

Ata da 224ª Reunião Ordinária de 2014  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos dezessete dias do mês de julho do ano de dois mil e quatorze, no Auditório da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, no Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Washington Luís Silva Couto – 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, Ivonildo Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Robério Santos Barros, Stela dos Santos Souza e Aldecy de Almeida Bezerra Silva. Às 14 horas, havendo número legal, Dr. Washington Couto declarou aberta a sessão, colocando em discussão e aprovação as Atas das 222ª e 223ª Reunião Ordinária, que foi encaminhada anteriormente aos membros por e-mail. **Foi aprovada por unanimidade.** Na seqüência passou a palavra para a Sra. Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB, efetuar a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes e homologação: **1.1. A Auditoria do SUS-Ba informa** que estão disponíveis no site: o relatório final, o parecer conclusivo, a retificação do parecer conclusivo, relatório de verificação do Termo de Ajuste Sanitário – TAS nº 17 e o parecer técnico de verificação do TAS da Auditoria realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Gandu. **1.2. A Secretária Executiva CIB, Nanci Salles, informa encaminhamento do projeto de dissertação intitulado CIB-Ba Cenário de Negociação, Pactuação e Decisão da Política Estadual da Atenção Básica,** um projeto da sua autoria, enquanto funcionária do Estado e no momento cursando um mestrado profissional de saúde coletiva no Instituto de Saúde Coletiva, com parceria SESAB e Universidade Federal da Bahia. O Projeto começou a ser desenvolvido no ano dois mil e treze, e será concluído em dois mil e quatorze e seu objeto é apresentar em breve o produto desse projeto na reunião da CIB. Solicitou ao Estado e ao COSEMS a utilização das Atas para poder concluir a pesquisa e trazer os resultados, com a parceria da CIB neste processo de formação da política. **1.3. CIT informa disponibilização de equipamento de videoconferência para a Comissão Intergestores Bipartite-CIB.** Nanci Salles informou a disponibilização de equipamento para videoconferência pela CIT - Comissão Intergestores Tripartite inicialmente às Bipartites e comentou que com isso haverá a comunicação entre as CIB e será estudada a possibilidade de transmissão das reuniões para dentro do próprio Estado. Referiu que acreditava que a CIB-BA o receberia, ainda nesse mês de julho, ou no mais tardar em agosto, e talvez fosse possível a transmissão da reunião da CIB do mês de agosto. **1.4. A DIVAST informa a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora que ocorrerá nos próximos dias 23 a 25 de julho.** O Senhor Coordenador esclareceu a 4ª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo já sido realizadas nove macro conferências nas macrorregiões de saúde e conferências regionais, contando com apoio de todos os secretários e com a participação de muitos secretários e do Conselho Estadual. Ele comentou ainda que ha alguns meses vem sendo empregados muitos esforços para terem um grande sucesso nesta Conferência e durante as nove conferências regionais nas macrorregiões foram retirados duzentos e cinquenta e nove conselheiros e mais uma vez dentro do Conselho Estadual de Saúde. Na oportunidade, pediu apoio de todos os secretários e secretárias para incentivarem e liberarem a participação desses conselheiros nesta Conferência que é muito importante, para que a conferência pudesse ter sucesso, com a Coordenação da Dra. Letícia Nobre, Diretora da DIVAST e a Coordenadora de todo processo da Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, que deu continuidade à leitura dos informes. **2. Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:**

123/2014	14/05/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o repasse de 30% do recurso da segunda parcela de implantação do Telessaúde, referente aos municípios não aptos a receberem o recurso, para os municípios de Ibirataia, Vera Cruz, Porto Seguro, Capim Grosso e Juazeiro.
124/2014	14/05/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o repasse de 30% do recurso da segunda parcela de implantação do Telessaúde para o município de Ibirataia em substituição ao município Sede de Núcleo de Itabuna que não está apto a receber o recurso.
125/2014	17 e 18/05/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação dos leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal convencional (UCINco) e canguru (UCINca) do Estado da Bahia.
126/2014	20/05/2014	Aprovar <i>ad referendum</i> o aditivo ao Plano de Ação da Região Metropolitana de Salvador (RMS) da Rede Cegonha (RC).
129/2014	30/05/2014	Aprova <i>ad referendum</i> , no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos a serem executadas pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, conforme Termos de Compromisso assinados pelo gestor.
130/2014	31/05/2014 e 01/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> , no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos a serem executadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, conforme Termos de Compromisso assinados pelo gestor.
131/2014	30/05/2014	Aprova <i>ad referendum</i> , no âmbito da Vigilância em Saúde, a implantação e manutenção das ações e serviços públicos estratégicos do Programa Academia da Saúde a ser executado pela Secretaria Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, conforme Termo de Compromisso assinado pelo gestor.
132/2014	05/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos Municípios de Ibicuí, Botuporã, Piatã, Iraquara e Lapão.
133/2014	05/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos municípios de Teodoro Sampaio e Ibiassucê.
134/2014	05/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF no município de Filadélfia.

135/2014	05/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Agente Comunitário de Saúde – ACS no município de Anguera.
136/2014	11/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do Município de Itaparica.
137/2014	13/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o descredenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo I, no Município de Remanso.
138/2014	14 e 15/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação de leitos de Cuidado Prolongado no Hospital Prado Valadares, no Município de Jequié.
139/2014	18/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta nº 911388/14-001, Emenda Parlamentar nº 34590019-10302201585352174, para construção de Unidade Especializada de Saúde, no município de Maragojipe.
140/2014	18/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta nº 91150714/2014, Emenda Parlamentar nº 31660008, para reforma do Hospital do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, no município de Rio do Pires.
141/2014	18/06/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a relação dos 417 municípios do Estado da Bahia, para receberem o incentivo financeiro, para a complementação da Campanha de Vacinação contra o Sarampo, Influenza, e a segunda dose da vacina HPV quadrivalente.
142/2014	28 e 29/06/2014	Aprovar <i>ad referendum</i> no Programa de Mamografia Móvel as Unidades Carreta de Mamografia e INSERSA – Unidade Móvel de Mamografia, com sede no município de Condeúba – BA.
143/2014	05 e 06/07/2014	Aprovar <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB no município de Lapão.
144/2014	05 e 06/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos Municípios de Catolândia e Retirôlandia.
145/2014	12 e 13/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a inserção do Hospital Municipal de Ouroândia, do Município de Ouroândia, na Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte – HPP.
146/2014	12 e 13/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a inserção do Hospital João Campos, do Município de Tanquinho, na Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte – HPP.
147/2014	15/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a mudança de tipologia da Unidade de Pronto Atendimento - UPA de Lauro de Freitas de porte II para I, aprovada no ano de 2011. <b>Republicada por ter saído com incorreção.</b>
148/2014	16/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação de laboratório Tipo I em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Laboratório - NAP – Núcleo de Anatomia Patológica no município de Salvador.

37 Dr. Raul Molina solicitou esclarecimentos quanto à publicação *ad referendum* para os hospitais de pequeno porte porque tinha  
38 havido questionamento hoje pela manhã, na assembléia do COSEMS. Lembrou que quando saiu a política do HPP Nacional,  
39 eles tinham acordado que iriam caminhar juntos, até porque o Estado da Bahia tinha se posicionado a favor da demanda dos  
40 municípios quanto à prioridade aos Hospitais de Pequeno Porte. Além disso, haviam solicitado para retirarem a discussão da  
41 pauta da Tripartite porque não tinham alcançado aquele financiamento e o COSEMS se comprometera com os secretários,  
42 pois necessitam desafogar os grandes hospitais. Passou a palavra para Dra. Alcina Romero, Diretora da DAE, e esta ressaltou  
43 que a política não considera o Hospital em nenhum município com trinta mil habitantes, comentando que o Estado tinha feito  
44 também uma fundamentação no CONASS com relação à política, mas tinham parado no avanço. Falando da política estadual,  
45 colocou que o Estado vem dando o maior apoio aos hospitais de pequeno porte da Bahia desde o mês de agosto do ano  
46 passado e que a discussão da Política Nacional ainda estava muito incipiente. Ressaltou que na Política de Hospitais de  
47 Pequeno Porte da Bahia fica evidente que são hospitais que têm uma necessidade de até trinta leitos, logo, não são hospitais  
48 que estão cadastrados no CNES, entre trinta e vinte leitos, seria para necessidade. Então, hoje existem hospitais com  
49 necessidade de cinco, seis, dez leitos, o que ele achava que já foge até um pouco, sendo difícil seguir a faixa nacional, quando  
50 existe uma faixa grande de unidades da Bahia que não vão entrar na faixa nacional. Salientou que no estado da Bahia a idéia é  
51 que esses hospitais muito pequenos tenham um apoio, com relação ao parto normal, que é um 'gargalo' no Estado da Bahia.  
52 Então a Política já existia baseada na Portaria nº 1044 do Ministério da Saúde, só que avançava para a implantação do serviço  
53 de parto humanizado, onde a SESAB contrataria um enfermeiro obstetra, o que foi feito pela SESAB. Pontuou que essa  
54 Política Estadual fora aprovada por eles no ano dois mil e treze e que a partir daquele momento várias unidades já estão  
55 pedindo adesão, antes até do serviço de parto, e salientou os hospitais de Ouroândia e Tanquinho, que estão neste pleito há  
56 bastante tempo, ponderando que esses estudos demoram e quando vêm para a CIB já andaram bastante porque já tinha sido  
57 feito o estudo do pacto, a visita para ser vista qual a situação do hospital e a solicitação da documentação para  
58 contratualização, então, mais de cinco meses ou mais, incluindo-se nesse caso estes dois Hospitais. Não se lembrava de ter  
59 havido uma formalização para interromper a adesão, achava que seria talvez o caso então de formalizar que a CIB está  
60 solicitando ou aprovando, até ser resolvida a Política Nacional. Dr. Raul Molina ressaltou o quanto tinha sido bom o  
61 esclarecimento da Dra. Alcina Romero, trazendo uma preocupação que já existia e ao fazerem a crítica da Política do  
62 Ministério na CIB tinha sido porque que existem hospitais com menos de vinte leitos e que têm uma importância na capacidade

63 instalada regional, e de maneira alguma na política do Ministério esses hospitais são considerados. Diante do colocado  
64 entendiam que a política de hospitais de pequeno porte precisa fazer referência àqueles hospitais de menos de vinte leitos e  
65 eles não podiam dar para trás. Ressaltou a necessidade dos secretários de saúde presentes entenderem o que estavam  
66 falando sobre a adesão de pequenos hospitais com menos de vinte leitos, que não serão contemplados na Política Nacional e  
67 havendo a comissão do estado para ajudar, a fim de terem um recurso, de maneira o COSEMS alguma seria contra, segundo  
68 ele muito pelo contrário, era importante ter política deste tipo. Dra. Stela Souza colocou que esta questão dos hospitais com  
69 menos de vinte leitos lhes ajudaria bastante porque na proposta inicialmente o Ministério cedera para acima de vinte leitos,  
70 com muito sacrifício, mas em hipótese alguma para menos de vinte. Depois tinham conseguido colocar um adendo de que  
71 algumas exceções poderiam ser inseridas, tendo sido discutida a necessidade dos leitos na região e com a comprovação da  
72 região. Reforçou que esses hospitais tinham passado pela CIR e CIB, estava comprovada a necessidade da existência destes  
73 hospitais e possivelmente conseguiriam entrar na política porque eram exceções. Dra. Alcina Romero ressaltou o objetivo da  
74 Política Estadual de contratualizar a quantidade de leitos necessária, com uma regra que considera a necessidade de  
75 internação de 3% da unidade. Então o hospital podia ter vinte leitos, mas o estado contratualizaria sete, oito leitos, ou seja, a  
76 necessidade de 3%, porque não são políticas que se choquem. Dr. Raul Molina propôs que fosse preferencialmente para quem  
77 tiver menos de vinte leitos e colocou para aprovação. Dra. Alcina Romero **concordou**. Pontuou que tinham que ter muito  
78 cuidado em passar uma idéia de que todos os hospitais devem ter mais de vinte leitos, isto eles não podiam permitir de  
79 maneira nenhuma, porque não resolveria nada e acrescentou que as políticas não se chocam porque eles contratualizariam a  
80 quantidade de leitos, mas o hospital podia manter o seu CNES lá, com vinte ou dezoito leitos. Dr. Odilon Rocha, Secretário de  
81 Saúde de Governador Mangabeira, falou que se fizerem isso a instituição poderia fazer o cadastro do lançamento desta  
82 produção e o financiamento seria do Estado porque não haveria dinheiro federal e perguntou se poderiam lançar esse tipo de  
83 produção ou se teriam a mesma lógica do Hospital de Pequeno Porte, em que o estado retira o quantitativo de AIH obstétrico e  
84 clínico do teto orçamentário daqueles municípios. Questionou ainda se os municípios entendiam Hospitais Pequenos Porte  
85 como 'financeiramente estaduais'. Dra. Alcina Romero explicou a forma como é feito, dizendo que é retirado o valor do que  
86 está programado de RH para o município. Com relação à informação de produção, disse que continua sendo informada no  
87 sistema AIH, mesmo recebendo o valor global porque seria feito o contrato em cima das necessidades de leitos, mas com meta  
88 em cima da produção média deles. Então não mudava muita coisa, continuava tendo metas a cumprir que não são metas nem  
89 a mais nem a menos, a meta de que já realizava e eles tinham tentado colocar algumas questões de qualidade, porque  
90 interessa muito mais a qualidade do que a quantidade de internação. Colocou que deviam continuar informando a produção,  
91 para efeito de série histórica, existindo uma cláusula no contrato que obriga a informar, mas recebiam financiamento global cujo  
92 cálculo do valor também é em função dos leitos. Ressaltou que o recurso também é em função do que sai do teto de RH, assim  
93 são dois financiamentos é o global com metas e outro a cumprir em cima da média do que ele já fazia. Em seguida o Senhor  
94 Coordenador apresentou o novo Presidente do Conselho Estadual de Saúde, Sr. Ricardo Luis Mendonça, representante dos  
95 usuários pela Central Única dos Trabalhadores. Sr. Ricardo Luis Mendonça saldou a mesa em nome do Secretário e todos os  
96 secretários presentes falando que, tendo assumido dia dez de julho, era uma honra que lhe tinha sido dada pelo CES -  
97 Conselho Estadual de Saúde e era uma tarefa muito grande, sendo o primeiro usuário a presidir o CES. Agradeceu à  
98 conselheira Stela Souza que na última reunião do CES havia feito uma palestra referente à CIB para esclarecer as dúvidas dos  
99 conselheiros. Para eles o controle social não vem acompanhando dia a dia a gestão como fora discutida a questão de  
100 contratos neste fórum e eles, conselheiros, às vezes tinham dificuldades de entender as resoluções da CIB. Entendiam que  
101 precisavam fortalecer o Conselho, através da capacitação, da educação permanente, para discutirem e avançarem no Sistema  
102 Único de Saúde. Mas pedia também aos secretários presentes e convidava a todos para serem parceiros do CES, pois o  
103 Conselho tem um grande desafio na questão da educação permanente e provavelmente colocaria todos para fazerem a  
104 capacitação no controle social. afirmou que ia precisar muito dos secretários municipais de saúde que eles visitarão, para tocar  
105 a saúde do estado avante e finalizou, agradecendo a todos os presentes. O Senhor Coordenador convidou o Presidente do  
106 CES para participar sempre das reuniões da CIB e lhe informou que a participação dos conselheiros na reunião da CIB é livre e  
107 podiam estar presentes e levarem as discussões para o CES, não ficando apenas a cargo de Washington Couto e Stela  
108 Souza, que têm acento no Conselho Estadual de Saúde. Agradeceu a Dr. Ricardo Mendonça e lhe desejou boa sorte no  
109 trabalho. Passou a fala para a Secretária Executiva, Nanci Salles, a fim de dar continuidade à leitura da pauta. A Senhora  
110 Nanci Salles deu continuidade aos itens da Homologação: **1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde –**  
111 **SAIS/DAB/DAE: 1.1. Credenciamentos: Aprovado.**

Credenciamento	Especificação	Município
<b>NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família</b>	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (30h), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Educador Físico (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Anagé
<b>ESF - Equipe Saúde da Família</b>	01 ESF modalidade I na Unidade de Saúde Lagoa do Morro.	Anagé
	01 ESF Barragem, modalidade I.	Ourolândia
	01 ESF Barro Alto II, modalidade I.	Barro Alto
	01 ESF Cedro, modalidade I.	Barrocas
<b>ESB- Equipe de Saúde Bucal</b>	01 ESB modalidade I vinculada à ESF Nossa Senhora da Soledade.	Bom Jesus da Lapa

	01 ESB modalidade I vinculada à ESF Batalha.	Bom Jesus da Lapa
	01 ESB modalidade I vinculada à ESF São Gotardo.	Bom Jesus da Lapa
	01 ESB modalidade I vinculada à ESF Barragem.	Ourolândia
	01 ESB modalidade I vinculada à ESF Barro Alto II.	Barro Alto
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Cedro.	Barrocas
ACS - Agente Comunitário de Saúde	09 ACS, sendo 08 ACS vinculados à Unidade Básica de Saúde do Cachaço/PACS e 01 ACS vinculado à Unidade de Saúde da Família José Raimundo Ribeiro Pedreira.	Jaguaripe
	01 ACS vinculado a ESF Cedro.	Barrocas

112 1.2. Aprovação do Plano de Ação Regional (PAR) da RAPS da região de Santo Antônio de Jesus. **Aprovado.** 2.  
 113 **Superintendência de Vigilância e Proteção da SAÚDE – SUVISA/DIVISA. 2.1. Indicação do Laboratório de Física**  
 114 **Radiológica do IFBA como Centro de Referência para apoiar o processo de avaliação de qualidade dos serviços de**  
 115 **mamografia do Estado, conforme Portaria GM/MS Nº 2898, de 28/08/2013. **Aprovado.**** 3. **Superintendência de Gestão e**  
 116 **Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 3.1. Credenciamento de CAPS para a unidade abaixo relacionada.**  
 117 **Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Ponto Novo	747930 1	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial de Ponto Novo	114620470001-93	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I
Ibicoara	736973 5	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial de Ibicoara	115104140001-87	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I
Santo Amaro	685158 4	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial de Santo Amaro	122783780001-30	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I

118 Dr. Raul Molina convidou Dra. Andréa Ferraro, Coordenadora da SUVISA, para apresentar a Nota Técnica da Vigilância  
 119 Sanitária e Ambiental sobre a Vigilância da qualidade da água para consumo humano, por meio de caminhões de carros pipas  
 120 na Bahia. Iniciou comentando que estão atravessando um caminho de seca há três ou quatro anos e alguns municípios vêm  
 121 abastecendo a sua população através de carros pipas, muitos deles conveniados com o Exército Brasileiro, outros de  
 122 convênios próprios ou até mesmo contratados pelas prefeituras. Informou que essa água fornecida à população tem sido de  
 123 fonte duvidosa quanto ao seu procedimento de qualidade, razão pela qual a SUVISA fica com essa preocupação. Comentou  
 124 ainda que no ano passado ocorrera a mortalidade de mais de cem pessoas no estado de Alagoas por conta do carro pipa, o  
 125 que lhes causava muita preocupação e não queriam que isso acontecesse no nosso Estado. Colocou que têm ocorrido alguns  
 126 surtos de doenças na Região Norte do Estado da Bahia e certamente em outras regiões também, que devem estar  
 127 relacionados à qualidade da água e compreendiam a dificuldades da atenção para a qualidade da água no estado da Bahia,  
 128 tendo em vista a questão da seca. Apresentou a Nota Técnica sobre a vigilância sanitária e ambiental em carro pipa, que é um  
 129 veículo transportador que fornece água para consumo humano, classificado como uma solução alternativa coletiva de  
 130 abastecimento de água (SAC). Diante do uso de carro pipa como medida emergencial para o abastecimento das comunidades  
 131 vulneráveis à escassez de água e do risco iminente da transmissão de doenças de veiculação hídrica e considerando: A Lei nº  
 132 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento  
 133 dos serviços correspondentes e dá outras providências e no Art. 6º, Inciso VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água  
 134 e bebidas para consumo humano; a Resolução CIB-BA nº 84/11 que apresenta os princípios gerais e estabelece as ações de  
 135 competência do Estado e dos Municípios na organização, execução e gestão das ações do Sistema Estadual de Vigilância em  
 136 Saúde do Estado da Bahia, de forma compartilhada, solidária, regionalizada e descentralizada; a Portaria MS nº 2914/11 que  
 137 dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de  
 138 potabilidade e de acordo com o Art 12º, compete às Secretarias Municipais de Saúde exercerem a vigilância da qualidade da  
 139 água para consumo humano em sua área de abrangência, além de inspecionar o controle da água produzida e distribuída e as  
 140 práticas operacionais adotadas no sistema ou solução alternativa coletiva de abastecimento de água, notificando seus  
 141 respectivos responsáveis para sanar as irregularidades identificadas; a Lei Federal nº 6437/77, que configura infrações à  
 142 legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas e dá outras providências. Mostrou que a Superintendência de  
 143 Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA, por meio da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA, informa que  
 144 compete às secretarias municipais de saúde: realizar o cadastro dos veículos transportadores de água para consumo humano  
 145 (carro pipa); realizar inspeções periódicas nos tanques dos carros pipas quando estiverem transportando água para consumo  
 146 humano; realizar as inspeções de pré-vistoria do carro pipa, conjuntamente com a equipe do Exército Brasileiro e/ou equipe da  
 147 Defesa Civil em situação de emergência e outros parceiros: DETRAN, INMETRO, Polícia Rodoviária; autorizar o  
 148 funcionamento do veículo transportador de água para consumo humano. Mostrou que compete ao responsável pelo carro pipa:  
 149 manter a autorização de funcionamento do veículo (carro pipa) em mãos do motorista (pipeiro), pois nas abordagens das  
 150 inspeções de rotina será solicitada a apresentação da mesma; o tanque do veículo deverá ser de uso exclusivo para transporte  
 151 de água potável; o veículo deverá ter escrito em suas laterais externas, de forma visível, a inscrição “ÁGUA POTÁVEL” e os  
 152 dados de endereço e telefone para contato do responsável pelo veículo; manter a carroceria do carro pipa em ótimo estado de  
 153 conservação, evitando ferrugem no tanque, tanto interna como externamente, vazamentos, amassados ou perfurações;  
 154 garantir que a fonte supridora de água dos veículos seja segura, ou seja, potável, proveniente da empresa de abastecimento

155 de água estadual ou municipal; assegurar que a água fornecida contenha um teor mínimo de cloro residual livre de 0,5  
156 mg/L, em cada carga, através de laudo da estação de tratamento de água; o motorista deverá manter em mãos os controles do  
157 cloro residual livre da água transportada, bem como o laudo emitido pela empresa fornecedora da água potável, conforme a  
158 Portaria 2914/2011, bem como os dados referentes à higienização de cada veículo, data de lavagem, produto químico e  
159 concentração utilizada e tempo de contato; manter os dispositivos de introdução e retirada de água (equipamentos de sucção,  
160 torneiras mangueiras, válvulas, etc.) em perfeito estado de conservação, onde a abertura para enchimento deve ser dotada de  
161 tampa com borracha de vedação e presilha de fechamento; a torneira para saída de água do tanque deve ser vedada e impedir  
162 a entrada de sujeiras e insetos; o tanque deverá ser preferencialmente de aço inox ou revestido de produto anticorrosivo, não  
163 tóxico e, quando apresentar pintura, esta deverá ser de tinta própria para alimentos, que não altere a qualidade da água; não  
164 será permitido o transporte de água para consumo humano em tanques reaproveitados ou utilizados ao mesmo tempo para o  
165 transporte de quaisquer outros produtos inclusive água para dessedentação de animais, ou água para jardinagem; em períodos  
166 adequados, efetuar a limpeza sistemática do veículo, principalmente após serviços de reparos; a higienização e desinfecção do  
167 tanque deverão ser realizadas regularmente, com produtos registrados na ANVISA, pelo menos a cada seis meses, e deverá  
168 obedecer à seguinte recomendação de concentração de cloro, quantidade do produto, volume de água e tempo de contato:  
169 preparo da solução desinfetante para o tanque do caminhão-pipa, produto quantidade do produto volume de água hipoclorito  
170 de sódio a 2,5%, (2 litros), 1000 litros; hipoclorito de sódio a 10% 500ml (meio litro), 1000 litros; hipoclorito de cálcio a 65%, 77  
171 gramas, 1000 litros. Apresentou como fonte: adaptado do Manual Integrado de Vigilâncias Epidemiológicas da Cólera, 2010.  
172 Em seguida passou a apresentar a Desinfecção do Tanque do Caminhão Pipa, que deve ocorrer da seguinte forma: a) usar  
173 equipamentos de proteção individual (EPI) - óculos de segurança incolor, máscara, luvas de látex ou PVC, botas e roupas  
174 adequadas; b) preparar quantidade suficiente de solução desinfetante para aplicar no tanque de acordo com a tabela  
175 apresentada; c) espalhar ou aplicar a solução desinfetante em toda superfície interna do tanque, canos limpos ou  
176 equipamentos de aspersão utilizados exclusivamente para este fim; d) após 20 minutos espalhar ou aplicar novamente a  
177 solução desinfetante e aguardar 20 minutos e repetir o procedimento por mais uma vez; ao final do procedimento esvaziar o  
178 tanque e enchê-lo com água potável; as mangueiras de captação e distribuição devem ser protegidas, guardadas suspensas e  
179 vedadas nas suas extremidades durante o procedimento de desinfecção. Chamou atenção que toda água transportada por  
180 carro pipa destinada ao consumo humano tem que ser potável e atender aos padrões estabelecidos na Portaria MS nº  
181 2.914/11. Disse que estão orientando as equipes municipais por regional, buscando atender às necessidades da região,  
182 inicialmente pelas demandas do Exército, atendendo ao seguinte calendário: Juazeiro - dia nove de julho; Paulo Afonso - dez  
183 de julho; Feira de Santana - dezesseis de julho; Jacobina - vinte e três de julho, do ano de dois mil e quatorze. Finalizou  
184 agradecendo e colocou-se à disposição. O Senhor Coordenador agradeceu a Dra. Andrea Ferraro e em seguida passou a  
185 palavra para Dra. Ita Cácia Cunha, para esta apresentar o item **1.2. Curso de Processo Administrativo Sanitário para VISA dos**  
186 **municípios**. Dra. Ita apresentou o processo administrativo sanitário que o COSEMS vem cobrando da DIVISA. Mostrou o  
187 objetivo do curso, de capacitar e instrumentalizar os técnicos das vigilâncias em saúde na instalação dos processos  
188 administrativos sanitários. Falou da carga horária de vinte horas e como público alvo os inspetores da vigilância sanitária, com  
189 dezesseis horas exclusivas para inspetores e quatro horas com a inclusão dos secretários municipais e procuradores. Falou  
190 também que o curso será realizado na sede da DIRES. Explicou que serão vinte horas de curso, dois dias exclusivos para o  
191 técnico da vigilância sanitária e que está disponibilizando duas vagas por município e a DIVISA sugeria que se encaminhasse  
192 um coordenador e o técnico que atua na inspeção sanitária. Continuando, disse que no terceiro dia o grupo de servidores  
193 continuaria e que ela convidara os secretários e os procuradores do município - que dão apoio jurídico para as vigilâncias e as  
194 secretarias de saúde - para terem quatro horas de conversa na sua participação no turno matutino do terceiro dia, a fim de  
195 entenderem o processo administrativo sanitário, inclusive a necessidade de informação e de publicação do curso de julgamento  
196 desses processos. Daí ser interessante sua participação no terceiro dia, quando aconteceria essa conversa com os instrutores  
197 do curso. Acrescentou que os municípios seriam a instância julgadora e se não conhecessem e não soubessem o que é o  
198 processo administrativo teriam grande dificuldade para julgarem os processos. Destacou o conteúdo do curso, com noções de  
199 direito administrativo, abordando princípios e poderes da administração pública, poder de polícia administrativa, atributos,  
200 requisitos, finalidades e características, fases e princípios do processo administrativo. Constando também o preenchimento dos  
201 termos utilizados no serviço de vigilância sanitária e uma fala sobre os crimes contra a saúde pública. Voltando à carga horária,  
202 acrescentou: dezesseis horas com os técnicos - quatro horas para discutir os conceitos da vigilância e doze horas para prática.  
203 Falou que eles preencheriam o instrumento, fariam um estudo de caso para entender o que é um processo administrativo  
204 sanitário e informou que esta apresentação e o cronograma seriam repassados posteriormente para os municípios e as DIRES.  
205 Solicitou que a CIB passasse a apresentação para o COSEMS e comunicou o início do curso na região metropolitana, no final  
206 do mês de julho, e a partir daí em todas as sedes de DIRES, para onde seria encaminhado um ofício circular e estas deveriam  
207 encaminhar para os municípios, por ser mais fácil o contato. Informou que a DIVISA ofereceria o local, almoço e lanche à tarde  
208 para os participantes e os municípios custeariam a ida dos técnicos para a sede das DIRES. Informou que não bancariam a  
209 hospedagem, pois os orçamentos solicitados tinham apresentado preços exorbitantes e a DIVISA bancaria oito instrutores,  
210 pessoas com experiência em processo administrativo sanitário, que trabalham com vigilância sanitária, no apoio jurídico da  
211 assessoria, no julgamento dos processos, técnicos com curso de direito sanitário e que há muitos anos realizam várias  
212 capacitações nesta área. Falou que a instrutoria seria paga através da UNASUS e seria disponibilizado o material necessário  
213 para o curso, bem como seria locado um espaço para a sua realização e cada turma constaria de no máximo vinte e cinco  
214 alunos, para que o instrutor pudesse trabalhar a parte prática com eles. Destacou que o número de vagas fora calculado com  
215 os quatrocentos e dezessete municípios e multiplicado por dois, logo, resultaria em quase novecentas pessoas capacitadas em  
216 processos administrativos sanitários no Estado. E finalizou agradecendo a todos. Dr. Couto perguntou se alguém tinha alguma  
217 dúvida ou questionamento, destacando que a apresentação tinha sido muito esclarecedora. A Senhora Stela Souza  
218 parabenizou a iniciativa, qualificando-a como um sonho, pois há muito tempo vinham reivindicando essa capacitação e  
219 agradeceu à Vigilância e à Senhora Ita de Cássia. Dr. Washington Couto deu seguimento à pauta com o Ponto **1.3. Resultado**  
220 **da busca ativa de sarampo**, passando a palavra para Sra. Adriana, que cumprimentou a todos em nome da Diretora da DIVEP,  
221 Dra. Aparecida, que não tinha podido estar presente. Se apresentando como técnica da DIVEP na Vigilância das Doenças

222 Imunopreveníveis, trouxe o resumo dos resultados da força tarefa da busca ativa de sarampo instituída no Estado,  
223 desencadeada com o objetivo de: identificar os casos suspeitos não notificados e que não tinham procurado atenção médica;  
224 avaliar a sensibilidade do sistema de notificação das doenças exantemáticas, incluindo o sarampo e a rubéola; realizar a  
225 capacitação de serviço de busca ativa; e manter o Estado livre do sarampo. Salientou que este processo de eliminação do  
226 sarampo vem ao longo de alguns anos, desde mil novecentos e noventa e nove sem casos confirmados, casos autóctones de  
227 sarampo no Estado da Bahia, mas que tinha sido vivenciado um surto de sarampo nos anos dois mil e cinco e dois mil e seis,  
228 em João Dourado e Filadélfia. Referiu um movimento nacional promovido pela OPAS que existe para o controle e eliminação  
229 dessas doenças nas Américas e que está acontecendo um momento crítico porque desde o ano passado dois estados estão  
230 com surto de sarampo, Pernambuco e Ceará, um deles, Ceará, ainda não tinha conseguido controlar e esse ano ainda tem  
231 registrado casos confirmados da doença, existindo a possibilidade de importação viral e com isso, a possibilidade de perder o  
232 certificado de eliminação que está sendo pleiteado. Assim, referiu que perdendo o certificado de eliminação, não só o país,  
233 mas todas as Américas perdem junto, razão pela qual se considera como um momento crítico. Comentou também sobre as  
234 ações de intensificação para eliminação do sarampo que não é só a questão da vigilância, mas também de intensificação das  
235 coberturas vacinais. Salientou que a ação da força tarefa para identificar precocemente os casos que pudessem ser importados  
236 se deu como uma ação complementar preparatória também para a Copa do Mundo, tendo sido desenvolvida uma logística  
237 considerando como municípios prioritários os municípios turísticos e/ou silenciosos quanto à notificação das doenças  
238 exantemáticas. Informou que fora elaborado e divulgado um documento norteador para todas as regionais e municípios, e  
239 encaminhado com um ofício assinado pelo Secretário Estadual aos secretários municipais de saúde. Informou que as unidades  
240 tinham sido selecionadas pelos próprios municípios, considerando unidade de saúde da rede básica, privada e pública, bem  
241 como os laboratórios. E que a logística envolveu o trabalho de campo integrando a participação de trabalhadores da DIVEP,  
242 das regionais e das secretarias municipais de saúde, com a realização de coleta de dados nas unidades, consolidação dos  
243 dados e tendo chegado agora ao processo de divulgação. Falou sobre o levantamento inicial, a partir dos sistemas de  
244 informação SIH, SIAB e SINAN, a identificação dos locais para realização da busca ativa, a definição do período de busca ativa  
245 e a listagem do que seria buscado, o diagnóstico diferencial. Apresentou como segundo passo a operação de campo com a  
246 pesquisa amostral, coleta de dados através do preenchimento de um formulário de registro e relação dos casos encontrados  
247 pela investigação. Como terceiro passo, a compatibilização do achado nas unidades com o que estava registrado e notificado  
248 no SINAN e a partir daí se investigar os casos identificados. O quarto passo, o consolidado municipal, que chegaria até a  
249 DIVEP para avaliação, tendo sido considerado o período de fevereiro a maio, pós carnaval e como resultados referiu o apoio  
250 presencial, que contaria com a participação da DIVEP e das regionais, alcançando noventa e nove municípios, distribuídos por  
251 vinte e uma macrorregiões de saúde e oito distritos sanitários de Salvador. Acrescentou que, dos municípios visitados, em  
252 torno de setenta e cinco puderam desencadear ação de busca ativa a partir dessa visita inicial, com setecentos e cinquenta e  
253 oito unidades e cento e cinquenta e um laboratórios selecionados para a busca ativa e até a data da visita inicial da busca ativa  
254 da DIVEP e da DIRES, apenas duzentos e oitenta e cinco municípios, que correspondia a vinte e cinco por cento, então, a  
255 partir desse momento outros municípios puderam iniciar o processo de busca ativa e dar continuidade, se tornando uma ação  
256 que alavancou o processo de intensificação de uma ação de vigilância dos municípios. Das unidades separadas, públicas e  
257 privadas, para os laboratórios o maior percentual foi na rede privada. O quantitativo de equipes envolvidas nos municípios foi  
258 quatrocentos e sessenta e quatro, totalizando sessenta e dois trabalhadores dos municípios, trinta e sete das regionais e trinta  
259 e quatro da DIVEP. Foram visitados em torno de setenta e um laboratórios e cento e noventa e oito unidades de saúde e, como  
260 ação complementar, o maior apoio foi por meio da revisão do diagnóstico através da busca nos prontuários e dos  
261 esclarecimentos de dúvidas das equipes. Foram realizados trezentos e vinte mil cento e onze diagnósticos, identificando-se  
262 vinte e quatro suspeitas de sarampo, treze suspeitas de rubéola e sessenta e uma de virose a esclarecer. Nos laboratórios  
263 foram realizadas duzentos e noventa e quatro mil, quatrocentos e noventa e cinco solicitações de exames, sendo identificados  
264 vinte e seis suspeitos para sarampo, mil seiscentos e oitenta e quatro para rubéola, no total de cento e cinquenta mil  
265 quinhentos e sessenta e três laudos laboratoriais. Na maior parte das visitas contaram com o apoio presencial das DIRES e em  
266 relação à avaliação do desempenho dos municípios nas ações de busca ativa, oitenta e cinco por cento foram considerados  
267 satisfatórios, vinte e sete por cento intermediários e trinta e oito por cento insatisfatórios, muitos municípios não tendo essa  
268 ação de busca ativa incorporada na rotina, uma ação que deveria já estar sendo desenvolvida por parte de ação da vigilância.  
269 Ela citou algumas dificuldades encontradas como a fragilidade na comunicação, o desconhecimento da necessidade da ação  
270 de rotina, o registro em prontuário, as letras ilegíveis nos prontuários impedindo uma definição de uma suspeita de sarampo e  
271 outra dificuldade freqüente, a resistência dos laboratórios privados em disponibilizar acesso aos dados, com a DIVEP tendo  
272 também essa dificuldade. Como facilidades ela citou o apoio da gestão, o apoio logístico, a possibilidade de realizar uma  
273 capacitação em serviço das equipes municipais e regionais, alguns municípios bem organizados, viabilizando a ação, tendo  
274 contado, em algumas unidades, com o apoio da equipe médica e da equipe de enfermagem, que tinham se sentado junto com  
275 a equipe da vigilância para analisar os dados dos prontuários. Sobre a avaliação geral, referiu que não só os noventa e nove  
276 municípios que tinham contado com o apoio presencial da DIVEP e da DIRES tinham realizado a ação de busca ativa, como os  
277 demais também tinham podido desenvolver a força tarefa e esse resultado é geral do Estado, sendo os duzentos e setenta e  
278 dois municípios que tinham informado os dados da busca ativa do sarampo, totalizando duas mil seiscentas e três unidades: da  
279 rede pública, duas mil quinhentos e dezesseis; da rede privada, oitenta e sete; e duzentos e vinte laboratórios, sendo revisados  
280 por todos os trabalhadores envolvidos, um milhão seiscentos e dois mil duzentos e noventa e nove diagnósticos, trezentos e  
281 quatorze solicitações de sorologia, mais seiscentos e vinte e nove mil quinhentos e doze mil laudos laboratoriais. Foram  
282 realizadas quinze mil e oitenta e oito entrevistas, e quarenta e quatro mil oitocentas e cinquenta e uma visitas domiciliares para  
283 busca ativa de sarampo. Apresentou como resultado final que a sensibilidade do sistema de notificação é baixa e, do total de  
284 cento e seis casos identificados, apenas vinte e cinco tinham sido notificados no SINAM, significando que é preciso melhorar  
285 ainda mais a sensibilidade do sistema de notificação para identificar essas doenças. Agradeceu a atenção e se colocou à  
286 disposição na DIVEP para apoiar, principalmente nesse momento pós Copa, e alguns municípios que não tinham podido fazer  
287 a busca ativa nesse momento inicial, e os que tivessem o interesse de reforçar a força tarefa no pós Copa, a DIVEP podia  
288 apoiar também. Dr. Couto agradeceu a Adriana dizendo que ela deixava um alerta para todos quanto à necessidade que

289 tinham de aperfeiçoar o processo de trabalho e deixava também uma preocupação porque o planejamento se dá em cima dos  
290 dados que são apresentados e que quando se via essa defasagem era algo que realmente devia ser feito e convidar  
291 novamente para a CIB porque deveria ser apresentada uma solução de como trabalhar agora. Acrescentou que são resultados  
292 que mesmo assim são muito importantes e abriu para questionamentos. Informou a solicitação de Dr. Raul de passarem a  
293 pauta para o ponto do COSEMS, uma vez que ele teria que sair e queria aproveitar a sua presença para dar conta da pauta e  
294 depois retornarem com a pauta de Sra. Joana Molezini. Assim, deu seqüência com a pauta do COSEMS. O Senhor Raul  
295 Molina referiu um compromisso que já tinha feito antes e que lamentavelmente não podia voltar atrás, por isso tinha pedido a  
296 palavra com a inversão de pauta, para que os secretários colocassem também a pauta do COSEMS. Nesse sentido, iniciou  
297 convidando as pessoas que não estavam hoje na reunião ampliada do COSEMS, para o IV Congresso dos Secretários  
298 Municipais de Saúde e o III Encontro de Prefeitos, nos dias vinte e oito, vinte e nove, e trinta e trinta e um de agosto. Reforçou  
299 que os prefeitos tinham que estar presentes nestas discussões, e pela primeira vez tinham a oportunidade de colocar  
300 secretários e prefeitos durante três dias para conversarem e pactuarem as coisas mais importantes e que mais afligem no dia a  
301 dia, além de verem a importância da saúde pública do Estado. Portanto nada melhor do que compartilhar com os gestores  
302 maiores, os prefeitos eleitos nos municípios. Agradeceu à Secretaria de Saúde do Estado, a Dra. Suzana e à equipe da  
303 SESAB, por terem colaborado também com a formatação desse congresso, ao tempo em que destacou como um momento  
304 ímpar no Congresso e que estava sendo feito um esforço para poderem garantir que todos os secretários se inscrevessem e  
305 pudessem participar. Informou que na próxima CIB ele apresentaria o Congresso com mais detalhe, mencionando ser  
306 importante que o Conselho Estadual participasse, pois o mesmo vinha tendo um papel importante. Passou a falar de um  
307 acordo feito hoje pela manhã, com relação à desassistência que está acontecendo nos pólos, especificamente o problema do  
308 Hospital Dantas Bião, uma preocupação da região e do município, importante para todos também, e agradeceu em nome dos  
309 secretários a visita do pessoal do MEC ao Dantas Bião e a interferência da UFBA. Relatou o deslocamento ontem do pessoal  
310 para Alagoinhas, com o objetivo de fazerem o diagnóstico e se inteirarem sobre o que vem acontecendo no Dantas Bião.  
311 Propôs que se fizesse com a região de Alagoinhas o mesmo que Dra. Suzana tinha conduzido na discussão de Irecê,  
312 juntamente com o COSEMS, em que se colocara o prestador, se abriera o contrato, mostrando para todos os municípios o que  
313 eles tinham dentro do Hospital terceirizado, podendo ser que houvesse alguma outra condução, dependendo da visita  
314 realizada e perguntou se podia ser mantido desse jeito. A Dra Suzana Ribeiro saudou a todos e informou que ontem  
315 conversava com Dr. Raul sobre a pauta e colocava para ele a demanda de pauta do COSEMS, tanto do Hospital Dantas Bião  
316 como da Santa Casa de Cruz das Almas, sem passarem antes pelas CIR. Por isso era preciso se criar o hábito, porque todos  
317 dizem que as Comissões Intergestores Regionais são inativas ou não conseguem resolver nada, mas os próprios gestores,  
318 quando remetem para a CIB e trazem o problema que é local, passam por cima das CIR. Nesse ínterim, disse que a CIR tinha  
319 que ser empoderada e quem empodera a CIR são gestores municipais e representações das secretarias de saúde e o gestor  
320 estadual da Secretaria do Estado. Então, colocando o exemplo de Irecê, ao acontecer o problema com o Hospital Regional de  
321 Irecê, fora colocado, na época, que tinha que ser discutido na CIR e toda discussão tinha sido feita dentro da CIR. Não  
322 importando com quem quer que fosse, com o prestador, com o Diretor da Rede Própria, com o Secretário, em reunião dentro  
323 do gabinete com a CIR, aonde vieram todos os secretários, os representantes de DIRES, membro efetivo e reforçou ser isso  
324 uma forma da empoderar. Assim referiu que não adiantava trazer para a CIB uma discussão que é local, regional enquanto não  
325 se discutisse isso dentro do espaço regional, pois, trazer para a CIB gerava ainda mais tensionamento e não resolveria, pois se  
326 colocasse essa pauta seria discutida e rediscutida, levando mais de duas horas, todo mundo querendo falar, se pronunciar e  
327 no final tirava-se uma Comissão para fazer uma visita, com representantes do COSEMS e da SESAB, e gerava um parecer.  
328 Informou que ontem a equipe da SESAB esteve em visita ao Hospital - a Dra. Gisélia, Superintendente da SAIS, junto com o  
329 Dr. José Valter, Diretor da Rede Própria, Dr. Vespaziano, da Gestão Indireta, e Dr. Paulo Barbosa, Chefe de Gabinete - e  
330 solicitara a Dra. Gisélia que desse um posicionamento da visita e fizesse um relato do que acontecera lá, para a partir desse  
331 relato encaminharem o que fosse de consenso entre todos para resolver. Destacou que não tinha nenhum problema da  
332 Secretaria de Estado discutir contrato, conversar com prestador, colocar o prestador na roda da CIR, pontuando que o espaço  
333 tinha que ser lá mesmo, era preciso abrir o contrato, conversar com o prestador, dizer o que está acontecendo, o que não está  
334 fazendo, o que precisa melhorar, o que tem de barreira de acesso no hospital. Analisar também o sistema municipal, o sistema  
335 de saúde regional e que não se trata só do hospital regional, envolvendo um conjunto de atores municipais e estaduais na  
336 garantia da assistência à saúde e começando pela porta de entrada que é a atenção básica. Comentou que às vezes se  
337 direciona apenas para um ponto da rede e se esquece que desde dois mil e dez se trata das redes de atenção e a partir de  
338 dois mil e onze, com um olhar mais apurado para algumas redes que já tinham sido denominadas pelo próprio Ministério, a  
339 materno/infantil, a urgência, a psicossocial, enfim o que fazia valer isso dentro do território. Disse ser o momento de  
340 aprofundarem o debate, criando as condições para os gestores municipais se empoderarem do conhecimento, não só técnico  
341 como político, para se construir dentro da regional. Sem isso não se avançaria nunca a regionalização em saúde no Estado.  
342 Questionou quantos SAMU regionais estão parados por falta dessa articulação dentro da própria CIR e afirmou que quem  
343 decide é o gestor locorregional, gestor municipal e gestor estadual naquele território sendo preciso, para isso, estarem se  
344 empoderando. Solicitou a Dra. Gisélia, para colocar as informações sobre a visita à região e posteriormente fazerem os  
345 encaminhamentos, diante da importância técnica. A Dra. Gisélia Souza ponderou que Dra. Suzana colocara a essência da  
346 problemática do Dantas Bião, separando as naturezas dos problemas: problemas internos do hospital, ou seja, questões que  
347 dizem respeito à própria execução do contrato da SESAB com o Dantas Bião, e como está se dando essa execução, os ajustes  
348 nesse contrato que precisam ser realizados para dar conta do que está sendo disponibilizado e contratualizado. Além disso,  
349 outra questão dizia respeito a como a rede está organizada, como os municípios estão organizados, o que está pactuado para  
350 este Hospital, o que realmente se tem do ponto de vista da regional, da sua Comissão Intergestores Regional, o que tem sido  
351 discutido internamente. Portanto duas ordens de problemas: intra e extramuros. Intramuros, no que diz respeito à fiscalização  
352 real do contrato, a SESAB fiscalizando o que está sendo efetivamente prestado. Extramuros seria a articulação com os  
353 municípios em torno da região. Mencionou que há quinze dias a SESAB vem chamando atores importantes da região para  
354 conversar, tendo recebido uma comissão no Gabinete do Secretário, com o sindicato representante dos trabalhadores, com a  
355 Câmara de Vereadores de Alagoinhas, vereadores da Comissão de Saúde do município, bem como a Comissão de

356 Funcionários e a partir disso tinha sido discutida a necessidade de uma visita ao hospital. Informou ainda que a comissão  
357 referida por Dra. Suzana tinha estado ontem no hospital, levantando a situação interna do hospital e participado de uma  
358 assembléia com profissionais do Hospital, cinco vereadores de Alagoinhas, o Sindicato de Saúde, o Conselho Municipal de  
359 Saúde, a DIRES, Sr. Rogério, que se pronunciara naquela reunião e comunicou que a proposta feita pela SESAB tinha sido  
360 que se fizesse uma reunião na CIR para discutir a situação do Hospital. Primeiro, porque no planejamento a missão desenhada  
361 do Hospital Regional não é ser um hospital de oferta de um grande ambulatório de especialidades, hospital regional não é para  
362 ser ambulatório de especialidades médicas, mas uma unidade de internação hospitalar, para atender o perfil de internação  
363 hospitalar daquela região. Colocou como a primeira questão que não se pode transformar o hospital em um grande ambulatório  
364 de especialidades e como outra questão o fato desses dados terem sido verificados *in loco* pela comissão de que mais de  
365 oitenta por cento dos atendimentos feitos pelo hospital são para pacientes classificados no 'azul' do Protocolo Manchester, ou  
366 seja, pacientes que não deveriam estar em hospital, mas serem atendidos pela própria prefeitura. Acrescentou que mais de  
367 oitenta por cento da população atendida no hospital é de Alagoinhas, o que acontece na maioria dos hospitais regionais, em  
368 que a população atendida é em sua imensa maioria dos municípios do município onde o hospital se localiza. Então fora  
369 verificada a necessidade de ter uma discussão mais aprofundada na CIR sobre o perfil do hospital, a sua carteira de serviço, o  
370 que ele vai prestar de atenção à saúde àquela população e àquela região. Comentou que já tinha sido dito de antemão que  
371 existe um limite, tanto financeiro, para o contrato, como para sua capacidade instalada, ou seja, o hospital não podia dizer que  
372 ofertaria mais do que sua capacidade de ofertar. Acrescentou que quando o hospital recebera não existia UTI, tendo sido  
373 necessário colocar UTI com dez leitos em funcionamento e sem ter condição de habilitar, pois a unidade é antiga, não  
374 atendendo aos requisitos exigidos pela vigilância sanitária para a habilitação daquele serviço. Disse tratar-se de questões para  
375 ser discutidas, como o que está contratualizado, o que o contrato prevê, o que a unidade tem capacidade de ofertar e que será  
376 pactuado com os gestores, para eles fazerem um movimento interno de seus municípios a fim de resolverem o máximo  
377 possível de problemas e que aquele hospital não é responsável por todos os problemas de saúde da região. Assim referiu que  
378 observava que o Dantas Bião termina sendo um hospital super lotado, sendo o único hospital que responde, com uma  
379 capacidade resolutive maior, por isso tem uma sobrecarga maior. Falou da dificuldade com o contrato por ele estar defasado  
380 do ponto de vista financeiro, o que já está sendo negociado com o Secretário Washington Couto e a O.S. que dirige o Hospital,  
381 o Monte Tabor. Por isso gostaria de tranquilizar o pessoal daquela região, pois já estavam no controle da situação e era preciso  
382 discutir localmente, regionalmente, trazendo-se para a CIB se não derem conta de resolver na região. Dr. Raul Molina falou  
383 para Dra. Gisélia que a grande maioria dos secretários da região diz que os problemas não são somente esses colocados e  
384 mostrados, como se fosse um problema ambulatorial, mas colocam também a urgência e emergência e outros problemas como  
385 os pacientes que estão sendo rejeitados pelo hospital. Assim com essa oportunidade pedia para que os secretários  
386 aproveitassem esse momento na CIR a fim de colocarem tudo isso, inclusive que levassem os documentos, a parte de  
387 regulação que está sendo feita. Dra. Gisélia Souza sugeriu marcarem uma reunião extraordinária da CIR e disse que ainda  
388 hoje seria agendada a reunião extraordinária da CIR para debater essa situação, com o Estado presente. Dr. Raul Molina  
389 salientou que o COSEMS acompanharia e solicitou ao Secretário que as demandas colocadas hoje fossem encaminhadas no  
390 dia da CIR, se possível documentando o que houver de encaminhamentos, na regulação e nas outras questões e a grande  
391 maioria dos problemas do hospital que tem em ortotrauma, neurocirurgia. Por isso convocava os secretários da Macrorregião  
392 Nordeste para que nessa CIR colocassem claramente a posição encaminhada aqui para terem as coisas mais claras. Dra.  
393 Gisélia Souza pontuou que a reunião ontem tinha sido demorada, das duas às seis horas da tarde e que ela tinha feito a visita  
394 ao hospital e conversado sobre toda essa situação, inclusive as barreiras de acesso. Com isso salientou que a SESAB tem  
395 acompanhado essa situação com a O.S., que tem se queixado que o contrato é deficitário e que devia ser observada, a partir  
396 de um determinado momento, a redução do atendimento, sendo óbvio que eles criavam um mecanismo para reduzir isso e o  
397 Estado estava atento e seria discutido. Isso posto, referiu que juntos veriam o contrato para que o mesmo viesse a ser  
398 cumprido na sua integralidade e que não tivesse barreiras de acesso. Fez a ressalva de que o informado por eles é que nunca  
399 haviam colocado barreiras de acesso e que para o SAMU existia a vaga sempre, mas era necessário avançar logo, tinham que  
400 resolver e discutir a proposta conversando sobre essa situação pormenorizadamente na reunião da CIR e com a presença da  
401 O.S. que faz a gestão do contrato, assim como com a presença do Chefe de Gabinete, Dr. Paulo Barbosa, que estariam lá para  
402 esclarecer, discutir e tomar os encaminhamentos e as medidas necessárias. Pois o Estado quer que essa questão se resolva,  
403 razão pela qual eles tinham se deslocado até lá, discutido amplamente com os segmentos da sociedade, as pessoas  
404 interessadas, faltando, porém, os secretários municipais. Por isso se fazia necessário discutir essa situação dentro da CIR. Sra.  
405 Tatiana Araujo, assessora técnica de três municípios da microrregião de Alagoinhas, relatou que os secretários de saúde  
406 também estão aqui e que não é essa a real situação, informando ter recebido assim como todos os secretários de saúde da  
407 microrregião, no mês de dezembro, um ofício assinado pelo diretor do Dantas Bião, informando que os municípios não  
408 enviassem nenhum paciente para o hospital, só se fosse muito urgente porque o Dantas Bião não tinha condição. Além disso,  
409 vários secretários da região tinham pacientes no hospital com mais de cinquenta dias para fazer cirurgia de fratura de fêmur, de  
410 braço e os responsáveis pelo hospital passando para os pacientes e os gestores que está faltando material, inclusive teria sido  
411 sugerido a uma Secretária de Saúde que ela comprasse o material para poder fazer a cirurgia. Destacou que as ambulâncias  
412 que ficam com as macas presas por não ter vaga, estão voltando aos municípios, mas as macas ficam no hospital e que há  
413 mais de dois anos estão sem realizar cirurgias eletivas no Dantas Bião. Portanto, disse ela, a situação não é realmente a  
414 colocada pelo Estado de que seria preciso discutir na CIR, porém já tinha sido discutido várias vezes, mas sem avanço na  
415 discussão e agora tinha sido solicitada a pauta na CIB por ter sido uma situação de emergência, o hospital tinha fechado as  
416 portas, os funcionários tinham feito barricada de pneus na rua, ninguém entrava nem saía, portanto uma situação muito  
417 complicada. Além disso, três municípios da microrregião quase não encaminham ninguém para Alagoinhas e sim para Sergipe:  
418 Rio Real, Jandaíra e Itapicuru e ao se fazer um levantamento dos atendimentos do Dantas Bião, ficava constatado que quase  
419 não se encaminha para lá e os três municípios estão vivenciando a situação do Estado de Sergipe fechar as portas para esses  
420 atendimentos. Logo, se os três municípios encaminhassem todos os seus pacientes para o Dantas Bião, a situação ainda  
421 estaria pior do que está hoje. Salientou que os municípios estão abertos para uma reunião na CIR e perguntou a nova data e  
422 se o Estado estaria realmente presente bem como todo o Monte Tabor, porque não adiantava os secretários discutirem na CIR

423 sem o Estado e o prestador presentes, para poderem finalizar realmente esse contrato. Dr. Raul Molina mencionou que, só  
424 para tranquilizar os secretários, estariam presentes na CIR a SESAB, o COSEMS e o prestador, e a situação seria  
425 encaminhada de outro jeito, não somente da forma que tinha sido colocada. Dr. Washington Couto ponderou que todo mundo  
426 estava com vontade de falar, inclusive ele, mas já que a assessora tinha falado, passaria para Sr. Rogério e após sua fala faria  
427 o encaminhamento. Sr. Rogério, Diretor da terceira DIRES, referiu que estava no hospital junto com a comissão na discussão e  
428 o encaminhamento tinha sido de que se fizesse a CIR e tratassem dos problemas junto com os secretários de saúde e que o  
429 mais importante fora que essa discussão tinha sido feita antes da 'bomba explodir' e na verdade não estavam presentes os  
430 atores para resolverem naquele momento. Referiu que o mais importante de tudo é que o Dr. Paulo tinha se colocado à  
431 disposição para realizar essa discussão amanhã, com os atores que são resolutivos, incluindo a representação do Monte  
432 Tabor, para tomarem as decisões naquele momento e que não se postergasse lá na frente. Sra. Gisélia Souza destacou que  
433 Dr. Paulo havia marcado para amanhã porque teria o colegiado das DIRES. A Sra. Gisélia Souza colocou, para os secretários  
434 e para a assessora técnica dos três municípios que tinham expressado aqui o pensamento dos secretários, e todos os  
435 secretários da região seriam chamados e estariam nesta reunião todos aqueles com interesse direto na questão: o Estado, que  
436 coordena a CIR, sendo representado por Sr Rogério e os membros da SESAB, a própria Superintendente e o Diretor da  
437 Gestão Indireta. Assim, disse que seria tratada a estratégia adotada, pois já tem outros exemplos em que se conseguira  
438 resolver, como Irecê, pontuando que o Estado e os municípios possuem *know how* suficiente para saírem dessa situação e que  
439 no Dantas Bião tinha ocorrido realmente um episódio que tinha culminado no fechamento da rua, denúncias de funcionários  
440 por conta de um atraso de pagamento aos mesmos e salientou que o Estado está mantendo o pagamento daquela O.S. em  
441 dia, tendo sido pago inclusive o mês de julho, porém eles alegam defasagem do contrato, mas, disse que o mesmo já está  
442 sendo ajustado e cobrado o mínimo do serviço contratualizado, para que eles apresentassem esse serviço com qualidade.  
443 Disse que seria visto também o acesso desses municípios ao hospital, pois se observava que o município de Alagoinhas tem  
444 se beneficiado mais do hospital e os outros municípios realmente têm sido prejudicados nesse acesso. Portanto, tinha que ser  
445 discutido para ver o que seria feito para a regulação desse acesso, para as coisas acontecerem da forma mais correta  
446 possível. Ela enfatizou que nessa reunião da CIR seriam discutidas pormenorizadamente todas essas questões. O Senhor  
447 Raul Molina agradeceu a Sra. Gisélia Souza e chamou a responsabilidade para cada um no que era preciso e colocou  
448 claramente que isso não está acontecendo somente no pólo de Alagoinhas, mas começando a ocorrer esses problemas na  
449 Bahia inteira, de uma forma geral e todos os pólos aqui presentes na reunião do COSEMS tinham colocado pela manhã, como  
450 o município de Feira de Santana, o problema no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, das Santas Casas que também  
451 têm apresentado problemas e principalmente das unidades que estão na Rede Cegonha. Comentou que houve uma reunião  
452 com o Ministério Público, tendo sido lá colocado que não era possível jogar a responsabilidade somente de um lado, tinha que  
453 ser dividida, por isso pela manhã tinha perguntado aos secretários, com relação ao acompanhamento e auditoria dos  
454 municípios em gestão plena, que trazem o problema e simplesmente ficam de fora da situação, como se fossem simplesmente  
455 espectadores. Ressaltou que ficava a questão da gestão compartilhada porque o fato de ter um hospital regional não impedia  
456 que o município cumprisse as suas obrigações sanitárias, destacando que, como o que tinha sido feito com Salvador, uma  
457 regulação compartilhada, era necessário também fazer o mesmo com outros municípios, para ambos, município e Estado,  
458 terem a mesma responsabilidade, pois não dava para o município pólo fazer a crítica da crítica e não acompanhar o que está  
459 acontecendo dentro do seu território. Pois se a Auditoria de Alagoinhas estivesse funcionando e tivesse atuado no Hospital  
460 Dantas Bião, talvez tivesse outro diagnóstico da situação. Mencionou também que em Santo Antônio de Jesus há um problema  
461 sério, conforme trazido pela Senhora Joseane e a CIR estava se reunindo hoje, pois existem problemas desse tipo lá.  
462 Comentou ainda que, sendo uniformizada a posição e o entendimento, os problemas seriam resolvidos da mesma forma.  
463 Portanto era necessário pactuar que todos os locais com problemas de desassistência nos pólos e tendo hospitais regionais  
464 fechando as portas, como muitos têm fechado, não adiantava a gestão se capitalizar ou querer pagar para o prestador através  
465 da produção e 'matar' os hospitais e os equipamentos – colocando aí que há hospitais que recebem até trezentos mil reais - e  
466 estes comecem a produzir duzentos ou cento e cinquenta reais, pois o hospital receberia esse valor e a Secretaria se  
467 capitalizava e 'matava' o hospital, depois ficava o problema para todos resolverem na região. Pontuou ser contra essa posição,  
468 entendendo que tem que ser utilizado aquilo que o Estado utiliza e que outros locais utilizam, escalonando as metas, sendo  
469 esse o modo correto de trabalhar, para que as unidades não fechem e, caso contrário, o problema seria ainda mais sério. Disse  
470 que os pactos regionais resolveriam esses problemas, pois regionalmente seria visto como resolver, pactuando inclusive com  
471 responsabilidade sanitária tripartite em cada local para que onde houvesse problemas nos hospitais regionais se avançasse,  
472 sendo esse o encaminhamento com relação à desassistência e, se o Estado concordasse, seria tocado dessa forma. O Senhor  
473 Odilon Cunha ponderou que a CIB precisava tomar uma decisão, pois a Região de Cruz das Almas vinha passando por muitas  
474 dificuldades, embora o Estado viesse investindo recursos próprios na instituição prestadora de serviços, o pagamento via  
475 município. O convênio através da produção tinha terminado, inviabilizando o benefício da remissão desses que o Estado tinha  
476 pagado à instituição. Propôs que o Estado pagasse, ainda que ele não soubesse se o mesmo tinha essa condição econômica,  
477 nesse momento difícil que está atravessando, um momento também político, pois vinha vendo que o Estado tem um processo  
478 de avaliação dos prestadores de saúde contratados por ele próprio, principalmente as entidades filantrópicas, de maneira muito  
479 clara. Porém neste momento, na medida em que se tirasse qualquer recurso dessas entidades que estão sendo avaliadas,  
480 estava sendo criada uma situação mais acirrada, não sabendo como faria isso perante os órgãos de controle interno, mas que  
481 era preciso que o Estado, pelo menos durante esses três meses, sustentasse a avaliação, pagasse o contrato integral e fizesse  
482 uma auditoria, o Estado, os prestadores e os municípios, para verem como estão os municípios e essas entidades, pois no  
483 momento da discussão e na hora que o Estado tirava o dinheiro por ter cumprido o seu contrato, estava fazendo muita falta,  
484 conforme tinha sido visto em Cruz das Almas, quando o Estado tinha colocado o dinheiro e a Prefeitura tinha cumprido o  
485 contrato. E mencionou que o Conselho Municipal tinha colocado que só poderia pagar o POAS, culminado nessa situação, sem  
486 assistência obstétrica, ou então com o pânico de que não teria assistência obstétrica, sem assistência em clínica médica em  
487 Cruz e em todos os municípios que tinham alocado dentro de Cruz das Almas. Destacou que falava como Secretário de  
488 Governador Mangabeira, tendo colocado 30% dos seus recursos em Cruz das Almas, além de duzentos internamentos de  
489 pediatria e não ocorrendo nenhum, porque o hospital tinha fechado. Portanto, era necessário ter atenção a essa situação e

490 reiterou a sugestão de que o Estado, ainda que ele soubesse que dependia das condições financeiras do mesmo, pelo menos  
491 suspendesse essa avaliação dos contratos com o pagamento a menos. O Senhor Washington Couto informou que o Estado  
492 não tem condição e que era necessário entender que o processo de avaliação, independente do momento que está sendo  
493 vivido, tinha que acontecer e o Dantas Bião era um exemplo. Porque se não avaliavam, infelizmente os prestadores entravam  
494 na rotina, se não tivessem fiscalização eles não cumpririam os contratos. Logo o contrato tinha sido publicado para ser  
495 cumprido e o que se precisava fazer era dar uma sequência ao que é avaliado, às constatações e tudo o que é levantado e  
496 muitas vezes não se via a outra parte, das penalidades, sendo necessário fazer cumprir os contratos, levando em consideração  
497 que cada caso é um caso. Pontuou também que esse caso era diferente do Dantas Bião, que era diferente de Itapetinga, em  
498 que tinha sido feito o reajuste e a postura do Estado seria de olhar cada caso. Com relação ao Hospital Dantas Bião, informou  
499 que o Estado estava discutindo mais uma vez com o prestador que, por ser o mesmo prestador, seria feito também com o  
500 Hospital de Porto Seguro, sendo preciso fazer um ajuste no contrato e com a solicitação de uma ampliação desse contrato  
501 seria exigido, cobrado mais, inclusive com algumas metas que se colocava. Em outros casos disse que é necessário ampliar o  
502 contrato porque a demanda tinha aumentado, sendo muito além do que já estão acostumados, pois todos já estão  
503 acostumados a trabalhar com 100% a mais da ocupação das suas unidades, mas a realidade que colocavam era muito maior.  
504 Comentou que no Hospital Dantas Bião tem a questão da estrutura física da UTI, da instalação do tomógrafo, das melhorias,  
505 ampliações, uma reforma geral, isso tudo seria discutido nessa nova rodada das ampliações, assim como em Porto Seguro e  
506 nos outros. Salientou que em toda reunião da CIB e individualmente com vários gestores ele tem falado que a saúde está  
507 passando por um momento muito difícil, o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, as secretarias municipais, não  
508 havendo recurso e a demanda sendo ampliada a cada dia e a cada dia eles tendo que dar conta de mais coisas. Comentou  
509 que ampliar a quantidade de médicos do Programa Mais Médico envolvia as demandas de média, dos exames laboratoriais  
510 para diagnóstico e outros. Portanto, não tinha como passar a mão pela cabeça de prestador, pagar em cheio,  
511 para depois fiscalizar, mas precisava haver uma união entre o Estado e os municípios para acharem soluções que viessem a  
512 dar conta das demandas. Reafirmou que já está combinado para o Hospital Dantas Bião e a Senhora Gisélia apenas marcaria  
513 a data para participar da CIR, fazendo um processo em que, mesmo com a fala da assessora sobre o Dantas Bião, cada um  
514 colocasse o que coubesse, pois não era simplesmente colocar que o contrato é do Estado, pois todo mundo tinha  
515 responsabilidade nisso, sendo importante colocar quais os problemas, as partes que cabiam a cada um dentro desses  
516 problemas para que se achasse a solução. E informou que no próximo dia vinte e nove, às 14 horas, haverá a reunião da CIR.  
517 Todos concordaram e ele passou a palavra para o Senhor Raul Molina, e este mencionou que o COSEMS também estará  
518 presente nesta reunião e, com relação à pauta do COSEMS, seria rápida, pois já tinha sido discutida pela manhã, destacando  
519 a assistência farmacêutica, com duas pactuações: a primeira se dava no término de trinta dias, e depois, junto com a comissão,  
520 tinha sido dado o prazo de noventa dias. A assistência farmacêutica se comprometera, a princípio, em cumprir os quarenta e  
521 dois itens das três ações prioritárias, das quais Lucas havia colocado que está em torno de trinta e seis ou trinta e sete itens.  
522 Portanto, isso fora pactuado no Ministério Público, onde tinham sido pontuados as dificuldades e os problemas logísticos e  
523 técnicos que poderia haver se eles partissem para o plano B, se fossem repassar os recursos para os fundos municipais de  
524 saúde, se ainda estavam em vigência os noventa dias colocados até trinta de julho. Acrescentou que hoje tinha ficado  
525 pactuado com Lucas que se esperaria até dia trinta de julho para que fossem regularizados todos aqueles casos, por isso não  
526 adiantava ficarem discutindo item por item do que faltava e fora colocado claramente que se entendia que uma coisa não  
527 justificava a outra, a falta de informações do sistema de informação não fazia com que se colocasse que não existia a liberação  
528 dos medicamentos. Aguardariam até o dia trinta de julho, pois já tinha uma Comissão e em agosto seria tomada a posição se  
529 isto não viesse a ser cumprido, pois tinha sido pactuado com o Secretário e com o Ministério Público. Com relação às cirurgias  
530 eletivas, Dr. Raul Molina informou ter recebido uma recomendação do CONASEMS,  
531 a respeito do saldo remanescente das cirurgias eletivas a ser pactuado na CIB, estados e municípios, tendo que ser explicitada  
532 a prioridade dada e qual o destino do saldo existente. Destacou que na discussão sobre isso pela manhã se colocara a  
533 situação do município de Itaçuara e que já tinha sido colocada a situação de Sapeaçu e de Bom Jesus da Lapa. Portanto  
534 tinham encaminhado que: quando forem discutir novamente cirurgias eletivas, e se houver saldo remanescente, que os  
535 municípios que já tiverem apresentado projetos de cirurgias eletivas, já tendo sido avaliados pelas CIR e aprovados pela  
536 equipe técnica, se desse primeiramente uma resposta a estes, antes que se pactuasse qualquer outra coisa. Essa tinha sido o  
537 encaminhamento dado, inclusive de se pactuar de forma regionalizada, por existirem problemas sem solução nas regiões e  
538 verem as sobras existentes naquelas regiões para se resolver os problemas. Comentou que não dava para trazer para  
539 Salvador, nem para trazer as coisas para um lado só. Logo, o entendimento hoje tinha sido esse encaminhamento com relação  
540 às cirurgias eletivas. A Senhora Cláudia Almeida fez alguns esclarecimentos, relatando que Itaçuara é um município sob  
541 comando do Estado e na época, mais especificamente no dia 26 de dezembro de 2013, a área técnica havia recebido um ofício  
542 da Prefeitura solicitando a alocação de recursos diferenciados para poderem realizar cirurgias eletivas, visto que eles tinham  
543 uma média de doze procedimentos/mês de cirurgia e que ficaria em vinte cirurgias em espera. Então seria a ampliação disso.  
544 No dia 10 de janeiro a área técnica dera a resposta, informando que estavam fazendo um estudo de avaliação do teto para  
545 rediscutirem, porém existia sempre a curiosidade de identificar qual a situação dessa unidade neste município. Adiantou que ao  
546 avaliar o estudo tinha observado, em primeiro lugar, que o município tem apenas um leito cirúrgico no CNES, tem um  
547 profissional cirúrgico por duas horas semanais e um anestesista com três horas semanais. Portanto, a produção identificada no  
548 ano de 2012 tinha sido apenas a média de três cirurgias/mês; em 2013, de cinco cirurgias/mês; e em 2014, durante o período  
549 de janeiro até julho, tinham aparecido apenas sete cirurgias. Assim, ressaltou que o que se quer ver na reavaliação desse  
550 produto é em que momento Itaçuara, que está sob gestão do Estado, podia ser ajudado, ao tempo em que ponderou ser  
551 importante salientar que não está havendo desassistência em termos de cirurgias eletivas, pois os usuários de Itaçuara estão  
552 sendo operados em Jaguaquara, Vitória da Conquista e Valença, e que o Estado tem essa produção. Finalizou mencionando  
553 que hoje tinha sido colocado mais uma vez uma nova avaliação, um novo estudo, que trazia algo muito importante, pois  
554 quando o Ministério diz para realocar recurso de municípios que não executaram mais de cinquenta por cento, ou que  
555 executaram abaixo de cinquenta por cento, tinha sido colocado quarenta e cinco por cento, o resultado do componente 2,  
556 mostrando a relação dos municípios que tinham executado abaixo de quarenta e cinco por cento do componente 2, e abaixo o

557 saldo que ficava em discussão, do conjunto dos municípios que tinham executado abaixo de quarenta e cinco por cento,  
558 ficando o total de três milhões, duzentos e vinte e três mil, seiscentos e oito reais e quarenta e três centavos, sendo este o  
559 recurso que ficava para a discussão que o Senhor Raul trazia. Lembrou que neste recurso podia ser feita a alocação do  
560 componente II para o componente III, salientando que esse ano duas portarias já tinham sido publicadas, uma inclusive nesta  
561 semana, a Portaria nº 2467/2014, em que o Ministério aloca recurso dos gestores que executaram mais de cinquenta por  
562 cento. Comentou que o Ministério continua reconhecendo, mas recomenda em um dos seus artigos que o recurso  
563 remanescente tenha sua redistribuição discutida na CIB e informou que esse material está no site da DIPRO e também tinha  
564 sido encaminhado para o COSEMS e para o nível central da Secretaria, para servir de parâmetro em alguma discussão que se  
565 pudesse ter no futuro. O Senhor Ivonildo Dourado perguntou se na apresentação de Dra. Cláudia constam os municípios com  
566 os percentuais de execução acima de cinquenta por cento e ela respondeu ter utilizado a mesma metodologia que tinha hábito  
567 de trabalhar e o diferente na planilha é a nova alocação que o Ministério da Saúde já tinha colocado e que faltava a última  
568 Portaria por ter saído esta semana e não tinha dado tempo de colocar nesta apresentação. Portanto, constam na planilha os  
569 municípios com tudo o que já receberam, por componente, onde está o déficit. Além disso, que ela continuava fazendo a  
570 metodologia de pontuar o atendimento do município, da população própria e da população referenciada, pois serviria como um  
571 balizador na hora da discussão, se aquele município que fizera mais de cem por cento do seu recurso, ou que utilizara mais de  
572 cem por cento do seu recurso e na realidade esse recurso tinha sido utilizado em noventa por cento com a população própria,  
573 essa discussão não podia ser esquecida na hora de tomar a decisão de como repactuar esse recurso financeiro. Acrescentou  
574 ter utilizado também a mesma metodologia no componente 2, com a relação de municípios com execução de mais de  
575 cinquenta por cento, lembrando a Portaria 353/2014, onde se fez o remanejamento do componente 2 para o componente 3,  
576 todo ele tendo sido considerado nesse novo cálculo feito. E salientou que a única não colocada aqui é a Portaria que saíra dia  
577 11 de julho, mas que o estudo seria atualizado com a nova portaria. Pontuou que este estudo é de junho de 2012 a abril de  
578 2014 e que apresenta a mesma logística, de quem utilizou o teto variável do teto físico, o componente 3 seguindo a mesma  
579 metodologia. Destacou mais uma vez que o material está no site da DIPRO e concluiu relatando que o município de Bom Jesus  
580 da Lapa encaminhou o projeto e hoje pela manhã ela tinha recebido o Secretário, parabenizado o mesmo pelo projeto muito  
581 bem elaborado, porém tinha feito duas considerações: a primeira, de que no componente 2 permanece cirurgia de catarata por  
582 faco-emulsificação com implante de lente intra ocular dobrado, facoemulsificação rígida; a segunda, que não se deve trabalhar  
583 com este tipo de procedimento, por ser muito traumático para o paciente. Portanto, atenderia o componente 1, a questão da  
584 catarata, sendo o ideal trazer o que há de mais moderno e o que menos traumatize o paciente na hora do procedimento  
585 cirúrgico. E aconselhou o Secretário de Bom Jesus da Lapa a excluir os demais e deixar aquilo que realmente traz o melhor  
586 conforto e de melhor tecnologia para o paciente. A outra coisa é que tinha estado particularmente neste município,  
587 acompanhando o rastreamento do câncer de mama, quando, a convite do Secretário para conhecer o hospital, ficara surpresa  
588 em ver uma sala específica da ortopedia, com um equipamento daquele sem fazer adesão ao TOM, que é a política da  
589 traumatologia-ortopedia, sendo uma pena para a região. Assim, referiu que gostaria que o Secretário trabalhasse junto com a  
590 equipe técnica, para viabilizar essa habilitação, por estar cobrindo a região de uma excelente infra-estrutura. A Senhora Stela  
591 Souza ressaltou que isso tinha sido discutido pela manhã no COSEMS e que os colegiados é que tinham condição de discutir  
592 essa execução, com o apoio da SESAB, da área técnica e enfatizou que a discussão das cirurgias eletivas, ultrapassando ou  
593 não o teto, execução ou não execução, teriam que ser discutidas no colegiado, onde se sabe e se define quem é que está  
594 fazendo, a paridade, se estão abrindo as portas ou não. Portanto, como a Senhora Suzana Ribeiro colocara sobre o  
595 empoderamento das CIR, estas tinham que ter empoderamento mesmo, não sabia como, mas a CIB poderia trazer algumas  
596 orientações. Mas que a discussão fosse feita *in loco* em cada CIR, claro que acompanhando uma metodologia, para que todos  
597 fizessem da mesma forma, porém adequando à realidade local. Salientou como uma orientação importante a ser dada para o  
598 município executor que está atendendo só à população dele, e a CIR sabia disso, não precisando nem olhar no sistema de  
599 informação, pois com certeza todas as regiões conhecem bem os seus municípios, e propôs como encaminhamento a  
600 formação de um grupo de trabalho para compor critérios, propostas, orientações, metodologias, o que se fizesse necessário  
601 para que o trabalho fosse produtivo e exequível, a fim de serem levados aos colegiados para discussão. Pontuou que tem  
602 municípios que não estão na relação, mas estão executando, que podem até ter capacidade instalada para executar mais e  
603 esses municípios não estão no rol para receberem recursos de cirurgias eletivas, mas vêm demonstrando que têm condição e  
604 capacidade de realizar, sendo portanto importante ver isso nos colegiados e posteriormente trazer o consolidado para a CIB. A  
605 Senhora Raquel, Secretária Municipal de Saúde de Chorrochó, comentou que já sabia que o município pólo não realiza  
606 nenhuma cirurgia dos outros municípios referência, conforme tinha sido mencionado, o município de Paulo Afonso fez 100% só  
607 para a população própria, portanto devia haver uma punição porque todo ano era a mesma coisa que acontecia na região e  
608 que Paulo Afonso usa o recurso só para a sua população e os outros municípios ficam sem fazer as cirurgias, a demanda cada  
609 vez aumentando mais e a população piorando, por isso deveria existir alguma coisa para punir esses municípios e a verba não  
610 ir mais para lá. A Senhora Ademásia, Secretária Municipal de Saúde de Glória, confirmou que os municípios realmente passam  
611 por este problema colocado pela Senhora Raquel, seu município vive isso há mais de cinco anos, desde que assumiu o  
612 governo vem tendo essa dificuldade e o município que assume o compromisso com a Regional não dá respaldo algum e a vida  
613 do município é bastante sofrida. Assim, pontuou que como secretária municipal convidava a todos para serem coesos nessa  
614 questão colocada por Stela, da CIR ser ouvida, por ser lá onde os municípios dizem que não são assistidos. Reiterou ser  
615 preciso ter mais atenção sobre a questão, pois a população é quem mais sofre e isso incomodava tanto que ficava difícil de  
616 trabalhar. Disse que o sofrimento da população é muito grande, eles vão para o Hospital Regional e ao chegar são devolvidos  
617 ao município e aconselhados a procurarem o município de Glória, mas o município de Glória não pode fazer a cirurgia eletiva,  
618 pois não tem hospital, apenas a atenção básica e o hospital regional é a sua referência, portanto, uma situação muito delicada  
619 e precisando ser estudada, não existindo possibilidade de continuar dessa forma, sendo interessante que os outros municípios  
620 se manifestassem quanto a isso. Reiterou também que é a CIR que tem que decidir, de direcionar os recursos, as providências  
621 e se não fossem tomadas as providências os municípios é que tomariam e quem estivesse junto com o município de Glória na  
622 CIR, faria alguma coisa, pois ficava apenas nas promessas, as promessas iam e vinham. Reconhecia a responsabilidade da  
623 Secretaria de Saúde do Estado, o empenho de cada um, mas o município na base é que sofre as conseqüências, e fez o apelo

624 de se tomar as providências com relação a todas as questões levantadas aqui, pois as falas não estavam mais resolvendo o  
625 problema. A Senhora Katy Barcelos, Secretária Municipal de Saúde de Uibaí, da Microrregião de Irecê, fez um relato sobre a  
626 situação das cirurgias eletivas de Lapão, que tinha anunciado que executaria cirurgias eletivas e o município de Uibaí tinha  
627 sido surpreendido há uns vinte dias com uma fatura, em que a Prefeitura de Lapão cobrava Uibaí. Segundo informações tinha  
628 passado pela UNIP e outros prefeitos haviam acordado, no entanto o município de Uibaí não tinha participado dessa reunião  
629 de UNIP, apenas de uma reunião em Lapão com os secretários, onde o que tinha ficado acordado com os secretários era  
630 totalmente diferente da cobrança que havia chegado ao município. Saliu que Lapão tinha mandado o contrato no valor de  
631 dois mil reais mensais por dez cirurgias eletivas mês, para o Prefeito assinar, sem ter sido executado esse quantitativo, pois  
632 tinha sido feito o levantamento e não dava nem dez cirurgias nesses três meses e Lapão tinha mandado três faturas dos  
633 últimos três meses, cobrando como se o município tivesse pactuado alguma coisa e não tivesse cumprido. Informou ainda que  
634 o controle interno municipal não reconhece a dívida e não tem como assumi-la porque é totalmente fora dos parâmetros legais,  
635 por isso trazia para a CIB para ver o que pode ser feito, pois, o município de Uibaí não pode pagar e por isso a população  
636 ficaria desassistida e solicitou uma orientação de como o município deve se posicionar, por ser uma situação delicada, não só  
637 por ser a Secretária de Uibaí, mas os outros secretários também estão com essa dificuldade. O Senhor Odilon informou que,  
638 enquanto membro da comissão de cirurgias eletivas, não podia emitir um parecer a respeito, pois esses dados diferiam muito  
639 dos dados anteriores que a comissão tem em mãos, dados que tinham sido apresentados na reunião que acontecera e que  
640 tinham participado também os municípios e o Estado e estava bastante diferente. Sugeriu checar o realizado de produção e o  
641 que Cláudia tinha apresentado, até junho, apresentava valores totalmente diferentes, por isso não podia dar nenhum  
642 encaminhamento no momento. Referiu um grupo de estudo formado com representação do Estado, municípios e COSEMS e,  
643 para surpresa de todos, tinha descoberto que teve municípios, como Amargosa, que fizera uma tabela própria e o Ministério  
644 aceitara. Por isso, quando abria na tabela do Ministério, viam que Amargosa recebera trezentos e oitenta mil reais de cirurgias  
645 eletivas e este município, segundo o estudo da SESAB, tinha transferido todo o atendimento do MAC para cirurgias eletivas. A  
646 Senhora Stela enfatizou que por isso esse assunto tinha que ser discutido e pactuado nas CIR, com o apoio da área técnica do  
647 Estado para ajudar na discussão, pois os colegiados sabem realmente o que está acontecendo na região. O Senhor Moisés,  
648 Secretário de Saúde de Mascote, considerou interessante o que aparece na planilha, pois Mascote, Aratoca, Santa Luzia,  
649 Canavieiras e Una, além de Itacaré, estão enfrentando essas mesmas dificuldades com Ilhéus, não conseguindo nenhum  
650 procedimento nem Ilhéus nem em Itabuna e a produção desses dois municípios é apresentada na tabela, porém eles não  
651 atendem às necessidades dos municípios pequenos, somente aquilo que é deles. Concluiu que quem fica prejudicado são os  
652 municípios e a população que busca o atendimento e não conseguem o procedimento cirúrgico. Solicitou que fossem tomadas  
653 as devidas providências e sugeriu que essas questões fossem resolvidas na própria CIR. A Senhora Aldecy, Secretária de  
654 Saúde de Camacan, informou que seu município não aparece na tabela, pois só tinha começado a produzir em março, porém  
655 gostaria de agradecer ao Estado por ter contemplado Camacan nas cirurgias eletivas, depois de tantos estudos, após vários  
656 pedidos e o que município está recebendo e fazendo cirurgias, não só de Camacan, mas também de Itacaré, Ubaitaba,  
657 Aurelino Leal, Jitaúna, Itapé e outros. Mencionou que nos encontros regulares os gestores ainda não tinham recebido essas  
658 cirurgias realizadas, que eles estão correndo porque a situação é caótica no ponto de vista das cirurgias eletivas, estão sendo  
659 ofertadas e realizadas, mas era preciso ficar atento, pois ainda não tinham recebido as cirurgias eletivas, tendo operado março,  
660 abril, maio e se não conseguissem receber, seria preciso suspender. Assim, se fossem suspensas, o caos nas cirurgias  
661 eletivas retornaria, porque Itabuna e Ilhéus não atende, Camacan está operando alguns procedimentos, não todos, apenas  
662 cinco, e atendendo a todo mundo que procura. Por isso o Estado precisava ajudar com a adimplência. A Senhora Cláudia  
663 Almeida esclareceu que esse estudo tem sido visto desde antes de 2012 e ela não tinha mudado a sua configuração  
664 justamente para não dizerem que havia mudado uma coluna, um instrumento ou uma ferramenta e que o tempo inteiro tinha  
665 trazido aqui que o município exportaria o que tinha sido agregado, o período, o que ele tinha utilizado ou não utilizado, como  
666 tinha utilizado, se tinha sido para população própria ou população referenciada. Além disso, se os municípios fossem no  
667 sistema e clicassem no hiperlink, por exemplo, se São Sebastião do Passé fosse o gestor de um contrato ou de um projeto,  
668 apareceria quais os municípios que ele teria atendido, por quantitativo, a origem por município. Assim, mencionou que esse é  
669 um trabalho que todo gestor, quer individualmente, quer na CIR, no COSEMS, ou na CIB, terá um norteador para poder tomar  
670 as decisões. Saliu que a decisão dada pela Senhora Stela é a mesma nos territórios, esse estudo é apenas uma estrutura  
671 de ajuda, pois se sabe da dificuldade dos gestores conseguirem essas informações, até porque os municípios com interesse  
672 em trabalhar com isso são os municípios pequenos que realmente ficam fora do processo e isso não é de agora. Com relação  
673 à situação de Lapão, comentou que esse município entrou em parceria com a gestão estadual, mas infelizmente tinha ocorrido  
674 um desvio no meio do caminho, tendo sido colocadas situações à revelia do Estado e ela tinha tomado conhecimento  
675 verbalmente de que tinha havido um pleito de Lapão, onde, os municípios que fossem para lá teriam que pagar certo recurso  
676 para além da tabela diferenciada cobrada, e agora a Secretária colocava o assunto nesta CIB. Assim, pediu à Secretária de  
677 Saúde que oficializasse isso junto à CIR, pois infelizmente até hoje esse documento não tinha chegado, por isso não cabia à  
678 área buscar a veracidade do fato, ou se houvera algum mal entendido, para se tomar alguma atitude. Com relação aos dados,  
679 comentou que estão incompatíveis porque tinham sido atualizados e tinha ocorrido alterações nesse período, como o  
680 remanejamento do componente 1 para o componente 2. Portanto a tabela estava alterada porque estava atualizada e  
681 posteriormente seria alterada de novo. A Senhora Patrícia, do COSEMS, declarou que, em conversa com Sr. Odilon - pois  
682 ambos fazem parte do GT de cirurgias eletivas que possui outro arquivo, diferente desse - ela comentava que a memória de  
683 cálculo é a mesma, as colunas são as mesmas, por isso sugerira a Sr. Odilon pegar o anterior e fazer um comparativo com  
684 essa nova tabela. A Senhora Cláudia Almeida ponderou que eles deviam fazer mais, tinham que ir ao sistema e verificar, pois a  
685 metodologia estava posta. Assim, puxar a produção do município de um determinado período no sistema, sendo mais viável  
686 para se compatibilizar. Destacou que concordava com Sr. Odilon, o Ministério não consegue enxergar as situações no sistema  
687 e realmente no município de Amargosa tinham acontecido algumas coisas esdrúxulas, por conta do sistema, não entendendo  
688 isso como intencional. Além disso, como município que está cobrando OPM, então, o valor de mil reais de uma AIH que está,  
689 por exemplo, três mil reais, isso significava que haveria redução no número de cirurgias disponibilizadas. Portanto questionou  
690 qual seria essa ampliação do acesso e concordou que existem várias coisas que precisam reajustar, ao tempo em que

691 ressaltou como importante que todos tivessem o conhecimento, por exemplo, que não existe nenhum procedimento na tabela  
692 SUS de sete mil reais, no entanto, estão cobrando do seu próprio dinheiro. Era uma discussão que precisavam ter. Destacou  
693 que, com relação a Camacan, como ela não trabalha mais no processamento e pagamento, desconhecia o atraso, mas  
694 procuraria saber das pessoas que trabalham com isso, inclusive, achava muito difícil, porque, independente da situação que o  
695 Ministério da Saúde está vivendo nas questões financeiras, o Estado sempre vinha honrando todos os acordos com os  
696 prestadores, lembrando que já tinham sido realizadas mais de quarenta mil consultas oftalmológicas em crianças de sete a  
697 quatorze anos, e estavam sendo entregues mais de cinco mil óculos para oitenta e seis municípios. Referiu que já tinham sido  
698 entregues mais de vinte mil óculos e o Estado ainda não tinha recebido nada do Ministério da Saúde. Portanto, o Estado vinha  
699 se empenhando, usando os seus recursos próprios e honrando aquilo que ele se comprometera a fazer. O Senhor Raul Molina  
700 comentou que colegas que percorrem até 800 km para virem a Salvador não podiam perder um momento de informação como  
701 esse. Por isso que tinha sido permitida essa discussão e tinha sido bom, pois os municípios tinham podido desabafar e  
702 algumas informações colocadas por Cláudia tinham sido importantes para todos tomarem conhecimento. Quanto às  
703 informações que o CONASEMS tinha passado os números também não batiam, podia ser que esse encontro precisasse ser  
704 refeito. Destacou que o encaminhamento dado aqui e a grande maioria dos secretários tinha aceitado é que, além da  
705 comissão, houvesse análise do realizado na própria CIR, portanto, na próxima pactuação que se fizesse de cirurgias eletivas  
706 passassem por isso. No caso de Sapeaçu era diferente de Itaquara e dos outros municípios mencionados e já tinha parecer  
707 favorável que se fizesse isso, pois parecia que o Estado está até mais atualizado do que o CONASEMS apresentara. Reiterou  
708 que isso devia ser revisto, rever o que está 'engasgado' no componente 1, 2 e 3. Por isso, que estava sendo dada essa  
709 oportunidade ao Estado. Lembrou que há algum tempo atrás isso tinha sido colocado, sobre o que seria feito, onde seria  
710 colocado o recurso, se teriam que devolver e não tinha sido contemplado o que gostariam que fosse contemplado. Destacou a  
711 pauta do COSEMS pela manhã, com relação a Itamaraju, só para não ficarem sem resposta, comentando que os municípios  
712 pólos que tinham conseguido aumento de teto, seria um assunto deles com o MS, quanto ao aumento de teto, tendo sido  
713 colocado que o COSEMS não interferiria, ficando registrado que para qualquer um deles seria feita a Resolução CIB, se fosse  
714 o caso. Lembrou os casos de Teixeira de Freitas e outros, tendo ficado pactuado por todos e não seria preciso ficar repetindo.  
715 Com relação às UBS, informou que já tem um protocolo na Secretaria Executiva da CIB de como proceder para aqueles que  
716 precisam de um ofício para mudar de uma localidade para outra e quanto aos agentes comunitários, comentou que a Lei está  
717 valendo a partir de hoje, não tem a prorrogação de um ano e estabelece também que a CIR disponibilizaria recursos para  
718 agentes de endemias. Pontuou que a única coisa que vinha sendo colocada por todos é que até dava para arcar os agentes  
719 comunitários, mas os municípios nunca tinham recebido para os agentes de endemia. Falou que da determinação do  
720 CONASEMS de que os Estados e os COSEMS entrem na justiça para alegarem a inconstitucionalidade da medida, porque Dr.  
721 Heider não podia interferir em piso salarial de outro ente, sendo independentes e era inconstitucional e questionou qual  
722 o prefeito ou secretário que ia querer entrar na justiça contra os agentes comunitários e de endemia, adiantando que a grande  
723 maioria não entraria. E colocou se o encaminhamento seria o COSEMS entrar na justiça e se tornar inimigo declarado dessas  
724 associações? E se o Estado interferiria nisso? Disse que a UPB havia comunicado que os prefeitos tinham que se posicionar e  
725 destacou que hoje ele tinha encaminhado uma resolução pedindo ao CONASEMS que entrasse na justiça, pois podia  
726 pressionar na política e naturalmente solicitava o apoio do Estado, inclusive encaminhando essa solicitação para o CONASS.  
727 Portanto o COSEMS encaminharia para o CONASEMS e o Estado encaminharia para o CONASS. Dra Suzana Ribeiro  
728 considerou que o COSEMS da Bahia não entraria na justiça nem se manifestaria, remetendo ao CONASEMS, a instituição que  
729 é nacional, que está distante e por isso não sofriria a pressão diretamente. Que acionassem isso a nível nacional, questionando  
730 porque o Estado da Bahia faria o movimento isoladamente? O CONASEMS, enquanto representação dos cinco mil, quinhentos  
731 e vinte e sete municípios, representando os municípios do Brasil e não apenas da Bahia, faria o movimento, enquanto  
732 instituição, já que é tripartite, devendo solicitar o apoio formal ao CONASS, que representa os vinte e sete estados, inclusive o  
733 Distrito Federal. Que eles em conjunto o fizessem. Como representação nacional, se o CONASEMS tomarse a iniciativa de  
734 fazer ele convidaria o CONASS. Não seria o Secretário de Estado ou de qualquer município que provocaria o CONASS para  
735 isso. E questionou quando o CONASEMS ou o CONASS provocara direta ou indiretamente o Secretário do Estado da Bahia ou  
736 COSEMS/Bahia para qualquer coisa, quando a pactuação era tripartite, já respondendo que nunca, pois não tem força, a força  
737 é nacional, o interesse não é pontual, somente do Estado da Bahia. Concluindo, disse que a instância nacional que resolvesse  
738 e afinal de contas tinha sido a Câmara Federal que tomara a decisão e aprovara o projeto de lei e os gestores SUS tinham tido  
739 pouca força para fazerem qualquer movimento contrário. Podiam até ter tentado, mas não tinham conseguido. Mencionou que  
740 isso tinha sido vivido em 2007, com a aprovação da lei de regularização, inclusive com os agentes comunitários e de endemias,  
741 e salientou que a questão é pontual, de interesse não dos municípios do Estado da Bahia, mas do território nacional, onde tem  
742 as representações do CONASS, do Estado, do CONASEMS, dos municípios e do Ministério da Saúde para todo o território  
743 brasileiro. Dr. Raul Molina concordou com Dra. Suzana dizendo que, por ter sido uma demanda trazida do COSEMS, isso tinha  
744 que ser uma opinião compartilhada, perguntando se todos estavam de acordo com o encaminhamento. O Dr. Odilon Cunha  
745 sugeriu um encaminhamento do COSEMS a ser feito aos secretários e prefeitos, para que ninguém aprovasse ou pagasse o  
746 valor novo, pois precisava mudar a lei municipal. E, além disso, estando no período eleitoral, a outra proposta era que,  
747 existindo a 'papisa' do direito sanitário, Sra. Leni Souza, que o CONASEMS avançasse nessa questão. A Sra Stela Souza  
748 caracterizou como importante o encaminhamento do Sr. Odilon e que era uma das demandas que não tinha sido discutida  
749 ainda nesta CIB e precisava ficar registrado. E que recurso de agente comunitário para o programa ou para o agente estava  
750 posto e nem precisava ser para agentes de endemia, pois na Lei diz que é para os dois, constando no Parágrafo terceiro do  
751 Artigo segundo que o valor da assistência financeira complementar será repassado pela União, compreendendo 95% do valor  
752 do piso. Concluiu que os municípios com agentes de endemias tinham que estar na programação para receber isso. O  
753 segundo ponto, conforme Sr. Odilon, é que teria que ter lei municipal, não podendo somente chegar e pagar e salientou que a  
754 questão dos agentes de endemia tinha que ficar bem claro, comentando que os agentes recebem de vez em quando alguns  
755 incentivos, como o incentivo de combate à dengue, como acontecera no final do ano passado, mas não existindo a  
756 regulamentação, uma transferência regular obrigatória, portanto, não era só pedir para pagar. O Senhor Marcélio Magno,  
757 Secretário de Saúde de Bom Jesus da Lapa, questionou se o pleito do seu município tinha sido homologado, pois como havia

758 falado anteriormente na reunião do COSEMS, o hospital do qual é gestor está em condições precárias e com uma demanda  
759 reprimida muito grande de cirurgias, tendo sido investido mais de três milhões em recursos próprios, não só para atender à  
760 população própria, mas à Região de Santa Maria da Vitória. Referiu que apesar de não ser pólo de microrregião, Bom Jesus da  
761 Lapa é uma cidade que possui setenta mil habitantes e desde o ano passado vem tentando ampliar o valor orçado para setenta  
762 mil habitantes em cirurgias eletivas. Relatou que tinha sido acordado em CIR, e todos os municípios já mandam seus pacientes  
763 para Bom Jesus da Lapa, por isso, o município está realocando as cirurgias de alta complexidade como histerectomia,  
764 colecistectomia, dentre outras. Portanto gostaria de saber qual a punição, pois os municípios estão mandando e,  
765 independentemente de estar recebendo recurso ampliado ou não, vinha atendendo, sem negar. Comentou que Barreiras  
766 atende a macrorregião e possui as suas dificuldades, principalmente a parte de ortopedia. Assim, das quatro salas, o município  
767 tornara uma exclusiva para ortopedia, como Dra. Cláudia tinha tido a oportunidade de conhecer a estrutura, quando do  
768 rastreamento do câncer de mama. Destacou que é uma estrutura fantástica, com investimento no ambiente, no acolhimento,  
769 toda a enfermaria climatizada, portanto tinha condição de, além de atender o munícipe, atender toda a região. Além disso,  
770 desde o ano passado vinha trabalhando, o hospital passara por uma reforma e questionou se o projeto tinha sido homologado.  
771 Dr. Raul Molina informou que o parecer era **favorável**. Dra Cláudia Almeida ponderou que nesse momento o município não  
772 recebera o projeto que já tinha sido homologado pelo próprio Ministério da Saúde com o seguinte parecer: "Remaneje o  
773 recurso do Estado". Disse que tem três milhões disponíveis e questionou o que se quer fazer com esse saldo. Se tiraria o  
774 quantitativo para complementar Sapeaçu, que já está há algum tempo aguardando? E sugeriu que se existem municípios, a  
775 exemplo de Caetité, Itapetinga, que não são comando único e que estão produzindo e achando que podem se beneficiar  
776 recebendo recurso, a partir dessa definição, se discutiria o que seria alocado nos outros municípios. Portanto sugeriu que,  
777 tendo o recurso de três milhões, alocassem para Sapeaçu e Bom Jesus da Lapa, e depois rediscutissem como distribuir os  
778 outros. Dr. Raul Molina pontuou que era difícil fazer esse tipo de encaminhamento, pois o sugerido a princípio é que se deixaria  
779 para fazer regionalmente, porém Dra. Cláudia colocara que tem alguns municípios já com o parecer favorável do Ministério e  
780 que estão produzindo. Ele questionava então qual o encaminhamento da CIB, pois não era cabível fazer um encaminhamento  
781 desse tipo. Dra. Gisélia Souza perguntou se é excludente ou se dá para conciliar esse encaminhamento, se remunerando os  
782 que já estão com prestador produzindo, que já se capacitaram e ao mesmo tempo, para ver a sobra de recurso, discutir  
783 regionalmente como ficaria isso. O Senhor Raul Molina relatou que está remetendo à comissão, para fazer regionalmente, da  
784 forma que fora colocada. O Senhor Odilon destacou que dos municípios com execução menor do que 45% tinham que fazer  
785 uma regra para quem não tivesse feito nada e para quem tivesse feito 43%, portanto era necessário conversarem e fazerem  
786 regras para que fossem justos. O Senhor Raul Molina ponderou que por isso estava remetendo para a comissão e esta teria o  
787 aval dos coordenadores adjuntos. A Senhora Suzana Ribeiro mencionou que tem o conjunto dos municípios que não  
788 conseguem executar, primeiro, que existem como avaliações, uma por componente e uma no geral para ver o grau de  
789 execução de cada um dos municípios. Se fosse realizada a discussão regional, considerando que, por exemplo, Bom Jesus da  
790 Lapa, que não é executor, mas a sua população é usada como referência para um município que faz a execução, se fizesse a  
791 análise regional, teria que partir daquele município que é executor e qual o percentual que ele está atingindo de execução para  
792 os municípios referenciados. Destacou rapidamente, em linhas gerais, a média abaixo de 45%, que não está nem sempre  
793 considerando meio da divisão, os 50% que o Ministério considera, se está abaixo de 45%, tinha que ter cuidado, pois não seria  
794 uma simples regra de três, teria que analisar tudo e a Comissão teria que se debruçar regionalmente. O que significava dizer  
795 caso por caso, região por região, com a demanda do território, considerando a capacidade instalada que o município pleiteante  
796 está fazendo, porque não dava para o dinheiro ficar alocado com sobra e fazer o remanejamento sem conseguir dar a reposta.  
797 Portanto seria preciso verificar a melhor forma de garantir o acesso e a distribuição equilibrada do recurso para dentro do  
798 território, porém, o problema é que se continuava falando de regionalização e olhando para o umbigo de cada um, onde está o  
799 dinheiro alocado, porque não existe fundo regional de saúde, apenas o fundo municipal de saúde e o fundo estadual de saúde,  
800 sendo preciso começar a fazer um exercício regional, de maneira que se pense naquele território como região e não naquele  
801 território como município, que é o executor principal. Pois para ela é possível ter um hospital complementar, conforme fora  
802 desenhado na Política de Hospitais de Pequeno Porte do Estado da Bahia, podendo, além do hospital local, ter o hospital  
803 complementar de rede, que é a unidade complementar da rede, que pode ter condições de fazer a oferta, como é o caso de  
804 Bom Jesus da Lapa. Portanto não dava para fazer uma regra igual para todo mundo, tinha que ser analisada situação por  
805 situação, sendo necessário remeter para a comissão fazer um estudo, considerando a capacidade regional e a execução  
806 daquele município de referência para aquela região, o grau de execução que ele pode fazer e o que existe de recurso de  
807 sobra, no bojo dos três componentes, o que pode ser realocado. Com relação ao prazo, disse ser preciso ter o estudo realizado  
808 para ser pactuado na próxima CIB. Senhor Raul Molina esclareceu que a próxima CIB seria no dia quatorze de agosto e  
809 lembrou que tem gente que participa da comissão, mas não tem sido assíduo, encontrando-se aqui presente Sr. Odilon, Sra.  
810 Patrícia, o município de Salvador e Sra. Kátia, do município de Lapão, no entanto Sra. Kátia, não sendo mais secretária,  
811 precisava ser substituída. Perguntou então se algum secretário se colocava à disposição para substituí-la e a Senhora Aldecy  
812 se dispôs a fazer parte da Comissão, no lugar da mesma. A Senhora Joana Molesini deu notícias sobre o SISPACTO 2014,  
813 falando que o caderno está sendo modificado por uma nota técnica que tinha sido acordada em CIB. Disse que a Bahia  
814 avançaria, pois o que está sendo discutido sobre a nota técnica na Tripartite, em linhas gerais, não afeta a Bahia. Colocava  
815 isso, pois quem quisesse poderia ter acesso à nota técnica, que fora repassado para o COSEMS e a Senhora Stela havia dito  
816 que direcionaria para todos. Noticiou que na reunião da Bahia de 28 e 29 de agosto, que vai reunir o CONASEMS na Bahia, o  
817 Ministério já deve trazer esse documento para distribuir, incorporado com essa nota técnica que já está em fase de impressão.  
818 Referiu que o que tem de novo é que primeiro, as vinte e oito CIR tinham realizado a pactuação ampliada e todos estão de  
819 parabéns, tanto os municípios quanto o Estado e cumpriram a função de fazer as reuniões ampliadas para discutir o  
820 SISPACTO. Portanto, esse processo fora cumprido, mas ainda existia uma dívida do indicador 7 e 8, que seria conversado.  
821 Pontuou que no indicador 7 tinha mudado apenas a fonte, e ao mudar a fonte, mudado a forma, porque tinha a avaliação dos  
822 procedimentos que são executados no laboratório e que a nota técnica agora mudara. Além do SIA, deve ser puxado também  
823 do SIH – SUS, do que é produzido em hospital, e informou que o cálculo de 2014 já está no Observatório e como agora vai se  
824 puxar SIA e SIH, disse que a fórmula muda, o número de procedimentos ambulatoriais pelo SIA e o alimentado no SIH, esta é

825 a modificação, sendo que a avaliação de todos já está no Observatório. Ou seja, já foi pactuado na CIB para todos os  
826 municípios, que é livre para o município assumir quanto ele quer aumentar. Destacou que fora acordado ontem com Stela que  
827 esse resultado de pactuação teria que ser apresentado no Conselho e alguns municípios já tinham apresentado. Portanto se  
828 no ano passado o Conselho já tinha concordado que era livre, acreditava não haver necessidade de colocar em CIB para quem  
829 já pactuou, a não ser que o município propusesse um aumento ou uma diminuição muito grande e que quisesse retornar ao  
830 Conselho para repactuar, mas não acreditava que houvesse necessidade. Mencionou que o certo é que, para fechar, tem que  
831 colocar o valor no indicador 7. Esclareceu que no indicador 8 é a mesma coisa, tinham retirado alguns procedimentos de média  
832 complexidade e a avaliação também já está feita e se encontra no observatório. Portanto os indicadores se mantêm este ano,  
833 sendo livre para os municípios assumirem, e uma vez já apresentado no Conselho, não há necessidade de retornar ao mesmo.  
834 Mencionou que o fluxo existente ficou muito prejudicado, principalmente porque o Ministério não desenvolvera o sistema, o  
835 município tinha que registrar, validar e o Estado que homologar. Disse que hoje tem duzentos e oitenta e três municípios com o  
836 cadastro feito e a lista com esses municípios fora entregue ao COSEMS para acionar os mesmos, pois alguns deles nem  
837 tinham cadastrado a pessoa responsável. Portanto, tem duzentos e oitenta e três municípios que estão registrados e  
838 cadastrados com a pessoa responsável. Destacou que, sobre a alimentação das ações, se avançou mais, tendo duzentos e  
839 sessenta e sete municípios que vem alimentando as ações no Observatório, mas ainda tem muitos municípios que não  
840 alimentaram as ações. Sobre a validação, só tem sessenta e nove municípios que validaram e que o sistema está com uma  
841 série de problemas. Colocou a Sra. Lidianie para esclarecer algumas dúvidas dos municípios, pois tem municípios que após  
842 alimentarem, ao tentarem validar tinham desaparecido do sistema. Outros que tinham digitado sem, entretanto ter gravado, e o  
843 Ministério está consertando. Falou que o Estado não vê quanto o município já informou, só enxerga quantos validaram, e na  
844 Bahia até hoje, só sessenta e oito municípios validaram a alimentação, ou seja, os dados precisam melhorar. Sobre a  
845 homologação, informou que as Diretorias Regionais de Saúde vão homologar, não sabia explicar se é porque o Ministério está  
846 desenvolvendo o módulo regional e tem ligado para o Ministério para ter mais propriedade. Mas o Ministério retirou do sistema  
847 as senhas das regionais, então as regionais não estão podendo homologar, portanto a parte de homologação está em *stand by*  
848 até que o Ministério resolva. Destacou que para a homologação está pedindo às regionais que verifiquem se houve coerência  
849 com o manual, pois aquele escalonamento que está no manual fora aprovado na CIB. Por exemplo, se está no manual que o  
850 município tem 0 a 30% de cobertura de atenção básica, tem que pactuar 35%, não podendo ser decidido pelo município que  
851 pode ser diferente, porque a equipe já está pactuada na CIB. Portanto tem que estar coerente com o que está no manual o que  
852 o município pactuou. Abordou o módulo regional que o Ministério está desenvolvendo e que não é obrigatório, mas o Ministério  
853 tem a expectativa que alguns estados assumam. Além disso, comentou que o Estado da Bahia tem interesse em conversar  
854 sobre este módulo e ela soubera que o COSEMS também. Até porque o módulo da atenção básica e do COAP estão prontos  
855 no SISPACTO, e se trabalhassem bem com o módulo regional, estariam no caminho de começarem as discussões sobre o  
856 COAP. Por isso na Bahia o módulo regional ainda teria que fazer a discussão sobre os indicadores nos cálculos. Informou  
857 ainda que, conforme acertado ontem com Sra. Stela, será criado um Grupo técnico para fazer uma proposta ao Ministério,  
858 porque o cálculo só, como está colocado no manual instrutivo do Ministério, não contempla, por exemplo, toda hora médica da  
859 região. Colocada toda a população da região no denominador, o indicativo, que é três mil, e multiplica por cem, para ter o  
860 percentual, porque está escondendo os extremos, está colocando, por exemplo, os municípios que têm 10% de cobertura com  
861 o município que tem 100% e mostrando que a região tem 55% de cobertura, enquanto o que interessa na região são quantos  
862 municípios cumpriram o que pactuaram. Portanto será discutido e quando chegar a isso eles reelaborarão o manual de  
863 alimentação regional, pois a discussão só está começando e agradeceu a oportunidade. O Senhor Raul Molina colocou que o  
864 município de Vitória da Conquista não está presente e tem uma pauta do Hospital São Vicente, assim como não está presente  
865 o pessoal da área técnica para falar a respeito, por isso deixaria essa pauta para a próxima CIB. Mencionou que pela manhã  
866 se discutira a respeito do financiamento da central de regulação Centro Leste e convidou a Senhora Alessandra para se  
867 posicionar. A mesma agradeceu à CIB e ao COSEMS por ter incluído na pauta dizendo que se trata de um informe, pois a  
868 Portaria 2923/2013 requer que passe pela CIB essa aprovação, e como já está completo e já passou pela CIR de Itaberaba,  
869 Serrinha, Feira de Santana e Seabra que estarão com o pleito de implantarem a Central Estadual de Regulação de Leitos na  
870 Região Centro Leste em Feira de Santana, disse ser preciso aprovar em CIB essa Portaria, que é para aquisição de  
871 equipamentos de informática para a Região Centro Leste, para os municípios que compõem a Região Centro Leste e as  
872 unidades solicitantes. Portanto, como trazia o Artigo 5º, que qualquer município pode pleitear, nesse caso o Estado está  
873 trazendo esse pleito para a Região Centro Leste e tinha que ter aprovação da CIR e da CIB, por isso fora trazido para esta CIB  
874 para aprovação. E o município que aderiu junto ao Estado não pode contemplar isso, pois ou ele contempla com o Estado, ou  
875 contempla sozinho, fazendo o seu próprio projeto. Para isso, a metodologia utilizada tinha sido o encaminhamento de ofícios  
876 para todos os municípios que compõem a Centro Leste, depois que esses municípios aderiram ao projeto, tinham pedido às  
877 unidades de saúde, aos hospitais em cada município, o que tinham disponível de regulação, de equipamento e fora decidido  
878 que seria dado um kit de conectividade para cada SMS, um microcomputador, um estabilizador, uma impressora a laser, uma  
879 multifuncional a laser, um fax e um aparelho telefônico. Informou que foram vinte e três municípios que aderiram, junto com o  
880 Estado, e as unidades de saúde que compõem a Região de Feira de Santana, os quatro pólos de Microrregião, Feira,  
881 Itaberaba, Seabra e Serrinha, pois na Região de Itaberaba somente o município de Itaberaba e Andaraí que quiseram aderir.  
882 Na de Seabra só Abaíra e Mucugê. Salientou que a Portaria deixa aberto a qualquer município de todas as regiões de saúde  
883 que podem aderir, fazendo o seu próprio projeto, porque ele é para implantação e implementação, custeio e reforma, portanto,  
884 quando a Centro Leste adere, o Estado só fornece a conectividade ou somente equipamentos de informática. O município que  
885 adere por si só, que faz o próprio projeto, tem a orientação de implantar, implementar e tem custeio para reforma. Acrescentou  
886 que a Centro Leste foi escolhida porque no projeto do Estado, a próxima central a ser implantada seria a Região Centro Leste,  
887 por isso que trouxe só a Centro Leste. Senhor Raul Molina agradeceu a Senhora Alessandra e a presença de todos, e  
888 encerrou a sessão. Em seguida, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão,  
889 informando a próxima reunião para o dia 14 de agosto de 2014. Não havendo mais o que tratar após revisão da correção do  
890 registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Nanci Nunes

- 891 Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e  
892 aprovada. Salvador, 17 de julho de 2014.  
893 Washington Luís Silva Couto \_\_\_\_\_  
894 Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
895 Suplente: Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
896 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
897 Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
898 Suplente: Robério Santos Barros \_\_\_\_\_  
899 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_  
900 Joseane Mota Bonfim \_\_\_\_\_  
901 Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva \_\_\_\_\_