

Aos vinte e quatro dias do mês de outubro 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, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Washington Luis Silva Couto, Ivonildo Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta Andrade de Souza, Stela dos Santos Souza, Daniela Neves Castellucci, Alfredo Boa Sorte Júnior, Washington Luiz Abreu de Jesus, Fabiano Ribeiro dos Santos e Aldecy de Almeida Bezerra Silva. Às 14 horas, havendo número legal, Dr. Raul Molina declarou aberta a sessão, efetuando 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 SARGSUS/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%), 2 não aprovados (0,48%), 08 foram solicitado ajustes (1,92%), 127 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde (30,46%) e 100 estão sem informação (23,98%). Neste ponto, relatou que está sendo feita uma força tarefa com o Ministério da Saúde, CONASEMS, COSEMS e SESAB e cobrou mais uma vez aos Secretários a entrega destes relatórios. **1.4.** A Auditoria do SUS-Ba informa: Após auditoria realizada na SMS de Ilhéus, que gerou processo nº 0300120572842, o relatório e o parecer conclusivo encontram-se disponíveis no link: www.saude.ba.gov.br/auditoria/auditoria. **1.5.** A SUPERH/DGETS informa a realização do VI Encontro de Profissionais de ESF no Vale do Capão – A Saúde do Homem, que será realizado na Tenda Rufino, nos dias 07 e 09/11/2013. **2.** Foram publica das as seguintes Resoluções *ad referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
373/2013	26/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Condeúba, Ibicarai, Mirangaba, Monte Santo, Pojuca.
374/2013	26/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. IBICUI.
375/2013	26/09/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Cipó.
410/2013	03/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o remanejamento do montante anual do Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Fundo Estadual de Saúde da Bahia para o Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Município de Salvador, estabelecido no Anexo I desta Resolução.
413/2013	09/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ampliação do SAMU Regional de Santo Antonio de Jesus/Cruz das Almas através da implantação de base descentralizada com 01 Unidade de Suporte Básico, no Município de Aratuípe.
414/2013	09/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> com pendências, a habilitação de Unidade de Referência em Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia para Hospital Regional Dr. Mario Dourado Sobrinho em IRECE.
415/2013	05 e 06/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Plano de Trabalho para o uso do recurso de incentivo de custeio para manutenção e execução das atividades da Comissão de Coordenação Estadual do PROVAB.
420/2013	10/10/2013	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 Guaratinga.
421/2013	10/10/2013	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 Brejões.
422/2013	10/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Caatiba.
426/2013	11/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação dos municípios de Baixa Grande, Morro do Chapéu e Ubaitaba.
430/2013	15/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de município do Estado da Bahia como apto a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação do município de Mucugê.
439/2013	22/10/2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de município do Estado da Bahia como apto a receber o valor referente à terceira parcela da construção de Unidade Básica de Saúde para Equipe de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Juazeiro

Em seguida houve uma solicitação de inversão de pauta, passando para o ponto de Pactuação: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1 Implantação do Serviço de Verificação de Óbito – SVO na Bahia.** O Dr. Juarez Dias relatou que, considerando todo o histórico da questão, tinham conseguido recuperar uma Resolução

26 CIB de 2007, que identificava os cinco municípios que fariam parte da Rede Estadual de Serviço de Verificação de Óbitos:
 27 Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Juazeiro e Teixeira de Freitas. Lembrou que o objetivo do SVO era de
 28 esclarecer a *causa mortis* natural, o que era muito importante para a vigilância epidemiológica porque assim se conseguia
 29 detectar quais os motivos que levavam ao óbito e com isso se reduzir muito a questão das mortes sem esclarecimento, mortes
 30 naturais. E comentou que hoje o IML tinha o papel de verificar mortes violentas, trazendo para eles como ações emergenciais.
 31 Ressaltou que a Resolução tinha sido publicada em 2007, com uma projeção de funcionamento do SVO a partir de 2008 até
 32 2011. E em 2013 não tinha acontecido em nenhum município, nem Salvador, questionando, assim, se os municípios
 33 continuariam sendo os mesmos, se a Resolução seria ratificada ou retificada, incluindo mais algum município, pois Eunápolis
 34 tinha manifestado interesse de implantar o serviço, já que não tinha sido contemplado em 2007. Dra. Stela Souza ponderou
 35 que se o município tinha manifestado interesse ele tinha direito e deviam aceitar. Quanto aos outros municípios, os próprios
 36 deveriam responder se continuariam. Dra. Alcina Andrade lembrou que anteriormente tinha sido trazida ali a proposta da Rede
 37 de Serviços de Verificação de Óbitos do Estado da Bahia e naquela época tinham identificado que já havia uma Resolução CIB
 38 de 2007 que aprovava a Rede e por conta disso não tinham chegado a nenhum consenso. E existia a demanda de Eunápolis
 39 há alguns anos, já com um serviço de verificação funcionando um pouco fora dos padrões recomendados pelo Ministério, mas,
 40 de uma forma ou de outra, já funcionava. Chamou atenção de que a questão seria retificar a Resolução incluindo Eunápolis,
 41 pois não havia intenção de tirar nenhum município, podendo-se manter os municípios que já estavam. Ressaltou ser preciso
 42 fazer daquilo uma realidade, se mobilizando para implantar e que havia necessidade de aprovar em CIB porque a partir do
 43 momento em que era aprovado e encaminhado para o Ministério, já tinham começado a receber recursos para implantação dos
 44 serviços e aquele era o objetivo. Ponderou que a pergunta era apenas se havia o consenso de incluir Eunápolis, lembrando
 45 que não era interessante que nenhum município saísse. Destacou ainda a questão do financiamento da Rede, informando que
 46 hoje o Ministério tinha conhecimento do que tinha sido aprovado em 2007 e o que queriam fazer a partir de agora era
 47 conversar com o Ministério sobre a possibilidade de incluir mais um município, já aprovado em CIB. E até de fazerem o
 48 financiamento daqueles SVO com recurso do próprio teto estadual, caso houvesse alguma dificuldade por parte do Ministério
 49 de incluir mais um no financiamento federal. Poderiam retirar uma parcela do recurso do Bloco de Vigilância do Estado para
 50 financiar a manutenção, porque não era dinheiro para construção. O serviço tinha que existir, de começar a funcionar e dali
 51 começariam a repensar recurso para manutenção. Dr. Juarez Dias lembrou que o serviço não podia ser de um único município,
 52 mas de uma região. Eunápolis e Teixeira de Freitas estavam bem próximos, tinha a Região Sudoeste onde, por exemplo,
 53 Itabuna não estava contemplado, então precisavam pensar naquela possibilidade e não só contemplar a mesma área. Dr. Raul
 54 Molina relatou que tinha havido uma solicitação do Secretário de Eunápolis e o COSEMS estava de acordo, havendo consenso
 55 para inclusão de Eunápolis. E questionou como ficava a situação de Itabuna, pois ainda não existia a demanda vinda do
 56 município. O Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus relatou que já tinha recebido uma equipe da SESAB no município, que
 57 tinha capacitado alguns profissionais que já começariam a atuar. Dr. Juarez Dias considerou interessante conhecer a proposta
 58 de Ilhéus para ver se estava dentro dos padrões, se precisava de adaptações, como estava o processo, porque o serviço tinha
 59 muitas especificidades e seria bom conversar. Dr. Raul Molina colocou como encaminhamento que se o município estava se
 60 propondo a fazer o serviço, fosse **aprovado ad referendum** e a DIVEP verificasse os passos. Houve consenso. Dando
 61 prosseguimento, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para aprovação/homologação: **1.**
 62 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB/DGC/DAE: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Sanitarista (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (40h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando 200 horas.	Simões Filho
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Nutricionista (40h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Psicólogo (40h) e 01 Educador Físico (20h), totalizando 200 horas.	América Dourada
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Educador Físico (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Novo Triunfo
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Educador Físico (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fisioterapeuta (30h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Cícero Dantas
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Psicólogos (20h cada), e 02 Assistentes Sociais (20h cada), totalizando 200 horas.	Itambé
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Maetinga
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fonoaudiólogo (40h) e 01 Nutricionista (30h), totalizando 200 horas.	Conceição do Jacuípe
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador físico (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Nutricionista (30h), 01	Quijingue

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	Assistente Social (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h) e 01 Psicólogo (40h), totalizando 210 horas.	
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Terapeuta Ocupacional (20h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (30h), 01 Educador físico (20h), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (30h) e 01 Fonoaudiólogo (30h), totalizando 200 horas.	Monte Santo
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Psicólogo (30h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 02 Terapeutas Ocupacionais (20h cada), 01 Fonoaudiólogo (40h) e 01 Nutricionista (30h), totalizando 220 horas.	Conceição do Coité
	01 NASF Tipo I – Composição da 2ª Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada), 02 Psicólogos (20h cada), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Farmacêutico (20h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando 200 horas.	Jeremoabo
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (30h), 02 Assistentes Sociais (30 h cada), 02 Fisioterapeutas (30 h cada), 01 Psicólogo (30h) e 01 Fonoaudiólogo (20h), totalizando 200 horas.	Santa Inês
	02 NASF Tipo I – Composição das Equipes: Equipe 1: 03 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Educador Físico (40h), totalizando 200 horas. Equipe 2: 03 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (20h) e 01 Educador físico (40h), totalizando 200 horas.	Senhor do Bonfim
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (40h) e 02 Nutricionistas (20h cada), totalizando 120 horas.	Pedro Alexandre
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20 h cada), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Psicólogo (20h), totalizando 120 horas.	Boninal
	01 NASF Tipo III – Composição da Equipe: 01 Educador Físico (20h), 01 Psicólogo (20h), 01 Nutricionista (20h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando 80 horas.	Dom Macedo Costa
	Alteração na modalidade de NASF tipo II para o NASF tipo I, que passa a ter a seguinte composição: 01 Educador Físico (40h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando 200 horas.	Maetinga
	Alteração na modalidade de NASF tipo II para o NASF tipo I, que passa a ter a seguinte composição: 01 Educador Físico (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Veterinário (30h) e 01 Médico Pediatra (30h), totalizando 200 horas.	Antônio Cardoso
	Adequação na composição do NASF tipo I, aprovado na Resolução CIB Nº 261/2013, aos novos parâmetros de vinculação previstos na PT GM Nº 548/2013, com nova composição de profissionais e de carga horária: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Nutricionista (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (30h) e 01 Farmacêutico (20h), totalizando 200 horas.	Jaguaripe
	Alteração da composição do NASF tipo II para o NASF tipo I, aprovado na Resolução CIB Nº 045/2013, com a inserção de 01 Pedagogo com carga horária de 20h e redução da carga horária do Educador Físico de 40h para 20h. Nova composição do NASF I: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Psicólogo (40h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Nutricionista (40h) e 01 Pedagogo (20h), totalizando 200 horas.	São Félix do Coribe
	Alteração da modalidade de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição da equipe: 01 Educador Físico (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Veterinário (30h) e 01 Médico Pediatra (30h), totalizando 200h.	Antônio Cardoso
Alteração da composição da equipe de NASF I, que passa a ter a seguinte composição: 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Educador Físico (40h), 01 Fonoaudiólogo (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Assistente Social (20h), totalizando 210h.	Barra do Mendes	
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada a USF de Manguinhos.	Itaparica
	04 ESB Modalidade I, vinculadas às ESF: Belo Campo, Ipanema, Prevenido e Soares II.	América Dourada
	01 ESB Modalidade I, vinculada a ESF de Ilçonete Gonçalves Machado	Presidente Dutra
	02 ESB Modalidade I, vinculada às ESF: Alto dos Coqueiros e Palmeirinha.	Tanque Novo
	01 ESB Modalidade I, vinculada a USF de São Francisco	Campo Formoso

	Alteração de Modalidade de 01 ESB Modalidade I para Modalidade II, vinculada à ESF Antônio Sampaio Brito	Sapeaçu
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Tipo I	Livramento de Nossa Senhora
	01 ESF Tipo I, vinculada a USF Palmeirinha	Iguaí
ACS – Agente Comunitário de Saúde	06 ACS	Livramento de Nossa Senhora
Consultório na Rua	02 Equipes de Consultório na Rua, Modalidade II, vinculada à USF Palmeirinha (CNES 2413582)	Vitória da Conquista

63 Neste ponto, Dr. Raul Molina colocou a solicitação de ESB do Município de São Sebastião do Passé, conforme reunião do
64 COSEMS pela manhã. Dr. Cristiano Sóster, Diretor da Atenção Básica, relatou que ainda precisariam ser feitas algumas
65 adequações, podendo ficar aprovado *ad referendum*, para publicação apenas depois do parecer favorável da área técnica. A
66 mesma coisa em relação à solicitação do Município de Feira de Santana, para Consultório de Rua e de NASF I para Itaparica.
67 Houve consenso. Dando prosseguimento à pauta: **1.2.** Transferência da Unidade de Suporte Avançado (USA) do Município de
68 Formosa do Rio Preto para o Município de Barreiras, como Reserva Técnica do SAMU Regional Barreiras/Ibotirama –
69 **Aprovado. 1.3.** Ampliação do SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus/Cruz das Almas, através da implantação de base
70 descentralizada, com 01 Unidade de Suporte Básico no município de Muritiba – **Aprovado. 1.4.** Aprovação do intervalo de seis
71 meses para solicitação, pela CIR, de alterações relativas à ampliação de componentes em Planos de Ação Regionais da Rede
72 de Atenção à Saúde, aprovado pela CIB. Dra. Alcina Romero, Diretora da Atenção Especializada, colocou que era uma
73 pactuação já acordada entre o Grupo Condutor Estadual de Redes de Atenção, com o Apoio Institucional do Ministério da
74 Saúde, com relação à possibilidade de análise de ampliação de componentes dos planos regionais que porventura já tivessem
75 sido aprovados. Chamou atenção de que o plano era aprovado na CIR, no Grupo Condutor e na CIB. Com um mês, vinha uma
76 aprovação da CIR para mais um componente, se aprovando novamente na CIB, com toda uma análise técnica, aditivo,
77 finalização e envio para o Ministério. Assim, chamou atenção de que, para uma ampliação de componente, era preciso ter um
78 consenso, uma análise do território, para ver se tinha mesmo necessidade daquele componente ser ampliado. Era uma
79 discussão do território, para ser feito em blocos e não todo mês ter uma ampliação. O ministério tinha solicitado então que
80 organizassem um fluxo semestral. O plano estava aprovado e estava sendo implementado. Durante a implementação, o
81 território, a CIR regional, os colegiados de urgência, câmaras técnicas, uma vez observando a necessidade de ampliação de
82 algum componente, de adequação, se reuniria na CIR, explicaria o que tivesse acontecendo, faria a justificativa técnica,
83 aprovaria e mandaria para a CIB. Passariam a mandar para a área técnica semestralmente e a área técnica mandaria para o
84 Ministério, porque do contrário não seria possível parar para fazer a análise de ampliação, mudança, adequação. E como o
85 fluxo não estava muito organizado, estava sendo formalizado ali. Ressaltou que um plano de ação na verdade seria anual,
86 entendendo-se que, depois dele pensado, discutido, pactuado e durante a implementação, teriam um ano vendo a necessidade
87 de mudança. Mesmo assim, como sabiam que o processo de discussão e pactuação ainda era uma coisa nova e ainda não
88 tinham aquele nível de qualificação, negociavam para ser semestral. Pois não dava para ficar a cada dia um aditivo, porque
89 aquilo culminava com o apoio técnico se debruçando sobre a avaliação de uma ampliação e não tinha tempo de se debruçar
90 na análise dos planos que viriam por aí. Dra. Stela Souza colocou que aquilo já tinha sido discutido na CIB e, como não tinha
91 saído nenhum documento, o Grupo Condutor tinha até chamado atenção porque a revisão do plano era anual, tendo sido
92 solicitado para ser semestral e a proposta hoje era documentar aquilo. Aproveitou para colocar que tinha vários secretários
93 cobrando a questão do Plano de Urgência da Região Sul e a informação era que o Grupo Condutor já tinha encaminhado e
94 sido aprovado em CIB e desde junho estava nas mãos da apoiadora do Ministério, para o parecer da área técnica. Estavam
95 cobrando e até hoje não tinha vindo nada, então não era por falta de cobrança. Dra. Marta Rejane Montenegro, representante
96 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, colocou que depois da reunião do Grupo Condutor tinha pensado nas
97 dificuldades discutidas com relação à elaboração dos Planos de Ação Regional da Rede Cegonha, que não estavam tendo o
98 retorno adequado, em tempo oportuno, para as regiões. E sugeriu que os apoiadores institucionais do Ministério da Saúde
99 localizados na Bahia pudessem fazer uma divisão territorial equitativa com a área técnica do Estado, que sabiam que era
100 pequena, para acompanharem a construção efetiva dos planos junto às CIR em todas as macrorregiões. E assim não
101 houvesse tanta disparidade entre as oficinas de trabalho e a apresentação dos planos no âmbito do Grupo Condutor Estadual.
102 Dr. Raul Molina relatou que na reunião do COSEMS pela manhã o Secretário de Ibotirama tinha lhe apresentado um e-mail da
103 DAE tratando da presença do Enfermeiro nas unidades básicas do SAMU e o mesmo confirmou a informação. Dra. Alcina
104 Romero esclareceu tratar-se de uma Nota Técnica encaminhada para os municípios, por conta de alguns que já terem recebido
105 inclusive notificação judicial para cumprimento da Resolução COFEN 2011, quanto à obrigatoriedade da presença do
106 enfermeiro nas unidades básicas do SAMU. Lembrou que desde 2011 o Ministério da Saúde e a Secretaria de Saúde, através
107 da Área Técnica da Diretoria de Atenção Especializada, vinham tentando uma negociação junto com o COREN e o COFEN,
108 para haver uma tolerância no prazo para aquele cumprimento. Relatou que na última reunião da área técnica com o COREN-
109 BA tinha sido informado que aguardariam os coordenadores de SAMU até dezembro, sem notificar judicialmente. Portanto, na
110 época a nota técnica tinha sido passada para os coordenadores e, visto que dezembro estava se aproximando, a COUR
111 estava passando novamente para lembrar aos coordenadores que o COFEN era lei e o Ministério da Saúde estava abaixo do
112 COFEN. Assim, restava ao Ministério negociar e era o que ele vinha fazendo desde 2011, bem como o Estado. E salientou que
113 se o Ministério não tinha poder para ir contra o Conselho Federal de Enfermagem, imaginassem a Área Técnica do Estado.
114 Ressaltou ainda ter havido várias reuniões com a presidente do COREN- BA, Sra. Maria Luísa Castro, como apoio aos
115 coordenadores, orientando o que fazer, mas o fato era que na nota técnica estava muito claro que o COREN só aguardaria a
116 contratação de enfermeiro para unidade de suporte básico até dezembro. Informou que o Ministério estava acompanhando
117 aquilo e sabia que provavelmente precisaria aumentar o valor de custeio para as unidades de suporte básico, a fim de
118 manterem o profissional. E acreditava que chegariam a um bom termo porque o Ministério vinha acenando que estava
119 negociando para ampliar o valor do custeio da unidade de suporte básico, para atendimento à Resolução COFEN, não tendo

120 competência legal para fazer outra coisa. Dr. Raul Molina informou ter sido notificado ao CONASS e ao CONASEMS que
121 enquanto o Ministério não definisse quem custearia aquela conta não iriam cumprir. Então seria um descumprimento
122 generalizado e aquele tinha sido inclusive o encaminhamento da própria Tripartite, ao ser colocada a Portaria, quando a Bahia
123 tinha provocado, tendo sido retirado de pauta. Não era muito diferente da posição tomada ontem, com relação aos agentes
124 comunitários, que tinha sido retirado de pauta em função do questionamento sobre quem pagaria aquela conta. Ressaltou que
125 em alguns estados os conselhos vinham colocando que acionariam os coordenadores enfermeiros, para que eles
126 respondessem processo ético profissional por aquilo. E, em nome do COSEMS, tinha dito à presidente que, se aquilo fosse um
127 impeditivo, iriam recomendar que se trocassem seus coordenadores e enfermeiros e que o conselho assumisse o ônus, aquela
128 era a posição de encaminhamento do COSEMS, se viesse a acontecer o problema. E estariam solicitando do secretário
129 municipal que trocasse os coordenadores e enfermeiros e colocasse outros profissionais e que fossem ao seu conselho. E, da
130 mesma forma como o Conselho pressionava de um lado, que pressionassem do outro, como garantia e aquele era o
131 encaminhamento dado. Dr Emerson, SMS de São Sebastião do Passé, fez uma distinção dele próprio, como gestor e como
132 enfermeiro, até porque estavam presentes ali alunos dele que hoje eram gestores e enfermeiros. E não deixaria de se
133 manifestar quanto àquela situação, em que a legislação do Conselho Federal de Enfermagem era muito clara: o profissional
134 técnico e o auxiliar de enfermagem só podiam trabalhar sob a supervisão do Enfermeiro. E quando discutiam como um absurdo
135 vincular o Programa Saúde da Família ao profissional médico, a defesa não era igual, ninguém levantava a bandeira e davam
136 ao médico. Mas quando a defesa era garantir o espaço de trabalho do profissional enfermeiro, todos eram favoráveis a tirar o
137 espaço deles e se dirigiu a Dr. Raul dizendo que não estava ali falando como enfermeiro, querendo tirar sua responsabilidade.
138 E sabia que o espaço dele era como gestor e como tal podia concordar que o financiamento era indesejado para ações dos
139 SAMU suporte avançado e ele não poderia, como enfermeiro, ir de encontro à legislação vigente de enfermeiros e dizer não à
140 obrigatoriedade de ter o enfermeiro fiscalizando as ações do técnico de enfermagem. Porque quem respondia legalmente, dos
141 técnicos aos auxiliares, eram eles, os enfermeiros. Então o Conselho de Secretários tinha que ser condizente também com a
142 situação da gestão e divisão do processo de saúde e não inviabilizando e desrespeitando a categoria. Dr. Raul Molina passou
143 a palavra para Dra. Marta Rejane, da SMS de Salvador. Ela comentou que, desde o ano passado, na época da transição, tinha
144 surgido aquela questão em Salvador e a sua sugestão tinha sido de se colocar a obrigatoriedade de um enfermeiro na unidade
145 de suporte básico, porque no avançado já era obrigatório. E sua sugestão era de fazerem aquilo substituindo, tirando um
146 técnico e colocando um enfermeiro, porque o enfermeiro não precisava ser supervisionado por ninguém. E ela, enfermeira há
147 27 anos, dizia que estava no Código de Enfermagem que todos tinham a obrigação de assistir aos usuários. Então se poderia,
148 enquanto equipe gestora, tirar um técnico e colocar um enfermeiro, que passaria a ser assistencial, tal como era a formação
149 dele. Não precisava ter um técnico em uma unidade de suporte básico e ainda mais um enfermeiro para olhar o que o técnico
150 estava fazendo, e aquilo se chamava de desvínculo. Dr. Raul Molina solicitou a presença de Dr. Fabiano. Dra. Joseane, SMS
151 de São Felipe, pediu a palavra para complementar as palavras de Dr. Emerson e Dra. Marta, achando que tinham que provocar
152 o Ministério para reconhecer e fazer financiamento, porque no momento em que se impedia a atuação do enfermeiro
153 legitimado, estava sendo dada condição ao Ministério de continuar aquela situação. E que deviam fazer aquele estreitamento,
154 substituir o técnico pelo enfermeiro e o próprio município bancaria o enfermeiro dentro da sua estrutura. O que não podiam era
155 inviabilizar um processo daquela complexidade e quem tivesse condições bancasse. O que não isentava o conselho de fazer
156 aquela briga e não buscar o financiamento, porque seria muito confortável para o Ministério, ao aparecer a substituição, não
157 acatar as coisas. O que valia era chamar a atenção, era o gestor mostrar o valor da conta do município e dizer que não a
158 pagaria e mostrar para o Ministério que precisava de financiamento. Se não, ficava implícito e confortável substituir o técnico
159 pelo enfermeiro, não assumir e ninguém tomar providência, se pagariam ou não aquela conta e assim terminavam ficando com
160 os braços cruzados. Dr. Fabiano, SMS de Dias D'Ávila, falou que não tinha recebido notificação, mas tinha recebido orientação
161 da inclusão do profissional de enfermagem e não tinha feito ainda por não ter condições. Mas concordava com Dra. Marta e
162 com Dr. Emerson porque quando se fazia uma discussão relacionada à Saúde da Família eram as mesmas defesas e ele tinha
163 muita preocupação em fazer a defesa, enquanto gestão e não uma defesa de categoria. Achava mesmo que era pensando no
164 cuidado com o usuário, não desmerecendo o trabalho do técnico de enfermagem, até porque hoje os técnicos e auxiliares do
165 SAMU eram muito preparados. E inclusive no plano do município tinham solicitado mais uma ambulância básica, sabendo que
166 não tinha necessidade de uma ambulância avançada, porque o SAMU regional dava conta da ambulância avançada que tinha
167 no município, que era suporte avançado da região. Disse que ficava muito preocupado com duas coisas: primeiro, de não
168 entrarem naquela luta só de categorias, mas era importante fazer aquela defesa; e não podia deixar de ver passar uma
169 discussão daquela e ele, enquanto enfermeiro, como Dr. Emerson tinha falado, fechar os olhos, quando a discussão era com
170 eles. Ele era um gestor, tinha a sua responsabilidade, achava que o que eles mais prezavam era fazer um contrato cada vez
171 mais humanizado e com cuidado, e que atendesse de fato as regras do usuário. Mas era uma coisa para mostrar, porque sabia
172 que para as empresas que faziam socorro há muito tempo já era obrigatório colocar um enfermeiro na ambulância. E eles
173 vinham segurando aquilo no Sistema Único de Saúde e principalmente no SAMU, por conta do financiamento. Todas as
174 discussões sempre esbarravam na questão de financiamento, mas a discussão maior que tinha de ser vista, principalmente no
175 avanço do SAMU, era qual a qualidade daquele serviço. E quanto eles melhorariam a qualidade do serviço, trazendo aquele
176 profissional para fazer aquele serviço ou como rever porque que a ambulância avançada tinha a necessidade de ter um
177 enfermeiro. Então deslocariam o enfermeiro que estava numa ambulância avançada e escolheriam a proposta que Dra. Marta
178 tinha colocado, deslocando para a ambulância básica. Mas pensassem que o serviço de enfermagem que existe hoje no SAMU
179 não podia ser visto diferentemente dos outros serviços. Uma vez que era necessário ter a coordenação de enfermagem na
180 UPA, também no Hospital tinha que ter. Se no PSF ele tinha, porque no SAMU seria diferente? Ele achava que podia estar
181 esbarrando agora realmente na questão do financiamento, mas podiam até redefinir o papel de enfermeiro no SAMU e, em vez
182 de ser na ambulância avançada, que ele viesse para a ambulância básica. E aquilo também vindo com um financiamento que
183 desse para eles acordarem e era claro que, no fechar das cotas do financiamento, alguma coisa o município teria que colocar,
184 porque o recurso SAMU hoje era tripartite. Informou que o recurso que recebia do SAMU hoje corresponde só a 50% do valor
185 estipulado para manutenção da equipe e 50% restante ele estava comprometido. Dr. Ivonildo Dourado, SMS de Jacobina, falou
186 que tinha um município da Região Nordeste - poupava inicialmente o nome - que tinha feito o processo, encaminhado a escala

187 do enfermeiro como profissional da base para o Ministério da Saúde. Mas o Ministério o tinha devolvido e requisitado que
188 enviasse a escala de técnico, não habilitando a ambulância do serviço do município. Considerou a proposta de Dra. Marta uma
189 proposta coerente, correta e não tinha porque ter dois profissionais de enfermagem no mesmo ambiente, em uma ambulância.
190 Não tinha sentido e nem tinha financiamento para tanto. Então se substituiria o técnico pelo enfermeiro, que era o mais lógico e
191 se engrossava sim o financiamento. Dra. Alcina Romero falou que concordava com o posicionamento de Dr. Emerson porque
192 tinha que ver o outro lado e caminhar por vários lados. E eles, da área técnica, tinham que estar perto dos gestores e
193 informando como as coisas estavam caminhando, o que já estava acontecendo. E se dirigindo ao Secretário de Ibotirama,
194 disse que sua intenção era mantê-los e aquilo eles não podiam tirar de sua pauta. Mas com relação ao Ministério não ter
195 aprovado aquela solicitação, fazia seis meses que tinha saído uma nova portaria do Ministério sobre cadastramento CNES,
196 possibilitando a inclusão do CDO enfermeiro no cadastramento. Anteriormente não se podia e se o município quisesse
197 cadastrar enfermeiro na unidade de suporte básico, o sistema não permitia. Agora o Ministério permitia que cadastrasse e
198 estava tudo aberto, podia cadastrar técnico, enfermeiro, médico, e provavelmente aquilo teria acontecido antes daquela
199 portaria. Dra. Suzana Ribeiro comentou que a questão política em saúde no Brasil quem decidia era a CIT, representada pelo
200 Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, e se não fosse assim não teriam mais médico, protocolos do SUS que o
201 viabilizassem. Inclusive o atendimento e a prescrição que eram feitos pelos enfermeiros, eles não poderiam ter avançado com
202 o Sistema Único de Saúde, com Saúde da Família, ao longo dos anos e, além disso, só enxergava que qualquer instrução
203 naquele sentido, sem considerar a instância de pactuação, se fazia de forma corporativista. Estavam ali com outros gestores e
204 eles tinham que ter cuidado com a condução. Eles sabiam que financiamento era vital, não tinha jeito de o gestor colocar nem
205 trocar, substituir técnico de enfermagem por enfermeiro, se não tivesse claro qual o financiamento. E até hoje sabia que o
206 Ministério da Saúde não estava sinalizando a possibilidade de ampliar o financiamento para inovação da sua equipe. Da
207 mesma forma, as equipes de suporte avançado e suporte básico tinham ações diferentes, tinham complexidades diferentes de
208 atenção e quando a regulação médica da urgência encaminhava uma viatura básica, estava encaminhando sabendo da
209 complexidade do caso e obviamente a equipe estava capacitada para atendê-los. E quando era na avançada, da mesma
210 forma. Salientou que ela também era enfermeira e estava conversando com o colega ao lado que ela era, antes de tudo,
211 Sistema Único de Saúde; era gestora e fazia a defesa do SUS, acima de ser enfermeira, cirurgiã dentista, acima de qualquer
212 outra especialidade. Seu discurso de trabalhadora não era no foco da categoria, era no foco do reconhecimento, da valorização
213 dela, enquanto trabalhadora de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Mas tinha limitações enquanto gestora
214 e tinham que ter um pouquinho de paciência porque as coisas não eram daquela forma. Tanto que somente agora tinham
215 falado com Dr. Emerson que o Ministério da Saúde tinha conseguido abrir e colocar o CDO para os gestores ficarem livres.
216 Porque eles tinham autonomia e podiam muito bem, se tivessem condições e recursos suficientes, colocarem uma enfermeira
217 em sua unidade de suporte básico. Ele não estava amarrado, mas ele sabia que seria uma contrapartida municipal, porque não
218 tinha recursos para tal e sabiam que tinha havido um aumento recentemente e todos sabiam o valor, o que tinha implicado
219 para o município a correção de incentivo federal. E aquilo também ficava posto por conta da necessidade de financiamento e
220 que lhes permitissem dizer, eles estavam fazendo o Programa de Saúde Mais Dez e estavam vendo a situação em que se
221 encontrava o financiamento da saúde. Todos tinham limitações, tanto o Ministério, quanto estados e municípios e não estavam
222 simplesmente deixando de fazer por ser uma questão de não querer ou deixar de fazer, porque não era responsabilidade, ou
223 porque não reconheciam o papel ou o valor do trabalhador. Não estavam fazendo porque não tinham financiamento, porque
224 quando sentavam para discutir rede de atenção e sabiam que tinham critérios para implantar sala de estabilização, CPN, leitos,
225 era porque, antes de tudo, sabiam quem, para além do perfil da situação, iria trabalhar. Existia uma questão orçamentária e
226 financeira que ajudava a definir o início e os critérios e se não tivesse aquilo, estaria aberto para todos. Se tivesse
227 financiamento suficiente a sala de estabilização estaria implantada em todos os municípios, especialmente aqueles municípios
228 menores, ou municípios com grandes territórios e com necessidade de implantar em toda a extensão e não era assim que
229 funcionava. Achava que a discussão ia mais além do que simplesmente uma resolução COFEN e uma necessidade deles,
230 gestores, se adequarem. Porque não via ninguém fazendo a defesa do SUS a ponto de se criar mobilizações, a não ser agora,
231 no 'Mais Dez', porque tinha se formado a movimentação dos gestores e não de conselhos de entidades de classes fazendo o
232 movimento. Quem tinha puxado tinha sido o gestor, que na verdade era quem sabia e sentia na pele o problema no seu
233 território. Assim, tinham que ponderar e conduzir a discussão pelo caminho que tinha que ser conduzida: eram gestores,
234 independente da entidade de classe a qual pertenciam, fosse CREMEB, COFEN, COREN, porém não dava para levar a
235 discussão daquela maneira, era uma decisão para ser definida politicamente. Era financiamento e achava que, enquanto
236 gestores, eles tinham sim que respeitar, além do conselho, que era a entidade de classe e não era condizente enquanto
237 gestores, o CONASS, o CONASEMS e o Ministério da Saúde, as suas representações enquanto gestores. Fora aquilo não
238 dava e eles discutiriam porque era um assunto polêmico, inclusive a questão da CID das patologias, da coleta para o técnico
239 que o Conselho de Enfermagem, o COFEN não concordava. Informou que São Paulo já tinha feito uma ação e eles tinham
240 uma população de milhões de brasileiros, o que acabava simplesmente inviabilizando. E questionou como ficava a Amazônia e
241 os municípios e estados do Nordeste brasileiro? E o Centro Oeste? Historicamente as regiões com a menor parte do
242 financiamento do Sistema Único de Saúde que, além daquilo, sua população ficaria desassistida. Eles amarrariam tanto o
243 sistema, de maneira que se impedisse a ampliação dele e se assim o fosse, eles não teriam trabalhado com o NASF e nem
244 teriam discutido inclusive a flexibilização de carga horária do profissional médico da Saúde da Família. Reiterou que a conversa
245 não era bem por aquele ponto e tinham que ter o cuidado na forma como conduzir. Dr. Raul Molina disse que, acolhendo todas
246 as intervenções, encerraria aquela pauta e convidou Dr. Delfino, membro do Conselho Estadual de Saúde, a participar da
247 mesa. **2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE. 2.1. Solicitações de remoção dos servidores do**
248 **Ministério da Saúde e da FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB, com parecer favorável da**
249 **DIVEP. 3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE. 3.1. Aprovação de habilitação dos**
250 **serviços relacionados abaixo: Hospital Cristo Redentor, no Município de Itapetinga: 09 UTI adulto tipo II. Dr. Raul disse ter**
251 **falado com Dra. Suzana pela manhã, ao ser lida aquela situação, tendo sido colocado um comentário de que não era uma**
252 **demand. E a Secretária de Itapetinga - que estava presente - estava na inauguração, no momento da colocação dos leitos de**
253 **UTI, tinha sido surpreendida ao se dirigir ao prestador e este lhe dizer que o contrato dele era com o Estado. Mais uma vez, era**

254 o que eles vinham colocando ali, os prestadores contratualizados diretamente com o Estado colocavam que deveriam servir ao
255 Estado e não aos municípios sedes. Por outro lado – e comentou que estava ali o Secretário de Itororó – havia rumores de que
256 a região não estava tendo acesso aos leitos de UTI que já estavam funcionando em Itapetinga. Então era interessante que o
257 ouvissem para verem como poderiam encaminhar. Dr. Marcelo, Secretário de Saúde de Itororó, começou dizendo que a
258 proposição tinha sido colocada na pauta da CIB pelo Estado, ao que Dra Suzana respondeu que a proposição era de
259 habilitação para os leitos de UTI, colocada pela DICON. Ele disse que não tinha tido conhecimento da CIR e nem da pauta e
260 hoje não tinha passado pela CIR aqueles leitos de UTI, não tendo sido pactuado. Existia uma pactuação hoje, a UTI já estava
261 funcionando, regulada pelo Estado, e estava atendendo ao Estado como todo e não tinha sido passado nada pela CIR e nem
262 funcionamento nenhum para a CIR nem para a Região. Para ter acesso ao sistema teria que ligar direto para a regulação do
263 Estado e ser atendido em Itabuna ou Vitória da Conquista e se houvesse vaga, em Itapetinga, porque a UTI hoje já se
264 encontrava lotada, com pacientes que não eram da Região. Dra. Alcina Romero interrompeu o Secretário, comunicando que
265 havia dúvidas na colocação e nove leitos tinham sido aprovados na CIR de Itapetinga e aprovados inclusive na CIB passada. E
266 ela mesma tinha apresentado e ido para a CIR, constavam no Plano de Atenção às Urgências da Região de Itapetinga e tinha
267 a Ata da aprovação. Eram dez leitos de UTI com todo o plano, toda a ampliação do SAMU, o espaço físico e até a Secretária
268 de Itapetinga na época, Sra. Zoraide, tinha perguntado se não poderia ser os dez leitos para serem otimizados, pois o espaço
269 era móvel. E reiterou que o plano completo programado tinha sido passado na CIR e aprovado na CIB passada e apresentado
270 por ela. Tendo havido dúvidas por parte do Dr. Marcelo, a mesma informou que se tratava de processo de habilitação, pois
271 todo o processo de habilitação passava em separado. (Nesse momento, sem microfone). Dra Suzana confirmou que o Plano
272 de Ação Regional tinha sido pactuado na CIR e tinha ata. E já tinha começado a funcionar o Plano de Ação Regional de
273 Urgência, o da Rede Cegonha, era um plano que era desenhado no território, na região, na Comissão Intergestora Regional,
274 junto com a DIS, a área técnica e o membro efetivo. Era aprovado em CIR e o que Dra. Alcina acabava de colocar podia ser
275 aprovado e tinha sido discutido na gestão passada, com a Secretária que estava anteriormente, junto da equipe. Falou que o
276 ponto de habilitação que estava na pauta era outra história, e só para esclarecer o Secretário, habilitação significava dizer que
277 aqueles leitos estavam aptos a serem contratualizados pelo SUS e ele teria financiamento do Ministério da Saúde. Portanto,
278 como eram nove, deveriam pertencer somente ao SUS, não dava para colocar outro paciente que não fosse do SUS. E o que
279 mais tinham discutido tinha sido o processo de regulação, que era outra discussão que tinham falado ontem e precisavam
280 averiguar em uma CIB extraordinária, pois aquela era uma pauta anterior ao do Secretário. E com a demanda, se montaria
281 uma CIB extraordinária sobre o processo de regulação no Estado na Bahia, Política de Regulação do Estado. Não entraria em
282 detalhamento, mas era bom que se dissesse que as Centrais Regionais de Regulação eram pactuadas na CIB e já tinham
283 começado a funcionar. Tinha a estadual, em Salvador, a regional, que era a macrorregional e a interestadual de Juazeiro,
284 funcionando para Juazeiro e Petrolina, na Macrorregião Norte, com a Região de Petrolina, em Pernambuco. Informou que a
285 Central do Sudoeste, implantada em julho desse ano, estava gradativamente ampliando a ação e tinha começado regulando:
286 os leitos do Município de Vitória da Conquista e Poções; os leitos do Hospital Regional de Guanambi, um hospital estadual; e
287 agora os leitos da Maternidade Cristo Redentor, considerando inclusive com contrato realizado entre o Estado e a Fundação
288 José Silveira, que acabava de assumir o Cristo Redentor. Falou que na inauguração tinha estado em Itapetinga, conversado
289 com o Secretário, que inclusive estava presente, tendo sido colocadas algumas questões e ponderações quanto à necessidade
290 de Estado e Município discutirem a questão do Cristo Redentor. Não só do ponto de vista da regulação, mas também do
291 controle, de avaliação e auditoria e que o município faria. Disse que não abririam mão e deixou claro para todos que, como os
292 leitos estavam na Central Regional, não pertenciam a Vitória da Conquista, mas à região, para lá seriam encaminhados todos
293 os municípios demandantes que chegassem à Central. Ou seja, para cada grupo de municípios demandantes, haveria
294 municípios que eram executores e neles estavam Itapetinga, Vitória da Conquista, Poções e Guanambi, com o número de
295 leitos que estava lá. Sendo que em Vitória da Conquista estavam todos os leitos de urgência, lembrando que a DIRES não
296 entrava na Central de Regulação. Portanto, a Central de Regulação Regional não autorizaria internamentos eletivos, mas os de
297 urgência, que estavam todos naquela regulação. Tinha tido todo um movimento, com o processo de construção discutido e
298 formado na própria CIR e desde o primeiro momento tinha sido feito um movimento na CIB em relação ao Cristo Redentor.
299 Reiterou que tinha processo, plano de ação aprovado e o da urgência já com previsão não só dos leitos de UTI, mas de outros
300 equipamentos e serviços constantes na grade da Rede de Urgência e não tinha nada que estivesse fora de pactuação.
301 Entendia como mais do que necessário, prioritário, que se debruçassem sobre os problemas, havendo questões que só a
302 gestão municipal vivia. Sabia que tinham tido muitos problemas e inclusive tinha sido alguns dos registros do Secretário, na
303 inauguração, em relação à necessidade, não só do alinhamento, como do acompanhamento conjunto. Como já vinha
304 acontecendo hoje com Vitória da Conquista, em que toda a rede estava dentro da regulação e achava que aquilo explicava. E
305 quando reclamavam que não conseguiam vaga, lembrassem que o próprio município demandava e executava também e que o
306 sistema de regulação funcionava igualmente para todos. Então, da mesma forma que Vitória da Conquista era 'depósito de
307 macrorregião', tendo que receber pacientes de toda região regulados para lá, também Itapetinga, que fazia parte da mesma
308 grade de referência, atenderia, claro, prioritariamente à Região de Itapetinga. E dizia pessoalmente que o Município de
309 Itapetinga, assim como os demais da Macrorregião Sudoeste, era demandante para execução da ação através da Central de
310 Regulação. Dr. Raul Molina perguntou se, no momento em que eles fossem habilitados por leitos, os recursos do Ministério
311 seriam para o município e o mesmo contrataria outro, ou continuaria o contrato através do Estado? Dra. Suzana respondeu que
312 o contrato estava com o Estado porque tinha sido o Estado que tinha mobilizado o funcionamento dos leitos de UTI. Porque
313 tinha uma sobrecarga dos dois grandes hospitais regionais, estaduais: o de Guanambi e o de Vitória da Conquista. Quanto à
314 questão do tipo da gestão, aqueles contratos hoje estavam e aquela discussão eles tinham que fazer com a gestora municipal,
315 o que não era para pactuar em CIB, mas a primeira discussão era com o gestor municipal e eles fariam o alinhamento. Disse
316 que o que fosse necessário seria feito, para eles não era nenhum problema e repetiu: a discussão era com o gestor e a forma
317 de decidir aquilo era com a gestão municipal. Por isso que estava dizendo que era fundamental, necessário, priorizar aquela
318 conversa de imediato com Itapetinga. Dr. Marcelo, Secretário de Saúde de Itororó, perguntou se aquela aprovação dos nove
319 leitos da CIB, a aprovação daquela ata, tinha sido esse ano? Dr. Raul Molina perguntou a Dra. Alcina, que respondeu que tinha
320 sido aprovado esse ano. Dra. Suzana lembrou que eles tinham começado a fazer as oficinas nesse ano, através da rede de

321 atenção, conforme a determinação do Grupo Condutor Estadual. Os seminários já tinham começado a construir porque tinha
322 sido feito o levantamento no ano passado, iniciando com o apoio da Rede Cegonha e desde 2011 tinham começado a levantar
323 a capacidade instalada. Informou que o Seminário de implantação e discussão do desenho da Rede de Atenção tinha
324 acontecido em abril desse ano, em Vitória da Conquista, envolvendo toda Macrorregião Sudoeste. Registrou que naquele
325 momento o Cristo Redentor ainda estava em crise e a Fundação José Silveira tinha estado lá exatamente no dia anterior ao
326 início daquele seminário, para assumir o Cristo Redentor. Naquele momento inclusive ela tinha sido solicitada a se reunir com a
327 CIR de Itapetinga, porque não tinha ficado ainda definido o desenho da Rede de Urgência e da Rede Cegonha, por conta
328 daquilo e lembrou que Dra. Zoraide era a Secretária na época. Eles já tinham trabalhado antes com desenho de necessidades
329 e identificado a falta de leitos UTI em todas as sedes das 28 regiões, tanto de UTI adulto, como de neo-natologia. E tinha sido
330 visto que a insegurança da região era que o Cristo Redentor, na situação em que se encontrava, não atenderia coisa alguma.
331 Tinha sido discutido e colocado que a insegurança da região era q o Cristo Redentor, pois na crise que se encontrava, não
332 estava atendendo coisa alguma e aquilo tinha sido exatamente no dia em que eles tinham tido notícia da Fundação José
333 Silveira, tendo ficado sinalizado para ser acompanhado pelo município. E, no final das contas, o que tinha ficado definido, em
334 termos de negociação entre o Município, a Fundação José Silveira e o Estado, tinha sido que devia ser viabilizada em
335 investimento, para garantir a atenção da saúde da população de Itapetinga. Dr. Raul perguntou o assunto estava contemplado.
336 Dr. Marcelo comentou que o Cristo Redentor não vinha atendendo média e alta (sem microfone, dificultando a audição). Dra.
337 Suzana disse que existia outra questão, o foco da discussão não era aquele: uma coisa era a habilitação dos leitos, aprovados
338 pela CIB para o Ministério da Saúde habilitar, aprovar e eles conseguirem amarrar aqueles leitos ao SUS. Aquele era o
339 primeiro passo. O segundo passo eram eles discutirem na CIR, Estado (DIRES) e Município de Itapetinga, a forma de fazerem
340 o acompanhamento daquele contrato e ali entrava o controle, a avaliação, a auditoria e o processo regulatório. Mas era lá na
341 CIR e o município era parceiro, assumiria a responsabilidade e eles faziam questão que ele assumisse e tinham que trabalhar
342 em parceria. A regulação estava com a Central Regional, mas o processo de acompanhamento, de avaliação, de
343 monitoramento e de auditoria era com o município. Então era o município que tinha que estar com eles, e eles tinham que estar
344 ali na CIR, abririam contrato, acompanhando, da mesma forma que vinha sendo feito com Itabuna, com Irecê, aquilo não era
345 problema para eles. Achava até que tinham uma vantagem, pois saíam na frente, antes que a coisa se agravasse, sempre em
346 conjunto com a CIR e chamando o prestador. E o prestador já estava sinalizado, inclusive por conta do Centro de Parto
347 Normal. Então não havia nenhum problema pra eles estarem na CIR, abrirem contrato, discutirem, chamarem o prestador. E se
348 fazer o processo de acompanhamento, sendo aquele um dos papéis da CIR. Dr. Raul registrou que Dra. Alcina tinha trazido ali
349 a Ata, que tinha sido assinada ainda naquele ano, com a aprovação da CIR. E perguntou: tudo bem? Dra. Suzana comentou
350 que Alcina tinha trazido a Ata de aprovação assinada esse ano e se a plenária quisesse eles projetariam a Ata ali. Dr. Fabiano,
351 lembrando que ela tinha explicado aquilo de manhã, sugeriu que dividissem a discussão. Porque o pessoal tinha trazido
352 mesmo tinha sido a questão da governabilidade e da co-gestão, porque eles concordavam com o que Dra. Suzana tinha
353 falado. Dr. Raul respondeu que Dra. Suzana tinha colocado, concluindo também com o mesmo encaminhamento. Dra. Suzana
354 disse, só para deixar claro, que no dia da inauguração já tinha conversado com o Secretário de Itapetinga, já tinham
355 combinado e aquilo já estava encaminhado. Além disso, o que tinha faltado: marcar uma reunião na CIR, apresentar o contrato
356 e levantar todos os problemas que estavam tendo em relação à garantia do acesso ao serviço. Então eles alinhariam com o
357 município inteiro e depois, como eles tinham feito com Irecê e com Itabuna, sentariam com a CIR junto com o Secretário.
358 Sempre com a questão municipal, que ainda tinha o comando lá, no território da CIR. Dr. Raul disse que estava tudo explicado
359 e seguia em frente, referente ao ponto: **3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE –**
360 **SUREGS/DICON: Procedimentos relacionados ao glaucoma:** falou que tinha também a habilitação do Instituto
361 Oftalmológico do Brasil, Glaucoma para o Município de Ibotirama; o mesmo Instituto para Glaucoma também no Município de
362 Santa Maria da Vitória. E o Instituto Oftalmológico do Brasil também em glaucoma, para o Município de Barreiras. E perguntou:
363 COSEMS, SESAB, se estava tudo bem. Dr. Fabiano falando sobre o Olhar Brasil, disse que a Área Técnica do Ministério
364 estava exigindo dos municípios e para ele, no caso, a ata da CIR ou um documento da CIB, informando se o município
365 realmente era o executor. Ele tinha enviado a ata da CIR e eles não tinham acatado a ata da CIR; queriam um documento da
366 CIB informando que de fato o município era executor do Projeto Olhar Brasil. E ele não sabia se a CIB tinha informação a
367 respeito, e reforçou porque podiam ter exigido aquilo para outros municípios. Dr. Raul passou ao ponto da Adesão à estratégia
368 de aumento do acesso aos procedimentos traumatológico-ortopédicos de média complexidade: Dra. Alcina passou a apresentar a
369 situação da TOM hoje na Bahia, por região: estavam com a TOM da Região de Vitória da Conquista, junto ao Ministério da
370 Saúde; Feira de Santana não tinha apresentado nada ainda; Itaberaba tinha sinalizado que estava em andamento e entregaria
371 ainda esse mês; Seabra nada tinha lhes apresentado; Serrinha encontrava-se em andamento; Porto Seguro já estava em
372 análise na DICON; Camaçari, em fase de finalização; Santo Antônio de Jesus tinha mandado apenas a Ata de aprovação da
373 CIR, mas sem o Plano escrito, sendo necessário que Santo Antônio resolvesse a pendência; Alagoinhas e Senhor do Bonfim,
374 na DICON; Ribeira do Pombal nada tinha apresentado, e também era a única região sem um prestador que pudesse ser
375 qualificado para realizar procedimento; Barreiras, em andamento; Santa Maria da Vitória, já em fase de aprovação; Itapetinga
376 também não tinha aprovado ainda, nem Itabuna, ambos tendo sinalizado que estavam construindo. Brumado, Cruz das Almas,
377 Eunápolis, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Jacobina, Jequié e Juazeiro, já avaliados e encaminhados ao Ministério da
378 Saúde, sem parecer ainda do Ministério; Paulo Afonso ainda na DICON; Salvador já tinha encaminhado ao Ministério da
379 Saúde; Teixeira de Freitas já tinha passado pela área Técnica da DAB e estava na DICON; e Valença, já no Ministério. Então
380 chamavam a atenção hoje de Feira de Santana, Camaçari, Itapetinga, Itaberaba, Seabra, Serrinha, Santo Antônio de Jesus,
381 Barreiras, Santa Maria da Vitória e Itabuna. Continuou, informando que havia alguns em andamento, mas não tinham recebido
382 ainda os Planos com as respectivas aprovações da CIR. Com relação àqueles procedimentos, os planos que necessitavam
383 ainda da aprovação: o Hospital Regional Dantas Bião, no Plano de Alagoinhas; o Nossa Senhora da Saúde, de Capim Grosso,
384 que estava no Plano de Jacobina; o Hospital Municipal de Catu, no Plano de Alagoinhas; Irecê com o Hospital Mário Dourado
385 Sobrinho; Itamaraju, o Hospital Municipal de Itamaraju; Jacobina, com o Hospital Municipal Vicentina Goulart. Sinalizou que no
386 de Juazeiro havia um erro a ser corrigido: estava como Hospital Regional de Juazeiro. Em primeiro lugar, o Plano de Juazeiro
387 já estava aprovado e já tinha sido mandado para o Ministério, e não fazia procedimento cirúrgico de ortopedia, a referência era

388 a SOT, inclusive macrorregional. Então teria que ser retirado o Hospital Regional de Juazeiro no Plano de Juazeiro. E
389 continuou: o Hospital Deputado Luis Eduardo Magalhães, de Mairi; o Hospital Maternidade São Vicente, de Morro do Chapéu;
390 o Hospital Nair Alves, de Paulo Afonso; o Hospital Dr. Carlos Ayres, de Piritiba; e o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas,
391 todos já tinham sido aprovados na CIB passada. Dr. Raul perguntou ao COSEMS e à SESAB se estava tudo bem. E
392 considerou **Aprovado**. Prosseguiu com a pauta. **1. APRESENTAÇÃO - SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E**
393 **PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP/DIS: Desafios para Implementação e Implantação de novas vacinas** - Dra.
394 Fátima Guirra agradeceu a oportunidade de apresentar o desafio, não só de 2014, mas o deste ano, em relação à implantação
395 e implementação das vacinas na rede SUS. Comentou que a oportunidade era interessante também porque estavam em um
396 movimento muito contínuo em relação à implementação e instituição de um novo sistema de informação do PNI, o Programa
397 Nacional de Imunização, que era um sistema nominal. Outro movimento era em relação ao aperfeiçoamento da Rede de Frio,
398 que neste ano de 2013, focava a Secretaria, a distribuição de imunobiológicos especiais e também a Central de
399 Imunobiológicos da CEAD Central e também Redes de Frio das Regionais de Barreiras - 25ª DIRES, da 10ª DIRES – Juazeiro.
400 Também em Feira de Santana, na conclusão das melhorias na Rede de Frio, bem como a 3ª DIRES – Alagoinhas e 4ª DIRES -
401 Santo Antônio de Jesus. E lembrou que estavam mantendo a atenção e o cuidado nas boas práticas de vacinação, o que
402 significava estarem atentos e cuidando da qualidade daqueles imunobiológicos, tanto no campo da produção como também no
403 armazenamento, distribuição, monitoramento e avaliação dos imunobiológicos. Tentando assim a vacinação segura, passando
404 pela produção, transporte, armazenamento, administração, monitoramento e a recepção da população em relação à vacinação,
405 para todas as vacinas, tanto da rotina da rede do SUS, das estratégias dia a dia, como também da estratégia campanha.
406 Apresentou a Portaria vigente, nº 1498, instituindo o calendário básico da criança, do adolescente e do adulto. E o que tinha de
407 novo: a vacina combinada tetra viral - sarampo, rubéola, caxumba e a varicela, para os menores de 2 anos de idade
408 previamente vacinados com a Tríplice Viral, a vacina que se dava aos 12 meses de idade e que era a combinada contra o
409 sarampo, rubéola e caxumba. Além de todos os gestores e profissionais, falou da extensão da vacina contra a hepatite B aos
410 menores de 50 anos de idade, pois, além daquele grupo vulnerável, de maior risco, era preciso estender a hepatite B também
411 para toda a população menor que 50 anos de idade. Passando a outro slide, comentou que não podiam esquecer do sucesso
412 dos imunopreviníveis com a eliminação e/ou processo de eliminação: poliomielite, sarampo, rubéola e a síndrome da rubéola
413 congênita e o tétano neonatal. Com tendência de redução: tétano acidental, difteria, meningite por HIB (Haemophilus Influenza
414 Tipo B), meningite por streptococcus pneumoniae e doenças diarreicas agudas, pensando aí no Rotavírus. Com níveis de
415 transmissão controlada: meningites/doença meningocócica (DM) e febre amarela silvestre. Em seguida passou ao slide da
416 Sustentabilidade das Estratégias de Vacinação - tanto rotina, como campanha e bloqueio vacinal, requerendo o envolvimento
417 dos gestores, dos profissionais de saúde, das entidades representativas, para se assegurar não só o alcance de cobertura
418 vacinal, como também a homogeneidade da cobertura vacinal. Ou seja, que todos os municípios garantissem e assegurassem
419 o acesso do público alvo, tanto no calendário básico das crianças, adolescentes e adultos, tanto na estratégia de rotina como
420 campanha, a vacinação como a prática segura. E também o cumprimento das boas práticas com os imunobiológicos, tanto
421 vacina, como soro homólogo e heterólogo. E acesso das pessoas com indicação de imunobiológicos e o aumento de cobertura
422 vacinal pensando em cada criança, adolescente, adulto e idoso, que tinham direito àquelas vacinas. No slide do desafio, falou
423 da complexidade que o Programa exigia de todos do SUS, para que fosse mantida a eficiência e a credibilidade, para garantir
424 aquela percepção de uma forma de crédito da população para com as ações de imunização. Manter altas coberturas vacinais
425 de homogeneidade, tanto das antigas vacinas BCG, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, como também nas vacinas novas:
426 Rotavírus, que apesar de ser desde 2006, era considerada nova; a meningite meningocócica do tipo B; a pneumocócica 10
427 valente; a Tríplice Viral, e mais recentemente, a tetraviral: sarampo, rubéola e caxumba. Outro desafio: avançar nas estratégias
428 de mobilização da população, melhorando a adesão à vacina das classes socioeconômicas altas e baixas e realizar estratégias
429 de resgate de não vacinados. Isso porque tinham ainda inadimplentes, uma taxa de abandono de vacina. As vacinas que
430 tinham duas ou três doses e estavam perdendo a criança, o adulto que tinham sido vacinados para as doses subsequentes.
431 Assim, para Rotavírus entre as crianças que tinham recebido a primeira dose, 17% não tinham retornado para tomar a segunda
432 dose. E aquilo valia para a meningocócica C conjugada, que a taxa de abandono era superior a 6%, a pneumocócica 10
433 valente e a Pentavalente: para difteria, tétano, coqueluche, meningite por hemófilos B e hepatite B, uma vacina combinada. E
434 passou ao slide dos resultados, dizendo que não se deteria nos números, mas chamava a atenção para as baixas coberturas
435 vacinais, principalmente da vacina da poliomielite, que estava no esquema seqüencial, injetável, duas injetáveis e duas por via
436 oral. E que chamava muito a atenção para a baixa cobertura em relação à de Rotavírus. Então, duas vacinas que tinham uma
437 preocupação e a redução da cobertura vacinal para a hepatite C. Lembrando que todos estavam de parabéns pelo
438 desenvolvimento das ações de imunização, principalmente na campanha da influenza, que era um grande desafio, porque
439 envolvia toda a comunidade: criança, gestante, adulto, pessoas com mais de 60 anos, então, era um grande desafio. E nesse
440 ano também tinham alcançado a meta, mas infelizmente nem todos os municípios tinham tido a oportunidade de alcançar
441 aquela meta e era importante porque sabiam os resultados dos estudos mostrando a redução, tanto da influenza AH1N1, como
442 da influenza AH2N3, bem como a influenza B. Então, compromissos para 2014 e pensando neste ano ainda, tinham um grande
443 desafio que era a implementação das vacinas que já estavam implantadas, principalmente a tetra viral, começando para
444 criança vacinada com tríplice viral, para os menores de 2 anos de idade. Lembrou da melhoria da Rede de Frio assim como do
445 sistema de informação e também da vigilância de aviso de déficit para vacinar. Comentou que cada vez mais era exigido deles
446 e do SUS toda uma organização, de indústria da qualidade, de aprimoramento e todas as fases importantes do processo de
447 trabalho mais as ações de imunização para 2014, mantendo a campanha de influenza, com todo aquele grupo alvo de 2013.
448 Mantinha-se a única da vacina poliomielite e aí possivelmente seria junto com a multivacinação; e a campanha da raiva animal,
449 de cão e gato, que ainda estava acontecendo e terminaria em novembro. Comentando sobre como andava a implantação do
450 Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI), informou que ele é um único sistema, que agrega em
451 uma só base de dados os demais sistemas: Sistema de Informação e de Avaliação do Programa de Imunização; Sistema de
452 Informação de Imunobiológicos utilizados, Sistema de Informação de Eventos Adversos pós-vacinais e Sistema de Informação
453 de Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais. A base de dados deles era exclusivamente nominal, dos vacinados, e
454 permitia a análise da situação vacinal do indivíduo. A sua perspectiva era a implantação das três mil e quinhentas salas de

455 vacinas, cadastradas no CNES, atualizadas. Citou a Portaria nº 2.363, de 18 de outubro do ano de 2012, aprovada na CIB no
456 ano passado, permitindo que o Estado comprasse os computadores a serem distribuídos para todas as salas de vacina
457 cadastradas no grupo de 2013. Informou que estavam no grupo da situação financeiro-orçamentária deste ano e estavam
458 fazendo aquilo em duas etapas. Acreditava que, com o Plano estabelecido, até novembro entregariam ainda mil e quinhentos
459 computadores para os municípios, através da CIR e também via Coordenação Estadual de Imunização, para se garantir que
460 todas as salas de vacina tivessem o equipamento. E garantir também a todas as pessoas que tinham sido treinadas que
461 começassem a atuar, instituindo ali e implantando o esquema do Programa Nacional de Imunização Nominal. Falou então da
462 Portaria nº 2.363, de 18 de outubro do ano de 2012, instituindo o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos fundos
463 de saúde dos estados, Distrito e municípios, por meio do piso variável de vigilância e promoção da saúde, para fomento na
464 implantação do Sistema de Informação de Vacinação – SIPNI. Mostrou que hoje a situação no Estado da Bahia é de 208
465 municípios, 208 salas de vacinas alimentando o SI-PNI e esperavam que em março eles pudessem concluir a entrega nos 417
466 municípios. Estavam trabalhando com três sistemas, três bases e três pontes: o SI-API que não era nominal, e o SI-API WEB.
467 Passou a outro ponto que considera importante, a estruturação da Rede de Frio em que este ano, até o início de 2014, o
468 objetivo maior era estruturar a Rede de Frio Central e as Regionais. Informou que algumas Regionais já tinham concluído a
469 melhoria, tanto na parte lógica de estrutura como também elétrica e outras que ainda seriam concluídas. E estavam incluindo
470 as DIRES: 15ª; 25ª; 3ª; 4ª, já sendo contempladas com ampliação e equipamentos da Rede de Frio. Estavam com a Portaria nº
471 2.992/2012 em vigor, quando tinha sido transferido aquele recurso para o aperfeiçoamento da Rede de Frio do Estado, Central
472 e Regional. Para 2014, informou que o Ministério da Saúde já estava investindo também nas secretarias municipais de saúde,
473 que era a segunda fase. Passou para o slide da Estruturação da Rede de Frio e seus critérios de elegibilidade: 1º. Necessidade
474 de investimentos em Centrais Estaduais e Centrais Regionais de Rede de Frio, e no Distrito Federal; 2º. Necessidade de
475 investimentos em Centrais Municipais de Rede de Frio, localizadas nas 26 capitais e no Distrito Federal; 3º. Necessidade de
476 investimentos em outras centrais municipais consideradas de interesse estratégico, com o objetivo de promover a qualidade e
477 a oferta dos insumos e a eficiência no transporte. Nesse momento ela apresentou com base no Projeto do Pós Insumo, os
478 Módulos de Financiamento: construção, ampliação, aquisição de equipamentos, aquisição de unidade móvel, os carros para
479 transporte de vacinas. Passou ao slide Introdução de novas vacinas, relatando que em setembro deste ano tinha acontecido a
480 implantação da tetraviral - sarampo, rubéola e caxumba e varicela e estavam dando continuidade. Informou que a vacina contra
481 hepatite A estava prevista para fevereiro, primeiro trimestre de 2014 e sua introdução estava indicada para crianças com 12
482 meses de idade. Disse que o Ministério ainda estava aguardando a negociação, mas já estava com aquele calendário para
483 implantar a vacina da hepatite A em toda a rede SUS e o fornecedor seria o Laboratório Merck, com transferência de tecnologia
484 do Instituto Butantan. Apresentou outra vacina, a HPV, que seria em março e estava esperando a organização da campanha
485 programada também para março. Disse que estavam iniciando a organização da campanha da influenza, programada para o
486 mês de abril, então tinham uma agenda bem apertada para março. Era o início da implantação da vacina HPV, para crianças
487 de 11, 12 e 13 anos e seria um esquema diferenciado, em que se manteriam as três doses, mas o esquema seria: 1ª dose -
488 zero; 2ª dose - seis meses; e a 3ª dose - sessenta meses, com cinco anos após a segunda dose. Portanto seria uma coorte de
489 acompanhamento das crianças vacinadas. O objetivo era a prevenção do câncer de colo do útero e a estratégia na população
490 alvo de vacinação seriam meninas na faixa etária de onze a treze anos de idade. No segundo ano de implantação, de nove a
491 onze anos, e a partir do terceiro ano de implantação, com nove anos de idade. Logo, em março era a previsão da implantação
492 da vacina HPV e a meta do Estado de 80%, para garantir, em longo prazo, aquele impacto na redução do câncer de colo do
493 útero. Comunicou que outra novidade que o Ministro tinha divulgado tinha sido a implantação da vacina DTP acelular para
494 gestantes. Assim, em 2014, possivelmente em setembro, juntamente com a segunda dose da vacina do HPV, se implantaria a
495 vacina DTP acelular para gestantes, pensando na coqueluche, que vinha aumentando ao longo dos anos, pois ainda
496 continuava um alto risco para crianças menores de um ano de idade. Passou ao slide Visão de Futuro: a disponibilidade de
497 dados de vacinação mais próximas da realidade das distintas esferas de gestores; maior cobertura e qualidade dos registros de
498 vacinação; melhoria no conhecimento sobre perda real de vacinas; ampliação da capacitação para profissionais que atuavam
499 na sala de vacina, tanto no EAD à distância, quanto no presencial; estruturação permanente da rede de frios; e ampliação do
500 calendário básico de vacinação. Saliu que, acompanhando os resultados, não se podia esquecer que desde 2004 não
501 havia casos de raiva humana, através da vacinação da raiva, que já estava acontecendo desde setembro. E era importante
502 que todos envolvessem as suas equipes para fazer com que todos os animais, cães e gatos fossem vacinados e que se
503 alcançasse uma cobertura superior a 80%, terminando em novembro próximo. Além disso, tinha também o impacto em relação
504 à meningite por haemophilus B, a diminuição da difteria, do tétano neonatal, tétano acidental e mais recentemente, a
505 diminuição de casos de pneumonia, de acordo com os sorogrupos evidenciados na vacina. Outra notícia dada por ela: não
506 havia poliomielite há vinte e quatro anos no território, o que ela considerava muito grandioso para todos. E era aquela luta,
507 aquele trabalho no Sistema Único de Saúde, aquela parceria ampla, que pedia que se garantisse qualidade naquele
508 atendimento, não só com as pessoas, mas também com aquele produto trabalhado, tanto com vacina quanto com sorológicos.
509 Dr. Raul Molina informou a próxima pauta, da **Superintendência de Assistência Farmacêutica E Tecnologia** e disse que
510 hoje teria a **Apresentação da Portaria 1555, de 2013**. Informou a conversa do COSEMS hoje com Dr. Contijo, o qual já estaria
511 entrando em contato com os técnicos da SESAB para falarem alguma coisa sobre a RENAME, com outras prioridades, e que
512 deixassem para uma próxima, junto com a equipe do COSEMS e o Grupo Condutor. Razão pela qual o COSEMS tinha
513 solicitado ao Superintendente, Dr. Alfredo Boa Sorte, que deixasse a pauta para a próxima CIB, incluindo o RENAME.
514 Esclareceu já terem sido colocadas as apresentações, inclusive o óbito, que também não estava incluído na pauta da CIB. E
515 passou ao Coordenador, Dr. Jorge Solla, que seguiu com a pauta: **Recontratualização dos Filantrópicos, de acordo com a**
516 **Portaria GM 2.305/2013 – Novas Diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Saliu que, só para combinar a
517 estratégia e cronograma, a Portaria publicada pelo Ministério da Saúde estabelecia mudanças no incentivo de financiamento
518 dos hospitais filantrópicos e informou que na próxima Tripartite, dia 31, o Ministro faria a programação e faria a assinatura dos
519 primeiros contratos a serem apresentados. Portanto, estava querendo que até segunda-feira, trabalhassem com os municípios
520 em gestão plena, com hospitais filantrópicos contratualizados - nesse momento notificou a presença de Juazeiro – e com
521 hospitais filantrópicos sob gestão estadual. Para se tentar o máximo possível, até segunda-feira, que tivessem prontos os

522 Aditivos encaminhados ao Ministério da Saúde, com base na Portaria do Ministério. E que seria monitorado para se tentar
523 entrar no primeiro bloco. Os que não conseguissem entrar teriam ainda até o final de novembro para apresentarem e
524 receberem o retroativo previsto na Portaria, mas quem conseguisse apresentar até segunda-feira teriam boa chance de sair na
525 primeira portaria assinada pelo Ministro. Posteriormente se daria seqüência, com a discussão da incorporação das diretrizes
526 das Redes nos Contratos. Então, a Rede Cegonha, para quem atuava na área de obstetrícia e neonatologia; a Rede de
527 Urgência e Emergência, para quem tinha atendimento de urgência e emergência. E combinariam depois aquela agenda,
528 articulando junto aos municípios. Dra. Suzana Ribeiro salientou o que Secretário estava colocando com relação aos Aditivos,
529 que estava sendo proposto, inclusive com o COSEMS, um estudo em relação a todas às unidades filantrópicas do Estado,
530 tanto sob gestão estadual como sob gestão municipal. Pois era necessário fazer um movimento da contratualização, da
531 recontratualização, e não era o aditivo, que era do contrato antigo. Mas estava saindo uma portaria de contratualização de
532 hospitais, que seria pactuada no final do mês, dia 31. Teriam que ser feitos ajustes para os filantrópicos, envolvendo as Redes
533 de Atenção, então estavam discutindo e refazendo o trabalho com a SUREGS e a SAIS, fazendo um alinhamento por conta da
534 nova Portaria 2305. E o encaminhamento era que se retomasse a comissão que já existia anteriormente, com representação
535 do COSEMS e, no próximo dia 31, fazerem a agenda à tarde com o COSEMS, para construir alguns modelos. Inclusive com a
536 demanda do próprio COSEMS, em relação à orientação de alguns municípios que, mesmo com comando único, o desenho do
537 contrato, por dentro das Redes de Atenção, vinha tendo algumas dificuldades. Salientou que tinha que ser travada não só a
538 questão do percentual das médias qualitativas, como do desenho das diretrizes das redes, para garantir que tivessem um
539 alinhamento também nos contratos. Explicou que muitas vezes a filantrópica podia estar na Rede de Urgência e na Cegonha
540 teria que contemplar aquilo e o movimento culminaria em apresentar uma proposta e fazer uma oficina com os municípios na
541 primeira semana de novembro, para que eles pudessem sentar e alinhar. E até o dia 31, que era o prazo da recontratualização,
542 encaminharem um novo contrato. O Aditivo, com a proposta do Secretário, ele receberia retroativo a agosto e por outro lado se
543 daria continuidade aos trabalhos com tranquilidade, garantindo a adequação dos contratos por dentro das Redes de Atenção.
544 Informou que a área técnica já estava levantando o que tinha de recurso recebido por alguns filantrópicos, da Rede de
545 Urgência e Cegonha, especialmente a Região Metropolitana, a Região Leste ampliada, a Sul, a Norte e a Centro-Norte, no
546 caso da Cegonha. Sendo necessário fazer um alinhamento e se arrumar mesmo aqueles contratos, porque seria cobrado pelo
547 Ministério da Saúde, por conta da CGU. E explicou que uma coisa era o movimento para o IAC, conforme tinha sido posto ali,
548 dava para fazer o aditivo, que era até mais rápido e se agilizando logo o prazo. Quem tivesse mais agilidade ou quem quisesse
549 fazer, já adiantaria para sair na assinatura do Ministro, no dia 31. Mas aquilo não significava dizer que se parava ali.
550 Continuaria sendo trabalhado o alinhamento dos contratos, adequando e compatibilizando com as Redes de Atenção, pois era
551 uma demanda que já estava vindo do Ministério, inclusive para fazer o monitoramento das redes, sendo necessário ficar com
552 aquilo bem amarrado para não ter problema e ter que devolver recurso. Dr. Jorge Solla deu continuidade à pauta da **SUVISA:**
553 **Implantação do Serviço de Verificação de Óbito na Bahia**, que já tinha sido apresentado. Passou ao próximo ponto de
554 pauta: **Proposta de Fluxo para Avaliação dos Projetos de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar**. Dra. Melissa
555 (técnica da DAE) destacou que o Programa de Atenção Domiciliar no Estado estava vinculado à Coordenação de Atenção
556 Hospitalar e ela trazia a proposta de Fluxo para Avaliação dos Projetos de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar no
557 Estado. A justificativa do fluxo era potencializar o apoio técnico disponível na Coordenação de Atenção Hospitalar e o objetivo
558 era aumentar a capilaridade entre os municípios proponentes e do apoio técnico existente na Coordenação; o segundo objetivo
559 era garantir maior agilidade na aprovação dos processos pelo Ministério da Saúde; adicionalmente, evitar processos de
560 retificações por inobservância dos critérios para implantação dos serviços, de acordo com a Portaria 963; evitar corte de
561 recursos e estimular a publicização e pactuação entre os municípios, porque a partir da última Portaria, a 963, tinha ocorrido
562 uma universalização para adesão dos municípios ao Programa. Os municípios com menos de vinte e mil habitantes poderiam
563 celebrar o convênio, definindo aquilo no COAP e pactuando previamente entre CIR e CIB, solicitando dessa maneira a adesão
564 ao Programa. Passou à proposta do fluxo: o município enviaria o Projeto de atenção domiciliar para análise na Coordenação
565 de Atenção Hospitalar; o projeto seria analisado; posteriormente enviado para o município, com o parecer favorável da área
566 técnica e o município pediria pauta na CIR. Da CIR o projeto iria para a CIB e na CIB ocorreria a publicação da Resolução. E
567 ainda da CIB seria encaminhado diretamente para a Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde. E apresentou o e-mail
568 da Coordenação da AD/SESAB para os municípios encaminharem os projetos para a análise. Dr Ivonildo Dourado para que
569 ficasse bem claro: o município faria a discussão com a área técnica da SESAB, tirando todas as dúvidas, deixando o projeto
570 pronto com relação ao parecer técnico. Depois o projeto retornaria para a CIR, para conhecimento e para que constasse em
571 ata. Logo após seria encaminhado para a CIB, para publicação de resolução e o próprio Estado enviaria para a área técnica do
572 Ministério da Saúde. Dra. Stela Souza destacou que, conforme tinha sido mencionado pela manhã, aquele fluxo vinha para
573 agilizar o processo porque havia várias demandas. Alguns municípios mandavam para o Ministério, depois tinha que retornar,
574 era encaminhado para a área técnica e a área técnica também não sabia se era ela ou CIR que mandava para a CIB. Portanto
575 o fluxo tinha ganhado até espaço e ressaltou que agora conseguiria ampliar o Melhor em Casa para todo o Estado. Dr. Jorge
576 Solla deu como **aprovado** o fluxo e mencionou que o próximo ponto seria a pauta que o COSEMS tinha apresentado, já que a
577 parte da assistência farmacêutica tinha ficado para a próxima reunião. Destacou a proposta do COSEMS para **Apreciação e**
578 **aprovação do Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar de Ibotirama, Simões Filho, Capim Grosso,**
579 **Itacaré e Araci**. Dra. Alcina Romero informou que todos aqueles projetos tinham sido avaliados, estavam com o parecer
580 favorável, porém tinha a necessidade de alterar o fluxo anterior, que era: depois do parecer favorável retornariam para o
581 município e o município pediria a pauta na reunião. Portanto estava sendo alterado o fluxo e com o parecer favorável o projeto
582 iria para a CIR. Da CIR para a CIB, que publicaria a Resolução e mandaria para o Ministério. Mas aqueles municípios já
583 estavam todos com o parecer favorável e todos já aprovados na CIR. Dr. Jorge Solla salientou que tinham ficado **aprovados**
584 os projetos de implantação de Atenção Domiciliar de Ibotirama, Simões Filho, Itacaré, Capim Grosso e Araci. E seguiu com o
585 pleito do **Município de Muritiba, solicitando aprovação de adesão ao comando único**. Dra. Suzana Ribeiro colocou que
586 não tinha nenhuma pendência, faltando apenas o encaminhamento da ata da CIR que já tinha sido encaminhada. E tinha outra
587 coisa, o ofício de encaminhamento ao Conselho, que também já tinha sido encaminhado, mas até o momento não havia
588 chegado. No entanto, além daquilo, o que tinha ficado acordado no COSEMS foi que ficasse aprovado na CIB. Portanto ficava

589 **aprovado** o comando único de Muritiba. E aproveitava para alinhar com o COSEMS, conforme tinha sido discutido ontem, de
590 se estabelecer na CIB a questão do comando único, pois os municípios vinham solicitando, via de regra, para conhecerem
591 seus tetos financeiros, porém não havia condição da COPE dar resposta de imediato, por conta do número de técnicos que
592 trabalhavam com o teto e que faziam sempre muitos ajustes. O encaminhamento acordado ontem com o COSEMS tinha sido
593 de que se colocaria no observatório o passo a passo do como fazer aqueles encaminhamentos por dentro da CIR. Seria
594 realizada uma capacitação em novembro, com os membros efetivos e os coordenadores adjuntos da CIR, para que eles
595 pudessem, por dentro da CIR, fazerem aquele levantamento e orientarem como fazer o cálculo e identificar o teto de limite
596 financeiro do município para assunção do comando único. Porque hoje os gestores vinham sinalizando a importância de
597 conhecerem o teto antes de darem prosseguimento aos encaminhamentos de assunção ao comando único. Conhecer o que
598 ele teria no seu território, se ele tivesse unidade estadual sob gestão do Estado, o que ficaria no teto do Estado ou o que ficaria
599 no teto do município. Pontuou que tinha acabado de dar o esclarecimento com relação ao comando único, tendo sido alinhado
600 com o COSEMS e era necessário ver se estava realmente acordado e se seria encaminhado daquela forma. Dra. Stela Souza
601 salientou que tinha sido feito um alinhamento porque estava havendo muitas dúvidas com relação à assunção do comando, ou
602 seja, para a gestão da MAC. Propunha também que, além de passarem os fluxos que tinham sido alinhados no COSEMS, pela
603 manhã, o município que tivesse intenção de assumir o comando único apresentaria apenas um documento dando ciência ao
604 Conselho. Não tendo assim aquela demora para a aprovação e aguardar a pauta para aprovar na CIR. Com o apoio do
605 coordenador adjunto e do membro efetivo, que estariam recebendo aquela capacitação, a CIR mandaria para a CIB e tendo a
606 aprovação da CIR e o documento, a CIB já encaminharia. Porque vários municípios estavam perguntando quais eram os
607 documentos que precisavam ser mandados e na verdade era apenas a comprovação, um ofício, dando ciência ao Conselho e
608 a ata ou Resolução da CIR, publicizada no Observatório, pois todas as resoluções tinham que ser publicizadas. Portanto se
609 acabaria aquele monte de passos, destacando que devia ser feito um encaminhamento de transformar aquilo em uma
610 resolução que tratasse de assunção de comando único que substituisse outra. Para que ficasse com um fluxo apenas e não
611 ficasse aquela discussão, uniformizando o processo com uma resolução que servisse de agora em diante, até a segunda
612 ordem. Destacou que, com relação à formação do teto, tinham discutido ontem e visto que a COPE não tinha condição de fazer
613 a conta de todos os municípios, por isso a proposta da capacitação do membro efetivo e do coordenador adjunto. E assim eles
614 teriam acesso ao teto do município que estivesse pleiteando o comando único, porque o município precisaria do teto para fazer
615 aquele estudo. Mas a proposta era que aquilo virasse resolução e substituisse todas as outras anteriores, para não ficar um
616 grande número de resoluções e os municípios ficando sem saber como estava o fluxo. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que já
617 havia sido feito um encaminhamento anterior e que estariam seguindo o ritmo do comando único, adequando ao Decreto e
618 aquilo deveria ser remetido à Comissão do COAP para discutir tanto a PPI quanto a questão do comando único. E pontuou que
619 gostaria de retomar ao COSEMS, pois aquilo já vinha sendo colocado há algum tempo e solicitou que se retomasse a agenda,
620 até se sabia que as agendas eram atribuídas, mas se não fosse priorizado não aconteceria, tanto a discussão da PPI, que era
621 uma demanda antiga, quanto a questão do comando único. Salientou, quanto ao comando único, como a única discussão que
622 era preciso garantir a de, onde tivesse unidade sob gestão estadual, teria que ser discutido entre o Estado e o município.
623 Porque hoje existiam várias unidades sob gestão estadual e com o comando único ficava claro que via de regra os municípios,
624 aqueles que tinham recebido os seus hospitais de volta, que tinham sido municipalizados, tinha havido aquele movimento de
625 devolução. Só não tinham devolvido tudo porque o Estado não tinha aceitado a devolução de todos, e estavam trabalhando
626 com a lógica do hospital, de caráter regional ou como complementar de Rede. Então no final das contas não era o que tinha
627 acontecido. Hospitais que tinham sido municipalizados, a não ser Irecê, que era regional, muitos municípios que tinham se
628 municipalizado outrora, vinham fazendo aquele movimento, até muito anterior àquilo, o movimento de devolver para o Estado.
629 E lembrava também que o Estado tinha uma rede própria pesada e o custeio das unidades ia muito mais além do que estava
630 na programação pactuada integrada. Os valores de produção daquelas unidades sequer chegavam a 20% do que se faturava,
631 pois o que se produzia era o que garantiria o custeio. O Estado colocava muito mais, cerca de 80%. Aquela era uma questão
632 importante porque quando se discutia contrapartida, era fácil discutir contrapartida quando o Estado não tinha nada sob sua
633 gestão, sob sua responsabilidade, na sua Rede Própria. E não falava nem sob gestão, porque sob gestão era outro formato,
634 mas o que era próprio do Estado, tanto da Rede Própria direta, quanto indireta, o custeio era só do Estado, para além do que
635 estava previsto na programação pactuada integrada. Quem tinha hospital municipal sabia muito bem o que estava sendo dito,
636 só para ficar claro, que no movimento de comando único, aquele detalhamento era importante. E o que Dra. Stela estava
637 propondo em termos de Resolução era em termos de fluxo, mas lembrando que tinha a questão dos conselhos municipais de
638 saúde, que era dar ciência ao conselho. Portanto, o gestor faria o ofício e o conselho daria o recebido, comprovando o
639 recebimento, ou a ata do conselho onde o assunto tivesse sido discutido. O outro era a Resolução CIB, ou a ata de aprovação
640 na CIR, da assunção do comando único no município, eram os dois pontos principais. E na discussão do teto financeiro vinha a
641 questão do treinamento. Aqueles eram os aparatos técnicos que teriam que ser garantidos junto ao município e junto ao
642 COSEMS, para viabilizar a assunção territorial. Pois muitas vezes o município nem acompanhava o processo e apenas
643 constava a presença e encerrava como se tivesse feito o treinamento, ressaltando que a questão do comando único ia muito
644 além do que vinha sendo discutido. Era a responsabilização sanitária do ente federado que estava assumindo a gestão, não
645 era só a questão financeira; era assumir a responsabilidade para muito além da atenção básica, garantir referência e contra
646 referência na média complexidade e dar a resposta e resolutividade à sua rede, dentro do seu território e para os municípios
647 pactuados com ele. Dra. Stela Souza reforçou que a Resolução era exatamente para o fluxo, porque a Resolução CIB anterior
648 tinha um fluxo diferente e quando o COSEMS fazia a proposta de fazer uma resolução era porque tinha uma anterior
649 deliberando a obrigatoriedade da ata de aprovação do conselho e outros aparatos lá solicitados. Por isso quando se fazia uma
650 resolução com aquele novo fluxo, ficava regulamentado. Outra questão era a gestão do recurso, que a Resolução 04 da CIB
651 dizia exatamente que a discussão da gestão do recurso entre gestor municipal e gestor estadual seria aprovada em CIB. Era
652 aquele o pacto, estava escrito na Resolução e não se podia fugir daquilo. Dr. Emerson Garcia ponderou o discutido pela
653 manhã e devendo ser lembrada a responsabilidade sanitária. Tinha sido discutida ontem e hoje pela manhã a responsabilidade
654 sanitária e tudo que se fazia ultrapassava a discussão de contratualização com o Estado. O que estava querendo discutir sobre
655 comando único e que precisavam entender, pois ficavam em um debate eterno sobre o comando único era que o gestor

656 municipal continuava respondendo pela atenção básica, vigilância em saúde e aquilo também era comando. Mas a discussão
657 de média e alta complexidade que tinham que ter entre os municípios com hospitais contratualizados pelo Estado no seu
658 território, era outra questão. E entendia também que 80% dos municípios do Estado da Bahia não tinham condição de ter
659 contrato de gestão estadual e gestão municipal no seu território. Então porque continuar ainda naquela discussão de comando
660 único, quando entendia que continuavam todos ali comandando e com comando único dentro do seu território? Pontuou que
661 atenção básica e vigilância eram os responsáveis somente pela saúde sanitária. Lembrou que Dr. Raul Molina tinha sugerido,
662 na reunião do COSEMS pela manhã, sem dúvida era um legado imenso do Dr. Jorge Solla e se dirigindo ao mesmo como
663 gestor estadual, era o melhor Secretário que a Bahia que já tinha tido naquela discussão e ele não tinha nenhuma dúvida sobre
664 aquilo e se dirigindo ao Secretário: "de repente o Senhor, Secretário, se envolvesse neste caso, que era municipal". O Senhor
665 Coordenador ressaltou que não havia mais tempo ali para uma discussão, que precisaria de um dia. Mas, mesmo com o
666 avançado da hora, aproveitando a presença ainda de vários colegas, enfatizou que nos últimos meses vinha ficando bastante
667 preocupado com algumas situações de municípios - que se encontravam entre os maiores municípios do Estado. E a cada dia
668 ele vinha acompanhando era uma desresponsabilização e não a responsabilização comentada por Dr. Emerson. Citou como
669 exemplo o caso de Jequié, que tinha simplesmente parado de contratar os hospitais privados e o Prado Valadares já pegava
670 toda a carga de urgência e emergência e agora estava com todas as internações do Município. E se não fosse o trabalho que
671 tinham feito com o apoio da Fundação José Silveira, para abrirem o São Judas Tadeu, e levarem a obstetrícia para lá, estariam
672 com dificuldades muito grandes. Informou que vinha sendo procurado por vários municípios, querendo que o Estado assumisse
673 a responsabilidade sobre serviços que estavam hoje sobre o comando deles. Além disso, vinha acontecendo algumas
674 situações, como em Alagoinhas, com o Hospital Dantas Bião, que era 100% da urgência e emergência para aquela região e o
675 município nem sequer as cirurgias eletivas fazia, apesar de o Ministério ter disponibilizado recurso para o município contratar
676 no setor privado. E queriam ainda por cima cobrar do Hospital Regional Dantas Bião que, além de fazer toda urgência e
677 emergência, ainda tivesse fôlego e espaço para fazer cirurgia eletiva. Não tinha como e achava que precisavam fazer uma
678 discussão porque era um tema importantíssimo e concordava com Dr. Emerson que tinha que ser na linha colocada por ele, de
679 discutir responsabilidade sanitária. Ressaltou que tudo que estava no território do município era de responsabilidade do
680 município: algumas responsabilidades eram compartilhadas com o Estado e outras eram atribuições eminentemente
681 municipais. Mas como tinha dado o exemplo, quando o Prado Valadares ficava superlotado pela falta da contratação de outros
682 serviços no município, não era responsabilidade do Estado. Sugeriu que se fizesse uma discussão não na lógica maniqueísta,
683 porque a cada momento se dava um salto na construção no sistema de saúde. Teve um momento que, para impulsionar a
684 municipalização, tinha sido importante ter a lógica de que a gestão ou era do Estado ou do Município e hoje não cabia mais
685 aquilo. Pontuou o COAP e disse ser pena que eles não tivessem conseguido avançar com a implantação. Mas que ficasse
686 muito claro que precisavam hoje era terem a capacidade de dividirem as responsabilidades. Estava focando o exemplo de
687 Jequié, o Prado Valadares era responsabilidade do Estado e eles tinham recebido 9% do custo do Hospital, que era bancado
688 com recurso federal e 91% era bancado com recurso do Estado. Tudo bem, mas o dinheiro que o Ministério mandava para o
689 Fundo Municipal, para contratar serviço privado, tinha que ser utilizado para contratar serviço privado se não, não tinha porque
690 o Município continuar recebendo aquele recurso. Não justificava; não era para atenção básica e não era para completar o
691 escopo de gestão do Município. Então achava que tinham de sentar e pactuar as responsabilidades de cada ente federado,
692 nas mais diversas situações. Deu exemplo diferente, o Município de Camacan, que estava vivendo dificuldades com Fundação.
693 E a responsabilidade era compartilhada: Estado, Município e União porque era aquele o esforço que tinham que fazer e não
694 tentar retomar aquela lógica maniqueísta, ou era estado ou município. Não, achava que aquele era o salto de qualidade que
695 precisavam dar naquele momento. Assumir o processo de cor responsabilização dos entes federados. Então, fez uma
696 correção: o Projeto de Ibotirama não tinha sido aprovado; apenas Araci, Capim Grosso, Itacaré e Simões Filho, porque o de
697 Ibotirama tinha sido devolvido para adequação. Passou a palavra para Dr. Raul Molina, que convidou o Conselheiro, Sr Antônio
698 Delfino. Este se posicionou com relação às cirurgias eletivas, lembrando que no ano passado tinham discutido critérios para o
699 acesso a cirurgias eletivas e o Secretário falava ali que tinha lugares, como Alagoinhas, que a rede privada não estava tendo
700 demanda, ou seja, o município não estava direcionando, não estava contratando. E fazia quinze dias que tinha conversado
701 com um técnico da SESAB de que tinham de evoluir naquela questão das cirurgias eletivas. E deu o exemplo do 'SESAB
702 atende' que talvez com a evolução do processo, o cidadão viesse a ter a oportunidade, conhecendo o serviço que fazia a
703 cirurgia de vesícula, por exemplo, em Alagoinhas, de ir diretamente ao 'SESAB Atende'. E tentaria viabilizar sua cirurgia,
704 quebrando a barreira existente entre o município e os prestadores privados. Ressaltou que estava apenas levantando a
705 questão para ser um ponto de discussão mais adiante para democratização e coibir aquela questão regional que estava
706 acontecendo com os prestadores privados em certas cidades. Pontuou que era defensor das questões dos hospitais e estava
707 de olho naquele aspecto da rede privada, que tinha de estar sempre defendendo e se posicionando. O Senhor Coordenador
708 esclareceu que, quando o município estava em Gestão Plena, o Ministério da Saúde tinha distribuído os recursos para cirurgias
709 eletivas, que eram alocados nos tetos dos municípios. E a Portaria MS tinha alocado os recursos de cirurgias eletivas quando
710 cada município de Gestão Plena tinha um prestador habilitado para tanto no município. O recurso colocado para os demais
711 municípios tinham sido alocados no teto do Estado, com base na população. O problema era que na prática vários municípios
712 em Gestão Plena - frisou: não eram poucos - não estavam contratando prestadores privados para fazer cirurgias eletivas. O
713 recurso não estava sendo utilizado para aquela finalidade e o Ministério faria prestação de contas e retiraria o dinheiro do teto
714 do município. Mencionou que quem seria prejudicado seria a população que não teria acesso, e o dinheiro seria devolvido.
715 Remarcou que, se o município estivesse achando que ficaria com o dinheiro de cirurgia eletiva, estaria enganado. O Ministério
716 já tinha reiterado que quem não executasse e não comprovasse a execução, teria a devolução efetivada. Citou algumas
717 situações de contratar cirurgias eletivas em município de gestão plena, como era o caso de Salvador. Estavam contratando em
718 Salvador, para trazerem pacientes inclusive de outros municípios, para fazerem cirurgias, em função do déficit que estava
719 acontecendo. Passou a palavra para Dr. Raul Molina e este a passou para Dra. Stela Souza. Ela informou que pela manhã
720 tinham colocado a dificuldade do Grupo Condutor, juntamente com o Coordenador Adjunto da CIR, com três planos que a área
721 técnica já tinha aprovado: da Região de Irecê, de Paulo Afonso e de Senhor do Bonfim. E que a Diretora estava presente e se
722 pronunciaria. Os municípios tinham dito que a Área Técnica tinha dado o parecer, estava tudo ok, então por não ter tido a

723 reunião do Grupo Condutor aqueles projetos deixariam de ir para o Ministério. Propôs que fosse aprovada nesta CIB. Passou a
724 palavra para Dra. Liliane, Diretora da DGC, que informou que a Área Técnica tinha feito avaliação dos três planos e a equipe
725 técnica vinha acompanhando as regiões e tinha sido discutido em grupo de trabalho e pautado na CIR. Disse que tinham
726 recebido o Plano, feito análise e tinham visto que realmente estavam contemplados todos os componentes previstos na RAPS.
727 E considerava como importante e já estavam encaminhando para o Ministério, que estava priorizando todos os planos que
728 chegassem a tempo, para garantirem o recurso para as regiões. (uma pergunta não audível) Respondendo, disse que hoje
729 conversava com Dr. Braulino, da Região de Seabra de que todos os recursos de CAPS estavam contemplados, os leitos para
730 habilitação e construção e quando o Ministério recebia os Planos, na verdade já estava fazendo uma previsão orçamentária,
731 garantindo efetivamente a habilitação e a implantação dos serviços de tudo que estava previsto no Plano. E já estava prevista
732 a abertura do SISMOB e aproveitou para dizer que já estava aberto o SISMOB para o Centro de Reabilitação. Dr. Raul
733 ressaltou que, só para que constasse em ata, na aprovação dos pleitos de NASF, tinha também Itaparica nas mesmas
734 condições de São Sebastião do Passé e Feira de Santana. Como o Secretário ia sair, queria colocar o que tinha sido discutido
735 na reunião do COSEMS, quanto a ampliar o espaço político que tinham no COSEMS e estavam fazendo uma reunião pré CIB.
736 Então um dia antes da CIB estavam se reunindo com os coordenadores adjuntos das CIR para que pudessem trazer para a
737 CIB todos os problemas das regiões. Entendia que às vezes vinham para as reuniões do COSEMS e às vezes da própria CIB e
738 acabavam não colocando os pleitos que eram colocados nas CIR. E às vezes ficavam reprimindo os Secretários, ficando um
739 'chororô' terrível, mas ali estavam as suas lamentações e tinham acima de tudo as suas pautas de reivindicações. Colocou que
740 o Estado tinha avançado muito e ontem tinha sido feita a análise, inclusive com a própria descentralização. E lembrou o
741 trabalho que eles tinham feito no PDR, onde tinham construído juntos, bem como o Observatório e todos os avanços que
742 tinham tido até agora, consolidavam tudo aquilo através das redes. Mas as redes só funcionariam se tivessem um sistema de
743 regulação que funcionasse. E uma coisa que o Secretário tinha colocado na CIB e que eles vinham colocando, era que ficava
744 naquela história do que funcionar no Estado, com relação à regulação. E então vinha a responsabilidade sanitária
745 compartilhada, sobre quem faria a regulação. Questionou porque Salvador não assumia sua responsabilidade de regular já que
746 queria fazer aquilo e a mesma coisa era Feira de Santana, ou seja, aqueles municípios de Comando Único. E vinha então
747 aquela discussão mais ampla que tinham de se despir daquela situação, porque o que era colocado por aí era que havia um
748 tratamento especial para a terceirização nos municípios com unidades hospitalares terceirizadas. E tinha o problema colocado
749 várias vezes pelo Secretário na CIB, e hoje Dra. Suzana Ribeiro tinha feito um encaminhamento fantástico, que se referia a não
750 interessar saber quem estava no território, desde que o município participasse e compartilhasse também a sua
751 responsabilidade. E se estivesse aberto para compartilhar, aquela tinha sido a provocação feita na reunião do COSEMS,
752 inclusive com relação aos leitos de UTI. Propôs então uma CIB extraordinária para que se colocasse claramente somente
753 Complexo Regulatório do Estado da Bahia, e chamando a responsabilidade de todos porque muitos municípios reclamavam da
754 regulação, mas não regulavam, não faziam o dever de casa. Como também vinham colocando que, independente disto, o
755 controle, a avaliação e a auditoria de todo município tinha que funcionar porque ficava simplesmente o lamento. Informou que o
756 Município de Capim Grosso tinha encaminhado um ofício para o Secretário de Saúde do Estado, assinado pelo Prefeito e pela
757 Secretária de Saúde, pedindo que o Estado assumisse a gestão do Hospital de Capim Grosso. O Secretário a dizer que aquilo
758 chegava todos os dias. Colocou o COSEMS à disposição para discussão com o Superintendente da Regulação e agendarem
759 aquela CIB porque já havia sido sinalizado por Dra. Suzana e por Dr. Solla. Então, achava que o clima estava favorável para
760 fazerem aquilo. O Senhor Coordenador concordou com a sugestão dada por Dr. Raul Molina de agendar a CIB. Colocou que
761 daria um informe importante antes de encerrar a reunião, sobre o 'Mais Médico', o segundo ciclo, que neste final de semana
762 estariam recebendo em Salvador duzentos e setenta e sete médicos estrangeiros para atuarem em municípios baianos. Mas
763 naquele momento infelizmente não tinha a relação. Pontuou que tinha falado com a Coordenação do Ministério e terça-feira
764 passada tinha passado lá e tinham ficado de fecharem aquela relação até a noite de hoje, para que amanhã eles tivessem
765 condição de informar aos municípios o quantitativo de profissionais que cada um estaria recebendo. Relatou o que tinha
766 acontecido: o Ministério tinha feito a primeira lista preliminar e estavam ligando para cada município para confirmar as vagas e
767 assim, as que sobrassem eles pudessem atender a: prioridade 1. Distritos Sanitários Indígenas, que a Bahia não tinha ainda
768 programado nenhum médico para atender; prioridade 2: para atender outros municípios que estavam naquele grupo de 20% de
769 extrema pobreza e que não estavam ainda contemplados na lista inicial. Eles já tinham cento e nove municípios baianos
770 contemplados na segunda etapa. E com aquela redistribuição aumentaria aquele número de municípios. Informou que segunda
771 feira pela manhã, às 09 horas, no IAT, seria a abertura do acolhimento e convidou o COSEMS para participar. Comunicou que
772 no dia 1º de novembro, sexta-feira, seria o bota fora. Então, quem fosse receber médicos naquela segunda etapa já se
773 programasse para no dia 1º virem buscar os profissionais e providenciarem transportes e criarem toda infra-estrutura de
774 hospedagem e alimentação. Noticiou que a Bahia era o estado que mais receberia profissionais naquela faixa e deu outra boa
775 notícia, de que no final de novembro teria um terceiro grupo chegando. Então, chegariam até o final do ano com mais uma
776 etapa de novos profissionais contratados pelo Mais Médico. Dr. Raul Molina, disse ter sido colocado por Dr. Fabiano que tinha
777 surgido uma queixa e estavam comentando que nem o Estado nem o COSEMS estavam participando daquilo. Disse que, até
778 porque eles conheciam melhor o problema, não tendo nada para ser colocado com relação à saúde indígena, mas era bom
779 lembrar que a saúde indígena tinha sido retirada de suas populações para ser colocada numa política específica, inclusive com
780 melhores condições do que as suas. E repetiu: o COSEMS estava junto e com todas as políticas que levassem médicos nas
781 unidades. Vinha colocando claramente a postura do COSEMS. Quanto a não ter participado, disse que Dr. Fabiano vinha
782 ficando junto. Mas não podia deixar de registrar que não adiantava, e tinha sido colocada inclusive na Tripartite aquela história
783 de que apenas a Casa Civil estava fazendo aquilo e jogando a responsabilidade deles. Achava que as coisas tinham de ser
784 conduzidas de outra forma. Pontuou que Dr. Fabiano entendia muito bem e sabia o posicionamento do COSEMS, e não
785 poderia deixar de colocar que o COSEMS estava satisfeito e aplaudia a coragem de ser feito aquele enfrentamento. Mas não
786 dava para ficar ouvindo sempre aquela história de que eles não tinham governabilidade e quem tinha era a Casa Civil. Era a
787 resposta que vinham recebendo. Dr. Fabiano Santos reforçou que no dia dois de novembro os municípios estariam recebendo
788 os médicos e não tinham a lista definitiva, nem de quantos médicos nem de quais municípios. Salientou que quem fosse
789 receber o médico tinha de garantir a responsabilidade do município: da moradia, porque residiriam durante três anos; sendo

790 assim, não dava para morar três anos em uma Pousada; de receber o médico; de ver a condição de trabalho da Unidade,
791 questões importantes que não podiam deixar de ser vistas, devendo estar organizadas e estabelecidas para receberem os
792 médicos. Mencionou que dois de novembro era dali a quinze dias, menos até, faltava apenas uma semana. Disse que estava
793 indo uma lista para o município colocar os dados. Ressaltou que o programa era do Ministério e tinha a questão que Dr. Raul
794 Molina colocava, da Casa Civil, mas tinha uma coisa muito importante: quando o médico chegasse ao município, receberia a
795 imprensa do município? Porque a responsabilidade era do gestor também. Então, tinham de compreender que naquele
796 momento a imprensa cobraria do gestor o compromisso que tinham com o programa. Citou que alguns relatos tinham
797 acontecido como com Dr. Raul Molina, no Jornal Folha de São Paulo, comentando-se que Dr. Molina estava substituindo uma
798 médica brasileira por uma estrangeira e nem era aquilo. Por isso tinham que ficar atentos com aquela chegada e com o
799 acolhimento do médico. Porque eram profissionais que estavam saindo do seu país para contribuírem o nosso, para
800 avançarem o processo do SUS. Dra. Marília Fontoura informou que Dr. Timóteo, o vice Coordenador do Programa no
801 Ministério, tinha passado a informação de que, entre o momento que o pessoal tinha se cadastrado para receber médico e o
802 atual momento, a realidade já tinha mudado, por isso abririam novamente. Então quem tivesse com falta de médico e fosse
803 sinalizado, tinha a possibilidade de receber o médico. Mas tinha o detalhe de terem que atualizar a base de dados do CNES
804 porque se não atualizassem, aconteceria que o município tinha a necessidade do médico, mas em sua base mostraria que
805 estava completo. Então, era imediatamente! E inclusive orientou que, se o médico tivesse carga horária de vinte horas,
806 informasse nas vinte horas; e se ele desse só dez horas, que informasse dez horas. Porque não adiantava sinalizar a
807 necessidade e a base não lhe indicar aquilo. Então que fizessem o mais rápido possível para que tivessem a possibilidade e
808 até avisassem os municípios vizinhos, para que tivessem a possibilidade de ter a vaga, e inclusive entrarem naquele processo
809 de realocação de médico no município. Dr. Fabiano Santos pontuou que tinha vários municípios recebendo telefonema do
810 Ministério e da Casa Civil, para confirmarem o quantitativo de médicos. Assim, que dessem a informação correta porque aquilo
811 estava sendo feito para fecharem a lista de qual a quantidade de médicos que iria para cada município. Era importante que,
812 quando recebessem aquela ligação do Ministério e da Casa Civil, dessem a informação correta, da real necessidade que
813 tinham do médico. O Senhor Coordenador encerrou a reunião e informou que a próxima seria no dia 12 de novembro, uma
814 terça-feira e para a extraordinária teriam que combinar a data. Em seguida, o Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a
815 presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para o dia 12 de novembro, às 14
816 horas, no Auditório da SESAB. Não havendo mais o que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria
817 de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Silvana Moura Rodrigues Salume Xavier, Secretária
818 Executiva Substituta da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
819 Salvador, 24 de outubro de 2013.

820
821 Jorge José Santos Pereira Solla _____
822 Suplente: Alcina Marta Andrade de Souza _____
823 Raul Moreira Molina Barrios _____
824 Suplente: Stela dos Santos Souza _____
825 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
826 Suplente: Daniela Neves Castellucci _____
827 Gisélia Santana Souza _____
828 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
829 Washington Luis Silva Couto _____
830 Washington Luis Abreu de Jesus _____
831 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____
832 Ivonildo Dourado Bastos _____
833 Joseane Mota Bonfim _____
834 Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva _____