnica e
1564 o que tinham combinado com o COSEMS foi que voltariam a discutir esse valor que estava no teto e inclusive a proposta do
1565 COSEMS foi de que pudessem garantir o financiamento daqueles CAPS que estão funcionando e que ainda não saiu a
1566 habilitação pelo Ministério. Falou que foi feito um estudo inicial no mês anterior e não tinham fechado os valores do
1567 encaminhamento. Dando prosseguimento à pauta, passou para o ponto seguinte de **pactuação: 2. Superintendência de**
1568 **Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 2.1 Proposta de Remanejamento de Recursos de TRS. A**

1569 Diretora da DICON, Dra Ana Paula iniciou a apresentação informando que em agosto tinha saído uma nova portaria de
1570 recomposição do teto e trouxe um histórico do teto do Estado, de dezembro de 2012 até agosto de 2013, sendo duas portarias, a
1571 1736 e a 1737, fazendo incrementos em Alagoinhas, Brumado, Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Paulo Afonso, Santo Antônio
1572 de Jesus, Senhor do Bonfim, na gestão estadual com habilitação da Unidade de Ribeira do Pombal e mais o incremento de
1573 duzentos e poucos mil reais, o novo teto de agosto de 2013. E de um modo geral o Estado conseguiu ter uma ampliação de
1574 15,43% desse teto e o município de Salvador uma redução. Lembrou que em abril foi recomposto o teto do Estado, do HUPES e
1575 Hospital Ana Nery, por isso elevava o déficit de Salvador. Mostrou a avaliação de produção até julho de 2013, onde pegou a
1576 média de produção praticada no primeiro semestre de 2013, de janeiro a junho, e também o que foi feito em julho de 2013, e fez
1577 uma avaliação com o teto de agosto de 2013. E, mesmo considerando o teto de 2013, os municípios em vermelho já
1578 apresentavam um déficit, a exemplo de Brumado, Paulo Afonso, e mesmo com o Ministério tendo feito uma recomposição de
1579 teto com a portaria de agosto, continuaram com o déficit no valor apresentado. Houve o cuidado de fazer uma avaliação para a
1580 média do primeiro semestre ou o praticado em julho, porque alguns municípios, a exemplo de Salvador, a média do primeiro
1581 semestre foi maior que a produção de julho: foi três milhões e cem mil reais e a produção de julho foi três milhões e quinze mil
1582 reais. Lá na frente, quando trazem a proposta de remanejamento que possam garantir um teto que pelo menos cubra ou a média
1583 praticada no primeiro semestre, ou naquele caso, que o valor de julho foi a maior, que consigam cobrir com o teto que
1584 permanecerá essa média que o município vinha praticando. Mostrou o teto de agosto, que é o teto vigente para esta
1585 competência, a diferença de produção entre o teto de agosto e a produção de julho, que todos os municípios que estavam com
1586 déficit, a produção de julho foi superior à média do primeiro semestre. E Brumado, com um déficit de dezenove mil reais, Ilhéus,
1587 onde foi incorporado recurso na última portaria do teto de agosto. Mas a avaliação foi feita sem saber qual tinha sido a
1588 justificativa pela qual o Ministério tinha dado recursos. Já que o município dispunha de saldo, o recurso de sessenta e dois mil
1589 reais dado pela última portaria de agosto, o município tem hoje um excedente de cento e trinta e quatro mil reais, e em Ilhéus
1590 não consideraram a produção do mês de julho, porque ele não tinha fechado o SIA de julho. Assim, para o município de Ilhéus
1591 prevaleceu a mesma média de produção do primeiro semestre. Disse que ainda tem com déficit os municípios: Jequié, Juazeiro,
1592 Paulo Afonso e Vitória da Conquista. Fez uma consideração em relação ao teto do Estado, da gestão estadual, de que a
1593 proposta de remanejamento foi colocada na apresentação ao lado de quem tira e onde acrescenta; e a proposta é que se fizesse
1594 uma avaliação para não sair rateando recursos de todos os municípios e o que tivesse um excedente acima de cem mil reais -
1595 que se considera uma folga de recursos - que estiver atendendo a ampliação de no mínimo vinte a vinte e cinco pacientes novos
1596 dentro do mês, tirem 100% do recurso que o Ministério alocou do município de Ilhéus na portaria de agosto e a diferença do
1597 que precisaria cobrir que é um saldo de cento e sessenta e quatro mil, setecentos e sessenta reais e seis centavos, que é o
1598 remanejamento proposto, ficando R\$ 102.262,62 cento e dois mil reais, duzentos e sessenta e dois mil e sessenta e dois
1599 centavos. E a proposta era de tirar do saldo de Salvador, que sairia de um saldo de duzentos e vinte e quatro reais e passaria
1600 para um saldo de cento e vinte e dois reais. Para a gestão estadual a consideração que se tinha a fazer era a seguinte: hoje o
1601 Estado tem um saldo de sessenta e oito mil reais, só que tem uma proposta de ampliação da Unidade de Valença, de vinte e
1602 sete pacientes novos e que já está com a solicitação de Sérgio Presídio, para serem inseridos ao serviço. E o Ministério, quando
1603 habilitou o serviço de Valença, foi com recurso para setenta e oito pacientes. A unidade hoje está com setenta e nove pacientes
1604 e uma fila de espera de vinte e seis, os vinte e seis pacientes que vão ampliar o recurso do Estado e o orçamento da unidade em
1605 noventa e cinco mil. Então, fazendo isso passaria de um saldo para ter um déficit e a proposta era que fechasse o saldo do
1606 Estado em cem mil reais, considerando que, dos cem mil reais, noventa e cinco mil reais já estarão comprometidos para o TRS
1607 de Valença. Apenas o que estava excedendo no momento e a proposta do teto era o seguinte: o Estado hoje tem um teto total
1608 de treze milhões, seiscentos e quarenta mil, seiscentos e vinte e um reais. Quando se faz a recomposição, ainda tem um saldo
1609 de teto na casa de seiscentos mil reais e a proposta é que se faça um monitoramento a cada dois, três meses ou se observar
1610 que o caso de Paulo Afonso e de Vitória da Conquista, que nesse momento têm um excedente grande - acima de quarenta mil -
1611 que no próximo mês quando se fizesse uma avaliação, trazer novamente para a CIB porque é um teto geral do Estado e se o
1612 Município não utilizar, não pode ser remanejado e nem utilizado por outro município que está com déficit de serviço. E nesse
1613 caso todos os municípios teriam saldo, com exceção dos municípios que hoje estão excedentes que hoje teriam uma cobertura
1614 de teto para cobrir o que produziu em julho e se em agosto ele ampliar o acesso desse serviço ele passava a ter novamente
1615 esse déficit. Dr. Raul Molina colocou que pela manhã tinha sido colocado no COSEMS um encaminhamento, mas não tinham
1616 visto o estudo com esses valores e foi colocado pelos municípios que havia outros serviços, que estão há mais tempo, inclusive
1617 Valença que estava com esse problema e, se poderia fazer alguma coisa, que também contemplassem eles. Tinham falado
1618 sobre Senhor do Bonfim e naquela lista dos municípios não constava Senhor do Bonfim. Dra. Ana Paula relatou que estava
1619 conversando com Dr. Ivonildo que sinalizou ter pacientes que não consegue atender em Jacobina e precisava mandar para fora,
1620 sendo que ele tem um saldo de vinte e seis mil no seu teto e se não utilizar o seu teto, ele não vai ter um déficit. Questionou
1621 como que enquanto Estado e gestão, conseguiria avaliar que o município não está usando o teto e tem uma demanda reprimida
1622 para atender. Não tinha como. Relatou como tinha conseguido avaliar que Valença tem vinte e sete pacientes precisando entrar
1623 no serviço em Cruz das Almas. Foi bater na porta de Valença, porque Santo Antônio de Jesus, que tem um saldo de cinquenta e
1624 dois mil reais, está negando acesso, e perguntou como um município tem um saldo e não permite o acesso de usuários. E então
1625 ligou para a Unidade de Valença, porque a política do Estado de todos os prestadores contratualizados pela gestão estadual,
1626 independentemente do Estado ter recurso ou não para financiar o serviço de TRS, é que não se negue acesso para esses
1627 pacientes. Relatou ainda ter conversado pessoalmente com Sérgio Presídio e ele colocou que estava atendendo a micro, então
1628 esclareceu a ele que teria que atender à necessidade que aparecesse, o paciente chegou tem que atender, foi quando ele trouxe
1629 vinte e sete pacientes que não estava atendendo em função de um limite financeiro que ele estava utilizando. Ela tinha colocado
1630 para ele que não tinha problema, que recomporia o teto do Estado, que nesse momento tinha um saldo de sessenta e oito mil
1631 reais. Ressaltou que foi contratualizado funcionando com setenta e oito pacientes e é gradativo, a partir do momento que se abre
1632 um serviço ele vai ganhar a confiança da região e fazer a sangria dos outros municípios que estes pacientes estão mais
1633 próximos do serviço, para transferirem. E é isso que ele tem feito lá. Ressaltou que se necessitasse de um estudo desses
1634 mensalmente, traria sem problema nenhum, até porque o Ministério está sendo ágil. Falou que tinha a média praticada e se
1635 fossem verificar os primeiros semestres, três mil e cem, e mostrou o registro de julho, que está no TABNET e a preocupação

1636 tinha sido verificar exatamente isso, o município que teve uma média de produção superior, mas está registrado no Ministério
 1637 três milhões e quinze e era isso que queria sinalizar. A resposta do Ministério em relação à produção tem sido em tempo real,
 1638 pois nem finalizou o processamento de agosto, a produção de julho já está disponível. Mostrou Eunápolis com trinta e um mil
 1639 novecentos e setenta e cinco reais e setenta centavos, pelo cálculo que tinha feito com Dr. Ivonildo, por paciente, custa em
 1640 média três mil e pouco. Respondendo à pergunta de Dr. Raul se tinha algum prejuízo, esclareceu que sim, pois tem um saldo de
 1641 seiscentos e sessenta e sete mil, seiscentos e vinte e sete reais e vinte e seis centavos alocados em municípios que não
 1642 estavam utilizando e o prejuízo disso é dizer para Valença que só podia absorver sessenta e oito mil reais. Dra Marta Rejane
 1643 falou fora do microfone e não foi possível registrar, mas Dra Ana Paula respondeu que não adianta o VEP se o Ministério
 1644 repassa de acordo com o que está na produção do TABWIN. E chamou a atenção sinalizando que isso tinha sido uma
 1645 experiência e que inclusive o Secretário tinha chamado a atenção, pois quando atrasa o banco do SIA, não porque tenham
 1646 deixado de enviar, mesmo enviando em tempo hábil, o sistema rejeita aí é preciso corrigir para mandar novamente. Aconteceu
 1647 isso em abril e a base do Estado de abril só foi reconhecida pelo Ministério em julho, tendo sido rejeitada porque uma APAC de
 1648 outro município tinha dado carga. Então foi devolvida a base do Estado para tirar essa APAC que já tinha sido dado carga para
 1649 outro gestor, para ser encaminhada novamente. E quando encaminham novamente têm que aguardar o tempo do Ministério.
 1650 Relatou que tinha o VEP em mãos, o qual diz exatamente qual o valor do TRS que o Estado produziu. Relatou que é feito um
 1651 fluxo com o Ministério da Saúde, manda para a área técnica do Ministério, relacionando exatamente quais os recursos
 1652 produzidos de TRS, mas isso não garantia para o Estado que estava produzindo. Então o Ministério não utiliza o VEP como
 1653 parâmetro para fazer a avaliação de teto, mas o que está no registro do SIA- SUS no TABWIN. E falou que era interessante fazer
 1654 uma avaliação do monitoramento de quanto foi o VEP e de quanto o Ministério transferiu. Dr. José Antonio argumentou que era
 1655 uma coisa muito simples de efetivar o que efetivamente foi recebido e o que estava no VEP, que amanhã pela manhã poderia
 1656 ser feito. E sugeriu aprovar *ad referendum* e fechar, pois pelo que estava proposto, estava razoável a retirada, só precisava ser
 1657 confrontado se o valor correspondia, fazendo um comparativo para não ficar com déficit. Dr. Raul Molina deu um informe sobre
 1658 7º Simpósio Brasileiro de Doença Falciforme, de 20 a 23 de novembro de 2012, no Centro de Convenções da Bahia. Em
 1659 seguida, o Coordenador Adjunto agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião
 1660 ordinária para o dia 24 de outubro, às 14 horas, no Auditório da SESAB. Não havendo mais o que tratar, após revisão da
 1661 correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Silvana
 1662 Moura Rodrigues Salume Xavier, Secretária Executiva Substituta da CIB em exercício, lavrei a presente Ata, que será assinada
 1663 pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 19 de setembro de 2013.

1664
 1665 Suplente: Alcina Marta Andrade de Souza _____
 1666 Raul Moreira Molina Barrios _____
 1667 Suplente: Stela dos Santos Souza _____
 1668 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 1669 Suplente: Daniela Neves Castellucci _____
 1670 Gisélia Santana Souza _____
 1671 Suplente: Chaider Gonçalves Andrade _____
 1672 Andrés Castro Alonso Filho _____
 1673 Washington Luis Silva Couto _____
 1674 José Antônio Rodrigues Alves _____
 1675 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____
 1676 Ivonildo Dourado Bastos _____
 1677 Suplente: Cynthia Lopes Abreu Marques _____
 1678 Joseane Mota Bonfim _____
 1679 Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva _____