

1 **ATA DA 3ª ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO COSEMS/PB DE 2019**

2 Aos oito dias do mês de abril de dois mil e dezenove, às nove horas, na Sala de Reuniões do Conselho de
3 Secretarias Municipais de Saúde da Paraíba - COSEMS-PB – escritório situado na Av. Nego, n.º 571, Térreo –
4 Tambaú -João Pessoa foi realizado a terceira Assembleia Geral Ordinária do COSEMS-PB para o ano de 2019
5 que contou com a presença de Gestores Municipais de Saúde e demais participantes que firmam a lista de
6 presença em anexo, a qual é parte integrante da presente Ata. A convocação teve como ponto de **pauta:**
7 **ITEM 1. APRESENTAÇÃO/PACTUAÇÃO: a) Aprovação da Ata da 2ª Assembleia do COSEMS-PB/2019 – Dra.**
8 **Soraya Galdino; b) Apresentação da Pauta da Reunião Extraordinária da CIB/SES/PB de pactuação para**
9 **execução das Cirurgias Eletivas de 2019 – Sra. Patrícia Assunção gerente da GEAS/SES-PB; c)**
10 **Apresentação da minuta das portarias que trazem a nova modalidade de atendimento e financiamento**
11 **da Atenção Básica – Dra. Soraya Galdino; d) Apresentação do Programa de Residência Médica e o**
12 **provimento de Médicos – Felipe Proenço-UFPB e Informes. INFORMES: a)Sr. Anderson Sales Dias,**
13 **Inscrição dos trabalhos Mostra Paraíba Aqui tem SUS. A Sra. Soraya Galdino de Araújo Lucena,** gestora de
14 Itabaiana e Presidente do COSEMS-PB, abriu oficialmente a assembleia, agradecendo a presença dos
15 gestores, técnicos municipais de saúde e convidados. Dando também as boas vindas aos gestores que
16 visitavam pela primeira vez a sede do COSEMS em João Pessoa, Sra. Carolina Farias Almeida Gomes gestora
17 de saúde de Boa Vista e Sr. Neto. Após as boas vindas, **a Sra. Soraya iniciou a assembleia pelo Item 1. Letra**
18 **(a) Aprovação da Ata da 2ª Assembleia do COSEMS-PB / 2019,** a qual confirmou que todos os gestores
19 receberam a referida ata por e-mail e leram, esendo assim, aprovada sem retificação nem observações por
20 unanimidade. **Item 1. Letra (b) Apresentação da Pauta da Reunião Extraordinária da CIB/SES/PB de**
21 **pactuação para execução das Cirurgias Eletivas de 2019 – Sra. Patrícia Assunção gerente da GEAS/SES-PB;**
22 Dando continuidade a Sra. Soraya agradeceu a presença da Sra. Patrícia Assunção e Sra. Luciana Suassuna
23 que se dispusera a participar da assembleia para tratar do segundo ponto de pauta, passando a palavra
24 para Sra. Patrícia que cumprimentou a todos e agradeceu o convite e iniciou sua fala, com relação
25 pactuação do rateio dos recursos das cirurgias eletiva nós temos um grupo técnico, na realidade a portaria
26 de prorrogação foi publicada em fevereiro 2019, e foi feito um trabalho com a lista de demanda reprimida
27 já existente, para que pudéssemos seguir e dar continuidade a execução das cirurgias eletivas, como Soraya
28 já colocou temos um tempo exíguo até o mês de julho 2019 para executar essa prorrogação das cirurgias
29 eletivas, tivemos quatro reuniões técnicas com a presença do COSEMS, e dentre essas os gestores dos
30 municípios executores participaram, na última não houve a presença dos executores, mas eles
31 encaminharam a capacidade instalada que foi o que nós trabalhamos, para entender melhor nós temos a
32 portaria 195 de 06/02/2019 que prorroga a estratégia do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos no
33 âmbito do SUS, na realidade é uma continuação da portaria anterior que também colocou como estratégia
34 a questão das cirurgias eletivas para o que ultrapassasse e ultrapassa o teto MAC, desta forma o que
35 ultrapassa o teto MAC tantos os municípios executantes quanto a gestão estadual recebe o recurso como
36 FAEC, a partir dessa portaria de 06/02 ficou estipulado para Paraíba eles usaram inclusive um percentual
37 considerando a população, um recurso de R\$ 2.907.786,76 (dois milhões, novecentos e sete mil, setecentos
38 e oitenta e seis reais e setenta e seis centavos); só para termos uma ideia da lista única relacionada as
39 demandas reprimidas de cirurgias eletivas, essa lista única deu-se início em 2017 com 5.496 (cinco mil,
40 quatrocentos e noventa e seis) usuários, essa informação foi enviada para Secretaria de Estado da Saúde
41 que é quem coordena a lista única, através dos municípios em dezembro de 2018, tínhamos uma demanda
42 reprimida de 20.857(vinte mil, oitocentos e cinquenta e sete). Em relação ao monitoramento do que foi
43 programado e realizado com relação a essa demanda de 20.857, nós temos o percentual de execução, da
44 gestão estadual foi realizado em 2017, foi executado 124%,tem a relação do valor executado e do saldo.
45 Gestão estadual de acordo com a portaria de 2018, 112% executado do financeiro e 139% do físico, com
46 relação a gestão estadual no total até setembro de 2018 o percentual de execução das cirurgias eletivas foi

47 de 167%. Da gestão municipal temos os executores a partir da portaria anterior a 1294, foram: Cabedelo,
48 Campina Grande, João Pessoa e Santa Rita, com relação à execução de financeiro: Cabedelo executou 85%,
49 Campina Grande 161%, João Pessoa 92% e Santa Rita 60%, tendo um total geral de financeiro da gestão
50 municipal de 108%, com relação ao físico: Cabedelo executou 98%, Campina Grande 230%, João Pessoa
51 110% e Santa Rita 94%. Em relação ao monitoramento da produção programada e realizada de agosto a
52 dezembro de 2018, nós temos Cabedelo 97% executado, Campina Grande 118%, João Pessoa 60% e Santa
53 Rita 85%. Total de 78% executado. Sendo assim, quando a portaria de fevereiro foi publicada, nós enquanto
54 Estado e coordenadores da lista única achamos por bem fazer uma limpeza da lista, porque não daria para
55 só solicitar a nova demanda reprimida sem olhar para lista única já existente e que na realidade a própria
56 portaria 1294 coloca como parágrafo único, que essa lista única deve ser considerada e respeitada, nós
57 tínhamos mais de vinte mil na lista única até o final do ano de 2018 e cruzamos o que constava na lista
58 única através do cartão SUS e o que foi processado, então nós enquanto Estado fizemos do que nós
59 processamos e cada município executor também fez essa limpeza. Atualmente nós temos uma lista única
60 de 12.505 usuários em demanda reprimida, nós precisávamos olhar para essa lista única, primeiro, para
61 considerar os usuários nessa nova estratégia e também para que pudéssemos numa prorrogação dessa
62 publicação de agora que irá até julho, num próximo passo teremos de fato um demanda reprimida real do
63 Estado. Dentro desses 12.505 procedimentos nós também elencamos qual é a maior demanda reprimida
64 que temos nessa lista única. Em primeiro lugar nós temos facoemulsificação(facoemulsificação é a técnica
65 atual de cirurgia de catarata),de implante com lente intraocular dobrável. Temos em demanda reprimida
66 3.847 usuários, segue colecistectomia (retirada cirúrgica da vesícula biliar), facectomia com implante de
67 lente intraocular, reconstrução de ligamento intra-ocular. Nós fizemos uma lista dentro da lista única da
68 demanda reprimida, nós elencamos os procedimentos que ainda tem maior quantidade de demanda
69 reprimida para que possamos olhar para esses casos. Vamos disponibilizar para vocês para que possam
70 visualizar quais são as maiores demandas reprimidas, inclusive de forma analisar detalhadamente, vamos
71 constatar que não é uma demanda reprimida real do nosso Estado, sabemos que nos municípios ainda
72 temos muitos casos de ortopedia, que iremos precisar discutir, e em conjunto vamos realizar e atender
73 essa demanda reprimida de ortopedia, e outros procedimentos que não apareceram na lista única que
74 sabemos que tem uma alta demanda reprimida no Estado e vamos precisar olhar para essa situação num
75 próximo momento. A partir de toda essa análise da lista única nós entramos em contato e fizemos reunião
76 com os executantes que já estavam como executantes desde a primeira portaria e solicitamos que eles
77 olhassem para demanda e apresentassem sua capacidade instalada atual, para que possamos executar esse
78 recurso até julho de 2019, sabemos que pelo tempo também não tem como pactuar que um determinado
79 executor realize tudo que está na demanda reprimida da portaria, primeiro que temos que visualizar
80 dentro dos hospitais, questão de escala, material, então tem tudo isso para se adequar, sendo assim,
81 achamos por bem, inclusive nas reuniões técnicas ver o real, solicitar para cada executante a capacidade
82 instalada e a partir disso fazer o rateio do recurso e pactuar a execução dessa demanda. Cabedelo
83 encaminhou o cronograma de execução e o que tem como capacidade instalada. De forma que podemos
84 ver em um próximo momento com os gestores e COSEMS como pode ampliar essa capacidade instalada.
85 Houve uma conversa com Cabedelo que se dispôs a fazer as cirurgias de Catarata, porém precisa ter mais
86 executantes, precisa ter o rol de procedimentos maiores pactuados e precisa dentro do Estado ver serviços
87 quer seja municipal ou estadual, de forma que possamos aumentar a capacidade instalada, para poder
88 atender a demanda reprimida. Cabedelo e Campina Grande, João Pessoa, Santa Rita e Princesa Isabel
89 encaminharam a capacidade instalada. Princesa Isabel até o ano passado (2018) era gestão municipal e
90 gerência do Estado, agora o hospital de Princesa Isabel é gestão e gerência municipal, municipalizou, mas o
91 gestor se propôs a continuar sendo executante. Resumo do quantitativo dos procedimentos da demanda
92 reprimida começando por catarata e a capacidade instalada apresentada por cada executante. Cabedelo
93 tem uma demanda reprimida de 91 na lista única, apresentou uma capacidade instalada de 50

94 procedimentos; Campina Grande 471 apresentou uma capacidade de 300; João Pessoa 592 apresentou
95 uma capacidade de 400; Princesa Isabel 152 de demanda reprimida e se propôs a fazer todos os 152
96 procedimentos; Santa Rita 159, apresentou capacidade de 100. Na gestão Estadual dentro da demanda
97 reprimida tem 3.536 e nós nos propomos a realizar 1.500 procedimentos de catarata. Da demanda
98 reprimida total na lista única de catarata que é de 4.971 nós temos a capacidade instalada de fazer até
99 julho de 2019, considerando todos os executantes 2.502 procedimentos, só lembrando que como o recurso
100 é FAEC, se algum executante ou nós da gestão estadual fizermos mais procedimentos, receberemos pelo
101 procedimento, que é uma média que já esta proposta e que é mais real. Dentro dos executores do Estado
102 nós temos: Cajazeiras, Catolé do Rocha, Guarabira, Itabaiana, Mamanguape, Monteiro, Patos, Piancó, Picuí,
103 Pombal, Queimadas e Sousa; esses são os hospitais do Estado que realizarão as cirurgias de catarata. O
104 quantitativo de procedimentos da demanda reprimida (exceto catarata, porque primeiramente foi
105 trabalhado cataratas), esses são os demais procedimentos (porque no rol da portaria tem 283
106 procedimentos disponíveis), executor Cabedelo, só se propôs a fazer cataratas, então ele vai apresentar
107 para os demais procedimentos zero de capacidade instalada, Campina Grande 827 dos demais
108 procedimentos capacidade instalada de 680, João Pessoa 2.390 apresentou uma capacidade instalada de
109 260, Princesa Isabel 129 se propôs a fazer os 129 procedimentos, Santa Rita 391 apresentou 76, gestão
110 estadual 3.655, nós iremos fazer 1.768, os mesmos hospitais estaduais que irão realizar os procedimentos.
111 O que o COSEMS discutiu conosco e é isso que queremos ouvir dos gestores e executantes presentes, o que
112 se colocou muito nas discussões dos grupos técnicos foi que, determinados municípios que são executores
113 acaba dando certa prioridade para a sua população própria e os municípios que estão circunvizinhos e que
114 são encaminhadores acabavam ficando sem ter acesso, então para essa estratégia até julho/2019, nós
115 pensamos em fazer de uma forma que todos os municípios tivessem acesso de maneira equânime às vagas
116 disponíveis na capacidade instalada de cada executante, aplicamos uma proporção, exemplo: O município
117 de Cabedelo tem uma demanda reprimida de 91 e uma capacidade instalada apresentada de apenas 50, foi
118 feito um percentual da demanda reprimida, então ele vai fazer 55% da demanda reprimida que ele tem. Foi
119 aplicado nas 50 vagas de Cabedelo cada encaminhador terá 55% dentro dessas vagas, quando
120 apresentarmos o numero de vagas que fica por municípios vai ficar mais claro, para que Cabedelo possa
121 atender também os seus encaminhadores e não priorizando apenas a população própria e que os
122 encaminhadores também dentro da sua demanda reprimida possam ter acesso. Então aplicamos do total
123 de capacidade instalada comparado com a demanda reprimida o percentual que cada um vai fazer e esse
124 percentual cada município terá uma vaga, as vagas definidas por conta do percentual. Então ficou:
125 Cabedelo, aplicado o percentual de 55%, Campina Grande 64%, João Pessoa 71%, Princesa Isabel 100%
126 porque se propôs a realizar 100% da demanda reprimida, todos os encaminhadores de Princesa Isabel e o
127 próprio município terão suas vagas atendidas em 100%, Santa Rita 63% e a gestão estadual em 42%. Temos
128 demandas reprimidas 7.534 e a capacidade instalada 2.913. Aplicando esse percentual ficaria: Cabedelo
129 como irá fazer 50 cirurgias de cataratas e tem um encaminhador que o município de Lucena para carata,
130 então ficaria de catarata 45 vagas para Cabedelo e 05 vagas para Lucena, porque é o percentual de 55%
131 aplicado ao total de vagas da demanda reprimida (considerando a demanda reprimida que cada
132 encaminhador tem). Campina Grande para demanda reprimida de cirurgias eletivas de um modo geral,
133 Alagoa Grande terá 01 vaga, Alagoa Nova 19, Arara 02, Areial 01, Boa Vista 25, Campina Grande 178, segue,
134 Fagundes, Juazeirinho, Massaranduba e assim os demais municípios, perfazendo um total de 300
135 procedimentos. Nesse momento a Sra. Soraya pediu a palavra e orientou os municípios dizendo: “vale
136 salientar que esses números são em cima dos 12.505 e que eles terão acesso a lista e seus municípios
137 saberão o quantitativo que tem dentro dos 12.505, vai ser passado a lista e todos irão poder acompanhar
138 se realmente e o que está sendo feito e vai ser feito, porque isso é o mais importante, porque nossa
139 preocupação, o que eu tenho passado para o Estado é que sempre que nós fazíamos assembleias era uma
140 briga só de todos os gestores dizendo que as cirurgias deles não eram executadas, e quando se ia ao

141 percentual todos os municípios e a gestão faziam cirurgias, e tinha a dúvida! Quem está fazendo? E era
142 visto muitos erros, onde a Sra. Patrícia fez até uma “meia-culpa” não do próprio Estado, mas de
143 funcionários, médicos que levavam de outros locais e até de outros Estados para fazer cirurgias aqui, então
144 essa lista que Patrícia fez agora, parabênizo esse trabalho que foi muito bem feito e minucioso, e ela nos
145 escutou o tempo todo, de forma que não irá entrar ninguém que não esteja na lista, exceto que seja
146 substituído com o aval do próprio gestor do município, exemplo: vamos dizer que o município de Puxinanã
147 tenha 03 cirurgias de catarata, mais ele não vai mais precisar desses 03 procedimentos e sim de outros (
148 histerectomia) que estão contemplados também e o executor diz que pode fazer, nesse caso é possível,
149 justificando que aqueles 03 pacientes que eu tinha antes, não esperaram mais a cirurgia e já fizeram. Nesse
150 caso pode trocar o paciente e pode o procedimento daquele paciente, vocês irão receber a lista tanto o
151 executor quanto o gestores, o COSEMS irá receber e repassar para todos os gestores ficarem
152 acompanhando e comprovando realmente se seu paciente foi atendido e por quem. Isso era para ter
153 acontecido desde o início, a Sra. Soraya informou que foi feita uma limpeza geral na lista, e será enviada
154 uma lista nominal, atualizada após a limpeza para todos os gestores”. A Sra. Patrícia Assunção retomou a
155 palavra e explicou que a limpeza da lista única foi feita considerando o Cartão SUS, todos os executores
156 fizeram a limpeza os nossos (o estado processa os deles - FAEC) foi feito cruzando processamento, João
157 Pessoa e Campina Grande fizeram, todo mundo que executou, realizou a limpeza a partir do
158 processamento, por isso chegou a esse número de mais de 12 mil. A Sra. Soraya respondendo a um
159 questionamento disse: que todos mandaram a lista e foi feita essa limpeza, baseada no que foi
160 encaminhado pelos municípios ao Estado na época. A Sra. Patrícia dando continuidade frisou que o que a
161 Sra. Soraya está falando é importante porque será encaminhado, disponibilizado tanto para os executantes
162 quanto para todos os encaminhadores as listas e dentro do sistema do Ministério da Saúde não vêm o
163 nome do paciente e sim o número do cartão SUS, dessa forma na medida em que cada encaminhador e
164 cada executante recebe o cartão SUS, ele rapidamente pode pesquisar no sistema o seu usuário, inclusive
165 iremos precisar que todos façam busca ativa, temos usuários que está na lista desde o ano se 2017 e que
166 não está tendo acesso, então isso não é justo, que nós enquanto município e Estado temos uma lista única,
167 trabalha essa lista única, mas não garante o acesso, por isso essa questão de estar cruzando. Em uma
168 próxima etapa que provavelmente essa portaria será prorrogada iremos fazer uma nova limpeza e a nossa
169 ideia é que todo mês os executantes nos enviem a lista de quem realizou a cirurgia para que possamos ir
170 limpando e fazendo monitoramento, para que possamos de fato ter uma nova lista mais real e que também
171 os usuários tenham esse acesso. E pode ser que vocês achem estranho, por exemplo: Alagoa Grande só
172 uma vaga, mas isso foi causado com a demanda reprimida que Alagoa Grande apresentou, tem municípios
173 que tem uma demanda reprimida maior por isso tem mais vagas e tem municípios que tem uma demanda
174 bem menor, então o percentual foi em cima da demanda reprimida e da capacidade instalada. A Sra.
175 Soraya explica “que alguns municípios que tinham a mesma vaga, mas que eles fizeram mais e outros
176 municípios não tiveram acesso por isso esta com a quantidade maior”. Sra. Patrícia retoma a fala, e
177 apresenta a lista de João Pessoa ambulatorial, cataratas, Alhandra terá 38 vagas, Bayeux 71, Caaporã 13,
178 Conde 07, João Pessoa 222 que tem maior demanda reprimida, Mari 46, Pitimbu 03. Com relação aos
179 demais procedimentos, Alhandra 06, Bayeux 08, Caaporã 15, Conde 11, João Pessoa 196, Mari 18, Pitimbu
180 05. A Sra. Luciana Suassuna faz uso da fala e explica: “lembrando que o município de Mari está entrando
181 agora nessa nova estratégia com uma combinação com o município de João Pessoa, Mari estava sendo
182 realizado em outro município e foi um acordo entre Mari e João Pessoa, assim como Bayeux foi também à
183 estratégia anterior, de ficar com o executante, sair de Santa Rita e ir para João Pessoa”. A Sra. Patrícia
184 Assunção retoma a palavra e diz que os municípios já conversaram e fizeram essa pactuação. Com relação à
185 Princesa Isabel que se comprometeu a fazer todos os procedimentos da demanda reprimida então, Água
186 Branca 29, Imaculada 12, Juru 14, Manaira 18, Princesa Isabel 62, São José de Princesa 05 e Tavares 12.
187 Com relação ao município de Santa Rita, a demanda reprimida das cirurgias eletivas de Santa Rita: Cruz do

188 Espirito Santo 11, Riachão do Poço 11, Santa Rita 60, Sapé 16 e Sobrado 03. As outras cirurgias, Cruz do
189 Espirito Santo 03, Riachão do Poço não apresentou demanda reprimida, Santa Rita 56, Sapé 16 e Sobrado
190 01. Com relação à gestão estadual, temos a lista ambulatorial dos municípios de demanda reprimida com a
191 quantidade de procedimentos específico de catarata, então, Cajazeiras para catarata nos temos:
192 Bernardino Batista, Bom Jesus, Santa Helena e Triunfo e o quantitativo de cada um, (foi apresentado um
193 quadro de quantitativos, onde a parte de cima se refere a catarata e o abaixo se refere aos demais
194 procedimentos), mediante essa apresentação pode-se verificar que todos os municípios que apresentaram
195 demanda reprimida para os hospitais regionais que são atendidos pelo Estado, eles também terão os seus
196 quantitativos atendidos, e é um comprometimento que nós fazemos, inclusive teremos reunião com nossas
197 gerencias regionais e com os hospitais estaduais, para que do mesmo jeito que estamos fazendo e
198 pactuando com os executantes da gestão municipal, nós também vamos monitorar os nossos. No quadro
199 apresentado na parte de cima Catolé do Rocha tem catarata e abaixo o quantitativo dos demais
200 procedimentos. A Sra. Patrícia Assunção informou que deixaria disponível a apresentação que foi feita em
201 slides para que os gestores pudessem pesquisar/acompanhar. Neste momento a Sra. Soraya questiona o
202 porquê dos municípios (Bernardino Batista, Santa Helena e Uiraúna) que estão na gestão estadual de
203 Cajazeiras sendo contemplado também na lista de Catolé do Rocha? A Sra. Patrícia disse que iria revisar
204 essa informação, pedindo para Sra. Luciana anotar o questionamento para fazer a correção, (só na
205 catarata), mas ressaltou que isso não vai alterar no quantitativo do rateio, porque tudo é gestão estadual.
206 Guarabira, Itabaiana, Mamanguape, Monteiro, Patos, Piancó. Nesse momento a Sra. Ceciliana Chumacero
207 gestora de Santa Luzia fez uma observação “sobre o município de Patos, que ainda não tinha feito o
208 segundo momento da catarata, e o quantitativo apresentado anteriormente parecia inferior” A Sra. Patrícia
209 voltou à apresentação para responder o questionamento da gestora, fazendo uma revisão nos números:
210 Monteiro: Congo 06, Livramento 10, Monteiro 118, São João do Tigre 02, Sumé 38. Dos demais
211 procedimentos: Camalaú 04, Caraúbas 04, Coxixola 14, Gurjão 07, Livramento 01, Monteiro 108, Prata 13,
212 Serra Branca 04, Sumé 44 e Zabelê 08. Patos: um total de 238 (de catarata), Areia de Baraúnas, Cacimbas,
213 Catingueira, Patos, Quixaba, Salgadinho, Santa Tereza, Santa Terezinha, São José de Espinharas (não
214 apresentou demanda reprimida), São José do Sabugi, São Mamede, Várzea e Vista Serrana. Sendo 238 para
215 Região. Os demais procedimentos serão 64 para Região. A região de Patos como é gestão estadual e o
216 hospital regional de Patos está com uma demanda de ortopedia, oncologia muito alta, provavelmente nós
217 iremos executar no hospital de Santa Luzia como foi feito na estratégia passada, mas é a região de Patos. A
218 Sra. Ceciliana gestora de Santa Luzia, retoma a palavra e informa que o hospital de Santa Luzia não tem
219 capacidade instalada para atender. A Sra. Patrícia disse que os responsáveis pelo hospital apresentaram a
220 capacidade instalada e o que o Estado está se comprometendo, na realidade apresentando de pactuação
221 enquanto demanda estadual os nossos serviços eles estão comprometidos seja Patos ou Santa Luzia, mas
222 nós iremos executar para essa Região. Estamos ajustando as questões de Patos, foi inaugurada a ano
223 passado a unidade de Oncologia de Patos, o bloco cirúrgico está com uma rotatividade muito alta, dessa
224 forma estamos adequando, mas seja em Patos ou em Santa Luzia, estamos terminando de definir, iremos
225 fazer o que estamos nos comprometendo a fazer. A Sra. Ceciliana nesse momento solicita um olhar especial
226 para a região de Patos, pois estamos sem gerente regional, o município de Patos está neste momento em
227 transição de prefeito e secretário de saúde, e eu gostaria de deixar registrado na assembleia do COSEMS
228 minha preocupação quanto a essa região. A Sra. Patrícia relata que há 15 dias a equipe da Secretaria de
229 Estado da Saúde esteve em Patos para discutir a questão da regulação, inclusive Patos já estava sendo
230 implantado o SISREG no ambulatorial, e no hospitalar nós estávamos caminhando, tanto para o município,
231 que o Sr. Davi estava presente, quanto para o hospital Complexo Janduir Carneir. A Sra. Ceciliana pediu
232 para finalizar a fala dela dizendo: que hoje iria discutir o PCEP de Santa Luzia, já conversei com Patrícia para
233 agendar, no mesmo horário da CIB, eu queira pedir o apoio do COSEMS porque “Patos não está fácil” e
234 Santa Luzia também é junto. A Sra. Patrícia continua sua fala, com relação a região de Patos, até quinta-

235 feira iremos informar se serão realizadas as cirurgias no Hospital Regional de Patos ou em Santa Luzia, mas
236 em um dos dois o serviço será realizado. A Sra. Soraya solicita melhores esclarecimentos sobre o município
237 de Conceição que aparece em uma lista com 11 e em outro local o município não aparece. A Sra. Patrícia
238 respondeu que provavelmente o município de Conceição não tem lista de demanda reprimida de catarata.
239 A Sra. Soraya ressaltou que a gestora de Conceição lhe disse que por várias vezes não consegue realizar
240 nenhum procedimento, inclusive ela enviou para o COSEMS, onde o mesmo enviou para SES/PB pedindo
241 uma explicação por que ela não estava conseguindo realizar, e a gestora mostra a quantidade, mediante o
242 ocorrido solicito que vocês do Estado vejam essa situação, se houve algum equívoco. A Sra. Patrícia disse
243 que tem uma questão! Essa lista de demanda reprimida é a lista que foi solicitada em 2017, então alguns
244 municípios, inclusive foi um esforço grande para se cadastrar essa lista no QW, porque inclusive o
245 Ministério da Saúde solicita essa lista para monitoramento, então eu acredito que a equipe da GERAV na
246 época ficou quase 06 meses trabalhando nessa lista, então os municípios que não apresentaram no prazo
247 que a lista estava aberta para inclusão á demanda reprimida, agora eles não estão aparecendo, é por isso
248 que nós iremos seguir com essa etapa considerando a lista existente, mas no ato da prorrogação
249 (provavelmente será em julho) das portarias da estratégia da cirurgia eletiva, inclusive o próprio CONASS
250 está acreditando que irá ser prorrogado, abriremos novamente a lista para uma nova inserção, mas se
251 deixarmos a lista aberta para ficar inserindo,nunca irá atender a demanda que já está colocada. Mediante
252 um questionamento da Sra. Rosilda gestora de Olho D'Água a Sra. Soraya esclarece “cada município irá
253 receber a lista, então vocês irão conferir e não haverá mais essa situação, e sim mostrar a realidade de cada
254 um”. Por isso pedimos que cada gestor confira agora a sua lista pelo cartão SUS, vocês irão ter total
255 autonomia e monitoramento dessa lista,vocês é que vão acompanhar enquanto gestor, o que não
256 acontecia antes, mas agora vocês terão essas informações. Essa lista é desde 2017 e estávamos iniciando
257 essa gestão,então muitos gestores não enviaram, perderam o prazo, porque estava iniciando o quinto mês
258 dessa gestão nova, então ficou faltando 15 municípios. A Sra. Patrícia fez uma observação vocês vão
259 receber a lista completa, por exemplo: Boa Ventura vai receber a lista de catarata dela da demanda
260 reprimida completa, por isso pedimos o bom senso e atenção de cada gestor, primeiro para fazer a busca
261 ativa e para ir observando dessa lista quem será priorizado, na realidade as unidades de saúde da família
262 das localidades de vocês sabem a situação de cada paciente, então eles sabem dentro daqueles nomes, dos
263 cartões SUS, dessa lista total de catarata, eu não vou ter só 31 em Boa Ventura, eu vou ter mais que 31,
264 mas eu só posso mandar 31, ou então cabe a cada município avaliar quem será atendido. A Sra. Soraya
265 orientou os municípios e a não perderem o excedente, porque quando chegar ao mês de julho, que se
266 aumentar o prazo para executar, nós pediremos uma nova lista e ai vocês irão enviar o excedente, vocês
267 fazem o levantamento que Patrícia está falando,manda à quantidade, porém é necessário que o gestor
268 esteja bem atendo monitorando esse processo, de forma que se tiver algum equívoco poder fazer o
269 questionamento. A Sra. Patrícia avisou que quando chegar ao mês de julho, cada município terá que ter sua
270 lista de demanda reprimida organizada. A Sra. Soraya coloco uma pergunta pertinente do Sr. Adalberto,
271 “esse número aqui é do município”, então se por acaso você tiver menos porque esses 08 pacientes foram
272 feitos 05 e você tem 03 essas vagas são sua, do próprio município, não pode ser repassado para outro
273 município, é sua. A Sra. Patrícia continuou sua fala, outra questão é provavelmente como estratégia vai ter
274 continuidade é importante que cada município, já vá também organizando a sua demanda reprimida, para
275 quando chegar uma nova portaria, não perder 03 ou 04 meses só fazendo lista de demanda reprimida. A
276 Sra. Soraya fala que as vezes ao fazer uma lista se cria uma expectativa, quando cria essa expectativa, os
277 pacientes ficam cobrando aos gestores quando sua cirurgia irá acontecer, mas vamos tentar fazer essa lista
278 sem chamar muita atenção, como o Sr. Adalberto falou, sem criar muita expectativa e sem fazer pressão,
279 deixar a lista guardada porque no momento que chegar o pedido pelos órgãos competentes ela já está
280 pronta, revisa, atualiza e envia porque a lista já estará pronta. Esse trabalho merece muita atenção do
281 gestor porque é um trabalho minucioso da sua equipe de regulação, se o gestor não faz por falta de tempo,

282 coloque uma pessoa do seu município para estar acompanhando esse processo, fazendo esse
283 monitoramento, não deixando passar porque depois não tem como questionar o Estado via COSEMS, e
284 nesse caso o gestor terá “mea-culpa”. Nós criamos um GT (grupo técnico), só para tratar das cirurgias
285 eletivas, o COSEMS e o Estado, por isso o trabalho está assim, eles não pararam e continuam fazendo,
286 porém resta ao gestor fazer sua parte. A Sra. Patrícia fez uma observação: Só para lembrar aos gestores
287 que isso é estratégia para ser recebida FAEC, mas tem cada município, cada executor tem seu teto MAC,
288 que também vai fazendo, João Pessoa, por exemplo, fez bastante pelo MAC, e foi continuando com o FAEC.
289 A Sra. Soraya disse que foi bem lembrado essa informação por Patrícia, “ todos fiquem atentos que o que
290 consta na PPI e a sua referencia de MAC dentro da PPI ela é uma coisa, essa que está sendo explicada é
291 outra, são duas coisas diferentes que você encaminha para o seu município que recebe. Nesse momento
292 uma gestora perguntou: “ eu tenho quase 80 cirurgias de catarata e só tenho direito a 29 cirurgias” a Sra.
293 Soraya respondeu dizendo que é o que foi explicado anteriormente, ele fará as 29 cirurgias que tem direito
294 até julho, a partir de julho aumentando o prazo você ira acrescentando os outros pacientes até completar
295 as 80. E os 29 pacientes que estiverem na lista terá que ser limpa primeiro dentro desses 80, você vai
296 conferir um por um pelo cartão SUS. A Sra. Janaina Almeida, gestora de Picuí pediu a palavra, e relatou, um
297 dos maiores problemas que nós temos com relação as cirurgias eletivas, é conseguir convencer a justiça de
298 que uma cirurgia eletiva pode esperar, dependendo claro do tipo de eletiva, exemplo, eu estou com uma
299 artroscopia, onde eu quase me ajoelhei na frente do Promotor, pedi 60 dias para resolver, porém caso não
300 resolva, eu terei que custear, então é muito complicado explicar e convencer “por que existe casos bem
301 mais urgentes” de que poderiam esperar mais um pouco enquanto resolvia uma demanda mais urgente. A
302 Sra. Patrícia retomando a palavra explicou, nesses casos mais urgentes você pode fazer pelo seu teto MAC,
303 isso é um extra que vai entrar como FAEC. A Sra. Janaina falou que não estava conseguindo, de 2017 até o
304 dado momento não tinha conseguido fazer nenhuma cirurgia ortopédica. A Sra. Amanda Albuquerque
305 gestora de Caaporã, fez uma pergunta, qual a previsão de inicio? A Sra. Patrícia respondeu, é o que iria
306 pactuar naquela reunião, mas como o tempo já está bem exíguo nossa ideia é, hoje já iremos disponibilizar
307 as listas para os executantes e também para os municípios encaminhadores, estamos pensando em 15 dias
308 para fazer uma busca ativa no máximo e já iniciar, dos serviços do Estado, essa semana, quinta-feira, já
309 estamos chamando gerencias e hospitais e ai iremos precisar dos municípios encaminhadores para fazer
310 essa busca ativa, porque os hospitais não terão condições de fazer isso. A ideia é já iniciar a outra semana,
311 acredito que João Pessoa já esteja organizado para iniciar, nesse momento uma gestora diz que João
312 Pessoa na verdade já fez, quando ele pediu a lista dizendo quem tinha feito e quem não tinha feito, para
313 limpeza da lista, de forma que já caminhamos nesse sentido, agora pergunto ao Sr. Adalberto Fulgêncio, eu
314 tenho muita demanda de João Pessoa que vai de urgência, o paciente vai e quando chega lá está tudo
315 pronto, (exames, avaliação), mas não realiza a cirurgia eletiva dos pacientes que foram chamados, isso tem
316 mais de 04, 06 meses e não foi realizado. Nesse caso o paciente sem uma data formalizada para retornar e
317 fazer o procedimento. Antes do Sr. Adalberto responder, a Sra. Patrícia lembrou que a estratégia FAEC a
318 portaria coloca que o paciente precisa estar pronto para realizar a cirurgia, os municípios precisam estar
319 comprometidos com isso também. Foi passada a palavra para o Sr. Adalberto Fulgêncio gestor de João
320 Pessoa, relatou que está bem posta a proposta apresentada pela Sra. Patrícia, e que quando ela apresenta
321 a relação da capacidade instalada, mas também porque nós começamos a ter a lista única, mesmo ela
322 sendo uma lista por inscrito “off-line” analógica, sem ser digital ou eletrônica, mas isso já organiza o
323 sistema, eu sugeriria que mesmo com a lista geral ela fosse dividida por clínica, a Sra. Patrícia respondeu que
324 estava separado por procedimentos, o Sr. Adalberto argumentou que separado por procedimentos fica
325 muito “picotado”, por que o grande gargalo não é catarata, têm-se condições de sentar e resolver, pois tem
326 capacidade instalada, têm médicos, a tabela é razoável, o grande gargalo é a ortopedia, separando as
327 cirurgias ortopédicas para vê como fazer. A Sra. Soraya falou nesse momento que essa situação já foi
328 conversada e foi pactuado nessa conversa que a questão da ortopedia, iria-se ser separado e foi acordado

329 sentar para discutir sobre outro recurso, com possibilidade de se criar uma nova tabela dentro do nosso
330 Estado de complementação, pois aqui tem um preço, em Campina Grande outro preço, no Sertão não tem
331 complementação. O Sra. Patrícia retoma a palavra e informa que a portaria que trata da estratégia das
332 demandas não cobre OPME e fica um gargalo, então separamos ortopedia para pensarmos como dar
333 vazão. A Sra. Soraya ressaltou que todos os dias, toda a semana em seu município eu recebo do ortopedista
334 da rede uma lista de material que quando fazemos o orçamento desse material, é melhor pagar a cirurgia e
335 o hospital particular, por que a lista é tão grande e o médico informa diz: “o hospital e o médico é pelo
336 SUS”, o que não é verdade, eu tenho Xerox desses documentos e iremos sentar para discutir. O Sr.
337 Adalberto retoma a palavra, confirma que o caso da ortopedia será tratado separadamente com proposta
338 de financiamento, de execução, a Sra. Patrícia disse que isso iria acontecer o mais breve possível, o Sr.
339 Adalberto diz que é fundamental se acostumar com lista única, porém sabe que não é fácil, principalmente
340 nas cidades do interior que tem muita pressão de Câmara de vereadores, prefeitos, vice-prefeitos, do
341 próprio usuário, mas é importante que nos acostumemos a lista única e também, o debate com órgão de
342 controle interno e externo sobre o que é urgência e emergência e o que é eletivo porque o sistema não se
343 organiza se nós não começarmos esse debate, mesmo sabendo que é difícil, é contra majoritário, mas tem
344 que ser feito, se o gestor não fizer esse trabalho ninguém irá fazer, mesmo com risco de perder na justiça,
345 mas há uma diferença muito grande de urgência/emergência/eletivo. E essa confusão prejudica o sistema e
346 prejudica o gestor, em relação ao município de Caaporã, sugiro que a gestora tenha uma conversa com a
347 nova direção do Hospital de Trauma do Valentina que são duas enfermeiras na direção geral que são mais
348 operacionais e temos um debate que deve ser feito dentro da Secretaria de Estado, pois aquele momento
349 não era propício, como a Sra. Patrícia tenha falado anteriormente temos problemas de escala, de médicos,
350 por exemplo: tenho 06 médicos ortopedistas no hospital do Trauminha, de Recife que não reclamam de
351 nada! Mas tem ortopedistas que só fazem com o material escolhido por eles, então essas dificuldades não
352 resolverão aqui, será no dia-a-dia, no hospital. O que eu sugiro quem tem referência em João Pessoa seja
353 pelo FAEC ou pela PPI, nós teremos que sentar para discutir, tem que haver um debate melhor para que
354 possamos identificar qual é o problema real e até enfrentar a direção do hospital ou aquele plantão X ou Y,
355 mas estamos totalmente abertos a esse debate. A Sra. Soraya respondendo a gestora Janaina, ressaltou a
356 importância de estarem em discussão naquele momento e que tinha solicitado a assessoria técnica do
357 COSEMS que fosse feita uma nota técnica de apoio a todos os gestores descrevendo essas questões de
358 eletivas, urgência, emergência para quando houver esses questionamentos pelo Ministério Público os
359 gestores apresentarem como reforço e como apoio a todos, até para que o MP possa entender as
360 dificuldades, porque como na Constituição Federal preconiza que a “saúde é um direito de todos e dever
361 do Estado”, porém na realidade não é bem assim, dentro da lei quando o paciente aciona a justiça, ela não
362 pode negar esse direito porque o mesmo é constitucional. E é por isso que iremos fazer essa nota que será
363 disponibilizada para todos e será um reforço para os gestores. Nesse momento foi passada a palavra para
364 Sra. Maria Dilma Anizio da Silva, gestora de Matinhas, que relatou que percebeu na lista que Matinhas não
365 aparece a parte de Campina Grande, que é onde nossa PPI referência e eu gostaria de saber como e que eu
366 faço para saber se meu município está em João Pessoa como FAEC? A Sra. Patrícia respondeu que o
367 município de Matinhas não tinha apresentado demanda reprimida na lista única de 2017. O que a gestora
368 rebateu dizendo que tinham enviado sim! Nesse momento a Sra. Patrícia solicitou à gestora resgatasse e
369 que reenviasse à cópia do documento que foi encaminhado para setor responsável da SES/PB, os
370 municípios de Areia e Matinhas, ela deixou o e-mail dela para que a gestora reenviasse o documento. A Sra.
371 Soraya informou que tinha anotado as solicitações e que irá repassar para Sra. Patrícia Assunção para
372 discutirem no GT. Areias e Matinhas não estavam na lista das cataratas, mas dos outros procedimentos
373 estão. A Sra. Patrícia em sua fala explicou que o município de Areia está fazendo catarata no hospital.
374 Finalizando esse tema foi apresentada a definição do rateio, o valor da portaria de R\$ 2.786.76,00 (dois
375 milhões setecentos e oitenta e seis mil reais, e setenta e seis centavos), foi dividido por executante a partir

376 da capacidade instalada que foi apresentada e que irá fazer. Resumindo: do total de demanda reprimida
377 que nós temos de 12.505 (doze mil, quinhentos e cinco) nós estamos nos comprometendo a fazer 5.415
378 (cinco mil, quatrocentos e quinze) e Cabedelo que irá fazer 50, procedimentos, então dividimos o montante
379 pela quantidade de cirurgias chegamos a um valor financeiro multiplicando pelo que Cabedelo irá fazer Ex:
380 R\$26.849,37 (vinte e seis mil oitocentos e quarenta e nove reais e trinta e sete centavos). A Sra. Patrícia
381 ressaltou que é muito importante ter atenção para o processamento, porque o município só irá receber o
382 recurso se processar e se tudo estiver correto, o recurso é FAEC, só se ultrapassar a MAC, tem que prestar
383 atenção na MAC porque tudo isso é excedente. A Sra. Soraya pediu a fala e disse, esse ponto é importante
384 porque ela queria incluir outro município outro hospital nesses executores que era o de Massaranduba que
385 é próximo a Campina Grande, tem o hospital que realiza, e diminuía mais a demanda em Campina Grande,
386 mas não pode colocar porque o município não tem MAC, e nesse caso só pode fazer eletiva quando
387 ultrapassa a MAC, iremos sentar com você para consertar isso, tentar apoiar você para num próximo
388 recurso financeiro o município já entrar como executor, por que assim ajuda muito a região de Campina
389 Grande. A Sra. Patrícia explicou o valor estabelecido no rateio para cada município, o valor do
390 procedimento ficou de R\$ 536,00 a média. A Sra. Patrícia para concluir explicou que os gestores iriam
391 receber as listas e as planilhas que os gestores irão preencher na medida em que precisarem substituir o
392 paciente, na lista const.; o cartão SUS, o código do procedimento, o código CIGTAP, a data da solicitação e a
393 justificativa (por que está mudando), de usuário, e o do usuário que o gestor irá inserir, colocando também
394 os dados dos usuários inseridos, ela disse que está sendo elaborada uma nota técnica conjunta que irá para
395 os gestores junto com os demais documentos. A Sra. Soraya relatou que o que lhe deixava surpresa era
396 saber que existem Estados que realizam procedimentos de ortopedia dentro da tabela do SUS, o Estado do
397 Rio Grande do Sul é um desses Estados. O Rio Grande do Sul pegou recursos da maioria dos Estados que
398 não conseguiram fazer os procedimentos e aumentou o teto dele consideravelmente e todo ano ele
399 consegue sem complementação, o Estado de Santa Catarina, o de Goiás, o que acontece é que os Estados
400 que não conseguem fazer os procedimentos, eles vão e conseguem esses recursos e fazem os
401 procedimentos lá, é a oferta da demanda e da procura, e os nossos profissionais e a rede instalada aqui
402 estabeleceu um padrão de preço maior do que realmente se pratica no Ministério da Saúde e isso é muito
403 ruim para os gestores da Paraíba. A Sra. Soraya agradeceu a presença das Sras. Patrícia e Luciana, e elogiou
404 o trabalho feito pelo GT Condutor da SES/PB e COSEMS, trabalho esse que atendeu a todos os presentes e
405 que o COSEMS ficará acompanhando e monitorando esse trabalho. **(Nesse momento a Sra. Soraya**
406 **solicitou que invertesse os pontos de pauta do ITEM 1letra c)** Apresentação da minuta das portarias que
407 trazem a nova modalidade de atendimento e financiamento da Atenção Básica – Dra. Soraya Galdino; **pela**
408 **letra d)** Apresentação do Programa de Residência Médica e o provimento de Médicos – Felipe Proenço-
409 UFPB o que foi aceito por todos os presente. A Sra. Soraya antes de dar continuidade à pauta, facultou a
410 palavra ao Sr. Jamacyr Mendes Justino, Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde da Paraíba que estava
411 visitando o COSEMS para dar informações sobre as Conferências Municipais de Saúde, que ocorreram na
412 Paraíba. O Sr. Jamacyr cumprimentou a todos, e iniciou sua fala lembrando aos presentes à questão dos
413 relatórios das conferências, pois dos 223 municípios até o dado momento, apenas 08 ou 09 foram enviados
414 para o Conselho Estadual, e o prazo será até o dia 25/04/19, mediante essa situação solicito que os
415 gestores adiantem o envio desse documento, o pleno do conselho até o dia 25, pois essa data dá aos
416 gestores tempo hábil para o envio desses relatórios. Vou pedir a assessoria do COSEMS que disponibilize no
417 site e grupo de *whatsapp*, lembrando que tem que ser pelo InformeSUS. Quanto as Conferências que
418 participamos, gostaria de informar que elas estão sendo muito bem elaboradas, principalmente os
419 agrupamentos, o primeiro agrupamento foi feito em Sousa, depois foram dois na região de Monteiro, em
420 Itabaiana e dia 11/04/19 haverá outro agrupamento que será na região do Vale do Mamanguape em Rio
421 Tinto. Infelizmente estamos com pouca participação das pessoas por motivos ideológicos, os usuários com
422 representação reduzida, estamos tendo dificuldade em encontrar pessoas com disponibilidade de trabalhar

423 sem receber recursos financeiros. As Conferências dentro das expectativas estão sendo bem elaboradas.
424 Finalizando o Sr. Jamacyr agradeceu o espaço e informou que posteriormente irá enviar as lista dos
425 municípios que já enviaram os relatórios e as pendências se tiverem. O Sr. Anderson Sales agradeceu ao Sr.
426 Jamacyr pelas palavras e apresentou o Sr. Felipe Proençoda UFPB para apresentar o ponto da pauta do
427 **ITEM 1 letra d) Apresentação do Programa de Residência Médica e o Provimento de Médicos.** O Sr. Felipe
428 agradeceu o convite que o COSEMS lhe fez e cumprimentou a todos. Ele inicia sua fala dizendo que essa
429 questão em pauta é uma discussão que já vem sendo feita há algum tempo, e é importante no atual
430 contexto e nos últimos encaminhamentos na situação do Programa Mais Médico tentar compreender que
431 quais saídas poderão encontrar com relação à questão do provimento dos profissionais médicos, para isso
432 trouxe uma apresentação com dados da Paraíba que estávamos discutindo no Congresso do COSEMS de
433 São Paulo, discutindo exatamente caminhos com os secretários com relação à possibilidade de ampliação e
434 fortalecimento da residência de medicina de família, em termos de necessidade de médicos o porquê do
435 Programa Mais Médico que foi a primeira parte da apresentação que eu já pedi para passar, eu destacaria
436 em termo de contexto e do que temos pesquisado do comportamento do mercado de trabalho médico é
437 que é muito sintomático 15% dos brasileiros que assumiram as vagas com a saída dos médicos cubanos
438 teriam desistido nesses 03 primeiros meses de Programa, parece que essa desistência tem uma correlação
439 com o próprio comportamento da residência medica, o calendário de ingresso na residência médica é
440 anual, ou a pessoa entra no mês de março ou só pode entrar na residência no ano seguinte, me parece que
441 isso ajuda a explicar esse comportamento de desistência de médicos brasileiros, e ajuda a demonstrar que o
442 que aconteceu foi a chegada de uma nova força de trabalho proveniente de outro País, essa chegada não
443 chegou a afetar o mercado de trabalho brasileiro no sentido de levar algum médico ter algum grau de
444 desemprego, na verdade a medicina mesmo com a chegada de profissionais estrangeiros, ele continuou
445 com uma situação de pleno emprego, de todos os profissionais com amplas possibilidade de ocupação e a
446 saída dos profissionais cubanos levou uma situação de vários municípios sem profissionais, foram editais
447 num momento em que os médicos estavam recém formando, então são médicos que tendem a procurar a
448 residência, e me parece que tem outra problemática envolvida de que bem antes da saída dos cubanos já
449 existiam várias vagas que os municípios estavam precisando preencher e não se lançava editais com ralação
450 ao preenchimento dessas vagas, em termos de pesquisa eu sou da UFPB, sou tutor do Programa desse
451 lugar que eu estou falando, mas temos observado que pelo menos 20% á 25% das vagas iniciais do
452 programa não estão preenchidas, não sabemos quais as definições com relação ao que vai acontecer mais a
453 frente com o Mais Médicos, mas uma questão que nós já estamos debatendo a bastante tempo é que o
454 provimento é um olhar emergencial no caso da situação dos Mais Médicos, em 2013 quando foi feito uma
455 campanha “cadê o Médico” os prefeitos e secretários de saúde colocaram a necessidade de 18 mil médicos
456 para conseguir oferta Atenção Básica, completar as equipes de Saúde da Família e de seus Programas,
457 esperava-se que ao longo do tempo esse provimento que era emergencial ele deixasse de ser uma das
458 ações principais pra ações formativa do Programa Mais Médicos passassem a garantir provimento também
459 e é por isso que achamos tão importante a pauta da residência médica porque, se trata de um profissional
460 que concluiu a graduação que já está apto para o exercício profissional, mas que ele vai estar
461 desenvolvendo as suas atividades com autonomia porque ele já é médico e tem condições de desenvolver
462 as atividades profissionais, mas com um suporte de supervisão maior do que o Mais Médicos pode ofertar,
463 então na supervisão do Mais Médicos o profissional e visitado uma vez por mês e alguns meses ele vem à
464 João Pessoa para os encontros locos regionais. A residência médica pressupõe uma preceptoría que está
465 mais presente na unidade de saúde, isso leva uma possibilidade também não só de qualificação do trabalho
466 na Atenção Básica, então você consegue ter profissionais que estão com um olhar de trabalhar mesmo a
467 Atenção Básica e querem aprofundar o conhecimento nessa área, mais também o fato de que, a taxa de
468 evasão da residência é muito baixa, geralmente a desistência de residentes a não ser a que pode acontecer
469 no primeiro mês quando os programas de residência ainda estão convocando seus participantes a taxa de

470 desistência ao longo do tempo da residência é muito pequena, isso significa uma possibilidade muito
471 grande de ter o profissional durante 02 anos na Saúde da Família e também junto com outras estratégias
472 que esse médico fique por um período maior que 02 anos, então vejam como era importante na concepção
473 do Mais Médicos a questão da interiorização da formação, foi apresentado um gráfico da criação de vagas
474 de curso de medicina em municípios do interior e comparando os períodos, nós temos os dados de 2013
475 até 2015, é o último ano que nós conseguimos a informação onde foi um período em termos de criação de
476 vagas de curso de medicina que houve uma maior criação de vagas no interior, isso significa, o que as
477 pesquisas tem demonstrado que quanto mais próximo da cidade o médico faz a graduação e se ele faz a
478 residência na cidade a possibilidade de ele permanecer e de 80%, bem diferente dessas evasões quem ao
479 longo do tempo com o Mais Médicos se ele faz a graduação num curso de medicina mais próximo da
480 cidade, tem estágio nessa cidade por exemplo, se depois ele faz a residência a possibilidade de
481 permanência é muito alta. Estamos falando não só da questão do provimento, mas a questão da fixação
482 também desses profissionais apesar da gente de sabermos que os estudantes tem um olhar ainda de
483 dificuldade de trabalhar na Atenção Básica, fomos conversar com os futuros médicos o que eles achavam
484 da Saúde da Família, os médicos em cursos tradicionais eles acham que o Saúde da Família é desvalorizada
485 e precária, já os futuros médicos nos cursos mais recentes que tem currículo novo eles acham que Saúde da
486 Família é vínculo, eles acham que é longitudinalidade eles entendem que é cuidado também, então tem
487 esse papel da formação e é por isso que nós enquanto instituição de ensino nós estamos fazendo esse
488 debate porque acreditamos que temos responsabilidades das instituições de ensino quanto a isso e os
489 currículos vem se modificando gradualmente nos últimos anos. Temos que fazer a discussão do
490 compartilhamento de tarefas, mas existe uma percepção de uma carência muito grande de diversos
491 especialistas e um desses especialistas é o médico da família e comunidade, quem é esse profissional? É o
492 que fez 06 anos do curso de medicina, mas é o que vai se especializar para trabalhar na Saúde da Família,
493 na atenção básica, e diversos países tem tido iniciativa exatamente para conseguir ter mais médicos de
494 família no seu sistema de saúde. O Programa Mais Médico ele preconizou na lei 12.871 de 22/10/2013 essa
495 questão que é a seguinte: depois do médico formado, o médico que queira fazer qualquer especialidade
496 das principais mais procuradas como: clínica, cirurgia, pediatria, ginecologia-obstetrícia, ele tem que fazer
497 um ano de medicina de família e comunidade e em algumas situações tem que fazer dois anos da
498 residência nessa área. A lei coloca que esse dispositivo deveria iniciar em 2019 e nós entendemos que com
499 esse dispositivo já teríamos uma quantidade muito maior de médicos na Saúde da Família, e não teríamos
500 passado por tantas dificuldades a exemplo dos profissionais cubanos, só que o Ministério da Educação não
501 implantou esse dispositivo que dependia de uma regulamentação do Ministério que não foi efetivada, de
502 toda forma a residência de medicina de família e comunidade ela continua sendo atraente para os médicos
503 e exemplo dos médicos do PROVAB, onde eles recebiam uma pontuação adicional de 10% para quem
504 queria fazer outra especialidade, a residência de medicina de família segue fazendo isso. Então o
505 profissional que fica 02 anos na residência de família é bem avaliado na residência, ele tem direito a
506 pontuação adicional para depois estar indo para fazer outra especialidade, então enquanto se institui
507 efetivamente um mecanismo que está disposto na lei, tem esse mecanismo de incentivo para o médico
508 fazer a residência de medicina de família, gradativamente tem se ampliado muitas vagas de residência, a
509 Paraíba era um Estado que tinha uma tradição dos médicos se formarem aqui e irem para outros Estados
510 para fazer residência tanto nos outros Estados do Nordeste, mas principalmente no Estados do Sudeste o
511 que tem acontecido ultimamente com o aumento de mais de 50% das vagas de residência na Paraíba em
512 virtudedo programa do Ministério da Saúde do Pró-Residence é que os médicos têm ficado mais aqui no
513 Estado, e lembrando, se faz residência aqui tem mais chance de permanecer, isso é importante também
514 porque proporcionalmente nós temos mais vaga de graduação de medicina do que outros Estados; é
515 importante que quem se forme aqui permaneça aqui, só que tem um histórico de ociosidade nas vagas de
516 residência de medicina de família, por exemplo, em 2017, de quase três mil vagas de residência só um

517 pouco mais de mil vagas foram ocupadas, geralmente quando fazemos esse debate com outras localidades
518 eles perguntam: “tá mais como fica a situação se os residentes não procuram essa residência”? E nós
519 respondemos com o exemplo dos municípios do Estado aqui da Paraíba, um primeiro efeito bem
520 interessante é que praticamente o número de equipes que tinha de PROVAB aqui na Paraíba foram
521 diminuindo porque o Programa foi encerrado, mas quase que essa diminuição de equipe de PROVAB foi se
522 convertendo em equipes de residência de medicina de família e comunidade, tanto que em 2017 o
523 percentual de equipe de Saúde de Família na Paraíba com residência em medicina de família já tinha
524 atingido 11%, enquanto o máximo que o PROVAB atingiu foi de 14%. Outra questão que temos colocado
525 nessa evolução das vagas e da ocupação de vagas de residência de medicina de família e comunidade no
526 Estado da Paraíba, quando a residência começou aqui no Estado só tinham 07 vagas e 02 estavam
527 ocupadas, a taxa de ocupação depois de 07 vagas, 06 ficaram ocupadas, então tínhamos uma taxa de
528 ocupação alta porque também eram poucas vagas com o Mais Médico essas vagas começam a crescer em
529 2013 até atingir em 2017 106 vagas de residência medicina de família, inicialmente essas vagas ficaram
530 ociosas, mas na medida em que foi havendo uma série de pactuações e que nós atribuímos a ocupação
531 dessas vagas principalmente a questão da complementação de bolsa do residente, porque o residente a
532 princípio recebe uma bolsa de R\$ 3.300,00 de Ministério da Saúde ou da Educação, e os municípios tem
533 feito complementação desses valores para ter os médicos nas equipes, outra forma que tem incentivado
534 ocupação, tem sido a contratação de preceptores pelos municípios também isso tem ajudado na ocupação
535 desses vagas, em 2017 das 106 vagas 92 ocupadas, e também uma expansão de municípios com residência
536 de medicina de família esse é o quadro de 2017 com médicos residentes, as residências elas são sediadas
537 por exemplo em João Pessoa são 04 instituições, em Campina Grande são 02, em Patos 01 instituição, mas
538 que tem esse trabalho bastante descentralizado já e vários municípios próximos ou da Macrorregião aonde
539 se localiza também Patos, e a mesma coisa em Cajazeiras. Tem-se buscado esse movimento de ampliação
540 do número de municípios com residência, e ele tem sido acompanhado também dessa ocupação. Para
541 finalizar e dar oportunidade aos presentes para questionamentos e ouvir como os gestores tem visto essa
542 situação, pois é bem importante. Quem é o médico residente? É um médico com autonomia de exercício
543 profissional que fica 32 horas na unidade básica de saúde, qualquer semelhança com o Mais Médico não é
544 mera coincidência era para isso mesmo que se esperava. Esse residente tem que cumprir uma carga horária
545 de 60 horas então além das 32 horas na unidade de saúde, por que ele não está 40 horas porque ele tem
546 um turno de aula teórica, que para debater a UFPB tem condições, por exemplo, de concentrar essas
547 atividades, realizar as aulas em lugares determinados. A Sra. Ceciliana gestora de Santa Luzia fez uso da
548 palavra dizendo que em 2017 fez a adesão à residência da Faculdade FIP, sendo uma experiência muito boa
549 em 2018. Após a fala da Sra. Ceciliana o Sr. Felipe Proença agradeceu a oportunidade e despediu-se
550 desejando sucesso aos gestores. **ITEM 1 letra c) Apresentação da minuta das portarias que trazem a nova**
551 **modalidade de atendimento e financiamento da Atenção Básica – (Sra. Eliane Gadelha técnica da**
552 **SES/PB),** A Sra. Eliane cumprimentou os presentes e iniciou sua a apresentação em slides. Em sua
553 apresentação ela fez uma demonstração de que o Estado fez o elenco dos 23 indicadores cada indicador, e
554 que foram colocadas as metas para demonstrar como foi discutido e definido em nível de Secretaria de
555 Estado da Saúde, a meta 2018 a unidade medida o resultado do ano de 2018 e a área técnica foi definir a
556 meta para 2019, mas isso de cada indicador a área técnica fez uma avaliação uma análise e considerações
557 de cada indicador, visualizando o que precisou ser trabalhado para conseguir aquele indicador, o resultado
558 e o que precisa para o próximo ano o que pode ser definido, aí está a pactuação do Estado, lembrando que
559 existem algumas diferenças desses indicadores na unidade de medida para o município, tem alguns
560 indicadores que para o Estado é percentual e para o município é número absoluto, porém os municípios
561 dispõem de uma planilha que foi passada para todos os gestores e o COSEMS, o informe nº 01 que trata
562 dessa pactuação, inclusive foi colocada uma planilha com todos os indicadores e a unidade de medida, Ex: o
563 primeiro que é por 100 mil para os municípios é número absoluto, exceto para João Pessoa e Campina

564 Grande por conta do número da população. Lembrando que não pactuamos o caso de malária (estamos
565 com 02 casos no município do Conde), porém não é uma situação endêmica, por esse motivo não iremos
566 pactuar. Informando o que não pactua, mas os municípios sim, os números de ciclos que atingiram o
567 mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da Dengue. Foi apresentado um
568 slide com as análises e considerações sobre os indicadores da pactuação Inter-federativa 2018, essa
569 informação foi para o relatório anual de gestão da SES/PB e tem cada área técnica que monitora seus
570 indicadores eles fizeram análise e considerações que consta no relatório. A pactuação do Estado depende
571 dos municípios, como consta na resolução ela deveria ser ascendente, para o Estado definir suas metas
572 deveria primeiro todos os municípios já estarem com as suas metas definidas, porque a pactuação do
573 Estado ela representa todos os municípios, porém como as áreas técnicas já monitoram e acompanham
574 puderam definir antes que todos os municípios tivessem já com suas metas definidas, elas puderam definir
575 uma meta para o ano de 2019. Lembrando do prazo, pois já esta em atraso. Nesse momento o Sr. Marcelo
576 Mandú Gerente de Planejamento e Gestão da SES/PB fez uso da palavra, explicando a situação de risco
577 quanto ao prazo, ele diz que o DIGISUS não foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde, porém a Lei 141
578 estabelece prazo 31 de março para o envio, não é aprovação, é o envio para o Conselho Estadual do
579 relatório anual de gestão, ou seja, quem mesmo não concluiu ou não encaminhou já descumpriu o prazo, o
580 DIGISUS é uma ferramenta para inserir para Órgão de Controle, o relatório era para ter sido encaminhado
581 até o dia 31 de março, então quem não encaminhou, tem que encaminhar e fazer uma justificativa. A
582 questão da aprovação e responsabilidade de pautar é do Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual
583 de Saúde, porém o prazo a ser cumprido é de responsabilidade do gestor. A Sra. Eliane Gadelha ressaltou
584 que em relação à pactuação, o informe nº 01 está colocando para a Secretaria de Estado da Saúde
585 acompanhar e monitorar os municípios, nós estamos disponibilizando a plataforma do FormSUS, os
586 gestores definem, colocam na planilha e aprovam no Conselho e depois pode colocar no FormSUS. O Sr.
587 Marcelo Mandu gerente da GEPLA/SES/PB, informou que foi encaminhado uma Nota técnica onde consta
588 que o Estado tem obrigação de acompanhar e apoiar os municípios através da plataforma do FormSUS,
589 estamos solicitando informações referente ao municípios que já enviaram, inclusive solicitando resoluções
590 e os relatórios, para que em parceria com o COSEMS possamos estar apoiando os municípios que não
591 tenham cumprido esse prazo, por que o gestor pode responder judicialmente junto ao Ministério Público
592 pelo não cumprimento do prazo. Sra. Eleine Gadelha explicou as Sras. Eudezia Damaceno gestora de Barra
593 de Santana e Ceciliana Chumacero gestora de Santa Luzia que estava sendo tratados dois temas distintos,
594 um é relatório de gestão que o prazo é até 31 de março, embora o sistema do DIGISUS não tenha ficado
595 aberto, mas segundo a lei complementar nº 141 e a nota técnica do Ministério, todos os municípios
596 deveriam ter encaminhado o relatório em meio físico para o Conselho Municipal de Saúde do seu
597 município, para o Conselho Estadual é enviado o relatório do Estado. Outro tema é a pactuação Inter-
598 federativa que de acordo com a Resolução 08 era até 31 de março para discutir em CIR e encaminhar para
599 o Conselho Municipal, o nosso discutir em CIB e encaminhar para o Conselho Estadual (é uma discussão e
600 não aprovação), quando estiverem de posse da Resolução do Conselho, vocês acessão o FormSUS que o
601 Estado está disponibilizando e colocam as informações de acordo com o informe nº 01 da pactuação.
602 Porque é necessário caminharmos, por se tratar de uma responsabilidade sanitária, até porque os gestores
603 precisam definir os seus indicadores para saber quais ações vocês irão desenvolver durante o ano 2019
604 para atingir os seus indicadores, e melhorar esses indicadores e essas ações tem que está posta na
605 programação anual de saúde dos municípios. A Sra. Eliane agradeceu a participação e passou a palavra para
606 Sra. Soraya. A Sra. Soraya relatou que o COSEMS iria lançar uma nota técnica sobre esse tema que consta
607 na letra C da pauta, porém após discussão foi constatado que ficaria muito complexa o documento, mesmo
608 que não houvesse reunião de CIB, a assembleia do COSEMS seria realizado com esses pontos para explicar
609 aos gestores esse programa que o Ministro da Saúde e o Presidente da Republica diz ser uma nova
610 modalidade, mas na verdade não é, não atende muito aos gestores, mas iremos apresentar, ouvir e temos

611 outras propostas dentro do CONASEMS que foi entregue por mim no CONASEMS, e que foi aprovada o
612 mérito e tentaremos mudar algo nessa portaria para adequar melhor, e ela atinge o maior número possível
613 de municípios, fazendo uma ressalva, lembramos a todos que as apoiadoras regionais encaminharam aos
614 gestores um e-mail solicitando que todos os gestores atualizassem todo o CNES dos seus respectivos
615 municípios, não deixem de fazer isso o prazo será até maio/2019, o Ministro após essa atualização só levará
616 em conta estabelecimento de saúde que esteja atualizado, após esse prazo não adianta, ele deixou isso
617 bem claro na reunião que tivemos no CONASEMS, porque estão fazendo uma reestruturação no Ministério,
618 se tiver estabelecimento de saúde que tem no município, mas não está correto no CNES, esse município
619 não irá receber nenhum recurso financeiro, nem produção e não irão conseguir enviar nada, estejam
620 atentos a essa informação para atualizarem o CNES. Após esses esclarecimentos a Sra. Soraya passou a
621 palavra ao Sr. Anderson Dias Consultor do COSEMS/PB para apresentação da Portaria. O Sr. Anderson
622 cumprimentou a todos e iniciou sua fala, dizendo que só circulou dentro da Reunião da Comissão
623 Intergestores Tripartite – CIT duas minutos que irão subsidiar esse programa, como agora tem as portarias
624 consolidadas a parte de financiamento está na CEIS, então a parte desse aqui também vem separado, está
625 sendo chamada de Programa Mais Saúde da Família 60 horas e 75 horas na Política Nacional de Atenção
626 Básica, tendo como arcabouço a Lei nº 8.080 Decreto nº 7.508, a PINAB, Lei complementar nº141, e a
627 portaria de consolidação nº 03, nº 06 entra na parte do financiamento, então o que essa nova portaria está
628 trazendo, ela vai instituir o Programa Mais Saúde da Família 60 horas e 75 horas na Política Nacional de
629 Atenção Básica, o objetivo dessa política é ampliar o acesso dos serviços de atenção primária, por meio de
630 funcionamento de unidades básicas de saúde com horário estendido. Específico, ela prevê ampliar a
631 cobertura da estratégia saúde da família, temos avançado com esse objetivo, porque se está sendo
632 ampliada a carga horária não estou aumentando a cobertura, cobertura seria implantar novas equipes, até
633 então está sendo ampliado horário. Ampliar o funcionamento das unidades básicas de saúde possibilitando
634 maior acesso dos usuários aos serviços, ofertar o acesso de primeiro contato/ cuidado nas PS mais próximo
635 dos locais de residência/trabalho, reconhecer autonomia do gestor municipal na organização dos serviços
636 de saúde, proporcionar uma economia de escala, reduzir o volume de atendimento dos usuários de baixo
637 risco em unidade de pronto atendimento e emergência hospitalar, no horário da noite/sábados e ampliar o
638 acesso as ações de serviços consideradas essenciais na atenção primária, na direção do atributo da
639 integralidade, da imunização, tudo referente a atenção primária. Como se dará a adesão? A adesão é
640 voluntária, não sendo obrigatória, através da assinatura de um termo que será fornecido via formulário
641 eletrônico do MS. Vou passar toda portaria para conhecimento e ao final abriremos para questionamentos.
642 As modalidades apresentadas são: Equipe de Saúde da Família mais 60 horas, Saúde Bucal mais 60 horas e
643 a mais 75 horas. A mais 60 horas e a mais 75 horas. A mais 60 horas o que ele prevê? Nessa parte
644 chegamos à primeira incongruência (contraditório) dessa portaria com a parte de financiamento, no que
645 institui ela coloca que a UBS com no mínimo 03 equipes de saúde da família trabalhando na mesma
646 estrutura física, então isso significa, vocês observarão que a de 07 coloca no mínimo 06, daqui já tira nossa
647 situação dos que tem 02 equipes ou 01 equipe, 90% das unidades do Estado são individuais, essa é a
648 primeira coisa, outro questionamento, aqui é no mínimo, quando chega ao financiamento ela diz
649 obrigatoriamente 03, então já tem uma incongruência aqui. No funcionamento dela, no mínimo 60 horas
650 semanais com 12 horas diárias ininterrupta de segunda-feira a sábado, há duas semanas houve uma
651 reunião com PMAQ aqui em João Pessoa com a presença da Sra. Erika, onde foi explicado que, não fechar
652 em horário de almoço, nesse caso será necessário fazer escala entre os profissionais para garantir o
653 atendimento ininterrupto, existência de gerente de atenção básica cadastrado na UBS participando do
654 Programa em conformidade com a recomendação do PINAB, significa o gerente está cadastrado no CNES,
655 profissionais de nível superior a ideia é que cada profissional de uma unidade dessa pode ter no mínimo 20
656 horas de carga horária semanal, mas a categoria você tem que garantir a carga horária da semana, por
657 exemplo: um enfermeiro pode ser 20 horas, mas essa unidade tem que ter 120 horas de atendimento de

658 enfermagem, nesse caso tem que contratar mais enfermeiros ou complementar para fazer as 120 horas de
659 enfermagem, 120 horas de médico, porém individualmente cada profissional pode ser contratado por no
660 mínimo 20 horas semanal. Saúde Bucal 60 horas, a primeira não tem saúde bucal, na segunda, no mínimo
661 03 equipes de saúde da família e 02 equipes de saúde bucal no mínimo, o funcionamento é de 60 horas
662 semanal com 12 horas diárias de segunda-feira a sábado, 20 horas individual, 120 horas, só que saúde
663 bucal é 80 horas semanais, a 75 horas está fora da nossa realidade sendo para o Rio de Janeiro, Aracaju que
664 tem unidades grandes, seria para 06 equipes de saúde da família com 03 de saúde bucal, 75 horas
665 semanais, 15 horas diárias. Categoria profissional 240 h. semanal, e 120 horas para adulto que no caso não
666 é a realidade da Paraíba. A nossa realidade de ter no mínimo 03, nós conhecemos o caso de João Pessoa,
667 Campina Grande, Sousa. Mais de 95% das nossas equipes não vão está adequada, e temos em cada
668 município sempre uma unidade que já está atendendo no período noturno, e que estamos reivindicando e
669 ajuda nesse sentido, quem tem menos equipe pode aderir desde que se comprometa a credenciar novas
670 equipes para atender essa portaria, se eu tenho uma integrada com duas tenho que colocar uma terceira
671 equipe. Pela portaria os pedidos de credenciamento para equipes que são para integrar essa de três terão
672 prioridade em relação aos credenciamentos normais, uma unidade com duas equipes está fora, mas se eu
673 quiser credenciar uma terceira equipe para ficar dentro de padrão, é possível entrar na mesma estrutura
674 física. Critérios para adesão e permanência: cadastrar no CNES(número mínimo de equipes exigidas tem
675 que está cadastrada no CNES), utilizar o PEC tem que implantar o prontuário eletrônico nessa unidade,
676 ofertar os mesmos serviços durante todo o período de funcionamento, infraestrutura adequada aos
677 números de equipes cadastradas para funcionamento da UBS, exemplo, número de consultórios, insumos,
678 conexão com internet, informatização, garantir retaguarda de rede de atenção á saúde, SAMU,
679 urgência/emergência, serviço de apoio diagnóstico, articulação entre as redes especializadas, entre outros.
680 Questionamento, dentro do município ou pode ser regional? Não pode diminuir o número de equipes de
681 saúde da família nem de saúde bucal, então se tenho três equipes de saúde da família e três de saúde bucal
682 não é permitido diminuir uma para ficar com três e dois que é o mínimo pedido. O processo de adesão
683 disponibilizado o formulário eletrônico e o MS após avaliar homologa a portaria, não passa em CIB. O
684 monitoramento do programa terá indicadores essenciais e indicadores de monitoramento não
685 especificado, vai sair um manual instrutivo apontando quais são esses indicadores, os indicadores
686 essenciais estão vinculados ao processo de monitoramento e avaliação de desempenho sendo utilizada
687 como critério obrigatório de manutenção, a apoiadora do MS nos informou que o MS quer começar a
688 avaliar para o repasse não ser como é hoje onde é visto apenas a carga horária e começar a ver
689 produtividade de agentes comunitários, enfermeiros, médicos, nesse sentido, a idéia é que terá um
690 conjunto de indicadores, mas não aponta quais, os de monitoramento são para complementar as
691 informações e que não influencia no critério de manutenção de repasse. Irá ter um documento instrutivo
692 do programa que será publicado pelo MS e nele estarão relacionados os indicadores que irão discutir a
693 melhoria do acesso, abrangência da oferta, da produtividade e da resolutividade. Pergunta: qual será a
694 relação desses indicadores com o PMAQ? Já que está falando em melhoria de acesso e de qualidade.
695 Financiamento que está na segunda portaria para consolidação número seis, não portaria anterior foi
696 colocado às composições das equipes como mínimo, na de financiamento é colocado que para o repasse
697 obrigatoriamente é aquela composição, então não é mais três com duas como sendo mínimo,
698 entendendo! Se aqui na nº75 é a partir de seis, significaria que na de três (não é nossa realidade) poderia
699 ser três, quatro, cinco. É obrigatório três de saúde da família e duas de saúde bucal, nem mais nem menos.
700 Como será a adesão que a portaria de financiamento orienta, o município irá receber o formulário a
701 solicitação é submetida ao MS que fará a análise técnica se está atendendo e disponibilidade orçamentaria
702 igual acontece hoje e publica a portaria de homologação, depois de publicado iremos ter duas
703 competências do CNES para deixar tudo Ok para o funcionamento já no novo padrão, caso o município não
704 atinja essas competências ele perde a habilitação. Custeio mensal, o valor da equipe da família é R\$

705 10.695,00 da de saúde bucal R\$ 4.470,00 todas as três equipes lá dentro e a de saúde bucal recebem esses
706 valores mensalmente, o que é o diferencial, é adicional da UBS não é adicional por equipe é por prédio, o
707 dado do adicional é por UBS e nesse caso varia de acordo com o modelo, por exemplo, aquela equipe de 60
708 horas sem saúde bucal (só o adicional) ela vai receber o adicional referente a uma equipe de saúde da
709 família e um gerente, então ela tem três equipes de saúde da família que cada uma recebe esse valor, fora
710 esse valor ela vai receber R\$ 12.121,00 como adicional para funcionar em tempo integral. Dra. Soraya nesse
711 momento se pronunciou orientando que o gestor pega o valor divide pelas três equipes e cada equipe irá
712 receber um pouco mais de R\$ 4.000,00 para funcionar até as 22:00 horas, a Sra. Soraya explicou ao Sr.
713 Wellington gestor de Guarabira que se fazia necessário as explicações dadas por que as mesmas estão
714 sendo divulgados pela mídia, e os vereadores vão em busca de explicação dos gestores de saúde, a
715 população também, as associações e o gestores tem que ter ciência do que se trata para poder dar
716 satisfação a todos, porque a portaria deixa muitas dúvidas e é necessário ler e se apropriar de todas as
717 informações que constam nela para podermos entender melhor. A Sra. Soraya completou, “todas as leis e
718 portaria que estavam sendo apresentadas naquela reunião seriam repassadas para os gestores”. O Sr.
719 Anderson retoma a palavra e explica como ficaria o repasse total, aqui em João Pessoa temos as integradas
720 que estariam dentro dessas, então por mês ele vai receber R\$ 32.000,00 de custeio de saúde da família, R\$
721 8.940,00 das duas equipes de saúde bucal e o valor adicional de R\$16.591,00 que será um total de R\$
722 57.616,00 por UBS. Então estamos fazendo essa apresentação porque foi aprovado apenas o mérito, ainda
723 não está fechado, podemos levantar as propostas dentro da nossa realidade e enviar para adequação,
724 tendo em vista ainda não ter sido fechado o documento, por exemplo, nós temos muitas equipes em dois
725 prédios, nós temos prédios que funcionam à noite, pode-se pensar em modalidade de adesão nesse
726 sentido que contemple a nossa realidade. Questões que encontrei na leitura dessas duas portarias, a)
727 critérios de suspensão, se não tiver cadastro no CNES fiscalizado está fora, inexistência do cadastro do
728 gerente suspende, descumprimento da carga horária estendida, equipe da UEBS se tiver uma suspensão
729 temporária, se dentro das equipes tiver uma com problemas nos dados suspende o incentivo adicional do
730 prédio todo, não atendimento dos indicadores estabelecidos, quem irá fiscalizar mesmo não passando pela
731 CIB será o Estado e o MS, a auditoria do Estado e do MS pode suspender os recursos, e DENASUS e outros
732 órgãos de controle. Se o recurso ficar suspenso por seis meses o programa será cancelado.
733 Questionamentos: qual relação desses indicadores com o CEO e o PMAQ? Como ficará o PMAQ dentro
734 dessa unidade? A primeira minuta fala em mínimo de equipe e a segunda fala de quantitativo obrigatório?
735 Então mínimo é obrigatório e teremos que disputar o quantitativo por menos, agora há mecanismos para
736 evitar que a unidade serem fechadas? Para UBS integrada? Porque uma coisa que pode acontecer hoje, por
737 exemplo: eu tenho minhas três equipes espalhadas na zona rural/urbana eu posso adquirir um prédio no
738 município e trazer todas para dentro. Haverá mecanismo para evitar descredenciamento da equipe de
739 saúde bucal? Na portaria diz que não pode, mas pode ser que aconteça, exige implementação do PEC o MS
740 irá retornar o PIUBS? Se tiver que está informatizada precisamos de apoio para informatizar. A exigência da
741 retaguarda existencial, municipal ou pode ser regional? Porque não está definido e eu acho que essa
742 portaria está voltada para grandes centros, esse item pode ser que seja municipal, se for isso não seremos
743 contemplados. Previsão para publicação do manual instrutivo, porque todas as questões estarão no
744 instrutivo. Após apresentação do Sr. Anderson, a Sra. Soraya retomou a fala. Dizendo que o Sr. Erno
745 Harzheim que é secretário de atenção básica do MS, ele fazia parte da diretoria do CONASEMS e foi
746 Secretário Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS uma pessoa extremamente boa e competente no que
747 faz, e ele foi apresentar essa minuta de portaria aos membros da diretoria do CONASEMS, e foi um
748 alvoroço, todos os presentes questionaram a minuta, na primeira fala do Sr. Erno ele disse “Gente! Eu
749 estou iniciando, estou querendo resolver a coisas que estão mais ou menos parada por partes” então o que
750 ele quis dizer é que lançou essa portaria, e que vai adequar a uma quantidade de municípios, mas não vai
751 resolver todos, vai vir outra política que abranja os municípios menores, essa foi a fala dele na reunião, no

752 momento nós que estávamos presente subentendemos porque a mídia não estava pegando pesado,
753 quando eu retorno para João Pessoa começa o bombardeio entre a mídia e o MS, igual a questão da
754 vacinação, tem vacina no seu posto? E nós sabemos que não tem! Então toda população está aguardando
755 por esses serviços. Nesse momento o Sr. Anderson pediu a palavra, e disse que na Conferência Municipal
756 de Saúde de Mamanguape ele estava em um grupo que já estava saindo proposta de ampliação das
757 unidades para Mamanguape, eu expliquei que não seria contemplado, mas as pessoas já queriam colocar
758 na proposta da conferencia porque foi anunciado pelo Sr. Ministro da Saúde. A Sra Soraya continuou a sua
759 fala, e explicou que o portaria foi aprovada o mérito, porque o CONASEMS ainda não aprova do jeito que foi
760 posta, foi feita uma reunião antes de diretoria do CONASEMS e a maioria dos Estados do Norte e do
761 Nordeste não são contemplados por conta da nossa realidade, nesse caso fomos todos contrários. O
762 CONASEMS fez duas propostas, que aprovaria o mérito, mas que tinha que haver mudanças, primeira, no
763 lugar de três equipes fosse pelo menos duas, atendia um maior número de municípios, e a segunda
764 proposta que foi muito defendida por todos que formam a diretoria do CONASEM foi que os gestores se
765 adequassem, mas seria preciso elas estarem no mesmo prédio, por exemplo, o meu município tem dez
766 equipes, nesse caso eu tenho três pares de equipes de três, sobrando uma, por eu ter três pares de equipe
767 meu município seria contemplado três vezes, mas não era obrigado estar no mesmo prédio, ficaria no
768 mesmo local que se encontra, eu concordaria em abri-lo até as 22:00 horas o dia todo e receber esse
769 adicional pelas três equipes, um conjunto de três, porém iria funcionar no mesmo local, então seria
770 individual fazendo um conjunto de três, como na estratégia do NASF, sabemos que é pouco recurso, mas é
771 melhor do que essa portaria. E a outra era que fosse pelo menos duas equipes, vou dar um exemplo de
772 quando eu fui gestora de saúde de Montadas em 2013, o município de Montadas tinha um hospital que foi
773 fechado, e quando assumi só tinha duas equipes de saúde da família, as duas equipes funcionava nesse
774 prédio que a população chamava de hospital, mas ele não era mais, então as duas equipes, nós
775 acostumados como iniciou o antigo programa do PSF, eu particularmente nunca concordei com aquela
776 situação, eu acreditava que a população não tinha muito acesso, quando fomos abrir a terceira equipe de
777 saúde da família apesar de ter espaço nesse local, nós abrimos a terceira equipe na periferia da cidade
778 onde atendia a população que estava sem acesso, porque a distancia para os usuários era grande. Essa
779 portaria está vindo na contramão do que sempre preconizamos enquanto PSF, que era o posto do seu
780 bairro, da sua rua e próximo a sua casa. Nessa proposta apresentada isso muda, se isso permanecer o que
781 irá acontecer é que muitos municípios para terem esse recurso mínimo de R\$16.000,00 (quando acrescenta
782 a saúde bucal), a mais por três equipes, muitos municípios irão pegar uma unidade básica, uma unidade
783 mista, um hospital que está passando por dificuldades, o gestor poderá repartir e vai colocar a equipe e
784 conservar uma parte como hospital, ou seja, irão fazer inúmeros arranjos para poder se adequar a essa
785 portaria, e essa preocupação nós deixamos registrado na reunião, é errado agir assim? Não, porque o erro
786 vem do MS, mas eu sei que muitos municípios vão fazer isso, porque querendo ou não R\$16.000,00 a cada
787 três equipes é muito pouco, mas já ajuda, tem que aumentar, mas na portaria vocês viram que é 120 horas
788 das três equipes, então não é obrigado está as três funcionando até as 22:00 horas não, a equipe que
789 estiver aberta até as 22:00 horas, vai estar com a equipe completa, não pode faltar profissionais, mas não é
790 obrigado estar as três abertas, por isso o pensamento deles em ser em um prédio só, por exemplo, agora
791 entendi porque foi falado a questão de escala, digamos que esse mês eu coloque a equipe A para funcionar
792 até as 22:00 horas, no próximo mês eu coloco a equipe B, no outro a equipe C, porque todas as pessoas de
793 cada equipe serão atendidas até as 22:00 horas, ou semanal ou por quinzena, por isso a necessidade de
794 escala, na medida que o gestor faz isso, por equipe para realizar esse plantão esse recurso ainda dá para
795 fazer “arranjo”. Eu só queria apresentar a vocês um exemplo para que vocês entendam como está posto e
796 outra é que o CONASEMS apresentou essas duas propostas que foi levada ao MS para negociação. O
797 CONASS a tripartite é formada pela MS, CONASS e CONASEMS, é uma instancia igual à CIB e só é aprovado
798 se os entes concordarem, o preocupante e que o CONASS que é o representante dos Estados aprovou essa

799 portaria do jeito que a mesma foi posta. Descredenciou a CIB, porque não passa pela CIB, muitas vezes os
800 gestores questionam a CIB dizendo que às vezes essa instancia atrapalha e que é melhor enviar os
801 documentos diretos ao MS, mas essa atitude enfraquece os gestores, porque qualquer coisa que
802 precisamos resolver no nosso Estado o espaço para discutir e resolver é a CIB e após esse tramite levar ao
803 MS, quando está bom para o nosso município, ótimo! Mas quando está ruim? Então a CIB tem mais poder
804 do que um município só. Então ele aqui desvaloriza e descredencia e isso assusta a gente, porque será que
805 não é plano após de fazer o que? Nesse instante o Sr. Anderson retoma a fala, que quando se aprova em
806 CIB queira ou não queira, bom ou ruim, você coo-responsabiliza, nessa proposta o Estado não coo-
807 responsabiliza para construir, mas vai ter o papel de fiscalizar, nesse caso irá acentuar mais ainda essa
808 relação de fiscal do que de colaborador. Nesse momento a Sra. Soraya abriu espaço para que os gestores
809 fizessem questionamentos, e solicitou ao Sr. Anderson que os questionamentos elencados na apresentação
810 fossem atualizados com as novas dúvidas que surgiram durante a assembleia pelos gestores como também
811 juntar as proposta e encaminhar para o CONASEMS, para saber se já tem algum posicionamento e levarei
812 para reunião da CIT para saber como ficará esse assunto, principalmente sobre o PEQ como irá ficar, foi
813 perguntado aos gestores se eles queriam acrescentar algo ao documento que não estava contemplado, e
814 foi informado que todos iriam receber as minutas sabendo que são minutas e que ainda não foi aprovada a
815 portaria, e que não divulgassem como portaria porque é muito cedo e ainda está não foi aprovada. A
816 portaria que trata de gerente, já se encontra na da que trata a PNAB e que já foi aprovada. Iremos enviar
817 essa portaria para que os Srs.(as) leiam e à medida que for surgindo novos questionamentos fora esses que
818 foram trabalhados nessa assembleia e colocados por Anderson, e nossa equipe técnica que avaliou o
819 documento, os Srs. poderão encaminhar para o COSEMS ainda essa semana o mais urgente possível para
820 que possamos consolidar e encaminhara para o CONASEMS. A Sra. Soraya explicou que as UPAS funcionam
821 hoje como encaminhador ela não é resolutiva e que ela está atrapalhando a atenção básica, porque as
822 pessoas deixam de ir para atenção básica para ir para UPA porque tem exames feitos na hora e a UPA não
823 resolve nada, e o que ela faz, recebe o resultado dos exames e encaminha quando é necessário, então a
824 UPA é muito cara para o benefício que ela trás, o dinheiro da saúde ficou impactado em uma UPA, quando
825 na verdade ele não tem resolutividade nenhuma, porque o paciente fica lá em observação até encontrar
826 uma vaga no hospital e quando não encontra dispensa o paciente, só faz medicar tira a dor e ele sai sem
827 diagnostico nenhum, então a UPA é a maior erro que temos em nosso sistema, são essas UPAs. O Sr.
828 Anderson completou que esse formato é muito arriscado porque podemos ter vários profissionais de
829 20horas funcionando até mais tarde. Estamos arriscados a retornar as antigas unidades básicas de saúde
830 tradicionais e nesse caso seria desmontar o programa saúde da família, por isso é importante estarmos
831 discutindo juntos porque nós somos em relação ao restante do País a 2ª maior cobertura de saúde da
832 família. A Sra. Soraya ressaltou que a fala do Ministro da Saúde é de fortalecer a Atenção Básica e isso está
833 indo na contramão, eu não estou entendendo qual é a relação de fortalecer a atenção básica que toda fala
834 do Ministro é de fortalecer a atenção básica, é tanto que em Brasília não é mais um departamento e uma
835 secretaria de atenção básica, mas eu acho que essa posição veio na contramão, se o Sr. Erno estiver certo e
836 vir outra proposta voltada para os municípios de menor porte, que foi o prometido. **INFORMES:** O Sr.
837 Anderson informou a todos que hoje 08/04/19, se encerra o prazo para inscrições dos trabalhos para
838 Mostra Paraíba Aqui tem SUS, e que até o dado momento foram recebidos muitos trabalhos, mas quem
839 tiver trabalhos e quiser inscrevê-lo ainda tem tempo, a Mostra será dia 25/04/19 no CEFOR onde teremos
840 um conjunto de premiações, os 17 melhores trabalhos classificados irão para Mostra Nacional em Brasília e
841 teremos a premiação por Macro, onde o melhor trabalho da Macro receberá um **webdoc** que o
842 COSEMS/PB irá realizar. Finalizando a Assembleia, a **Sra. Soraya Galdino** facultou a palavra aos presentes e,
843 como nenhum presente se manifestou. Sem mais, foram feitos os agradecimentos, reforçado o convite
844 para a reunião da CIB-PB no turno da tarde no auditório da sala da CIB/SES-PB e nada mais havendo a



845 tratar, determinou o Sra. Presidente da Assembleia se encerrasse a assembleia às 12:40h. Eu, Dáfia Vicente
846 Izidoro, lavrei a presente ata. João Pessoa/PB, 08 de abril de 2019.

847 _____

848 Dáfia Vicente Izidoro - Secretária do Cosems-PB

849

850 _____

851 Soraya Galdino de Araújo Lucena - Presidente do Cosems-PB

852

853

854