

Aos dezesseis dias do mês de outubro do ano de dois mil e quatorze, no Auditório da Secretaria da Agricultura, Pecuária, Irrigação, Reforma Agrária, Pesca e Aquicultura – SEAGRI, 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, Andrés Castro Alonso Filho, José Antônio Rodrigues Alves, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Alcina Marta de Souza Andrade, Chaider Gonçalves Andrade, Robério Santos Barros e Fabiano Ribeiro dos Santos. Vale ressaltar que o registro inicial da reunião não foi realizado na íntegra por problemas na gravação do áudio, tendo sido registrada a Apresentação disponibilizada pela área e o que foi possível captar nos registros manuscritos da Secretaria Executiva da CIB. Assim, às 14 horas, havendo número legal, Dr. Raul Molina declarou aberta a sessão, passando diretamente para a apresentação até a composição de quorum, conforme acordado entre Estado e COSEMS: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE/DGC: 2.1. Situação do Qualicito no Estado da Bahia.** Apresentação Dra. Alcina Romero.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO  
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

### SITUAÇÃO ATUAL

- Baixa cobertura de exames citopatológicos na faixa etária de 25 a 64 anos;
- Número reduzido de lâminas analisadas em relação às amostras coletadas;
- Número elevado de amostras insatisfatórias;
- Número elevado de lesões de alto grau sem seguimento informado;
- Baixa escala de produção associada à ausência de monitoramento de qualidade dos laboratórios citopatológicos;
- Indefinição de fluxo de exames entre as unidades básicas e os laboratórios.

Fevereiro 2014



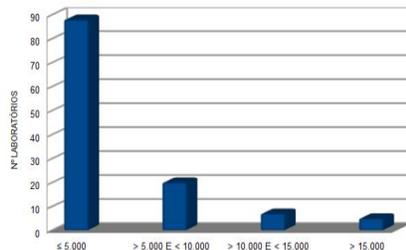
### ESCALA DE PRODUÇÃO DOS LABORATÓRIOS

→ Recomenda-se que os laboratórios tenham uma produção mínima de 15 mil exames por ano, exceto laboratórios vinculados aos hospitais habilitados;

DISTRIBUIÇÃO DE LABORATÓRIOS SEGUNDO PRODUÇÃO DE EXAMES  
ESTADO DA BAHIA - 2014

EXAMES	LABORATÓRIO
≤ 5.000	88
> 5.000 E < 10.000	20
> 10.000 E < 15.000	7
> 15.000	5
TOTAL	120

Fonte: DATASUS/CIS/COLO



### QUALICITO

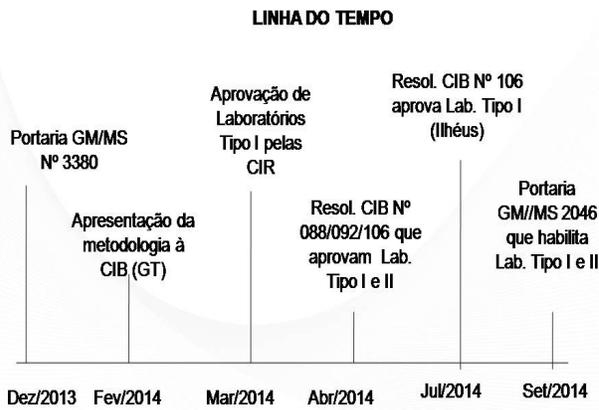
#### OBJETIVOS:

- Promover a melhoria contínua da qualidade dos exames citopatológicos do colo do útero ofertados à população;
- Incentivar o aumento da cobertura de realização do exame citopatológico do colo do útero;
- Promover a melhoria dos padrões de qualidade dos laboratórios públicos e privados;
- Estabelecer critérios e parâmetros de qualidade para a contratualização;



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67

68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134



MACRORREGIÃO	REGIÃO	Nº LAB COM PRODUÇÃO	Nº LAB. TIPO I HABILITADOS	PRODUÇÃO ANUAL ESTIMADA	NECESSIDADE DE LAB.
LESTE	Salvador	23	7	252.853	16
	Camaçari	3	3	37.154	2
	Cruz das Almas	1	1	16.948	1
CENTRO LESTE	Sto. Antônio	6	2	28.710	1
	Feira de Santana	7	7	74.298	5
	Itaberaba	0	0	14.376	1
CENTRO NORTE	Seabra	0	2	10.538	1
	Serrinha	13	5	36.437	2
	Jacobina	3	1	23.810	1
NORTE	Irecê	1	1	23.248	1
	Juazeiro	2	2	30.246	2
	Paulo Afonso	3	3	15.023	1
NORDESTE	Senhor do Bonfim	4	3	17.604	1
	Alagoinhas	2	1	32.546	2
	Ribeira do Pombal	3	2	23.290	1
OESTE	Bareiras	3	5	24.389	1
	Ibotirama	1	1	9.941	1
	Sta. Maria	3	4	17.155	1
SUDESTE	Brumado	3	3	25.154	1
	Itapetinga	0	0	14.812	1
	Guanambi	2	2	26.869	1
SUL	Vit. Da Conquista	6	3	41.221	2
	Jequié	3	3	30.651	2
	Ilhéus	2	3	20.857	1
EXTREMO SUL	Itabuna	13	6	33.201	2
	Valença	3	4	17.597	1
	Porto Seguro	8	4	21.839	1
TOTAL	Teixeira de Freitas	2	5	26.422	2
		120	83		55

**Imagem objetivo**



Fonte: (INCA, 2012).

**PROPOSTA**

Aprovação em CIB e envio à CIB do

GT SESAB/COSEMS

- 1- Elaboração de modelo único de instrumento para contratualização;
- 2- Elaboração de estudos quanto necessidade de alterações da Programação de Ações
- 3- Construção de fluxos efetivos para vinculação/referência entre UBS/Laboratórios Tipo I/ Laboratórios Tipo II;
- 4- Construção de instrumento para monitoramento e avaliação.

**Obrigada!**

Contatos:

[www.saude.ba.gov.br/dae](http://www.saude.ba.gov.br/dae)

Tel: 3115-4260 CRAE/DAE  
3115-4284 DGC

135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149

Ao final da apresentação a Diretora sugere composição de GT para acompanhamento da discussão de Rede. Dando prosseguimento à ordem do dia, Dr. Raul Molina colocou em discussão e aprovação a Ata da 224ª Reunião Ordinária, encaminhada anteriormente aos membros por e-mail. **Foi aprovada à unanimidade.** Na sequência passou a palavra para Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB, a fim de efetuar a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para informes e homologação: **1.1** A Secretaria Executiva da CIB em consonância com a Câmara Técnica da Bipartite reitera a necessidade de indicação de técnicos/gestores do Estado e do COSEMS para composição dos GT de Atenção e Vigilância em Saúde, GT de Gestão do Sistema de Saúde e GT de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; **1.2** A Secretaria Executiva da CIB informa a realização de defesa de dissertação de mestrado profissional intitulada “CIB-BA: Cenário de negociação, pactuação e decisão da Política Estadual da Atenção Básica realizada no dia 14 de outubro de 2014, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e destaca que apresentará à CIB a mesma assim que concluir as alterações sugeridas pela Banca da Defesa de Dissertação; **1.3** Implantação do núcleo de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, na Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista – Hospital São Vicente de Paulo, como unidade de referência nacional articulada à Rede de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública, com apoio da SESAB. **2.** Foram publicadas as seguintes resoluções *ad referendum*: **Ratificadas pela CIB.**

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
155/2014	19 e 20/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do Município de Anagé.
156/2014	25/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Plano de Ação da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Itapetinga e dá outras providências.
159/2014	30/07/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia no Hospital da Chapada do Município de Itaberaba.
160/2014	01/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação de laboratórios Tipo I e II em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
161/2014	06/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD do Hospital Especializado Otávio Mangabeira no município de Salvador. <b>Republicada por ter saído com incorreção.</b>
162/2014	09 e 10/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do Município de Paramirim.
163/2014	12/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia na Clínica AME – Atendimentos Médicos Ltda. do Município de Santo Antonio de Jesus.
164/2014	16 e 17/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Cabaceiras do Paraguaçu.
165/2014	16 e 17/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> os Serviços que prestarão Assistência aos Pacientes Portadores de Glaucoma nos municípios de Condeúba, Paripiranga e Teixeira de Freitas.
166/2014	16 e 17/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Boninal.
167/2014	16 e 17/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta de Convênio nº 912635/14-002, a ser firmado junto ao FNS/MS, para construção de Unidade de Atenção Especializada em Saúde, no município de Itatim.
168/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação de 05 novos leitos de Unidade de Terapia Intensiva tipo II para o Hospital Calixto Midlej Filho, no município de Itabuna.
169/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação do Hospital Calixto Midlej Filho como Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos, no município de Itabuna.
170/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Hospital Municipal Gabriel Motta Barros na Política de Hospitais de Pequeno Porte, no município de Itacaré.
171/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Hospital Dr. Francino Borges dos Reis na Política de Hospitais de Pequeno Porte, no município de Saubara.
172/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a emissão de parecer favorável ao credenciamento de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, no Município de Itaetê.
173/2014	23 e 24/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação do Serviço Diagnóstico de Fibrose Cística para o Hospital Professor Edgar Santos – HUPES.
174/2014	12/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> pleito ao Ministério da Saúde dos recursos financeiros de investimento destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio no âmbito do Estado da Bahia. <b>Termo de Reti-Ratificação.</b>
175/2014	27/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar - AD da Rede de Atenção às Urgências do município de Macaúbas.
176/2014	27/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o aditivo ao Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências (RUE), no Componente Hospitalar, da Macrorregião Sul.
177/2014	27/08/2014	Aprovar <i>ad referendum</i> o aditivo ao Plano de Ação para a Rede de Atenção às Urgências (RUE), no Componente Hospitalar, da Região de Juazeiro.
178/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF nos Municípios de Nova Canaã, Barro Alto, Cruz das Almas e Apuarema.

179/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a alteração na modalidade de Equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, do Município de Piripá.
180/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a alteração na composição e carga horária semanal na Equipe de NASF, do Município de Boa Nova.
181/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipes de Saúde Bucal – ESB nos Municípios de Belo Campo, Guajeru, Riacho de Santana, Ibipeba, Arataca e Itaquara.
182/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipe de Saúde da Família – ESF nos Municípios de Tremedal, Ibipeba e Arataca.
183/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o credenciamento de Equipe de Consultório na Rua no Município de Salvador.
184/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o repasse regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de Simões Filho, para atender ao custeio da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 horas do município de Simões Filho.
185/2014	30 e 31/08/2014	Aprova <i>ad referendum</i> pleito de municípios do Estado da Bahia ao Ministério da Saúde para os recursos financeiros de investimento, destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio.
186/2014	02/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> pleito de municípios do Estado da Bahia ao Ministério da Saúde para os recursos financeiros de investimento, destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio.
187/2014	04/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar – AD da Rede de Atenção às Urgências do município de Nova Viçosa. <b>Republicada por ter saído com incorreção.</b>
188/2014	04/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> pleito de municípios do Estado da Bahia ao Ministério da Saúde para os recursos financeiros de investimento, destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio. <b>Termo de Reti-Ratificação.</b>
189/2014	04/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> pleito de municípios do Estado da Bahia ao Ministério da Saúde para os recursos financeiros de investimento, destinados ao fomento e aprimoramento das condições de funcionamento da Rede de Frio.
190/2014	04/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar – AD da Rede de Atenção às Urgências do município de Itamaraju.
191/2014	05/09/2014	Aprovar <i>ad referendum</i> emissão de Parecer Favorável ao credenciamento do Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de Coração de Maria.
192/2014	12/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a emissão de parecer favorável ao credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I, no município de Baixa Grande.
193/2014	20 e 21/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a emissão de parecer favorável à habilitação em Laqueadura e Vasectomia da Fundação Hospitalar de Camacan, no município de Camacan.
194/2014	19/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Componente de Atenção Domiciliar – AD da Rede de Atenção às Urgências do município de Juagarari.
195/2014	20 e 21/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta nº 912091/14-001, Emenda Parlamentar nº 91209114001/2014, para construção de uma Policlínica no município de Caatiba.
196/2014	25/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> o Repasse Financeiro Temporário, pela Gestão Estadual ao Município de Itabuna, para Composição do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC.
197/2014	26/09/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a Proposta nº 908257/14-0001, Emenda Parlamentar nº 27400006, para construção da Unidade de Atenção Especializada de Saúde da Policlínica Municipal de Porto Seguro, no município de Porto Seguro.
198/2014	08/10/2014	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação da Unidade de UTIN, UCINCo e UCINCa do Hospital Manoel Novaes, no município de Itabuna.

150 Na oportunidade Raul Molina, em nome dos membros da CIB, parabenizou a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, pelo  
 151 trabalho apresentado, ressaltando não ter podido estar presente, mas todos sabendo de sua competência, entendendo que deve  
 152 ter feito um retrato fantástico do que é a CIB. Dando prosseguimento à ordem do dia, solicitou que a mesma efetuasse a  
 153 leitura dos pontos pautados para credenciamento: **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –**  
 154 **SAIS/DAB/DGC: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

Credenciamento	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF tipo 1 – Composição da Equipe: 01 Professor de Educação Física (40h), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (20h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Médico Pediatra (20h), 01 Farmacêutico (20h), totalizando carga horária de 220 horas.	Bonito
	01 NASF tipo 2 – Composição da Equipe: 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Médico Ginecologista (30h), 01 Psicólogo (40h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando carga horária de 120 horas.	Tanquinho
	01 NASF tipo 2 – Composição da Equipe: 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Médico Ginecologista (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 1 Profissional de Educação Física (30h) e 01 Nutricionista (20h), totalizando carga horária de 120 horas.	Teodoro Sampaio

	01 NASF tipo 2 – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (20h), 01 Médico psiquiatra (20h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (30h) e 01 Assistente Social (30h), totalizando carga horária de 130 horas.	Santanópolis
ESF - Equipe Saúde da Família	01 ESF Sede I, modalidade I	Teofilândia
	01 ESF Cidade Nova, modalidade I	Teofilândia
	01 ESF Hermes Francisco de Oliveira, modalidade I	Cravolândia
	01 ESF Central I, modalidade I	Boa Nova
	01 ESF Central II, modalidade I	Boa Nova
	01 ESF modalidade I, na USF Vila Fagundes	Igaporã
ESB - Equipe de Saúde Bucal	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Maria Libânia de Jesus.	Amélia Rodrigues
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Enésia Fernandes dos Santos (Boa Paz).	Mairi
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF da Unidade de Saúde de Lagoa do Morro.	Anagé
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF da Unidade de Saúde de Geneci Ferreira dos Santos.	Anagé
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF da Unidade de Saúde de José Teixeira II.	Anagé
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF da Unidade de Saúde de José Muniz Dias.	Anagé
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF da Unidade de Saúde de Jerônimo José da Silva.	Anagé
	01 ESB modalidade I, na sede vinculada a Unidade de Saúde da Família Vila Fagundes.	Igaporã
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Central I.	Cravolândia
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Central II.	Cravolândia
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Sebastião Francisco dos Santos.	Cotegipe
	01 ESB modalidade I vinculada a ESF Claudionor Siqueira.	Cotegipe
01 ESB modalidade I vinculada a ESF José Barbosa de Oliveira.	Cotegipe	

155 **2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/DIREG: 2.1**  
156 Credenciamento de CAPS para as unidades abaixo relacionadas: **Aprovado.**

Município	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Piatã	7387199	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial	12.097.818/0001-53	CAPS I
Campo Formoso	6330134	CAPS II Centro de Atenção Psicossocial	11.629.975/0001-08	CAPS II
Tanque Novo	7364326	CAPS I Centro de Atenção Psicossocial	11.293.682/0001-94	CAPS I

157 **2.2 Habilitação do Serviço Residencial Terapêutico – SRT, Tipo II para o município de Araci e Tipo I para o município de**  
158 **Euclides da Cunha: Aprovado. 2.3 Adesão ao incentivo financeiro para Centrais de Regulação de que trata a Portaria GM/MS**  
159 **Nº 2923/2013, dos municípios de Souto Soares, Iraquara, Abaíra, Boninal, Ibitiara e Mucugê, aprovada pela CIR de Seabra, –**  
160 **Aprovado.** Em relação aos municípios de Abaíra e Mucugê, chamou atenção que já tinham sido contemplados em resolução  
161 anterior, na Proposta Estadual encaminhada ao Ministério da Saúde e, conforme a Portaria, o município não pode pleitear pela  
162 via estadual e pela via municipal. Os demais municípios citados deverão encaminhar a resolução que será publicada e outra  
163 documentação orientada pelo próprio Ministério da Saúde que é o Formulário de Adesão e Incentivo Financeiro de  
164 investimento e Custeio às Centrais de Regulação no âmbito do SUS. Este formulário será colocado também à disposição no  
165 site para os municípios preencherem e encaminharem ao Ministério, por e-mail e assim que receberem o parecer deverão  
166 encaminhar oficialmente pelo correio ao Ministério. Em seguida passou para os pontos de Apresentação, colocando que,  
167 quanto à apresentação do Qualicito, feita por Alcina Romero, a partir de agora será formada uma comissão, com a participação  
168 dos membros da CIB e de Alessandro, Diretor de Comunicação do COSEMS. **1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E**  
169 **PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVAST: 3.1. Resultado da 4ª CESTT/BA – Conferência Estadual de Saúde do**  
170 **Trabalhador e da Trabalhadora na Bahia.** Apresentação de Letícia Nobre, que informou que apresentaria um resumo dos  
171 resultados do processo da Conferência que teve sua realização deliberada e convocada oficialmente pelo CNS – Conselho  
172 Nacional de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde no final do ano passado, sendo a partir de dezembro a primeira  
173 convocação, em janeiro a publicação dessa convocação e a partir de fevereiro deste ano, com a aprovação do Regimento  
174 Interno, a intensificação dos trabalhos. Segue a apresentação: PANORAMA DA CONFERÊNCIA – Etapas: Macrorregional e  
175 Estadual. Relatório aprovado na 211ª Reunião do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES/BA). TEMA: Saúde do  
176 Trabalhador e da Trabalhadora, direito de todos e todas e dever do estado. OBJETIVO: Propor a efetivação da Política  
177 Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no SUS: EIXO: Implementação da Política Nacional de Saúde do  
178 Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) no Estado da Bahia. SUB-EIXOS: I – O Desenvolvimento socioeconômico e seus  
179 reflexos na saúde do trabalhador e da trabalhadora nas regiões de saúde e no estado da Bahia; II – Fortalecer a participação

180 dos trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de saúde do trabalhador e da  
181 trabalhadora; III – Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, considerando os princípios da  
182 integralidade e intersetorialidade nas três esferas de governo; IV – Financiamento da Política Nacional de Saúde do  
183 Trabalhador e da Trabalhadora nos municípios, Estados e União. FINALIDADE DA PNST (Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto  
184 de 2012 - Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora): Definir os princípios, as diretrizes e as  
185 estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da  
186 atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção, à proteção da saúde dos  
187 trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.  
188 Chamou atenção de que a saúde do trabalhador é impactada diretamente pelas opções de desenvolvimento econômico que  
189 são adotadas no país. ABRANGÊNCIA E CRONOGRAMA: Abrangência estadual, mediante a realização de Etapas  
190 Macrorregionais e Estadual: I - Etapa Macrorregional, de 12 de maio até 11 de julho de 2014 – 9 (nove); II - Etapa Estadual, de  
191 23 a 25 de julho de 2014; III – Etapa Nacional, 15 a 18 de dezembro de 2014. Relatou que a definição da Etapa Macrorregional  
192 foi do CNS que entendeu não haver tempo hábil para convocar conferências municipais no país inteiro, então se adotou essa  
193 metodologia de fazer conferência macrorregional, com a recomendação de fazer todo o esforço possível para mobilizar todos  
194 os municípios de cada macrorregião e que todos os estados tenham seguido esta orientação e praticamente todos tinham  
195 realizado as conferências. COMISSÕES: I – Organizadora Estadual (COE) com representações do CES – Conselho Estadual  
196 de Saúde, da CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e mais cinco Centrais Sindicais; II - Formulação e  
197 Relatoria com uma participação importante de algumas equipes municipais, dos CEREST, das nove DIRES que estão em  
198 municípios sede das macrorregiões; III - Comunicação e Mobilização com a participação do COSEMS com representação dos  
199 Secretários Municipais de Saúde e também a contribuição e apoio de pessoas de universidades e de diversas representações;  
200 IV – Executiva com praticamente o pessoal da mesa diretora do Conselho com algumas diretorias e representações da SESAB  
201 e está sendo mantida uma Secretaria Executiva durante esse tempo todo até fechar esse processo depois da Nacional e  
202 depois que fizerem todo o processo aqui no Estado, de devolução dos relatórios e das outras providências que precisam ser  
203 tomadas. Relatou que foi uma conferência feita com muito pouco tempo, muito pouca gente, muito pouco dinheiro, mas  
204 bastante participativa, onde todas as questões propostas como o regimento, a metodologia, como funcionou a relatoria, como  
205 se organizaram as conferências macrorregionais, tudo isso tinha sido discutido e pactuado junto com quem estava participando  
206 do processo. Ressaltou o grande apoio das DIRES, dos municípios nas regiões e que os regulamentos foram praticamente  
207 aprovados com muito pouca alteração, apenas detalhes, sendo um processo muito participativo e qualitativamente bastante  
208 surpreendente para o pouco tempo que houve para preparar e mobilizar as pessoas. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE E  
209 COMISSÃO ORGANIZADORA ESTADUAL (COE) Alguns destaques: Definição de critérios e procedimentos para eleição de  
210 delegados nos municípios e participação nas Conferências Macrorregionais; Discussão e eleição dos candidatos a delegados  
211 em reuniões ampliadas coordenadas pelos CMS; Aprovação dos regulamentos das Etapas Macrorregional e Estadual;  
212 Aprovação da utilização de sistema informatizado para registro de propostas nos grupos de trabalho da Estadual criado pela  
213 SESAB (DMA e DIVAST). CRONOGRAMA das Conferências nas Macrorregiões Bahia: 12 e 13/05 – Nordeste; 14 e 15/05 –  
214 Extremo Sul; 15 e 16/05 – Oeste; 21 e 22/05 – Sul; 29 e 30/05 – Centro-Leste; 02 e 03/06 – Leste; 04 e 05/06 – Norte; 10 e  
215 11/06 – Centro-Norte; 10 e 11/07 – Sudoeste. Lembrou a Copa do Mundo ocorrida nesse meio tempo e logo depois, no início  
216 de julho, o início do período eleitoral, tendo sido necessário fazer umas adaptações no material de comunicação, em função  
217 das restrições do período. Apresentaram em slides alguns resultados das Conferências Macrorregionais, total de delegados  
218 participantes: usuário, trabalhador de saúde, gestor/ prestador. Comentou que tinha sido feita uma estimativa, pensando numa  
219 definição de população economicamente ativa dos municípios para participar e como não tinha havido as municipais, foi  
220 definido, orientado e na maior parte das regiões os Conselhos Municipais de Saúde convocaram reuniões ampliadas para  
221 mobilizar a população e as representações do seu município, dali a maioria dos municípios tinham tirado quatro representantes  
222 para irem para a macrorregional e, dos quatro, seguindo a paridade, dois representantes dos usuários, um dos  
223 gestores/prestadores e um dos trabalhadores de saúde. Quatro dos municípios maiores escolheram oito representantes para  
224 irem para a macrorregional e o município de Salvador, que tem quase cerca de um milhão e quinhentos mil trabalhadores, teve  
225 cinquenta e seis pessoas escolhidas. Apresentou números estimados seguindo os critérios e citou as regiões que tiveram  
226 menor percentual de participação e não atingindo o número previsto de representações dos municípios da sua região. A região  
227 Nordeste, a primeira a ser realizada, onde apenas 50% dos delegados previstos compareceram e a Centro-Leste, onde apenas  
228 49% compareceram. Informou as demais regiões e seus percentuais: Extremo Sul - 93%; Oeste - 70%; Sul - 96%; Leste - 84%;  
229 Norte - 63%; Centro Norte - 72% e Sudoeste - 61%. Em relação à representatividade dos municípios, segundo a mesma,  
230 considerou muito importante essa etapa macrorregional, do ponto de vista da discussão e conhecimento da política, para se  
231 propor avanços e diretrizes estratégicas para essa política, com 338 municípios das nove macrorregionais participando, o que  
232 corresponde a 81% dos municípios do Estado da Bahia. Foram 808 propostas aprovadas, 12 moções e 259 delegados titulares  
233 eleitos que vieram para a etapa estadual em Salvador. Em seguida apresentou os números da Conferência Estadual, dos 264  
234 delegados eleitos nas Macrorregionais compareceram 237 à Conferência Estadual, o que corresponde a 88%, com pouco  
235 recurso e muito em cima da hora porque não houve nem duas semanas de antecedência para emitir passagem, deslocamento,  
236 etc. Uma participação bem menor foi a dos conselheiros estaduais, titulares e suplentes, que dos 64 compareceram apenas 18,  
237 ou seja, 28%; dos 16 membros da Comissão Organizadora Estadual, compareceram 12, 75%. Do total de 344 delegados na  
238 Etapa Estadual, compareceram 263, ou seja, 76%. Participaram 89% dos municípios esperados, daqueles que foram eleitos  
239 nas macrorregionais, onde cada macrorregional elegeu 12 propostas para trazer ao Estado e foram 99 aprovadas, sendo  
240 escolhidas 12 prioritárias para irem para a nacional. Mostrou os itens mais acessados no site 4ª CEST/BA que vai ficar até o  
241 final do ano em funcionamento, todos os documentos orientadores, o que foi produzido, o regimento, o regulamento, todo o  
242 material da conferência, o relatório final também. Mostrou o programa da Etapa Estadual e relatou que houve duas mesas com  
243 dois palestrantes cada para falar dos sub-eixos: sub-eixo 1 – Profa. Graça Druck – UFBA/CRH; sub-eixo 2 – Conselheira Maria  
244 do Socorro Souza – Presidente do CNS; sub-eixo 3 – Profa. Jandira Maciel – UFMG/DMP; sub-eixo 4 – Conselheiro Ronald  
245 Ferreira – CNS. Relatou que foram aprovadas doze propostas, três para cada item, que vão ser levadas pelos sessenta e  
246 quatro delegados escolhidos na Conferência Estadual, para o âmbito nacional. PROPOSTAS PRIORITÁRIAS APROVADAS

247 NA ETAPA ESTADUAL DA 4ª CEST/BA PARA A ETAPA NACIONAL: sub-eixo1 - O Desenvolvimento socioeconômico e seus  
248 reflexos na Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora nas Regiões de Saúde e no estado da Bahia: 1.1 Criar Política Nacional  
249 de Redução do Uso de Agrotóxicos e câmara técnica com participação dos/as trabalhadores/as, fortalecendo a regulação,  
250 fiscalização efetiva e controle da utilização dos agrotóxicos, buscando outros mecanismos de combate às pragas: com  
251 utilização de tecnologias como agro ecologia e fortalecimento da agricultura e pecuária orgânicas; implantando e garantindo  
252 programa de assistência técnica aos trabalhadores da agricultura familiar; e visando o banimento do uso de agrotóxicos,  
253 especialmente nas culturas destinadas à alimentação das populações, para promoção da qualidade de vida e saúde da  
254 população, garantindo o acesso a alimentos livres de agrotóxicos. 1.2 Combater a terceirização em todas as atividades  
255 produtivas, seja no setor público ou privado, evitando a flexibilização de direitos, baixos salários, precárias condições de  
256 trabalho, carga excessiva de trabalho, que levam ao aumento de doenças e acidentes relacionados ao trabalho. 1.3 Promover  
257 a intersectorialidade (Previdência Social, SUS e Trabalho e Emprego) para garantir a produção e publicização das informações  
258 e a análise de situação de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, mediante a integração, em uma plataforma específica,  
259 com as principais bases e fontes de dados de interesse à saúde do/a trabalhador/a (SINAN, SIA, SIH, SIM, E-SUS,  
260 DATAPREV, IBGE, RAIS/CAGED etc.), nas três esferas de governo e para todos os segmentos de atividade econômica, e  
261 para ações conjuntas em benefício do trabalhador formal e informal. Sub-eixo 2 - Fortalecimento da participação dos  
262 trabalhadores e das trabalhadoras, da comunidade e do controle social nas ações de Saúde do Trabalhador e da  
263 Trabalhadora: 2.1 Fortalecer os conselhos de saúde, mediante a implementação da Política Nacional de Educação  
264 Permanente para o Controle Social e assegurando as condições mínimas para seu bom funcionamento, tais como: infra-  
265 estrutura, materiais permanentes, equipamentos, material de escritório e de informática; manutenção de sede própria, com  
266 funcionários capacitados para suas atividades; e garantindo a inclusão de ações dos Conselhos de Saúde nos instrumentos de  
267 Gestão do SUS, com provisão de recursos financeiros. 2.2 Garantir, ampliar e fiscalizar o repasse de recursos das três esferas  
268 de governo para a realização de capacitação, ações e formação dos membros dos conselhos municipais de saúde,  
269 trabalhadores (as) da saúde e das representações dos (as) usuários (as), a fim de assegurar o cumprimento da Política  
270 Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. 2.3 Tornar obrigatória a divulgação da campanha anual de saúde do  
271 trabalhador em todos os municípios do estado, tendo como marco a data do dia 28 de abril (Dia Mundial em Memória das  
272 Vítimas de Acidentes de Trabalho). Sub-eixo3 - Efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora,  
273 considerando os princípios da integralidade e intersectorialidade nas três esferas de governo: 3.1Garantir a implantação de  
274 Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) em todas as regiões de saúde, com autonomia,  
275 financiamento tripartite, como unidade gestora, garantindo equipe técnica multiprofissional, com trabalhadores especializados e  
276 concursados, com vínculo estável, com definição de exercício de cargo de Agente de Vigilância em Saúde do Trabalhador  
277 (VISAT) (inspetor sanitário em saúde do trabalhador ou similar), com autoridade sanitária e com exercício de poder de polícia,  
278 e atuação nos setores e estabelecimentos privados e públicos, de acordo com a realidade socioeconômica loco regional, de  
279 modo a ampliar o acesso da população trabalhadora. 3.2 Criar a Lei de Responsabilidade Sanitária e revisar a Lei de  
280 Responsabilidade Fiscal, de modo a garantir o cumprimento da Constituição Federal de 1988 no que se refere à realização de  
281 concursos públicos, garantindo a contratação de pessoal de vínculo efetivo na área da saúde, evitando a terceirização dos  
282 serviços públicos, os vínculos precários e a rotatividade dos profissionais do SUS. 3.3 Implantar programa de atenção integral  
283 em saúde do trabalhador “cuidando do cuidador”, com ações de prevenção e assistência à saúde para todos os trabalhadores  
284 e trabalhadoras do SUS nas três esferas de atenção à saúde. Sub-eixo 4 - Financiamento da Política Nacional de Saúde do  
285 Trabalhador e da Trabalhadora, nos municípios, Estados e União: 4.1. Ampliar para 10% o percentual mínimo da receita  
286 corrente bruta da União aplicados em saúde, garantindo os percentuais mínimos estabelecidos na Lei Complementar nº  
287 141/2012 para os demais entes federados (12% estados e 15 % municípios). 4.2 Ampliar o montante de recurso destinado à  
288 RENAST e atualizar anualmente os valores do repasse federal para implantação e manutenção dos Centros de Referência em  
289 Saúde do Trabalhador (CEREST), considerando: a inflação acumulada, desde 2002; a necessidade de aquisição de veículos e  
290 construção de prédios próprios; a garantia de contrapartida dos estados e municípios; parâmetros da População  
291 Economicamente Ativa (PEA) e outras variáveis e indicadores importantes para a implementação da Política Nacional de  
292 Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). 4.3 Garantir repasse federal de recursos em todos os blocos de  
293 financiamento do SUS, aos estados e municípios, e repasse dos fundos estaduais para os municípios, garantindo o  
294 financiamento tripartite, de acordo com a População Economicamente Ativa (PEA), para o desenvolvimento de ações de saúde  
295 do trabalhador em toda a rede SUS, observando a integralidade e a transversalidade da atenção à saúde do (a) trabalhador  
296 (a). PERSPECTIVAS: Apresentação do resultado (propostas) da Etapa Estadual e Macrorregional ao CES/Bahia – 28 de  
297 agosto de 2014; Publicação e divulgação dos relatórios das etapas Macrorregional e Estadual da 4ª CEST/BA; Apresentação  
298 do resultado (propostas) da Etapa Macrorregional e Estadual nas reuniões da CIB, do COSEMS e das CIR; Apresentação e  
299 discussão dos relatórios e resultado (propostas) da Etapa Macrorregional aos CMS da Bahia e às Comissões locais nas  
300 macrorregiões; Promover a devolutiva da 4ª CEST/BA definindo prioridades e estratégias para a constituição das CIST  
301 municipais e implementação das propostas aprovadas nas regiões de saúde e no Estado; Definir estratégia para elaboração de  
302 proposta de Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador  
303 da Bahia (CIST Estadual); Aprovar a Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora no CES/BA; Incorporar as  
304 propostas das Etapas Macrorregional e Estadual pela 9ª Conferência Estadual de Saúde e 15ª Conferência Nacional de Saúde.  
305 Finalizou a apresentação mostrando fotos das etapas da Conferência e deixou o contato do site estadual:  
306 [www.saude.ba.gov.br/4cestba](http://www.saude.ba.gov.br/4cestba) [http://www.suvisa.ba.gov.br/saude\\_trabalhador](http://www.suvisa.ba.gov.br/saude_trabalhador). Deixou também o contato do site nacional:  
307 [http://conselho.saude.gov.br/web\\_4cnst/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/index.html). Dando prosseguimento, Raul Molina passou para o próximo ponto de  
308 pauta: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAE/DGC: 2.2 Política Nacional de Saúde**  
309 **Integral às Pessoas Privadas de Liberdade**, valendo ressaltar que nesta parte da Ata houve um problema na gravação do  
310 áudio, sendo novamente registrada a apresentação na íntegra por meio dos slides, conforme segue. A Apresentação foi  
311 realizada pelo técnico Antônio Purificação da Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde – CPES/DGC.

312

313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362

## I Reunião do Grupo Condutor da Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade – PNAISP no Estado da Bahia



### Marcos Legais

Constituição Federal (BRASIL, 1988);  
Lei Federal 8.080 (BRASIL, 1990);  
Lei Federal 8.142 (BRASIL, 1990);  
Lei de Execuções Penais, nº 7.210/84 – LEP (BRASIL, 1984);  
Decreto 7508/11- Regulamenta a Lei 8.080/90;  
Lei de Execuções Penais nº 7.210/1984 – LEP  
Lei nº 11.942 de 28/05/2009 - Dá nova redação aos arts. 14, 83 e 89 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – Lei de Execução Penal, para assegurar às mães presas e aos recém-nascidos condições mínimas de assistência.  
Portaria Interministerial MS/MJ nº 1777/2003 - Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário



### Marcos Legais

**Portaria Interministerial nº 01/2014** – Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional – PNAISP;  
**Portaria nº 482/2014** – Operacionaliza a PNAISP  
**Portarias 94 e 95/2014** – Institui e dispõe, respectivamente, sobre o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e seu financiamento, no âmbito do SUS;  
**Portaria 210/2014** – Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional;  
**Portaria 142/2014** - Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (EAP);  
**Portaria 305/2014** - Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).  
**Portaria Conjunta SESAB/SEAP nº 01/2014** – Constitui o Grupo Condutor para conduzir as ações da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Estado da Bahia;



### Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade - PNAISP

A PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 2 DE JANEIRO DE 2014 - Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entende-se por pessoas privadas de liberdade no sistema prisional aquelas com idade superior a 18 (dezoito) anos e que estejam sob a custódia do Estado em caráter provisório ou sentenciados para cumprimento de pena privativa de liberdade ou medida de segurança.



### Princípios da PNAISP

- I - Respeito aos direitos humanos e à justiça social;
- II - Integralidade da atenção à saúde da população privada de liberdade no conjunto de ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, recuperação e vigilância em saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção;
- III - Equidade, em virtude de reconhecer as diferenças e singularidades dos sujeitos de direitos;
- IV - Promoção de iniciativas de ambiência humanizada e saudável com vistas à garantia da proteção dos direitos dessas pessoas;
- V - Corresponsabilidade interfederativa quanto à organização dos serviços segundo a complexidade das ações desenvolvidas, assegurada por meio da Rede Atenção à Saúde no território; e
- VI - Valorização de mecanismos de participação popular e controle social nos processos de formulação e gestão de políticas para atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade.



### Diretrizes da PNAISP:

- I - Promoção da cidadania e inclusão das pessoas privadas de liberdade por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social, como educação, trabalho e segurança;
- II - Atenção integral resolutiva, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade no sistema prisional, com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Controle e/ou redução dos agravos mais frequentes que acometem a população privada de liberdade no sistema prisional;
- IV - Respeito à diversidade étnico-racial, às limitações e às necessidades físicas e mentais especiais, às condições econômico sociais, às práticas e concepções culturais e religiosas, ao gênero, à orientação sexual e à identidade de gênero; e
- V - Intersetorialidade para a gestão integrada e racional e para a garantia do direito à saúde.



363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412

#### Objetivo geral da PNAISP:

Garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS.

#### Objetivos específicos da PNAISP:

I - Promover o acesso das pessoas privadas de liberdade à Rede de Atenção à Saúde, visando ao cuidado integral;

II - Garantir a autonomia dos profissionais de saúde para a realização do cuidado integral das pessoas privadas de liberdade;

III - Qualificar e humanizar a atenção à saúde no sistema prisional por meio de ações conjuntas das áreas da saúde e da justiça;

IV - Promover as relações intersetoriais com as políticas de direitos humanos, afirmativas e sociais básicas, bem como com as da Justiça Criminal; e

V - Fomentar e fortalecer a participação e o controle social.



Os beneficiários da PNAISP são as pessoas que se encontram sob custódia do Estado inseridas no sistema prisional ou em cumprimento de medida de segurança.

Os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas que se relacionam com as pessoas privadas de liberdade serão envolvidos em ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos no âmbito da PNAISP.



As ações de saúde serão ofertadas por serviços e equipes interdisciplinares, assim definidas:

I - a atenção básica será ofertada por meio das equipes de atenção básica das Unidades Básicas de Saúde definidas no território ou por meio das Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP), observada a pactuação estabelecida; e

II - a oferta das demais ações e serviços de saúde será prevista e pactuada na Rede de Atenção à Saúde.



Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e cadastrados no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A assistência farmacêutica no âmbito desta Política será disciplinada em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.



## ADESÃO DO ESTADO A PNAISP

A adesão à PNAISP ocorrerá por meio da pactuação do Estado com a União, através da assinatura de Termo de Adesão e encaminhamento ao Ministério da Saúde para aprovação.

A adesão estadual, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Ao Estado que aderir à PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.



## ADESÃO DO MUNICÍPIO A PNAISP

A adesão municipal à PNAISP será facultativa, devendo observar os seguintes critérios:

- I - adesão estadual à PNAISP;
- II - existência de população privada de liberdade em seu território;
- III - assinatura do Termo de Adesão Municipal;
- IV - elaboração de Plano de Ação Municipal para Atenção à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade;
- V - encaminhamento da respectiva documentação ao Ministério da Saúde para aprovação.

A adesão municipal, uma vez aprovada pelo Ministério da Saúde, será publicada no Diário Oficial da União por ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

Ao Município que aderir a PNAISP será garantida a aplicação de um índice para complementação dos valores a serem repassados pela União a título de incentivo financeiro, que será objeto de ato específico do Ministro de Estado da Saúde.



413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462

### Compete ao Estado:

#### I - por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade, referenciada em sua pactuação;
- b) coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades regionais e locais;
- c) elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria de Justiça e a Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais, de forma contínua e articulada com o Plano de Saúde do Estado ou do Distrito Federal e instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;
- d) implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados;



### Compete ao Estado:

#### I - por intermédio da Secretaria Estadual de Saúde:

- e) participar do financiamento para o desenvolvimento das ações e serviços em saúde de que trata esta Portaria;
- f) prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação da PNAISP;
- g) desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações no âmbito estadual ou distrital, consoantes a PNAISP, respeitando as diversidades locais; e
- h) promover, no âmbito de sua competência, as articulações intersetorial e interinstitucional necessárias à implementação das diretrizes da PNAISP, bem como a articulação do SUS na esfera estadual;



### Compete ao Estado:

#### II - por intermédio da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização:

- a) executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as unidades prisionais sob sua gestão;
- b) assessorar os Municípios, de forma técnica, junto à Secretaria Estadual de Saúde, no processo de discussão e implantação da PNAISP;
- c) considerar estratégias de humanização que atendam aos determinantes da saúde na construção e na adequação dos espaços das unidades prisionais;
- d) garantir espaços adequados nas unidades prisionais a fim de viabilizar a implantação e implementação da PNAISP e a salubridade dos ambientes onde estão as pessoas privadas de liberdade;
- e) adaptar as unidades prisionais para atender às pessoas com deficiência, idosas e com doenças crônicas;
- f) apoiar, técnica e financeiramente, a aquisição de equipamentos e a adequação do espaço físico para implantar a ambiência necessária ao funcionamento dos serviços de saúde no sistema prisional, seguindo as normas, regulamentos e recomendações do SUS e do CNPCP;



### Compete ao Estado:

#### II - por intermédio da Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização:

- g) atualizar e compartilhar os dados sobre a população privada de liberdade com a Secretaria Municipal de Saúde;
- h) participar do financiamento das ações e serviços previstos na Política;
- i) garantir o acesso, a segurança e a conduta ética das equipes de saúde nos serviços de saúde do sistema prisional;
- j) apoiar intersetorialmente a realização das ações de saúde desenvolvidas pelas equipes de saúde no sistema prisional;
- k) garantir o transporte sanitário e a escolta para que o acesso dos presos aos serviços de saúde internos e externos se realize em tempo oportuno, conforme a gravidade;
- l) participar do planejamento e da realização das ações de capacitação de profissionais que atuam no sistema prisional; e
- m) viabilizar o acesso de profissionais e agentes públicos responsáveis pela realização de auditorias, pesquisas e outras formas de verificação às unidades prisionais, bem como aos ambientes de saúde prisional, especialmente os que tratam da PNAISP.



### Compete aos Municípios

#### Compete aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

- I - executar, no âmbito da atenção básica, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população privada de liberdade referenciada em sua pactuação;
- II - coordenar e implementar a PNAISP, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as especificidades locais;
- III - elaborar o plano de ação para implementação da PNAISP junto com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Justiça, Administração Penitenciária ou congêneres, considerando as questões prioritárias e as especificidades regionais de forma contínua e articulada com os Planos Estadual e Regionais de Saúde e os instrumentos de planejamento e pactuação do SUS;



### Compete aos Municípios:

#### Compete aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:

- VII - monitorar e avaliar, de forma contínua, os indicadores específicos e os sistemas de informação da saúde, com dados produzidos no sistema local de saúde;
- IV - cadastrar, por meio dos programas disponíveis, as pessoas privadas de liberdade no seu território, assegurando a sua identificação no Cartão Nacional de Saúde;
- V - elaborar e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- VI - implantar e implementar protocolos de acesso e acolhimento como instrumento de detecção precoce e seguimento de agravos, viabilizando a resolutividade no acompanhamento dos agravos diagnosticados.



463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512

## Compete aos Municípios

**Compete aos Municípios, por meio da respectiva Secretaria de Saúde, quando aderir à PNAISP:**

- VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de capacitação e educação permanente dos trabalhadores da saúde para a gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações na esfera municipal e/ou das regionais de saúde, com especial atenção na qualificação e estímulo à alimentação dos sistemas de informação do SUS;
- IX - promover, junto à população do Distrito Federal ou do Município, ações de informação, educação e comunicação em saúde, visando difundir a PNAISP;
- X - fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações no âmbito do Conselho de Saúde do Distrito Federal ou do Município e nas demais instâncias de controle social existentes no município; e
- XI - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação das diretrizes da PNAISP e a articulação do SUS na esfera municipal.



O monitoramento e a avaliação da PNAISP, dos serviços, das equipes e das ações de saúde serão realizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Justiça por meio da inserção de dados, informações e documentos nos sistemas de informação da atenção à saúde.

Será instituído Grupo Condutor da PNAISP no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, formado:

- I. Pela respectiva Secretaria de Saúde;
- II. Pela respectiva Secretaria de Justiça ou congêneres;
- III. Pela Administração Prisional ou congêneres;
- IV. Pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do respectivo Estado; e
- V. Pelo apoio institucional do Ministério da Saúde.



### O Grupo Condutor da PNAISP terá como atribuições:

- I - mobilizar os dirigentes do SUS e dos sistemas prisionais em cada fase de implantação e implementação da PNAISP;
- II - apoiar a organização dos processos de trabalho voltados para a implantação e implementação da PNAISP no Estado e no Distrito Federal;
- III - identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação e implementação da PNAISP; e
- IV - monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da PNAISP.



### Adesão à Portaria nº 94/14 e composição da Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP

Deverá ser instituído também no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, vinculado à esta Política e composto por uma **Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP**.

O Cadastramento do referido serviço será consignado ao CNES.

A coordenação do serviço é de responsabilidade do Gestor Estadual de Saúde, podendo haver pactuações específicas nas instâncias colegiadas.

Fonte: Portaria MS nº 94/2014



Para a elaboração e implementação desta estratégia estadual o Grupo Condutor deverá constituir **comissão de trabalho** específica podendo contar com a participação de representantes:

- do Tribunal de Justiça,
- do Ministério Público Estadual,
- da Defensoria Pública Estadual,
- da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza,
- de instâncias de controle social, em âmbito estadual, sendo preferencialmente dos Conselhos de Saúde, de Assistência Social, de Políticas Sobre Drogas ou congêneres e de Direitos Humanos ou congêneres.



### Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei – EAP

A EAP tem por objetivo apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei na Rede de Atenção à Saúde (RAS), e terá as seguintes atribuições:

I - Realizar avaliações biopsicossociais e apresentar proposições fundamentadas na Lei 10.216 de 2001 e nos princípios da PNAISP, orientando, sobretudo, a adoção de medidas terapêuticas, preferencialmente de base comunitária, a serem implementadas segundo um Projeto Terapêutico Singular (PTS);

II - Identificar programas e serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania, necessários para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei e para a garantia da efetividade do PTS;



513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562

III - Estabelecer processos de comunicação com gestores e equipes de serviços do SUS e do SUAS e de direitos de cidadania e estabelecer dispositivos de gestão que viabilizem acesso e corresponsabilização pelos cuidados da pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei;

IV - Contribuir para a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, pelo beneficiário, em consonância com a justiça criminal, observando a regulação do sistema.;

V - Acompanhar a execução da medida terapêutica, atuando como dispositivo conector entre os órgãos de Justiça, as equipes da PNAISP e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania, garantindo a oferta de acompanhamento integral, resolutivo e contínuo;

VI - Apoiar a capacitação dos profissionais da saúde, da justiça e programas e serviços sociais e de direitos de cidadania para orientação acerca de diretrizes, conceitos e métodos para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei; e

VII - Contribuir para a realização da desinternação progressiva de pessoas que cumprem medida de segurança em instituições penais ou hospitalares, articulando-se às equipes da PNAISP, quando houver, e apoiando-se em dispositivos das redes de atenção à saúde, assistência social e demais programas e serviços de direitos de cidadania.



**PORTARIA Nº 305, DE 10 DE ABRIL DE 2014**

**Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes e serviços que farão parte da Atenção Básica de Saúde Prisional e inclui na tabela de Tipos de Equipes do SCNES, os tipos de Equipe de Saúde no Sistema Prisional (ESP).**

CODIGO	DESCRIÇÃO DA EQUIPE
50	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I (EABP-I)
51	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO I COM SAÚDE MENTAL(EABP-I COM SAÚDE MENTAL)
52	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II (EABP-II)
53	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO II COM SAÚDE MENTAL (EABP-II COM SAÚDE MENTAL)
54	EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA PRISIONAL TIPO III (EABP-III)



Descrição da Equipe	Unidades prisionais com até 100 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I	6	3.957,50
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo I com Saúde Mental	6	6.790,00
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 101-500 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II	20	19.191,65
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo II com Saúde Mental	20	28.633,31
Descrição da Equipe	Unidades prisionais com 501-1200 custodiados	
	Carga horária semanal mínima	Valor do incentivo mensal
Equipe de Atenção Básica Prisional tipo III	30	42.949,96

PORTARIANº 482, DE 1º DE ABRIL DE 2014  
Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



**Portaria Conjunta SESAB/SEAP nº 1 de 21/07/14**

Constitui o Grupo Condutor da Política Nacional de Saúde Integral à Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no Estado da Bahia, que será composto pelas seguintes Instituições:

- I. Secretaria da Saúde - SESAB;
- II. Secretaria de Administração Prisional e Ressocialização - SEAP;
- III. Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos - SJCDH;
- IV. Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza - SEDES;
- V. Secretaria de Segurança Pública - SSP;
- VI. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- VII. Conselho Estadual de Saúde (CES).



**POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO ESTADO DA BAHIA (POR REGIMES)**

CAPITAL/INTERIOR	MASCULINO					FEMININO					TOTAL	CAPACIDADE	EXCEDENTE	
	PROVISÓRIO	RF	ESA	RA	MS	PROVISÓRIO	RF	ESA	RA	MS				
1. CASA DO ALBERGADO E EGRESSO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	-58
2. COLÔNIA LAFINETE COUTINHO	0	0	453	0	0	0	0	0	0	0	0	453	284	168
3. CENTRO DE OBSERVAÇÃO PENAL	54	30	8	2	0	0	0	0	0	0	0	94	96	-2
4. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO*	82	0	0	0	47	0	0	0	0	0	0	129	150	-21
5. CONJUNTO PENAL FEMININO	0	0	0	0	0	155	31	7	4	0	0	193	132	61
6. PENITENCIÁRIA LEMOS BRITO	0	1134	13	0	0	0	0	0	0	0	0	1147	771	376
7. PRESÍDIO SALVADOR	893	7	7	4	0	0	0	0	0	0	0	911	686	225
8. UNIDADE ESPECIAL DISCIPLINAR	277	42	13	0	0	0	0	0	0	0	0	332	376	-44
9. CADERNIA PÚBLICA DE SALVADOR	1075	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1075	744	331
10. CADERNIA PÚBLICA DE SALVADOR - ANEXO II	118	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	118	261	-123
11. CONJUNTO PENAL DE FEIRA DE SANTANA	783	227	146	2	0	55	18	26	0	0	0	1257	644	613
12. CONJUNTO PENAL DE JIQUEI	344	284	202	2	0	40	13	12	0	0	0	897	368	529
13. PRESÍDIO VITORIA DA CONQUISTA*	230	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	250	187	63
14. PRESÍDIO DE IMLHUS	490	0	0	21	0	0	0	0	0	1	0	512	180	332
15. PRESÍDIO DE ESPLANADA*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	112	-112
16. PRESÍDIO DE PAULO AFONSO	155	34	27	0	0	9	2	3	0	0	0	230	122	108
17. CONJUNTO PENAL DE TEREZINA DE FREITAS	347	190	76	0	0	53	22	12	0	0	0	700	316	384
18. CONJUNTO PENAL DE VALENÇA	304	117	68	0	0	0	0	0	0	0	0	489	268	221
19. CONJUNTO PENAL DE JUAZEIRO	191	251	153	0	0	14	8	16	0	0	0	633	348	285
20. CONJUNTO PENAL DE SERRINHA	300	237	10	0	0	0	0	0	0	0	0	547	476	71
21. CONJUNTO PENAL DE LAURO DE FREITAS	37	0	389	0	0	0	0	0	0	0	0	426	430	-4
22. CONJUNTO PENAL DE ITALUINA	320	356	228	0	0	61	18	20	0	0	0	1003	478	525
23. COLÔNIA PENAL DE SIMÕES FILHO	122	0	161	0	0	0	0	0	0	0	0	283	220	63
24. CONJUNTO PENAL DE EUNÁPOLIS	279	178	57	0	0	0	0	0	0	0	0	514	447	67
TOTAL GERAL ->	6423	3087	2010	31	47	403	117	66	5	0	0	12312	8194	4018

**LEGENDA**

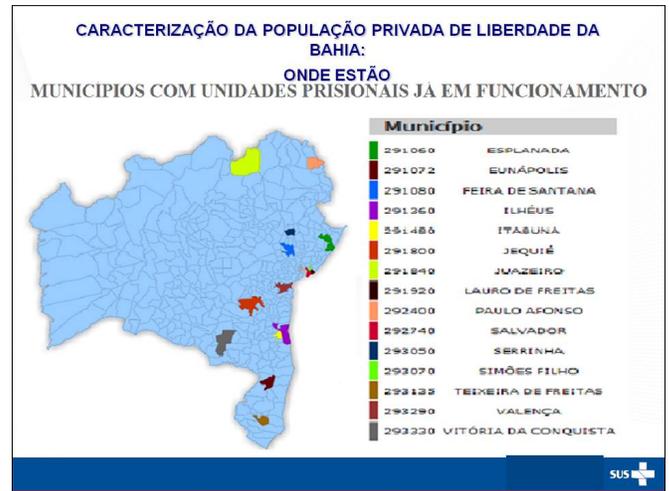
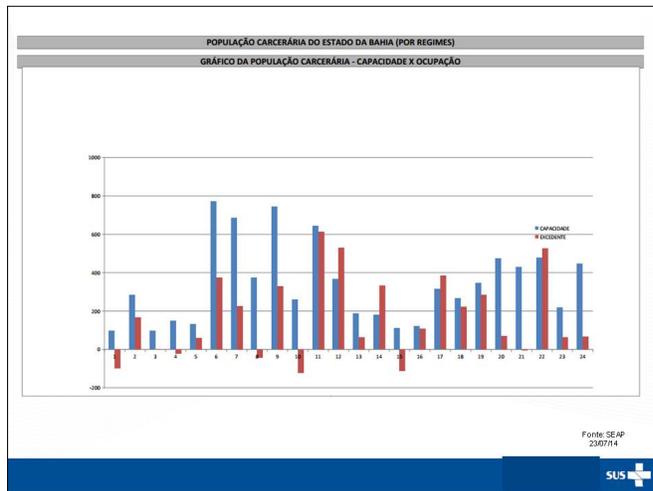
RF - REGIME RECLUSIVO  
ESA - REGIME SEMI-LIBERTO  
RA - REGIME ABERTO  
MS - MEDIDA DE SEGURANÇA

\*Atualmente 3 alas encontram-se fechadas para reforma, sendo assim, a capacidade atual é de 55 pacientes  
\*Atualmente o módulo I encontra-se fechado para reforma, sendo assim, a capacidade atual é de 139 internos  
\*Os internos do Presídio de Esplanada (Advogado Rui Peralva) foram transferidos para outras unidades  
\*Os internos da Central Médica Penitenciária estão contabilizados em sua unidade de origem

23/07/2014  
Fonte: SEAP 23/07/14



563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618



**Antônio Purificação**

Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde – CPES  
Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS  
Secretaria Estadual da Saúde do Estado da Bahia – SESAB  
Contato: 71-3115-4203  
E-mail: [cpes.dgc@gmail.com](mailto:cpes.dgc@gmail.com) ou [diretoria.dgc@gmail.com](mailto:diretoria.dgc@gmail.com)

Ao ser perguntado pela Secretária de São Felipe, Joseane Mota, se podia se cadastrar uma equipe que atua no entorno da delegacia e receber o incentivo, Antônio Purificação (DGC/CPES) destacou que a Política abrange preso em delegacia e preso em unidade prisional, e observou que constando o valor na tabela e, estando ali, tem que disponibilizar seis horas da equipe, sendo o repasse mensal de três mil, novecentos e cinquenta e sete reais. Colocando-se o componente associado de saúde mental, vão ter seis horas disponíveis para aquela delegacia, recebendo-se um repasse mensal de seis mil, setecentos e noventa reais. Informou que normalmente já se faz atenção a essa unidade prisional e salientou que a própria equipe da atenção básica pode fazer seu horário para seis horas de cobertura na unidade. Raul Molina lembrou a todos uma discussão bastante acirrada, com relação à delegacia, porque todos têm uma unidade do lado de uma delegacia e ao ser colocado isso para o Ministério, o entendimento deles tinha ficado dúbio, mas a princípio aquela visão que Joseane colocava aqui, era impactante, e porque não poderia fazer essas seis horas, que normalmente já faz e sem receber. Então, estava sendo dito que isso é possível tranquilamente, o que era boa notícia. O Coordenador adjunto destacou quanto a próxima apresentação, Situação epidemiológica da Chikungunya na Bahia, a promoção do Plano de Contingência que hoje pela manhã fora discutido esse tema na reunião do COSEMS, com uma apresentação e discussão exaustiva. Ponderou que se entende que o Plano é o ponto de partida para se fazer qualquer coisa e tem que ser aprovado, mas a grande preocupação é o recurso da vigilância para isso e para os compromissos que as técnicas da Vigilância tinham colocado. Porque todos sabem que o problema do recurso não é somente dos municípios, mas também do Estado e estão muito preocupados com a gravidade. Então tinha sido encaminhado hoje pelo COSEMS que deveria ser criado imediatamente um comitê tripartite, de forma emergencial, para se tentar alcançar algumas metas e se unir forças, porque esse é um trabalho que vai ter que ser feito, principalmente com a participação de pessoas, a conscientização da população e, além disso, envolver todos os funcionários da Secretaria. Portanto tinham que colocar o que está acontecendo na Bahia, sendo necessário tomar providências juntos, acompanhando *pari passu*, porque a qualquer momento podia sair desse pseudo controle que se tem, de um lado os números alarmantes, de outro a tranquilidade de que nesses últimos dias tenha talvez havido uma melhora. O maior triângulo rodoviário que se tem é Feira de Santana, todos os caminhos passam por lá, e estão acontecendo alguns casos de exportação de Chikungunya em Salvador e em outros locais mais distantes vão aparecer. Mencionou que na grande maioria dos municípios está muito difícil o

619 relacionamento com os agentes comunitários e agentes de endemias, pois tinham ficado de começar a pagar o piso deles a  
620 partir de janeiro, após ter havido uma recomendação para os municípios, mas os municípios não tinham recebido recursos para  
621 manter isso. Referiu que o Secretário aqui sabia melhor do que ninguém a situação com relação à vigilância, portanto, a  
622 proposta é de criar imediatamente esse Comitê, de forma emergencial e a partir daí verem até que ponto se pode declarar  
623 emergência no Estado. O Secretário Washington Couto relatou que o entendimento do Estado é o mesmo e o Ministério da  
624 Saúde deveria ser convidado, colocou que seria tomada a decisão de formar o comitê bipartite e depois ser convidaria o  
625 Ministério da Saúde. Com a epidemia se necessita de recursos e todos sabem da situação, devendo ser solicitada uma ação  
626 mais premente, inclusive de financiamento, por parte do Ministério. Então, da parte do Estado concordava com o  
627 encaminhamento e já tinham começado a trabalhar com os municípios, principalmente Feira de Santana que já está há dois  
628 meses nessa situação. Comentou que todas as ações que estão sendo feitas em Feira são muito bem articuladas entre  
629 Estado, Município e Ministério da Saúde, que tinha mandado técnicos para fazer as ações lá, lembrando que são ações que  
630 vão extrapolar em muito aquilo que se tem de governabilidade. Disse ser muito parecido com a epidemia de dengue em que  
631 fora preciso atuar também com a área de infra estrutura, serviços públicos, porque terão que fazer grandes mutirões, enfim,  
632 mobilizar muita gente. Como infelizmente não estão tendo condição de dar conta de tudo, será necessário se colocar todos à  
633 disposição, mas principalmente que tenha na comissão um espaço dedicado, um acompanhamento, trazendo os relatórios,  
634 fazendo as atualizações, pois estão fazendo as atualizações, principalmente com a imprensa, todas as quartas-feiras, mas  
635 agora já estão com outro tipo de processo e conversando com o Ministério para fazer o processo de validar os casos, numa  
636 parte mais clínica, já tendo sido rompida aquela barreira de que todo caso fosse levado para fazer o teste de laboratório. Após  
637 perguntar se Alcina gostaria de completar alguma coisa, declarou a posição acatada e **aprovado o Plano de Contingência**.  
638 Raul Molina informou que pela manhã as técnicas Cida e Elisabete haviam apresentado o Plano, tendo ficado entendido que  
639 aprovar o Plano seria o primeiro passo, antes disso não seria possível avançar para fazer nada. Parabenizou a equipe, pois  
640 sabia da dificuldade com relação a recursos humanos, que se colocam à disposição dos municípios maiores, Salvador, Vitória  
641 da Conquista, Feira de Santana, podendo contribuir de alguma forma, porque a equipe que eles têm é muito restrita, além do  
642 problema de mobilidade, viatura, carro, para fazerem isso tudo. Marta Rejane saudou a todos e falou que o trabalho  
643 apresentado tinha sido muito bom, parabenizou o pessoal e mencionou a comunicação social, segundo ela imprescindível,  
644 uma pauta permanente de atualização e discussão nas CIR sobre a situação de Chikungunya no âmbito da região, para se ter  
645 um maior controle da situação dentro da região; a capacitação dos profissionais para identificação dos casos e orientação de  
646 forma correta à sociedade, porque será de 30 a 60% de pessoas acometidas, não terão vagas para internar um quadro de  
647 artralgia muito intenso, sabendo-se que terá uma comoção social bastante significativa. Portanto é imprescindível a  
648 comunicação social, pois a doença só deve complicar em quem tem co-morbidades, gestantes, crianças, idosos, então, para a  
649 população ficar bem tranquila de que é uma doença passível de tratamento em domicílio. Alcina saudou a todos, achou o  
650 colocado extremamente pertinente e informou que está esperando acontecer a reunião do Comitê Nacional de Dengue, no dia  
651 04 de novembro, para se definir estratégias de comunicação. Além de referir que com a Chikungunya vai precisar ser um  
652 pouco diferente do que vem sendo feito com a dengue, porque todos deviam ter ouvido pela manhã que a doença cursa com  
653 picos febris muito altos no início, mas o que é característico do Chikungunya é a poliartralgia e é esse quadro que pode  
654 cronicar, existindo uma contra indicação do uso de antiinflamatórios. Comentou que tem grupo de especialistas que até  
655 recomenda seu uso na fase crônica, mas alguns especialistas ouvidos no Seminário Internacional contra-indicam  
656 antiinflamatórios em qualquer fase, esteróide ou não esteróide, nenhum deles. Então o que se precisava falar para a  
657 população: estar atenta para a automedicação, o tratamento do Chikungunya é sintomático, tendo que se manejar dor e febre -  
658 na fase aguda, febre, e depois a dor - podendo permanecer por seis meses, um ano, dois anos, dois anos e meio. Isso porque  
659 o processo de artralgia continua por um bom tempo, então que não se automedique, não usar antiinflamatório, pois o uso pode  
660 aumentar a chance de lesões de articulação, e procurar o serviço de saúde. Ressaltou que a grande preocupação, como está  
661 acontecendo em Feira é a elevação da taxa, que é muito rápida, porque o período que o vírus se replica no mosquito é de dois  
662 dias, diferente da dengue que pode chegar até treze dias. Então destacou que na hora que o mosquito pica uma pessoa  
663 infectada com a Febre Chikungunya, em dois dias ele já está transmitindo para outras pessoas. Logo, a rapidez com que a  
664 doença está se expandindo é muito grande, porque a quantidade de vírus circulante é da potência de 10 a 10, enquanto a  
665 dengue é de 10 a 3 e 10 a 4. Assim, a quantidade de vírus é muito maior. Portanto, referiu que está sendo discutido agora no  
666 início de novembro, no Comitê Nacional, a definição de estratégia de comunicação a ser adotada para não gerar uma  
667 sobrecarga que já vai ser esperada. Falou que a confirmação de epidemia na rede deve ser resolvida na atenção básica, mas  
668 em Feira tinha sido necessário mudar o processo de trabalho da atenção básica, tendo que abrir a porta porque o número de  
669 pacientes na Policlínica, que era em torno de noventa a cem por dia, havia pulado para trezentos de uma semana para outra.  
670 Então fora necessário abrir estratégias de acolhimento desses pacientes na Rede, porém a demanda de internação é muito  
671 pequena. Acrescentou que a doença só agrava em pessoas idosas porque tem co-morbidades e a virose desequilibra esses  
672 quadros de co-morbidades que já existem, do tipo diabetes, hipertensão e tinha ficado assustadíssima quando vira, no  
673 Seminário Internacional, que o grupo de risco é acima de quarenta e cinco anos. Então é muito baixo o plano de corte, todo  
674 mundo que tem mais de quarenta e cinco anos pode fazer um quadro mais complicado, porque muitos já têm outras co-  
675 morbidades, mas mesmo assim tinha havido pouquíssimos internamentos em Feira, duas crianças, uma senhora idosa, que  
676 precisou de internamento, pois tinha desequilibrado o quadro de diabetes que já tinha. E a última ressalva é que em crianças  
677 preocupa muito, existindo transmissão vertical para Chikungunya. As mulheres grávidas que têm infecção por Chikungunya no  
678 último trimestre da gravidez podem infectar seus filhos no momento do parto, por transmissão vertical. E o quadro em crianças  
679 muito pequenas, no neonato, é gravíssimo, a letalidade dos recém nascidos pode chegar a cinquenta por cento. Assim, essas  
680 mulheres já são a grande preocupação. Logo, a recomendação é que, se for possível - e não tem efeito protetor pela cesárea -  
681 se adiar o momento do parto, não fazer cesárea eletiva, esperar a mulher chegar num momento em que a quantidade de vírus  
682 tenha diminuído, para diminuir a chance de infecção para o neonato. Informou que está existindo um movimento de  
683 treinamento de grande quantidade de pessoas, será sediado um treinamento em Feira de Santana, provavelmente entre treze  
684 e quatorze de novembro, e está sendo combinado com o Ministério para treinar pessoas de outros estados e a Bahia, porque  
685 já são dois municípios com transmissão sustentada, que é Riachão do Jacuípe e Feira de Santana, dois casos confirmados em

686 Salvador, mas não estão percebendo transmissão em Salvador, essas pessoas tinham se infectado em Feira de Santana, e um  
687 caso em Alagoinhas que também tem vínculo com Feira de Santana. Então, tem se conseguido manter essa situação sob  
688 controle, só que ninguém sabe até quando, pois está entrando no período de alta estação para reprodução rápida do vetor. O  
689 Coordenador prosseguiu, **pactuando este ponto** e passou para o ponto **2.2. Superintendência de Regulação: Solicitação da**  
690 **Diretoria do Hospital Aristides Maltez, através do processo 0300140422553 que foi feito via SESAB de garantia de acesso dos**  
691 **417 municípios do estado para assistência oncológica pelo Hospital.** O Secretário do município de Salvador, José Antônio  
692 saudou a todos e relatou que todos tinham acompanhado nos meses de abril, maio, agosto, depois setembro e novembro de  
693 2013, a evolução do teto de oncologia do estado da Bahia e do município de Salvador. Referiu que tivera a oportunidade de  
694 discutir contrato por contrato, na época fora uma proposta de Suzana para fazer dessa maneira. Naquele momento tinham sido  
695 identificados alguns recursos que deviam ser públicos, feitos por publicação de portaria do Ministério da Saúde. Ao invés de  
696 serem colocados valores nos contratos como produção de serviços, tinham sido colocados como valor fixo de remuneração. E  
697 esses contratos, portanto, tinham sido retificados, contando-se com o apoio do Ministério da Saúde para isso. Esses valores  
698 tinham sido colocados efetivamente na produção, se mantendo por incentivo do que era institucionalmente já posto por Portaria  
699 do Ministério, em seguida as portarias da própria Secretaria Municipal de Saúde, alocando recursos próprios dentro desses  
700 contratos, e com isso tinham sido feitas essas modificações. No segundo momento, a partir de agosto de 2013, o Ministério da  
701 Saúde repactuara um novo teto para a Bahia, muito aquém, talvez menos de um terço do que o estado da Bahia havia  
702 solicitado para oncologia e, no caso específico de Salvador, fora levantado o que havia de estouro de teto do que tinha sido  
703 faturado no ano de 2012 e sem cobertura dos recursos MAC alocados pelo Ministério. Então esse recurso chegara a trinta e  
704 três milhões de reais a mais para Salvador, o segundo município Feira de Santana (ou Ilhéus), com oito milhões, sendo quatro  
705 municípios na época: Feira, Vitória da Conquista, Ilhéus e Salvador, e esses recursos começando a ser repostos a partir de  
706 agosto de 2013. No momento que se recompõe os tetos de 2012 se passa pelo outro problema que são os recursos de 2013,  
707 porém o Ministério até aquele momento tinha começado a desenvolver um estudo sobre a marcação de consultas de oncologia  
708 clínica, radioterapia, de todos os serviços enfim, solicitados pela Central de Regulação, a solicitação de todas as atividades de  
709 oncologia para Salvador, naquele momento, com uma fila de espera para primeiro atendimento de até seis meses, que fora  
710 apresentado na CIB ainda no mês de agosto. O Estado tinha apoiado o município no primeiro momento, para fazer o contato  
711 com as Centrais de Regulação das regiões para que se pudesse reportar esses pacientes à sua origem, de forma a agilizar o  
712 processo de atendimento e disseminar também o atendimento na capital. Isso fora feito de forma muito pontual, no primeiro  
713 momento, tendo dificuldade com os municípios, sendo aí um argumento deles, Itabuna, inclusive, pontuara que não adiantava  
714 receber pacientes para acúmulo, quando o paciente precisava de algum tipo de apoio diagnóstico que não era possível  
715 naquele momento em Itabuna, ou mesmo serviços especiais de radioterapia que ele buscava a capital para isso. Então a  
716 solução não tinha se dado por inteiro, fora bastante pontual o encaminhamento desses pacientes. E a segunda dificuldade, a  
717 resistência do paciente, que naquela altura já tinha vindo para o SUS em Salvador para ter de retornar para um atendimento. A  
718 Diretoria do Aristides Maltez ajudara na identificação desses pacientes, o que tinha sido apresentado ao Ministério da Saúde.  
719 Logo em seguida ocorrera uma reunião, no mês de setembro, com o Secretário Solla e o Ministro Padilha, desenvolvendo um  
720 novo estudo que fora apresentado ao COSEMS, para que se pudesse fazer uma recomposição de teto, ou dentro do ano de  
721 2013, ou que se deixasse isso manifestado, organizado, já para o ano de 2014. Destacou que todos já sabiam que o Ministro  
722 Padilha tinha saído do Ministério e eles não tinham conseguido mais retomar essa pauta com o Ministério da Saúde. Em  
723 determinado momento a Secretaria Municipal de Feira de Santana, que é a região mais próxima de Salvador, talvez a que tem  
724 mais impacto no atendimento oncológico da capital, manifestara que já estava com o seu teto consumido e o município de  
725 Salvador mantivera os seus contratos, a remuneração dos contratos e continuava fazendo o atendimento pontualmente. O Irmã  
726 Dulce tinha recebido uma parte dos pacientes sob regulação do estado, mas eles tinham atendido de forma limitada, por haver  
727 uma série de patologias que eles não recebem. Fora criado, dessa forma, o sistema de regulação do Irmã Dulce para o  
728 Hospital Santa Izabel, o que até então tem funcionado bem. Destacou que hoje não existe absolutamente nenhum atraso no  
729 prestador, todos eles recebendo os seus contratos cheios e fazendo a programação de um mês para o outro e às vezes o  
730 incentivo sendo pago dentro do próprio mês e a produção no mês seguinte. O Hospital Aristides Maltez tem um protocolo que é  
731 rígido e bem feito, talvez o único hospital que acompanhe exatamente o protocolo de assistência do próprio Ministério da  
732 Saúde. Comentou que tem algumas falhas no seu suporte, nos serviços de urgência, emergência para o paciente que está  
733 assistindo, mas isso também tem sido resolvido de forma pontual. Mas apesar disso tem conseguido avançar, porém não acata  
734 a regulação, tanto do Estado como do município, porque tem uma agenda própria em que disponibiliza para todos os  
735 municípios, portanto trabalha de porta aberta, enquanto que os outros centros não se comportam dessa maneira. Então tem  
736 um faturamento extra contrato, que no primeiro momento não é tratado no município, porque aquele paciente não entra pela  
737 regulação do município, mas logo em seguida vai ter que arrumar uma solução, porque se não puder colocar o paciente no  
738 serviço de onde ele tiver sido encaminhado, esse paciente também não pode ficar desassistido. Então a APAC e a AIH têm  
739 que ser emitidas para que esse paciente possa constar, inclusive, nos acompanhamentos epidemiológicos. Essa situação fora  
740 colocada e ela não é única do Hospital Aristides Maltez, existindo outros UNACONS como o Hospital São Rafael, uma situação  
741 em menor porte do Hospital Santa Izabel e a solicitação tinha sido que não se encaminhasse mais de um paciente novo, tanto  
742 Secretário do Estado quanto secretários dos municípios tinham sido certificados por eles, cerca de três meses atrás, porque  
743 eles não tinham mais capacidade financeira para atender o número de pacientes que estavam chegando lá. Destacou que  
744 tinha feito uma apresentação ao Ministro Artur Chioro, logo em seguida a esse movimento, tinham tido mais duas reuniões  
745 junto ao Ministério, com mais uma reunião agendada para a próxima semana e a proposição desse caso específico é que o  
746 município tenha a oportunidade de fazer uma apresentação com o seu estudo, inclusive do atendimento por regional, que é  
747 mais ou menos a mesma apresentação já feita para o Ministério da Saúde. Disse que o Ministério havia solicitado o  
748 refinamento de uma série de dados e essa apresentação seria feita na próxima semana. E a idéia é poder restabelecer o  
749 equilíbrio do teto de oncologia, que no caso específico do Hospital Aristides Maltez, está chegando a nove milhões e duzentos  
750 reais por mês. No Santa Izabel, que tem o contrato em torno cinco milhões de reais, o pedido é exatamente outro. Como é um  
751 hospital que atende uma série de serviços, o de oncologia hoje já está ocupando em torno de 35 a 40% dos leitos, o que  
752 prejudica, por exemplo, a produção de cirurgias na área de cardiologia. Então uma série de limitantes na área de oncologia e

753 fica a realidade de 65 a 67% de todo atendimento oncológico ainda persistindo na capital. Salientou como uma primeira  
754 solução para isso, arriscando a dizer até que existe capacidade instalada hoje na capital, inclusive no próprio Aristides Maltez,  
755 uma capacidade instalada maior, então, existe essa expectativa de oferta de serviço, mas em primeiro lugar é necessário  
756 valorizar um pouco certas estruturas que andam bem inferiores. Conversava com Hélio, de Itabuna, onde tem uma  
757 aparelhagem encaixotada há seis meses e está mandando pacientes para complementação de radioterapia para a capital.  
758 Assim, existe uma série de situações dessa natureza, quando não são situações totalmente esdrúxulas, como Feira de  
759 Santana, de fazer um determinado procedimento e complementar o procedimento na capital, o paciente vai e volta, e sequer  
760 está registrado na APAC, é uma das piores situações. Ponderou que essa situação é extremamente complexa e já era para ter  
761 sido tratada desde o ano passado. Os recursos solicitados conseguidos pelo estado da Bahia não tinham alcançado sequer um  
762 terço da necessidade para aquele momento, sendo necessário passar por um processo de redefinição, que nem o município  
763 de Salvador, nem Feira, nem Itabuna – e citava os grandes pólos portadores de pacientes - conseguiriam resolver  
764 isoladamente. Ponderou que essa questão contratual do hospital tinha que ser atendida, mas no momento em que ela fosse  
765 atendida, e não se resolvesse esse problema principal exatamente no mês seguinte, começariam a cavar o mesmo buraco.  
766 Portanto esse é um desafio que, apesar de estar no final de gestão do Ministério da Saúde, deveria ser pautado para se  
767 retomar isso de uma forma mais objetiva. Informou ter sido em novembro de 2013 a data que fora apresentada no Ministério da  
768 Saúde a mesma apresentação da demanda desses pacientes que tinha sido feita no COSEMS, conseguindo-se apresentar os  
769 dados por endereço, por atividade, por patologia, por data de resultado anatomopatológico, um trabalho extremamente  
770 importante, abordando quase duas mil pessoas que ainda não tinham conseguido entrar em nenhum serviço e pessoas de  
771 todas as regionais da Bahia, quase 40% que não são da capital. E na última resposta o Ministério identificara pólos onde têm  
772 recursos de oncologia previstos e esses recursos estariam disponíveis. Ponderou que isso não é razoável, todos aqui sendo  
773 gestores sabiam dessa realidade, não adiantava buscar recursos em Teixeira de Freitas ou em outro pólo, pois provavelmente  
774 já fora programado e já fora gasto em outra atividade. Então ou tinha recursos novos para essa área, ou estavam vivendo em  
775 uma situação complexa e até de futura desassistência. Destacou ser essa sua proposição, de fazer essa apresentação, sendo  
776 necessário fazer um documento único e isso não inibia o trabalho que está sendo feito com o Ministério, e que isso pudesse  
777 ser apresentado, não devendo esperar nem a próxima CIB, se fazer uma primeira apresentação nos próximos quinze dias e já  
778 se consensuar uma proposta na próxima CIB para que se diminua até a polêmica dessa situação. Andrés Alonso (SUREGS)  
779 relatou que essa pauta fora trazida para a CIB para discussão dos recursos, mas os municípios representados estão fazendo  
780 uma discussão com foco na dificuldade de acesso, que é real e fora notificada através da Liga Bahiana. O Hospital Aristides  
781 Maltez tinha encaminhado um ofício para a Secretaria Estadual de Saúde, sendo importante dar conhecimento do conteúdo e  
782 dos possíveis desdobramentos a partir do que tinha sido feito. E fez a leitura do ofício encaminhado pelo HAM à SESAB:  
783 *“Senhor Secretário, após nossos recentes entendimentos, com visita de V. Ex.<sup>a</sup> ao Hospital Aristides Maltez - HAM, cumpre-*  
784 *nos pelo presente formalizar as nossas preocupações com a situação que vivemos com a tentativa de ser rotineiramente*  
785 *obstaculizada a matrícula e atendimento de pacientes suspeitos e portadores de câncer de outros municípios do Estado da*  
786 *Bahia que não de Salvador. Conforme detalhadamente frisamos a V.Ex.<sup>a</sup> e temos a certeza de seu conhecimento pleno,*  
787 *considerando as dificuldades com as limitações ainda vigentes no sistema em nosso Estado, no atinente aos pacientes*  
788 *portadores de câncer, além de se encontrar travada a chamada pactuação e o inequívoco papel social que tem desempenhado*  
789 *o HAM no âmbito estadual, propiciando assistência aos pacientes portadores de câncer através da atuação 100% SUS, não há*  
790 *como de nossa parte nem porque criar resistência, impedir a incorporação dos portadores de câncer carentes. Para bem*  
791 *evidenciar o que afirmamos no exercício de 2012, incorporamos pacientes dos quatrocentos e dezessete municípios, em 2013*  
792 *de trezentos e setenta e três municípios e até junho de 2014 de trezentos e sessenta e seis municípios. Em episódio vivido em*  
793 *2008, por ocasião de implantação da plena municipal e as tensões vividas por aspectos semelhantes, fomos convidados para*  
794 *comparecer à reunião da CIB, em 04/12/2008, quando foi avaliada a situação, conforme consta na Ata da 168ª Sessão da CIB,*  
795 *tendo sido considerado pertinente o papel de referência estadual do HAM, dado conhecimento ao setor competente do*  
796 *Ministério da Saúde, (ofício nº 080 de 2009 - CGCA/DAE/SAS anexo). Infelizmente, por fás ou por nefas, não teve a matéria a*  
797 *evolução considerada e esperada. Nossa presente ponderação a V.Ex.<sup>a</sup> é para que também tenha conhecimento do que já nos*  
798 *pronunciamos junto à gestão municipal e ao próprio Ministério Público da Bahia que jamais o HAM deixará de atender a*  
799 *pacientes, sobretudo os carentes que procuram assistência, com suspeita de neoplasia maligna ou com laudo positivo de*  
800 *câncer, independentemente de sua origem municipal, ou seja, de que município proceda no Estado da Bahia. Jamais a Liga*  
801 *Bahiana Contra o Câncer substituirá o seu papel de solidariedade humana, o seu papel social por formalidade burocrática que*  
802 *foge à realidade por inadaptação de gestão. Como consequência, se não forem retribuídas as suas faturas pelos serviços*  
803 *prestados, crescentemente iremos até onde nos for humanamente possível e somente pararemos de atuar quando se*  
804 *escoarem os recursos financeiros para abastecimento devido do hospital e retribuição de seus servidores. Atingindo a esta*  
805 *situação, a responsabilidade pelo ocorrido não será nossa, mas sim a do sofrimento junto com os pacientes que ficarão*  
806 *desassistidos. Como frisamos a V. Ex.<sup>a</sup> em nosso recente encontro, mais uma vez o que buscamos com este formal*  
807 *pronunciamento é o aconselhamento e apoio, colocando-nos à inteira disposição para o que achar V. Ex.<sup>a</sup> pertinente”. Andrés*  
808 *Castro pontuou que já tinham conhecimento da situação, estavam acompanhando paralelamente, em parceria com a*  
809 *instituição, com o município de Salvador e com os outros municípios que são referência em oncologia, e a SESAB já tinha certo*  
810 *conhecimento da dificuldade. Se procurou trabalhar para orientar a assistência em melhorar o acesso aos pacientes*  
811 *oncológicos. E eles tinham um entendimento claro, do ponto de vista de concepção do SUS, quando se fala de universalidade,*  
812 *por mais que se fala de oncologia esse atendimento não pode ser feito por pactuação e sim por referência. Informou que no*  
813 *estado da Bahia têm três UNACONS e apenas um CACON - Centro de Alta Complexidade em Oncologia, o que quer dizer que*  
814 *a única unidade que tem obrigatoriedade de atender câncer de pulmão, cabeça, pescoço e algumas outras é o CACON, o*  
815 *Hospital Aristides Maltez. Ou seja, por uma questão de restrição por pactuação, os municípes que não estão pactuados estão*  
816 *tendo seu acesso restringido no Hospital Aristides Maltez, conforme ofício que lhes fora entregue. Assim, a pauta fora trazida*  
817 *para debate neste fórum porque eles entendem que todos os municípios estão interessados. Ressaltou que, considerando que*  
818 *o Hospital Aristides Maltez é uma referência estadual de oncologia e para muitas patologias é a única referência estadual de*  
819 *oncologia, restringir o acesso quer dizer que os outros cinquenta ou sessenta ou quantos forem, progressivamente não terão*

820 acesso à assistência neste CACON. Colocou que o debate tem que ser para discutir como será a assistência e não fazer  
821 restrição por território, pelo fato de ser referência de oncologia e já fazer uma assistência por referência. E aproveitava a  
822 oportunidade para sinalizar que o mesmo debate deve ser levado para outras áreas, exemplificando a urgência e emergência  
823 que recentemente tinha sido afirmado que os leitos contratados pela Secretaria Municipal são apenas contratados e pagos pela  
824 Secretaria Municipal, e que não são disponibilizados neste caso para a Secretaria Municipal regular e sim disponibilizados para  
825 a Secretaria Estadual. Eles tinham pago os leitos, mas só o Estado pode colocar o paciente no leito. Então, se fosse desta  
826 forma pedia ao município que oficializassem aos prestadores essa condição, conforme a gravação e declaração que fora dada  
827 à imprensa, no site e na rádio, no município de Salvador. Colocou que gostaria de fazer o debate e buscando sempre garantir a  
828 assistência do usuário do Sistema Único de Saúde e neste caso de oncologia achava importante o encaminhamento colocado  
829 por José Antônio e concordava que tinham que fazer a discussão do financiamento para buscar alternativas e soluções de  
830 forma consensuada. Trazia para a CIB garantir a pactuação nesse espaço, antes de tudo com a lógica de garantir a assistência  
831 aos pacientes. Explicou que se estivessem falando de UNACON poderiam até discutir essa questão com foco um pouco  
832 diferente deste, de restringir acesso por território. Se tiverem um paciente que chegar de Minas Gerais, o que tem acontecido  
833 bastante aqui, sendo atendido no município de Vitória da Conquista, e o paciente tiver uma patologia oncológica, tem direito de  
834 ser atendido sim, a restrição não pode ser feita por território. Então é esse debate que querem trazer para a CIB e amadurecer  
835 uma alternativa. Suzana Ribeiro disse que o tema oncologia aqui no estado da Bahia é importante, polêmica e anteriormente já  
836 tinham feito estudos e percebido a distribuição dos serviços existentes – UNACON e CACON – e sabiam que o recurso é  
837 insuficiente até porque, com a lei dos sessenta dias, tinham passado a ter uma responsabilidade maior entre o diagnóstico e o  
838 tratamento, e isso impacta e gera uma pressão enorme para cada gestor local de saúde, especialmente aquele que tem a  
839 referência, tem o UNACON e CACON e atendem por abrangência. E sabiam também que não é só oncologia, mas pelo próprio  
840 estrangulamento em relação a MAC e às pactuações anteriores, a situação que estão vivendo com PPI e PEGAS não têm  
841 nada definido. Mas o fato é que ainda se trabalha com a tabela SUS e a política de revisão do financiamento, a partir das redes  
842 de atenção, as abrangências, processo e lógica da regionalização, é um processo mais complexo. E algo que certamente será  
843 desenvolvido na pauta do Ministério nos próximos meses, certamente no ano de dois mil e quinze, até porque não existe tempo  
844 no período político para esta discussão. Pontuou que a oncologia não tem o significado diferente para eles, tinham feito um  
845 estudo recentemente e fora visto que há serviços do estado com baixa produção e o que a política aponta nesta pactuação,  
846 portanto, é que tem recurso “sobrando”, enquanto outros serviços ficam sobrecarregados e tem uma demanda maior que  
847 recebem. Lembrou a apresentação do município de Salvador, no início do ano passado, quando o Secretário trouxera a esta  
848 CIB uma agenda de exame e de consulta de procedimentos focados em oncologia e já existia agenda programada para o mês  
849 de agosto, ou seja, o município contava com uma demanda reprimida que seria impactada mais para frente. Colocava isto  
850 porque naquela reunião fora discutida também a questão da região centro leste, do estrangulamento que a situação local de  
851 Feira de Santana estava gerando ao município de Salvador e isso tinha sido trazido pelo Secretário José Antônio, porque toda  
852 a região de Feira de Santana vinha para Salvador, lembrando que isso tinha sido falado por vários secretários da região centro  
853 leste. E José Antônio colocara claramente que quando ele devolve paciente de Feira de Santana o município recebe, mas  
854 pacientes da região centro leste não são recebidos pelo município de Feira de Santana. Pontuou que a questão da oncologia é  
855 muito mais complexa do que o Hospital Aristides Maltez e achava que a questão do Maltez é um ponto que não é isolado, não  
856 é o CACON, mas têm os UNACONS em todo o interior, e concordava com o encaminhamento do Secretário que remete isto ao  
857 GT, porque isso não passa apenas pelo processo simples do entendimento deles, mas precisa de um estudo mais  
858 aprofundado. Quando há alguns anos o município de Salvador tomara a decisão de receber o recurso da oncologia e alocar no  
859 contrato do Maltez sem dizer a quem servia e aquilo ficara amarrado ao hospital prestador. Afirmou que estão pontuando os  
860 problemas e a Secretaria de Estado precisa garantir o acesso e, ao mesmo tempo, têm problemas reais, da própria limitação  
861 orçamentária financeira. Colocou que tem encontrado vários municípios referências de macrorregião e estão negando  
862 ressonância magnética ou tomografia, seja em qual necessidade. Mencionou que é preciso que o COSEMS assuma o papel de  
863 conversar com os municípios de referência, orientando o que é uma PPI, porque tem muito gestor novo de determinados  
864 municípios que têm referência regional ou macrorregional e não entende de Programação Pactuada de Média Complexidade.  
865 Existe pactuação por abrangência, que é diferente e muitas vezes as pessoas ficam contando com uma cota, como se o valor  
866 fosse exatamente o valor para a tabela SUS pactuada na PPI de Mac, uma confusão e não dava para deixarem de discutir isso  
867 porque toda oferta de serviço de alta complexidade tem pacto na região. Então, não é só oncologia, cirurgia, quimioterapia e  
868 radioterapia, e é o que isso tudo demanda dentro da média e alta complexidade, que vai de ultra-sonografia e ressonância  
869 magnética, passando pela biópsia e pela anatomia patológica, enfim, um cabedal de recurso é uma carteira de serviço que o  
870 prestador tem que apresentar e ofertar. Colocou que teriam que se debruçar sobre isso para poderem contar para o Ministério  
871 da Saúde, porque se fossem discutir o teto de oncologia, aconteceria o que tinha acontecido outras vezes, deles apresentarem,  
872 mas o município x com baixa produção, remanejam de lá para trazer para cá e isso via de regra não resolve. Então como o  
873 orçamento é curto sabem que é preciso potencializar e garantir a completa utilização que se expõe naquele território. Ressaltou  
874 que por conta do tempo e das demandas acabavam fazendo correndo e não se aprofundando na realidade de cada região e  
875 então explodia em algum lugar: ou no hospital estadual, ou no município pólo de referência. Pontuou que estava falando da  
876 oncologia, mas podiam retomar esse exemplo para qualquer outra área, não só da alta complexidade e muitas vezes até nas  
877 eletivas não fazem estudo de execução e produção e quem consegue fazer linha de execução e quem fica ou pleiteia são  
878 aqueles municípios que garantem a sua oferta em maior proporcionalidade para os seus municípios do que para o território ao  
879 qual atende. Acrescentou que o problema não é PPI, mas a forma de construir e se fossem fazer o estudo, via de regra com  
880 população referenciada e própria, fatalmente a grande maioria dos municípios que tem essa pactuação têm cerca de 60% da  
881 população referenciada e 40% da cota, com exceção talvez para a capital, por conta da sua população. Mas de qualquer jeito  
882 recebe a população de toda Bahia, então não dava para continuar discutindo a Programação Pactuada Integrada e querer  
883 trazer para dentro da alta complexidade a lógica da PPI. Explicou que a Programação Pactuada Integrada de média  
884 complexidade foge completamente, aponta para outra direção e a alta complexidade traz isso com muita clareza. Assim reforça  
885 que é para eles o grande problema e que rebate para dentro da média, então, volta sempre a discussão da questão financeira.  
886 Ressaltou que está na hora de voltarem a fazer isso, rediscutir in loco e o COSEMS tem um papel fundamental nesse processo

887 de tratar com os municípios pólo porque tem sido muito doloroso verem a porta fechada dos serviços de referência de  
888 macrorregião. Assim, sobrecarrega o outro que não tem estrutura ou que tem uma estrutura que acaba sendo sobrecarregada.  
889 E o que precisam é o GT se debruçar, com foco, fazer um estudo da produção e da oferta como haviam feito e concluído no  
890 início do ano passado em Ilhéus, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Salvador, e tinham começado a tratar com o  
891 Ministério, a fim de recompor esses tetos. Salientou que a demanda aumentara, os problemas também, os municípios  
892 ampliando a prática de fecharem a porta e a oferta tem sido extremamente estrangulada. Tinha falado do hospital de Minas nas  
893 a realidade não só na região sudoeste, mas também na extremo sul onde estava lendo um documento de Eunápolis,  
894 explanando que os pacientes tinham aumentado, ou seja, com o norte de Minas totalmente desassistido, cai tudo dentro do  
895 sudoeste e extremo sul da Bahia. Arrematou dizendo que precisavam falar isso também para o Ministério porque como o  
896 controle local municipal e a regulação são frágeis, isso acaba implodindo no município que não consegue sequer apontar com  
897 clareza e sustentação o que está acontecendo no seu território e dentro da sua gestão, por conta da ausência de recurso.  
898 Disse que precisam garantir uma negociação mais competente com o Ministério, e aí não é só o município de Salvador, mas o  
899 estado da Bahia, porque naturalmente esse foco no Hospital Aristides Maltez não é o início de tudo. Pelo contrário, ele teve  
900 que opinar porque o CACON faz também o que os UNACONS têm que fazer então, muitas vezes acaba sendo  
901 sobrecarregado. Lembrou de várias discussões na CIB desde dois mil e oito, então destacou que reclamar agora que o  
902 Hospital Aristides Maltez, tem processo de regulação de acordo com os seus protocolos e normas é delicado, pois, isso já vem  
903 de muito tempo. Então, precisam agora é fundamentar tecnicamente com estudo mais aprofundado e tratando de uma forma  
904 mais ampla e consistente, que possa inclusive envolver a questão do recurso mais o processo regulatório da própria unidade,  
905 já que são dois CACON. Pontuou que o papel deles na CIB é de aprofundar esse debate nesse GT e construir uma proposta e  
906 talvez em quinze dias, não consigam apresentar uma proposta concreta, mas achava que dá para colocarem na próxima CIB e  
907 então remeterem concretamente ao Ministério da Saúde, porque o que complica em Salvador no Hospital Aristides Maltez é o  
908 que vêm de vários territórios e principalmente a desassistência à população que é o foco principal. Então, ou resolvem com a  
909 cirurgia oncológica, com a radioterapia e quimioterapia, ou estão fazendo um trabalho superficial, em cima do diagnóstico, da  
910 resposta do tratamento que muitas vezes não atendem à necessidade do caso do paciente e muitas vezes não é permitido a  
911 eles ampliar esse acesso porque eles ficam muito centrados e focados no único olhar. Achava que o momento é para  
912 arregaçarem as mangas e fazerem um trabalho mais consistente, para que possam fazer a defesa de forma que a  
913 regionalização seja realizada e organizada para consolidarem esta política que é desafiadora. Colocou que recentemente teve  
914 uma agenda com o Ministério da Saúde, onde fora discutida a questão da implantação do UNACON, por conta da portaria que  
915 não é tão nova assim, mas que redefine os critérios de implantação que deixa de ser por número de casos novos e passa a ser  
916 por base populacional e isso amplia inclusive a possibilidade de um UNACON no estado da Bahia como um todo. Pontuou que  
917 tem que se construir um caminho que possa pautar em um cenário mais positivo para a Bahia e para nossa população, em  
918 termos de acesso para o câncer de modo geral, sem esquecer o trabalho junto à atenção básica que é fundamental, o que  
919 existe muita dificuldade em fazer e precisam avançar neste sentido. Raul Molina concordou com Suzana Ribeiro no que se  
920 refere à presença do COSEMS nos pólos e falou que precisam construir uma política regionalizada porque não dá para trazer  
921 tudo para Salvador, aqui é o único CACON. Então, aquela parte de média e alta complexidade, aquela cirurgia complicada que  
922 exige maiores cuidados tem que vir para Salvador, tem que absorver as outras coisas dos UNACONS que estão por aí. E disse  
923 que esta tinha sido a lógica da equipe do trabalho na oncologia, lamentavelmente a porta aberta do Hospital Aristides Maltez se  
924 tornou cultural e é difícil retirar isso deles e que poderiam dar um fluxo novamente. Ressaltou que se impõe nesse momento  
925 construir esse fluxo com muita serenidade e tranquilidade e com o pé no chão e todos se adequarem ao fluxo o que não é fácil,  
926 pois não tem ninguém aqui em sã consciência que possa ir de encontro ao serviço relevante que o HAM tem dado ao estado  
927 da Bahia historicamente, então vai levar a um desgaste terrível. Propôs a criação imediata da comissão e, se não der para  
928 fazer em quinze dias, porque é mais complexo, que possam avançar para mais tempo. Indicou a participação do COSEMS na  
929 comissão e lembrou o ocorrido no município de Itabuna, onde estão totalmente insatisfeitos com o atendimento de oncologia,  
930 com pacientes que estão morrendo todos os dias. Falou da portaria que determina o atendimento para paciente em oncologia e  
931 que em 60 dias deveriam cumprir e nada disso está acontecendo. E reafirmou a proposta e considerando que o Secretário  
932 José Antônio colocara, se tem capacidade instalada, quem sabe pudessem ampliar a assistência, sendo preciso rever esses  
933 fluxos e que possam fazer esta construção de forma bipartite e com participação dos pólos onde tem o serviço como Salvador,  
934 Feira de Santana, Vitória da Conquista, Itabuna e Teixeira de Freitas. Informou a Suzana Ribeiro que o COSEMS está de  
935 acordo em assumir, com a ajuda de Joana Molesini, para que possam colocar de uma vez por todas os fluxos regionalizados  
936 na questão. Referendou o colocado por Andrés Alonso e o Secretário. O Coordenador informou que havia participado da CRIE,  
937 que é a região interestadual e que têm também muitas demandas nas áreas especializadas e estava pensando que começarão  
938 com oncologia, mas será necessário também discutir outras áreas. Pontuou que o processo colocado por Raul Molina, quanto  
939 ao Aristides Martez, culturalmente tem a porta aberta, achando que nem é tanto essa a questão, de ter a porta aberta e de  
940 estarem recebendo os pacientes dos 417 municípios do estado da Bahia e até mesmo de outros estados. Colocou que o  
941 importante é estarem indo a fundo no processo de financiamento que terão para a oncologia que sabem e concordam, quando  
942 o Secretário José Antônio coloca a demanda do Ministério da Saúde de fazer estudo para saber onde está sobrando dinheiro e  
943 que é muito, aquele jogo que se faz, de se tem pouco dinheiro, não é bem o caso. E todos sabem que a gestão no estado  
944 muitas vezes fica fragilizada pela falta de recurso financeiro e todos gostariam muito de ter os recursos necessários para a  
945 saúde, com acesso a todos da melhor maneira possível, com toda qualidade, enfim, sabem que muitas das suas demandas que  
946 chegam até aqui poderiam muitas vezes estar reduzindo os custos e a quantidade de pacientes nas emergências do Estado,  
947 se tivessem leis que garantissem, ou melhor, já têm as leis, mas se tivessem o cumprimento dessas leis. Então, é necessário  
948 fazer o estudo e seu entendimento é que o mesmo grupo trouxesse a apresentação e, concordando com o Secretário José  
949 Antônio, mas não vão prejudicar os encaminhamentos já feitos na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, o próprio  
950 Hospital Aristides Maltez e o Ministério da Saúde. Podiam tocar, mas tinham que trazer para a CIB e conhecer essa realidade  
951 que será apresentada por Salvador, que precisam saber realmente a quantidade de recursos e, como são mais de nove  
952 milhões de reais colocados no serviço do Hospital Aristides Maltez, pagamento cheio todos os meses e uma quantidade  
953 enorme de pacientes que extrapola. Quanto à colocação do Superintendente Andrés Alonso, disse ser pertinente e têm que

954 fazer aqui essa discussão bastante clara porque envolve todos os 417 municípios que estão de alguma maneira reclamando e  
955 falando das dificuldades de acesso, muitos desses municípios, quando tem um caso de câncer, tentando darem acesso à sua  
956 população de todas as formas. Enfim, por ser um tema que tem regras e tem tempo de atendimento, e por ser uma área onde  
957 têm uma responsabilidade ainda maior porque a iminência de um paciente deste vir a óbito infelizmente acontece todos os  
958 dias, é necessário que façam um trabalho sério e rápido. Propôs que, se a apresentação já estivesse pronta e havendo uma  
959 diferença muito grande para uma próxima reunião, e sendo de acordo de todos, fazer um grupo menor, onde a Diretoria do  
960 COSEMS com os representantes da SESAB e CIB fizessem a apresentação menor para depois colocar o tema aqui na CIB e  
961 verem a forma de agregarem. Mencionou que não deveria vir todos para formar uma mega comissão e colocarem os seus  
962 problemas nesta mega comissão, mas é necessário fazer o estudo apurado. Então seu entendimento deste ponto é que  
963 realmente tragam para CIB e principalmente tenha um grupo que cuide de toda essa análise. Passou a palavra para José  
964 Antônio fazer os encaminhamentos, entendendo que a questão do HAM está bastante clara para todos. José Antônio retomou  
965 a fala inicial e reiterou que tinham criado um grupo de trabalho no ano passado que infelizmente havia acabado e o município  
966 de Salvador, ficara sozinho nesse processo de discussão de oncologia, tendo havido um pequeno paliativo e agora estão mais  
967 uma vez discutindo e com o agravante do Hospital Aristides Maltez e como eles tinham realmente afunilado o processo de  
968 regulação, tinha gerado uma desassistência absolutamente ruim. Então, mesmo aqueles casos de pacientes que tinham  
969 entendimento de que a macrorregião poderia receber, fosse Ilhéus, Itabuna, no momento que havia a recusa do paciente para  
970 retornar à sua cidade de origem, ou do próprio município, o paciente fora mantido em Salvador sendo gerados APAC e AIH,  
971 destacando que não houvesse dúvidas a respeito desse processo, inclusive os pacientes de Sergipe e Pernambuco que  
972 tinham entrado pela MAC de Juazeiro. Pontuou que existe a capacidade instalada e achava que este é um estudo para um  
973 segundo momento, e para já, nestes primeiros quinze dias, deviam sim porque todos os municípios já sabem do estouro do seu  
974 teto de oncologia, de se estabelecer uma data de corte. Perguntou para Marta Rejane se seria mês de junho. Então,  
975 estabelecendo o processamento do mês seis, junho, para que pudessem ter esse entendimento, porque esses números já  
976 estão expostos e eles podem fazer esse comparativo de imediato. Quanto a capacidade instalada e as outras questões ele  
977 achava que seria uma proposição mais robusta e aí sim, passar pela CIB para encaminhamento ao Ministério. Entretanto, ou  
978 eles se afinavam na questão de apresentação dos seus números e desta situação, ou aconteceria exatamente o que  
979 acontecera no ano passado, lembrando que a primeira vez que estivera na SESAB para discutir com Suzana Ribeiro sobre  
980 oncologia tinha sido antes do carnaval do ano passado, e só tinham conseguido resolver um terço do problema, no mês de  
981 agosto. E o resto do problema todo ficara ali latente e chegava agora, de forma explosiva. Informou que antes de vir à reunião  
982 da CIB tinha gerado os dados mais atualizados da regulação e que tem pacientes para oncologia clínica em Salvador com data  
983 atrasada de quatro meses, não para radioterapia, nem cirurgia, mas para quimioterapia. Assim, estava passando por esses  
984 dados de novo, fazendo contato com as regionais, para que os pacientes pudessem retornar. Referiu que outra questão  
985 importante que não se vem discutindo é o acompanhamento do apoio ao diagnóstico estabelecido por uma portaria do  
986 Ministério da Saúde na locação do recurso de oncologia, e destacou que eles acabam consumindo esses recursos da média  
987 complexidade numa mesma atividade. Recordou que Itabuna já está copiando o mesmo modelo de Salvador, brevemente a  
988 marcação de ponto será com ressonância magnética ou tomografia computadorizada e de três em três meses, para marcação  
989 de ponto e complicação da radioterapia, e destacou que ou eles começavam a consensuar um protocolo de acompanhamento  
990 desse recurso ou adiante eles não mais teriam média complexidade se isso persistisse dessa maneira. Então mantinha sua  
991 proposta para os próximos quinze dias e Raul podia estabelecer a data para apresentar o primeiro estudo. Comentou com o  
992 Coordenador que é muito importante que o estado lhes acompanhe porque o município de Salvador pode avançar em alguns  
993 dados importantes, mas em outros dados não tinha dúvida que seria um recorte para o governo de estado até confirmar os  
994 dados e ter a legitimidade deles, para apresentarem o estouro de teto efetivo e acabar com a prática de que o Ministério não  
995 tem dinheiro, pois, tem dinheiro em Juazeiro, tem dinheiro em Teixeira de Freitas, então vão voltar ao ponto zero da discussão.  
996 Washington Couto propôs, em vez de fazer uma CIB extraordinária, já que estão com dificuldade para manter as CIB  
997 ordinárias, se formar um grupo com o COSEMS, o próprio Secretário, Andrés, Alcina e Susana, fazerem esta apresentação  
998 dentro do ambiente da CIB que é uma comissão em que não precisa estar todos e que vai auxiliar inclusive o grupo a ser  
999 reavivado aqui. Na oportunidade citou quem faz parte desse grupo: Ana Paula pela SUREGS, Alcina pela DAE, Marta pela  
1000 SMS de Salvador, Joana pela COPE, representante de Feira, entendendo que o grupo teria que começar a dialogar com os  
1001 pólos, fazendo um trabalho que estaria centralizado aqui, mas ele teria que conversar com o sul, com o extremo sul, com o  
1002 sudoeste e em cada conversa eles teriam que agregar pessoas ao trabalho neste grupo. Salientou que está tentando resgatar  
1003 o grupo com Nanci, o município de Salvador também definiria quem mais estaria para garantir essa interlocução depois com  
1004 todas as regiões. Então, esse grupo que estaria saindo aqui cuidaria desse trabalho, e chegando a reunião ordinária da CIB  
1005 eles já trazerem uma apresentação para a CIB e isso não prejudicava o processo de negociação que já vem sendo feito. A  
1006 próxima reunião, dia seis, já seria para avaliar, porque Joseane e Emerson estão colocando sobre um seminário internacional  
1007 de gestão, enfim eles avaliarão e farão o contato com todos. Assim, passou para Raul, para dar seguimento com a pauta do  
1008 Cosems: o primeiro ponto do município de Feira da Mata solicita mudança da microrregião, saindo de Santa Maria da Vitória  
1009 pra Guanambi. Pediu que Secretária de Feira da Mata falasse por um minuto e meio para os ausentes da parte da manhã a  
1010 ouvissem. A Secretária de Feira da Mata saudou a todos, colocando que o município de Feira da Mata fica no oeste da Bahia,  
1011 é muito pequeno, com aproximadamente sete mil habitantes e o motivo de estarem pedindo a mudança de regional é por  
1012 causa do acesso. Falou também que o Secretário de Guanambi está presente e ela já tinha pedido o consentimento das  
1013 regionais, a Guanambi e a Santa Maria, tendo sido autorizado e esse processo se estendendo desde dois mil e nove, tendo  
1014 sido encaminhado à DIPRO. Como a DIPRO fora extinta esse processo tinha sumido e eles tinham refeito tudo de novo passar  
1015 pelas CIR de Guanambi e de Santa Maria e agora tinham encaminhado ao COSEMS, à COPE, esperando mesmo uma  
1016 autorização da CIB e pediu que olhassem com bons olhos para o município, onde noventa por cento dos pacientes é  
1017 encaminhado para Guanambi. O município comporta só a atenção básica, tem três unidades de saúde da família e uma  
1018 unidade só de assistência, que é o SAMU. Raul acrescentou que a referência do município para um lado é de setecentos  
1019 quilômetros e para o outro é de quinhentos, sendo trezentos de estrada de chão e somente cento e poucos de estrada  
1020 asfaltada. Comentou que já tinham pactuado que quando as duas CIR se reúnem, concordam plenamente, eles passam os

1021 estudos para a COPE fazer a análise, principalmente financeira e reforçou que esse processo está aqui há muito tempo e que  
1022 trouxessem o parecer técnico o mais rápido possível por que não dava para continuarem dessa forma. Manuela, técnica da  
1023 Cope comentou que tinham levantado a produção hospitalar de média e alta complexidade e tinham até feito a tabela  
1024 regionalizada e o mapa para apresentarem, que a frequência e o valor total permanece na sua região atual, que é de Santa  
1025 Maria da Vitória. Disse que entendia que o município vizinho, Cocos, que faz parte da região, tem uma distância de cerca de  
1026 trinta e cinco quilômetros. Jaborandi também tem um volume de produção e o maior volume é dentro da região e no município  
1027 de Cocos, enquanto que Guanambi e Carinhanha têm um volume de produção de noventa e cinco, valores anuais. A produção  
1028 fora da região de maio de dois mil e treze a abril de dois mil e quatorze, que é a região que o município tem que é Guanambi, é  
1029 um quantitativo de noventa e cinco anual, em relação à produção ambulatorial e hospitalar. Quando à programação  
1030 propriamente dita, a PPI, também se observa que toda sua programação tinha sido também dentro da região. Constando lá o  
1031 quantitativo físico de quatorze mil, novecentos e vinte e sete procedimentos agregados, pactuados por referência, produção  
1032 ambulatorial e hospitalar. Referiu que ao tempo em que em Guanambi são nove mil e seiscentos dentro da região, no próprio  
1033 município seis mil, então traziam isso para sinalizar, só colocando como mapa da distância entre os municípios que tinham  
1034 pactuado e até com a produção de Guanambi, de cento e setenta e quatro quilômetros e Santa Maria que é cento e vinte e oito  
1035 quilômetros, Cocos, de trinta e quatro quilômetros e traziam à CIB para ser discutido e analisado. Jose Nery falou que o  
1036 município de Cocos fica a trinta e quatro quilômetros, mas o município de Cocos tem um hospital de pequeno porte, onde  
1037 praticamente a resolutividade dos problemas é zero. Jaborandi tem o hospital regional onde resolveria praticamente quase toda  
1038 a situação de urgência, sendo encaminhado para Barreiras, que fica a quase quinhentos quilômetros, sendo que hospital  
1039 regional assim como seu polo são testemunhas do incentivo para solicitar e homologar, uma ajuda é cento e sessenta e  
1040 alguma coisa. Com relação à pactuação, na PPI de dois mil e nove, a época da última pactuação feita em Barreiras,  
1041 Conceição, a pessoa que tinha lhes auxiliado na pactuação, comentara que eles teriam que fortalecer a microrregião, teriam  
1042 que direcionar as referências para dentro da microrregião. Assim, eles tinham colocado para Santa Maria, Jaborandi e  
1043 Barreiras, só que a resolutividade que têm hoje são dos encaminhamentos que são feitos para Guanambi. E se fosse o caso  
1044 de ser aprovada a mudança de PPI, eles retirariam desses municípios onde hoje não lhes dão nenhuma resolutividade e  
1045 colocariam em Guanambi. Falou que antes deles pleitearem esta mudança, tinha havido uma conversa com o Secretário de  
1046 Saúde de Guanambi para saber se teria essa possibilidade e salientou que, no ano de dois mil e cinco, Feira da Mata fazia  
1047 parte do PDR de Guanambi, mas achava que na época não tinha a ponte do Rio São Francisco e, por questões de balsa, de  
1048 acesso, estrada de chão, mudou no PDR para a vigésima sexta DIRES. Hoje já tem a ponte e o acesso e a resolutividade, já é  
1049 muito mais fácil. Então seria clara e honesta para todos, tudo bem que olhassem dados, mas caso se deslocasse de Salvador  
1050 para conhecer a sua realidade no interior achava que veriam com outros olhos. Raul concluiu que, quanto à referência da  
1051 produção é tranquilo, todos sabem disso melhor do que ninguém, no dia a dia, e lhe pediu um pouco de paciência e comentou  
1052 se todos ali acreditavam que alguém ia até ali para dar desassistência à população sabendo que ela tem um caminho para  
1053 fazer, então achava que todos tinham que olhar o outro lado das coisas. Manuela, respondeu que ao mudar de PDR o  
1054 município também mudaria de DIRES e mudar de DIRES é decreto de governador, o que leva de dois a três meses, sendo  
1055 essa a primeira questão. A segunda coisa é que, mudando para Guanambi, o município retiraria todo o recurso de Cocos que  
1056 a sua população vai, então questionou se o município vai fazer o que Cocos faz. Então questionou onde vai fazer o que Cocos  
1057 faz, se seria em Guanambi, e referiu que Jose Nery falara que deixaria em Cocos o que o município fizesse lá, só que Cocos é  
1058 um hospital de pequeno porte. Manuela reafirmou o que fora dito, e que na prática hoje estão na iminência de fazer uma  
1059 grande remodelação de PPI e perguntou o que o município ganharia em fazer uma mudança neste momento se ela mesma  
1060 está falando da pequena quantidade de recursos existente em Cocos. Acrescentou que se ela tira o recurso de lá e vai para  
1061 Guanambi, Cocos não vai fazer. Assim, pediu a Jose para esperar só um pouco mais, uma outra negociação que se refaça  
1062 para que essa mudança aconteça, pois, hoje não faz sentido. Raul ressaltou que essa mudança está sendo esperada há dois  
1063 ou três anos sem conseguirem fazer, ao que Washington pediu calma. Joana Molesini ponderou o que significaria hoje, na  
1064 prática, um município sair de uma região para outra, já que a mudança acontece, mas o recurso não o acompanha. Comentou  
1065 que os outros municípios, nem Marauá, nem Tucano, os municípios que tinham mudado de PDR, não tinha remanejado o  
1066 recurso, apenas o que estava alocado no pólo. Da mesma forma, a mudança de PDR nunca significara acompanhamento de  
1067 recursos para quem tinha passado de uma região para outra. Porque ao movimentar a PPI, tem que movimentar a PPI da  
1068 Bahia toda, então movimentação de recurso não é automática. Comentou o falado por Andrés, de que tinha sido pedido um  
1069 parecer da área técnica, se favorável ou não, e a área técnica abriria o debate, fazendo uma apresentação dos dados para que  
1070 se fizesse uma avaliação. E achava que a área técnica pode emitir um parecer e assim ter uma autonomia para definir em cima  
1071 daquele parecer. A área técnica tem que emitir o parecer e dizer se é favorável ou não. Porque ele entendia que na época em  
1072 que tinha sido construído o PDR tinha sido num processo onde os critérios técnicos colocados tinham sido o escopo, a questão  
1073 dos pólos, da regionalização. Quanto a aprovação do PDR tinha sido depois de uma extensa e exaustiva discussão, assim  
1074 como tinha sido com a PPI que até hoje tem dificuldade em redefinir a PPI discutida em dois mil e dez. Mover recurso e mexer  
1075 com estruturação da assistência, do ponto de vista regional, não é uma coisa simples. O município tem a razão dele porque  
1076 eles querem ter o acesso facilitado, o papel do estado é dizer que a partir do momento que se tem o parecer técnico, se sim,  
1077 quais condições seriam essas e que alocação dos recursos seria essa. E se não, dizer que entendem que para facilitar o  
1078 acesso tem que ser construído tal e tal caminho. Emerson comentou que tinha que deixar muito claro o que a COPE fez e  
1079 contra números não tem como argumentar. A realidade do município é diferente, mas a população vai onde tem resolutividade  
1080 e a resolutividade da população, pelo estudo acompanhando de um ano, está em Cocos. Então se tirar o dinheiro de Cocos  
1081 nessa lógica, a população que continuaria indo para Cocos, teria a resolutividade toda em Guanambi, então é essa lógica que  
1082 tem que ser também ponderada. Essa decisão tinha sido decisão em CIR não só agora, mas inclusive duas vezes, e na época  
1083 que ele era do CGMR, em dois mil e nove, em Feira da Mata e Guanambi e agora em CIR em Santa Maria da Vitória e  
1084 Guanambi. Tinha sido por duas vezes. O Coordenador passou para o encaminhamento de que vai passar para a área técnica  
1085 e que eles terão que aprimorar, mas as dificuldades são tantas, porque aqueles municípios que são referência sempre  
1086 mandam muito mais do que o pactuado, mas para quem está mandando é muito pouco, para quem está recebendo sempre é  
1087 demais. Então pediria à COPE que se debruçasse novamente para resolver o problema de Feira da Mata. O problema de

1088 qualquer um dos quatrocentos e dezessete municípios a CIB terá que dar condições para que, quando a coisa mudar  
1089 realmente, se faça a mudança por completo, para que os acordos que possam ser feitos sem problema e que Cocos saiba que  
1090 realmente isso vai acontecer de ficar sem recurso. Teriam que tomar uma decisão na CIB, porque o PDR, PPI são imexíveis,  
1091 por enquanto ninguém está querendo mexer porque as dificuldades são muitas e todo mundo sabe que se for mexer nisso eles  
1092 não têm a certeza de que conseguirão sair. Então é necessário movimentar aqui e dar condições para que a equipe realmente  
1093 mude, então o alcance tinha que ser completo se a CIR concorda, e lembrar a todos que o processo da construção da CIR  
1094 tinha sido um processo onde de certa maneira se deu autonomia e por entender que a realidade local é muito forte, só que  
1095 para prevalecer eles precisam ter condição. Não pode simplesmente o pessoal tomar decisão na CIR e vir aqui homologar a  
1096 decisão, mas se a decisão não tivesse efetividade, então não precisava nem tomar, estava se fazendo cartorialmente. Assim,  
1097 os membros da CIB podiam fazer uma resolução *ad referendum* e não esperarem até a próxima, mas era necessário que se  
1098 debruçasse sobre isso. Jose falou que o sistema é muito rígido e tinham que entender de fato a situação que está acontecendo  
1099 no município, nas regiões e se forem na idéia de fortalecimento tinham que compreender e acatar os encaminhamentos, as  
1100 condições muito claras de que o recurso é aquele que vai para o seu município, mas todo mundo concordando. Porque se ela  
1101 está afirmando aqui que a resolutividade é em Guanambi e todo mundo assumir isso, mesmo que não vá o recurso, a  
1102 responsabilidade dos gestores é para fidelizar a assistência pactuada com seus usuários. O Coordenador concordou com ela  
1103 em parte, mas reforçou que a área técnica tem que ter uma determinação da CIB, uma definição quanto a abrir a PPI. E que a  
1104 área técnica terá que trazer quais as condições e a proposição de encaminhamento, e não se encaminhando será de outra  
1105 forma e se tomar a decisão de uma discussão de mais de dois anos sobre a região porque eles não podiam engessar esse  
1106 encaminhamento porque tem que levar em consideração as execuções que estão acontecendo nas regiões. O município tem  
1107 que entender isso, debater e amadurecer se é isso mesmo que ele quer e fazer esse encaminhamento. Joana comentara,  
1108 enquanto área técnica, que os outros dois municípios que tinham alterado a região de saúde não tinham mexido na pactuação  
1109 e a fala do Secretário fora que já tinha acordado com Guanambi o recurso que está no município tal, o município tal vai para  
1110 Guanambi, então a pactuação não está sendo movimentada. E se não está sendo movimentada a condição é essa, podendo  
1111 mudar se for o consenso. Entretanto, o recurso não será remanejado e que isso fosse levado para a região. Solicitou a Joana  
1112 Molesini que a área técnica fosse lá para esclarecer isso e, uma vez esclarecido, deixar de fato a decisão que a região quer  
1113 tomar. Joana Molesini disse que precisava que Cocos, Bom Jesus da Lapa e Coribe entendessem que aquele dinheiro todo  
1114 sairia deles e perguntou se eles tinham entendido isso na CIR. O Coordenador voltou a dizer que estava encaminhando à área  
1115 técnica, entendia a agonia dele, mas a decisão viria para a CIB. Se a CIB tomar decisão de reabrir a PPI ok, se a CIB decidir  
1116 que não, que Feira da Mata articulasse com Guanambi, tudo bem. Dr. Washington falou ainda para eles não entenderem que  
1117 ninguém negou nada, tampouco tinha sido acatado ainda. A qualquer tempo, em reunião extraordinária, emitiriam resolução,  
1118 só que a área técnica entregaria um estudo para a CIB dizendo que, se fossem alterar, teriam que retomar a PPI, ajustar e  
1119 cuidar dos outros, porque não é só Feira da Mata. E finalizou, agradecendo. Raul falou que a última palavra era a que tinha  
1120 valido, porque o outro argumento não estava ali dentro. O Coordenador pediu calma a Raul e este disse que não podia ficar  
1121 sem dizer isso porque tinha que recordar a memória de todo mundo e chamou para a PPI viva. E que estão encaminhando,  
1122 mas achava que não tinha havido posicionamento nem a favor, nem contra, de que se fizesse um fluxo que eles pudessem  
1123 respeitar e eles entendiam que o fluxo tem que ser mantido. E passou ao ponto 2. Município de Guanambi pede aumento de  
1124 teto do hospital do rim para terapia substitutiva. Ana Paula, da DICON, colocou que o pleito tinha e não tinha pertinência ao  
1125 mesmo tempo. Tinha pertinência porque, quando somam os valores produzidos de fato pela Unidade e os valores repassados  
1126 pelo Ministério, de janeiro a agosto de 2014, o município já acumulara um déficit de setenta mil reais. Considerando que o  
1127 Ministério vem repassando os recursos em alguns momentos sem considerar o teto máximo estabelecido em portarias, e  
1128 considerando a Portaria 948, de setembro de 2014, que nesse momento o teto de Guanambi é de trezentos e cinquenta e  
1129 cinco mil, quinhentos e sete reais e vinte e oito centavos. E pegando a média de produção desse mesmo período, Guanambi  
1130 tem um saldo de dois mil reais. Entretanto, o Ministério pagara ao município em algumas competências um valor bem superior  
1131 ao produzido, por exemplo, a competência fevereiro, a produção tinha sido de trezentos e dezenove mil reais e o Ministério  
1132 tinha repassado trezentos e sessenta e cinco mil reais. Assim também acontecera na competência abril, em que a produção  
1133 fora trezentos e sessenta mil reais e o Ministério tinha repassado trezentos e oitenta e cinco mil reais. Mas em outras  
1134 competências o município havia produzido a maior e o Ministério repassado a menor, e aí nessa questão é possível  
1135 encaminhar um ofício solicitando ao Ministério da Saúde. Mas primeiro tinham que avaliar o teto do Estado em cada uma  
1136 dessas competências. Comentou que em 2013 tinham conversado com Josafá e chegou ao entendimento de que o teto do  
1137 TRS tem limite estabelecido através de Portaria, mas o Estado tem o valor global. Então o Estado, não tendo ultrapassado  
1138 esse teto, tranquilamente teria como compensar o município, até mesmo porque são exigidas reapresentações de uma  
1139 competência para outra, inevitavelmente levando o limite estabelecido. Ressaltou que isso já tinha sido acordado com Josafá e  
1140 vem sendo praticado com algumas competências e podiam observar que os valores repassados são superiores aos valores  
1141 praticados na Portaria, não havendo dúvidas de que o Estado, cujo teto está na casa dos treze milhões, em nenhum momento  
1142 utilizara estes treze milhões através de todos os seus serviços. Disse que acontecera isso com Salvador, que em um  
1143 determinado momento algumas unidades tinham ficado sem produção e eles tinham reapresentado as competências  
1144 subsequentes, e automaticamente fora superior ao seu limite. O Ministério da Saúde, com um ofício do Estado havia pagado  
1145 tranquilamente. Logo, não tinha nenhum problema solicitarem essa recomposição dos valores que tinham sido aprovados, o  
1146 que não significava necessariamente, que aí tenha sido um pleito do município, solicitar um remanejamento do que não está  
1147 utilizando. A DICON vem fazendo esse acompanhamento regular das portarias publicadas pelo Ministério, sendo uma em  
1148 agosto, outra em setembro e a margem que ele vem deixando para cada serviço não está ultrapassando 5%. Ou seja, é muito  
1149 arriscado tirar para cobrir um e descobrir o outro, já que o Ministério flexibiliza o pagamento dessa forma e vem monitorando  
1150 isso. E sugeriu fazer um ofício da Secretaria Estadual de Saúde para o Ministério solicitando isso. Raul Molina mostrou que  
1151 este encaminhamento contempla. Com relação às UPAS e com relação principalmente ao SAMU, que alguns municípios já têm  
1152 sua portaria publicada, mas o dinheiro ainda não foi identificado no fundo municipal, inclusive daqueles que já estão no mês de  
1153 maio. Lembrou ter explicado que tinham tomado esta atitude em concomitância com o Governo Federal. Devem, querem  
1154 pagar, mas só vão se comprometer a partir disso, para que possamos fechar. Afirmou ter explicado hoje, mas mesmo assim os

1155 secretários municipais tinham pedido que fosse passada esta demanda para o Estado, de que estão aguardando, inclusive  
 1156 aqueles que já tinham sido publicados, este que está aqui tem uma data agora de outubro, ainda não está na fila daqueles  
 1157 outros que estão devendo. Com relação às UPAS, colocou que há uma contrapartida que já tinham colocado como poderia ser  
 1158 feita pelo estado e propôs trazer uma proposta na próxima CIB, com o desenho adotado por outros estados, para que possam  
 1159 fazer uma discussão mais detalhada e mais tranquila a esse respeito. O Coordenador lembrou que o futuro Governador já se  
 1160 pronunciara sobre isso e que seu interesse é o Estado co-financiar. Raul Molina colocou o adendo de que o COSEMS faz a  
 1161 *mea culpa* com relação à participação no pleito porque são agentes públicos e agentes políticos. Assim deveriam ter feito sua  
 1162 pauta e ter levado para os candidatos e não tinha sido feito, com o setor saúde deixando a desejar a esse respeito. Colocou  
 1163 ainda seus agradecimentos pela participação do Estado no Congresso de Secretários Municipais de Saúde e relatou que estão  
 1164 programando para a próxima CIB a entrega da Comenda Gilson Carvalho para as pessoas que haviam contribuído para o  
 1165 COSEMS e gostaria de fazer uma coisa de forma pactuada de uma forma festiva. Colocou também o item 2.4 do COSEMS:  
 1166 Reajustes na tabela de Contribuição dos municípios ao COSEMS retroativo a junho/2014 aprovada em assembleia do  
 1167 COSEMS em 31/08/14, que na verdade atinge principalmente a faixa de quinhentos mil a um milhão de habitantes, que tinha  
 1168 reduzido o valor: **Aprovado.**

FAIXA POPULACIONAL	REGIÃO BAHIA (VALOR 2014)
Menores que 10 mil	70,00
Entre 10 mil e 20 mil	140,00
Entre 20 mil e 50 mil	281,00
Entre 50 mil e 100 mil	528,00
Entre 100 mil e 200 mil	880,00
Entre 200 mil e 500 mil	1.057,00
Entre 500 mil e 1 milhão	1.761,00
Entre 1 milhão e 2 milhões	3.523,00
Acima de 2 milhões	7.047,00

1180 Na oportunidade falou ainda da ampla divulgação sobre o Congresso Internacional de Gestão, entendendo que todos devem  
 1181 participar da discussão enquanto gestores públicos e não apenas participar com relação às entidades de classe sindicais, por  
 1182 serem os que colocam as pessoas para trabalhar na ponta e têm uma relação de emprego com eles. Joseane Bonfim informou  
 1183 tratar-se do Seminário Internacional de Gestão Contemporânea do Sistema de Saúde: fronteiras entre público e privado,  
 1184 individual e coletivo. Considerou extremamente importante, pois, o Seminário vai tratar sobre questões voltadas para a  
 1185 identificação, a gestão pública, judicialização, pessoal, novos modelos de organização de hospital, em dois dias de debates  
 1186 importantes e considerou salutar a participação dos secretários e dos técnicos. E em virtude deste evento sugeriu que se  
 1187 mudasse a data da próxima CIB, pois o mesmo acontecerá nos dias 06 e 07 de novembro. Relatou que no site do COSEMS já  
 1188 está sendo amplamente divulgado e lá estão todas as informações para inscrição. Em seguida o Coordenador agradeceu a  
 1189 presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia 13 de novembro de 2014. Não  
 1190 havendo mais o que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual  
 1191 foi feito pelo núcleo administrativo, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que  
 1192 será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 16 de outubro de 2014.

1193 Washington Luís Silva Couto \_\_\_\_\_

1194 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade \_\_\_\_\_

1195 Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_

1196 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_

1197 Suplente: Chaider Gonçalves Andrade \_\_\_\_\_

1198 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_

1199 Suplente: Robério Santos Barros \_\_\_\_\_

1200 José Antônio Rodrigues Alves \_\_\_\_\_

1201 Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos \_\_\_\_\_

1202 Joseane Mota Bonfim \_\_\_\_\_