

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS

RESUMO EXECUTIVO

2ª REUNIÃO DA CÂMARA TÉCNICA DE GESTÃO DO SUS DO ANO DE 2019

30/09/2019

Aos trinta dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezenove, às nove horas da manhã, na Sala de Reuniões do Planejamento na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, deu-se início à 2ª (segunda) Reunião da Câmara Técnica de Gestão do Sistema Único de Saúde do ano de 2019, com a presença dos membros: **Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO):** Ludmila Nunes Moreira Barbosa/Diretora de Controle e Avaliação; Luiza Regina Dias Noletto/ Superintendente de Gestão e Acompanhamento Estratégico; Manoel de Jesus Sousa/ Diretor de Recursos do SUS; e Mísia Saldanha Figueirêdo. **Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Tocantins (COSEMS-TO):** Roberto Sampaio Alves/ Presidente do COSEMS – TO, Representante da Região de Saúde Ilha do Bananal, e Secretário Municipal de Saúde de Alvorada – TO; Valéria Silva Paranaguá/ Diretora de Descentralização e Regionalização do COSEMS – TO, Representante da Região de Saúde Capim Dourado, e Secretária Municipal de Saúde de Lajeado – TO. **Convidados:** Nayara Samya Costa Chaves Nogueira Tabanes/ Secretária da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Tocantins (CIB-TO); Alexsandra Cardoso Souza/ Apoiadora do COSEMS – TO; Alyne Nunes Mota/ Assessora do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde do Tocantins; Carlos Felinto Júnior/ Assessor do Gabinete do Secretário da SES – TO; Damarys Curcino/ Técnica da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da SES – TO; Edimar Sônia da Silva/ Representante da Região Sudeste e Secretária Municipal de Saúde de Conceição – TO; Elaine Negre Sanches/ Superintendente de Unidades Hospitalares Próprias da SES – TO; Emílio Fontoura de Carvalho/ Representante do Conselho Estadual de Saúde do Tocantins (CES – TO); Gustavo Jaime P. Coelho/ Assessor de Gabinete do Secretário da SES – TO; Iatagan de Araújo Barbosa/ Diretor de Atenção Especializada da SES – TO; José Divino Dias Correia/ Gerente de Regulação da Diretoria de Regulação da SES – TO; Juliana Veloso Ribeiro Pinto/ Superintendente de Políticas de Atenção a Saúde da SES – TO; Luci Aparecida Vieira de Lara/ Apoiadora do COSEMS-TO; Luma Garcia de Melo/ Enfermeira, Técnica da Superintendência de Políticas de Atenção a Saúde da SES – TO; Marcus Senna Calumby/ Superintendente de Assuntos Jurídicos da SES – TO; Maria Gleyd Brito Chianca Silva/ Assessora de Gabinete do Gabinete do Secretário da SES – TO; Mario Benício/

Representante do Conselho Estadual de Saúde do Tocantins (CES – TO); Mayzza Campina Rodrigues/ Diretora de Qualidade Hospitalar da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da SES – TO; Michely R. M. Lobato/ Representante do Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Arapoema – TO; Perciliana Joaquina Bezerra de Carvalho/ Superintende de Vigilância em Saúde da SES – TO; Rafael Rinaldi da Cruz/ Advogado do COSEMS – TO; Rodrigo C. De Souza/ Gerente da Rede de Prevenção, Diagnóstico, e Tratamento do Câncer da SES – TO; Ullanes P. Rios/ Assessor de Gabinete do Gabinete do Secretário da SES – TO; Verônica Teodoro Pires/ Secretária Municipal de Saúde de Presidente Kennedy – TO e Representante da Região de Saúde Cerrado; e Walter Machado de Souza/ Secretário Municipal de Saúde de Recursolândia – TO e Representante da Região de Saúde Cerrado. - **Discussão da Minuta do Termo de Compromisso 001/2019 entre a SES e COSEMS, que apresenta as seguintes obrigações:** **PONTO 1** - Quitação da contrapartida Estadual; **PONTO 2**- Reestruturação da rede assistencial (ambulatorial e hospitalar) com a implementação e investimento nas unidades hospitalares municipais, HPP e Hospitais Regionais do Estado; **PONTO 3**- Readequação do corpo clínico dos Hospitais Regionais para atender as principais especialidades (cirurgia, ortopedia, cardiologia, obstetrícia, pediatria, anestesiologia e ginecologia), para atender as urgências e emergências e as demandas de cirurgias eletivas; **PONTO 4**- Rediscussão da Portaria Nº. 68/2019 publicada pela Secretaria de Saúde do Estado; Implementação dos serviços ofertados pela Programação Pactuada Integrada (PPI) de responsabilidade do Estado. A Sr^a Luiza Regina Dias Noletto/ Superintendente de Gestão e Acompanhamento Estratégico informou que preparou uma breve apresentação para subsidiar a questão que vai esta discutindo na reunião, tendo em vista que esta nessa pauta é a questão do financiamento da saúde, então trouxemos informações com tuito de agregar nos subsidiar mesmo para debate, então nessa apresentação já veem usando nos espaços de discursão de governanças no conselho, na assembleia nas audiências publicas de prestação de contas em fim é um diagnostico um senário da saúde no Estado do Tocantins no que diz respeito à Gestão Estadual. A mesma trouxe uma imagem com a seguinte indagação de como era o Estado do Tocantins o que o municipio de Palmas era a 30 (trinta) anos atrás. A expositora trouxe uma divisão politica do ano de 1989 (mil novecentos e oitenta e nove) onde nos éramos até 1988 (mil novecentos e oitenta e oito) um norte esquecido de Goiás, Sem quase nenhuma malha viária, Agricultura de subsistências, Pouquíssimos investimentos, Comércio fraco, Indústria inexistente,

Araguaína, Gurupi e Porto eram as cidades/estado, Alto índice de analfabetismo, Poucas oportunidades e Saúde (Só “Jesus” na causa). Apenas 27 pontos de atenção das antigas OSEGO, FESP e FUNASA ao longo da Belém-Brasília, 60 leitos hospitalares para cerca de 900.000 (novecentos mil) habitantes com um índice de Mortalidade Infantil de 65,17 (sessenta e cinco vírgula dezessete) a cada 1.000 (mil) Nascidos Vivos de acordo com os dados do ano de 1988. O hospital de referencia que hoje é o HGP antigamente ficava localizado na quadra 51 de Palmas Tocantins até o ano de 2005. Hoje somo uma população de 1.555.229 (um milhão quinhentos e cinquenta e cinco mil e duzentos e vinte nove) habitantes, sendo 15 (quinze mil) Indígenas aldeados e citadinos, temos 08 (oito) Regiões de Saúde e 02 (duas) Macrorregiões. A nossa expectativa de vida é de 72,6 anos em 2010; 60,3 anos em 1991 (aumento de 20% em 20 anos), A mortalidade infantil 65,17 em 1988 e 12,37 em 2017 (queda 81% em 29 anos), a nossa cobertura da atenção básica: 94,96% (noventa e quatro vírgula noventa e seis por cento), a cobertura de pré-natal com, mas de 7 (sete) consultas 2017: 66,67% ao final de 2018 e a população sus dependente: 93% considerando que o Tocantins nasceu com o sistema único de saúde. Hoje o HGP temos 400 (quatrocentos) leitos com, mas de 3.000 (três mil) funcionários e como éramos era um problema e se olharmos para um problema de como ela é individualmente cada um terá uma percepção diferente. E o que esta sendo feito nessa reunião é uma tentativa de olharmos de forma conjunta para o problema. A Sr^a Luiza Regina apresentou para dados um dado do ano de 2010 a 2018 do financiamento da saúde onde mostra a capacidade e o esforço da população em contribuir para a formação do Estado por que isso é dinheiro nosso é o dinheiro do contribuinte então é parte da contribuição da população saímos de R\$ 3.000.000.153,00 (três bilhões e cento e cinquenta e três mil) para R\$ 6.000.000.679,00 (seis bilhões seiscentos e setenta e nove reais) em 2018, isso é a nossa receita própria de onde se calcula a base de calculo destinado 12% (doze por cento) em caso do Estado para saúde e os municípios são 15% (quinze por cento) em cima da receita própria do município, e esta o crescimento próprio acumulado de 2010 a 2018 que cresceu 79% (setenta e nove por cento). E qual o papel do Estado em busca o equilíbrio fiscal com forme determina a Lei de responsabilidade fiscal é não gasta mais do que se arrecada essa é a principal regra, então buscando esse equilíbrio a despesa de recurso próprio não pode crescer, mas que a receita e foi onde se aplicou continuamente o recurso próprio então no período cresceu 1% (um por cento) é onde conseguimos verificar que ouve uma busca desse equilíbrio formalmente na execução nos registros contáveis isso ocorreu o

equilíbrio fiscal. Quando abrimos essa despesa de recurso próprio de pessoal cresceu 100% (cem por cento) e a de custeio cresceu 38% (trinta e oito por cento), então em um todo houve um equilíbrio, mas analisando as partes houve um desequilíbrio porque para nós quando recebemos 38% (trinta e oito por cento) dessa receita que vem para nós para custeio isso possui uma repercussão porque estamos revivenciando ela no dia a dia. A mesma mostrou o crescimento da receita do fundo nacional de saúde as transferências do ministério da saúde as transferência constitucionais onde cresceu 52% (cinquenta e dois por cento) no mesmo período. Então o que fazemos com esse recurso do tesouro que vem para SES-TO. Então pegamos recordes de 2008 onde percebemos que a totalidade dela de 80% (oitenta por cento) dessa receita é de fato para pessoal então isso é execução de uma folha em 2008 de R\$262.000.000,00 (duzentos e sessenta e dois milhões) para 2018 R\$962.000.000,00 (novecentos e sessenta e dois milhões) e em 2019 ela vai ficar com mais de 1.000.000.090,00 (um bilhão e noventa reais) e temos que pagar 4 (quatro) folhas e só temos orçamento para uma e vai ter que suplementar ou da própria saúde do custeio para atender a folha de pagamento. A Sr^a Luiza Regina mostrou um gráfico a todos do crescimento da receita e o que veio para saúde então percebemos que esta se mantendo, mas como houve o crescimento da receita e que não cresceu na mesma proporção ao manter esse valor absoluto de tudo crescendo só a folha de pagamento o percentual caiu para 16% (dezesseis por cento) no último ano, então já chegamos a aplicar 21% (vinte e um por cento) e agora agente atingiu 16,46% (dezesseis ponto quarenta e seis por cento) em 2018. A mesma trouxe informação do previsto a executar e o que de fato foi executado do tesouro. Em 2016 a previsão a ser executado 20,27% (vinte vírgulas vinte e sete por cento) e aplicaram 17,94% (dezessete vírgula noventa e quatro por cento) o previsto aplica em 2017 é de 19,47% (dezenove ponto quarenta e sete por cento) mas se aplicou 18,02% (dezoito vírgula zero dois por cento), em 2018 o previsto aplicar 16,61% (dezesseis vírgula sessenta e um por cento) e aplicou 16,46% (dezesseis vírgula quarenta e seis por cento) se aplicar só os 12% (doze por cento) não cobre a folha de pagamento e 12% (doze por cento) dessa folha própria para longo dos anos que valeria no último ano equivalente R\$801.000.000,00 (oitocentos e um bilhões) e a nossa folha de pagamento foi de R\$962.000.000,00 (novecentos e sessenta e dois bilhões) então 12% R\$801.000.000,00 (oitocentos e um bilhões) que fato aplicou R\$1.000.000.104,00 (um bilhão e cento e quatro). Onde é que estão aplicando esses recursos financeiros da saúde basicamente na atenção hospitalar 81% (oitenta e um por cento) de todo recurso do tesouro e federal nas unidades hospitalares. Na

organização dos serviços da rede o complemento do que se aplica nos hospitais o ponto de atenção que recebe mais investimentos por parte do Estado na Gestão Estadual no que se diz respeito à competência de gerenciamento da saúde são os hospitais e tem as articulações Inter federativas, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção Primária e Manutenção da Gestão e Educação Permanente, a mesma informou uns percentuais são das execuções. Central de execução de orçamento aprovado o volume financeiro a mesma relatou os dados do quanto foi executado em cada uma dessas áreas de investimento e saúde. A Sr^a Luiza Regina mostrou o quadro de pessoal 72% (setenta e dois por cento) dos servidores da saúde é concursados essa força de trabalho do que apresenta efetiva de 8.529 (oito mil quinhentos vinte nove) dados do primeiro quadrimestre desse ano encerrados em abril 72% (setenta e dois por cento) da quantidade física consome 84% (oitenta e quatro por cento) do financeiro de nova folha ,então daqueles R\$962.000.000,00 (novecentos e sessenta e dois milhões) então 84% (oitenta e quatro por cento) por cento dele vai para profissionais são do quatro efetivo, contrato temporário representa 27% (vinte e sete por cento) da força de trabalho e consome 15% (quinze por cento) apenas da folha de salario, o nosso quadro de comissionados é apenas o quadro da estrutura administrativa os cargos estruturantes de superintendências, diretorias e gerencias, tanto da administração central quanto dos os hospitais, os hospitais além dos diretores gerais e técnicos, os hospitais de porte III de diretoria de multidisciplinar, temos as funções comissionadas de supervisões para o gerenciamento dessas unidades, então é esse quadro que representa 2% (dois por cento) da nossa folha físico e financeiro 1% (um por cento) e da um total de 11.902 profissionais. Esses comissionados 195 que são os estritamente comissionados a estrutura toda ela física é um pouco maior, porque o comissionado ele pega a função comissionada e aqueles que são estritamente comissionados então a nossa estrutura da sede são 220 (duzentos e vinte) cargos, mas como tem uma parte que é efetiva então ela esta computada aqui dentro e as funções comissionadas dos hospitais já são so para servidores efetivos então ela não acrescenta fisicamente esse quadro de pessoal nessa supervisão porque ele so é atribuído para quem é efetivo. A mesma mostrou o quadro de servidores cedidos para os municípios nos temos um contingente de 570 (quinhentos e setenta) profissionais cedidos que é o nosso referencial do quadrimestre. E um questionamento muito grande que ocorre por parte do SEMA que é o conselho nacional de comitê estadual das ações de saúde por parte da justiça do judiciário por meio do conselho nacional de justiça em que questiona esse modelo de financiamento que nos

temos que é um modelo escolhido na década de 90 para estimular a descentralização para implantar o SUS no Estado, mas que é amplamente questionado em função dos critérios e vemos enfrentando isso para manter. A expositora mostrou os Co-financiamento dos incentivos que não são de pessoal diretamente de incentivos financeiros então temos a manutenção dos CAPS e das contrapartidas da atenção psicossocial que financiada a tripartite união, estado e município a farmácia básica do mesmo modo os HPP, SAMU, medicamentos dos CAPS a UTI pediátrica que foi instalada em Araguaína que é uma gestão compartilhada com Co-financiamento do Estado a UPA é recurso do tesouro que a UTI pediátrica que também recebe uma parcela que é do Teto Mac da gestão Estadual que pactuou com aquele hospital e com aquele município no valor de R\$250.000,00 mês além do aluguel do imóvel que é pago pela secretaria a UPA unidade de pronto atendimento, então esse ano nos conseguimos até 30 de setembro pagar a dívida da competência de dezembro R\$13.000.000,00 (treze milhões) e da competência de 2019 foi repassado R\$12.724.000,00 (doze milhões setecentos e vinte quatro mil reais) foi pago até agora dia 30 R\$26.244.000,00 (vinte e seis milhões duzentos e quarenta e quatro mil reais). O Sr. Emanuel relatou que foi de maneira informal não houve um instrumento a ser assinado houve uma liberação inicial, mas não teve a continuidade dessas parcelas. Quando a Sr^a Luiza colocou na apresentação de como éramos e como estamos e temos aquele dado da dívida do ano de 2016 que chegava a R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões) e hoje estamos com R\$4.000.000,00 (quatro milhões), ou seja, em torno de 10% (dez por cento) da dívida, hoje não temos dívida com 108 (cento e oito) municípios do Estado so os municípios que possui apenas farmácia básica nos conseguimos pagar a competência do mês de setembro no mês de setembro e isso já não vinha sendo pago a muito e tempo e conseguimos, então tem a dívida sim tem, mas queremos destacar o esforço em que o governo vem fazendo ao longo desses anos e colocar esses repasses em dias. No ano de 2018 já repassamos em torno de R\$30.000.000,00 (trinta milhões) esse ano de 2019 já repassamos R\$26.000.000,00 (vinte e seis milhões) o valor pactuado no ano de todos os programas é de R\$23.000.000,00 (vinte e três milhões) se na hipótese nos não tivéssemos dívidas nos estaríamos com todos os repasses em dias e com recurso suficiente para serem quitadas em dezembro desse ano de 2019, ou seja, seria pago mês a mês que seria o correto. Hoje esses R\$4.000.000,00 (quatro milhões), é referente apenas 31%(trinta e um por cento) dos municípios e desses 31%(trinta e um por cento) tem Palmas, dos R\$4.000.000,00 (quatro milhões), R\$1.000.395,00 (um

milhão trezentos e noventa e cinco) é de Palmas que já está judicializado, então assim com outros 31 (trinta e um) municípios R\$3.000.491,00 (três milhões quatrocentos e noventa e um) então que nos podíamos fazer nesse sentido fizemos, inclusive pelo fato de termos passado um valor maior estimado para o ano, nos tínhamos nem orçamento para fazer essa reserva orçamentaria então foi cancelado processos da gestão mesmo que fosse feito a reserva orçamentaria para o repasse do restante da dívida, e isso estamos dependendo do grupo executivo fazer essas liberações. A Sr^a Luiza Regina Explica que o grupo executivo ele está atuando só no que diz a respeito do tesouro porque o controle dessa receita financeira dessa arrecadação é feita pela Secretaria da Fazenda então a um entendimento inclusive do Tribunal de Contas não documentado em reuniões que já foram feitas e participação do CEMAS inclusive que é legítimo que ocorra esse trabalho ele faz parte dessa importância da busca desse equilíbrio fiscal, então em relação ao tesouro ainda há essa atuação desse grupo gestor. A mesma apresentou uma planilha de forma resumida o comparativo que ocorre no âmbito da assistência hospitalar dos 18 (dezoito) hospitais, pegando a quantidade de leitos, internação apresentada, atendimento de urgência no ano as cirurgias eletivas, atendimento de urgência tanto na internação quanto no ambulatório o quanto nos executamos de custeio desses hospitais separados por Porte I, Porte II e Porte III qual foi o custeio do ano, qual foi de insumos e serviços, qual foi o custeio de recursos humanos e o total, então temos uma parcela de 73% (setenta e três por cento) do que se aplica dentro dos hospitais ela consensual e quando se faz análise de custo e já estão fazendo isso em alguns hospitais e estamos com uma equipe a todo vapor trabalhando em Augustinópolis, Araguaína, Gurupi, Paraíso, e vamos estar apurando outros hospitais. O custo dar 75% (setenta e cinco por cento) no Hospital Infantil, na Maternidade Dona Regina e no HGP e em torno de 20 % (vinte por cento) para os demais serviços. A mesma relatou a questão dos recursos humanos em todos os hospitais a média de profissional por dia no hospital e um custeio dessa internação no ano, mês e dia em cada um deles e valor de cada internação. A expositora relatou que fez impressão dessa planilha, o hospital de Alvorada com 25% (vinte e cinco por cento) de leitos e taxa de ocupação de 60% (sessenta por cento), ao ano as internações apresentadas 681 (seiscentos e oitenta e uma) internações no ano que dá uma média de 57 (cinquenta e sete) meses e dois dias, o número de partos foram de 8 (oito) atendimento de urgência no ano foi de 376 (trezentos e setenta e seis) internação sendo 829 (oitocentos vinte e nove) ambulatório que dá 1.204 (mil duzentos e quatro), cirurgias eletivas 132 (cento e trinta

e duas) e uma aplicação de R\$2.000.000,00 (dois milhões) em insumos e serviços e folha ano de R\$8.000.000,00 (oito milhões), R\$ 10.000.137,00 (dez milhões cento e trinta e sete) de aplicação de recurso com uma quantidade de recurso humano de 82 (oitenta e dois) profissionais girando todos os dias em torno de 21 (vinte e um) profissionais no hospital. O custeio da internação ano é os mesmo R\$ 10.000.137,00 (dez milhões cento e trinta e sete) porque pegamos a soma de RH com insumos e serviços dividindo por 12 (doze) no mês e por dia, então uma internação pela outra pegando como parâmetro a internação e não outros procedimentos então seria R\$14.886,00 (quatorze mil oitocentos e oitenta e seis reais) uma internação no hospital de Alvorada é a mesma logica de analise para os outros hospitais. Foram pegos como fonte de dados o SIASUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, dados de recurso humano da nossa folha do sistema ERGO e os dados de valores de custeio do sistema de execução orçamentaria e financeira do SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira. A Sr^a Luiza Regina mostrou a todas as medidas que foram tomadas nesse ano de 2019 para melhorar a resolutividade dos hospitais que foi a questão do aumento de salário do medico especialista, e que sabemos da dificuldade de fixação de estimular a presença desse especialista nesses hospitais, vocês viram que temos uma parcela bem menor e o Estado do Tocantins é o Estado o menor numero de profissionais de quadro efetivo no Brasil porque o trabalho que a OPAS fez conosco trouxe essa informação por meio do trabalho da rede unida o Tocantins tem um contingentes de funcionários efetivos se a lista era R\$10.276,00 (dez mil duzentos e setenta e seis) contrato temporário, apenas o medico pediatra, o cardiologista o intervencionista e o neurologista que tinha uma salario diferenciado de R\$15.000,00 (quinze mil reais) e em março através de uma medida protetiva provisória aprovada convertida em Lei a especialidade que requerida que tem a necessidade conforme a epidemiologia e condições de estrutura daquela unidade, podemos estar conseguindo ingressar ele no contrato de especialista com o salario de R\$15.000,00 (quinze mil reais) tem um limite de 210 (duzentos e dez) a Lei autorizou 210 (duzentos e dez) contratos de especialistas conforme tudo que queremos e precisamos, mas precisamos priorizar para não ultrapassar esse teto que esta na Lei. Em janeiro e fevereiro de 2019 tivemos aquela decisão judicial sobre a famosa portaria Nº 247 que trouxe aquela mudança da organização da jornada de trabalho dentro dos hospitais, um enfrentamento e conseguimos transformar isso em uma medida provisória para trazer de um texto de uma Lei e não mais por portaria e que entendemos que fica muito fragilizado a portaria

até porque regime do plantão é um regime especial e requer de fato que seja tratado por Lei porque não somos setor privado e setor privado pode fazer as conversões até individuais e público só podemos fazer o que Lei mandar e não tínhamos Lei que tratasse desse assunto, porque a Lei de plano de carreira e salário sacultou a disciplina desse assunto com o secretário e secretário não edita Lei, só edita portaria, então nós conseguimos depois de uma discussão com os sindicatos e trouxermos isso algumas vezes na CIB, conseguimos aprovar a Lei nº 3490 agora em agosto de 2019 que institui o regime de plantão. Então temos a jornada básica que é aquela que começa segunda e termina sexta e temos agora a jornada especial do regime de plantão que é aquela que pode ocorrer dentro de qualquer unidade de saúde que funcionem 24 horas, então a semana não é considerada de segunda a sexta ela é considerada de domingo a sábado então ela é especial, e agora estamos tratados dentro da Lei e a portaria só trouxe a disciplina dessa operacionalização da Lei. A Srª Luiza ressaltou ainda que orçamento do ano de 2019 de R\$1.000.000.566,00 (um bilhão quinhentos e sessenta e seis mil) houve um crescimento do recurso do tesouro da ordem de 4,42 % (quatro vírgula quarenta e dois por cento) o federal diminuiu porque o que faz com que ocorra o crescimento além das definições de políticas de financiamento e transferência do fundo a fundo tem os convênios ou fundo a fundo por emenda parlamentar e para esse ano de 2018 a opção dos parlamentares foi direcionar as emendas para os municípios, então o Estado está recebendo somente as emendas de bancada que nós conseguimos cadastrar e aprovaram ela para destinar ao Estado do Tocantins, mas mesmo assim as emendas foram compartilhadas com os municípios e as demais emendas individuais todas elas foram dirigidas ao 139 (cento e trinta e nove) municípios, foi uma negociação do governo no ano passado 2018 com a bancada com os deputados individualmente em relação a essa questão, então não recebemos emendas individual para 2019, então isso fez com que houvesse uma redução desse valor desse orçamento do Estado. Esse orçamento de R\$1.000.000.566,00 (um bilhão quinhentos e sessenta e seis mil) está distribuído 72% (setenta e dois por cento) recurso do tesouro, 24% (vinte e quatro por cento) para o recurso fundo a fundo, 1 % (um por cento) para convenio, 2% (dois por cento) para alteração de crédito e outras fontes 0,33% (zero vírgula trinta e três por cento), 60% (sessenta por cento) do orçamento total para pessoal e 34% (trinta e quatro por cento) para o custeio e 6% (seis por cento) investimento, sempre abrimos umas das principais partes e vemos que 75% (setenta e cinco por cento) do orçamento é tesouro e 84% (oitenta e quatro por cento) para pessoal. Então ao longo dos anos de 2011 a 2019 o deft

de orçamentação, nos tem um dimensionamento de necessidade que chamamos de demanda de necessário porque temos que admitir que exista gordura nas necessidades ou é demanda ou é necessidade, no ultimo ano, por exemplo, esse ano de 2019 a nossa necessidade R\$453.000.000,00 (quatrocentos e cinquenta e três milhões) isso so em relação ao tesouro e so conseguimos provar no projeto da Lei orçamentaria R\$156.000.000,00 (cento e cinquenta e seis milhões). Então temos esse debt de orçamentação e nos últimos anos também tivemos um debt de execução do orçamento aprovado até 2014 nos não aprovou o que precisava, mas foi executado um pouco, mas e de 2015 em diante o ano de 2018 foi o menor debt, mas 2015,2016 e 2017 foram os anos piores que foi onde a defensoria publica entrou ingressou com uma ação desse orçamento aprovado, e a defensoria esta tramitando e foi derrubada a liminar, mas eles recorrerão. E ai perde por causa daquele cenário em que mostrei no começo do equilíbrio fiscal, aquela receita própria gira em torno de R\$7.000.000.000,00 (sete bilhões) e 25% (vinte e cinco por cento) tem que ir para educação 12 % (doze por cento) para saúde 22% (vinte dois por cento) para outro poder e 1% (um por cento) para cultura então assim a vinculação é muito grande e no final sobra entorno de 20% (vinte por cento) para atender prioritariamente as folhas de pagamento de todas as instituições e complementar a da saúde e quando manda os 12% (doze por cento) para saúde não cobre a folha a de pagamento então tem que complementar o da saúde e depois distribuir o que sobrou para o custeio e investimento não esta sobrando praticamente nada e não esta tendo condições para aplicar. Esses debt de orçamentação têm ele distribuído por ação da secretaria, ação orçamentaria, então o orçamento que foi aprovado so da em tese para 4.14 e em junho ficamos sem orçamento em então de junho em diante nos temos trabalhado com priorização e não pode deixa de ser feito algo. A Srª Luiza apresentou um gráfico onde mostra que conseguimos melhorar o recurso federal. A Srª Valeria Paranaguá SMS de Lajeado ressaltou que essa apresentação já é conhecida e nos sentimos que é um problema financeiro que é acarretado anos e anos por varias decisões de gestão ao longo do tempo, tanto politica e administrativa que vemos é que trazemos nessa reunião hoje que nos sabemos do modelo tem que ser aplicado esse modelo que estamos vendo dessa descentralização é de 1995 estava justamente nesses cargos de avaliação e descentralização. Foram feitos convenio com os municípios descentralizando unidade de baixa resolutividade repassando todo servidor que estava lotado na unidade hospitalar que era os pequenos HPP, porque já que estava entregando uma estrutura física para o municipio gerenciar e estava entregando as

mesmas condições em que o Estado estava administrando e o Estado ainda reformou algumas unidades implantando serviços de Raios-X que é só imagem e sem laudo e os critérios da atenção básica, lembro que tem uma portaria que relata que para atenção básica o estado iria passar recurso humano apenas médico, enfermeiro e dentista, então assim legislação existe, mas o que questionamos é a questão de um modelo hoje que o Estado encampou esse modelo e até hoje não consegue corresponder às expectativas que vem dos municípios, acredito que a minuta está bem clara dizendo isso, que não estamos falando momento nenhum de dinheiro e entendemos que a contrapartida foi um momento em que o Estado chamou o município e disse; você que habilitar o serviço sim quero' então existe a contrapartida porque o município assumiu e o Estado também assumiu a contrapartida e agora estamos desta forma. Então não podemos dizer que o município não está fazendo a parte dele, tanto é que todos os indicadores da atenção básica hoje todos são excelentes no Estado do Tocantins em nível de Brasil. Então assim a contrapartida do município do financiamento da atenção básica todos nós sabemos está bem aquém do que nós podemos arcar, só 2 ou 3 municípios que possuem uma receita diferenciada, mas do contrário todos os municípios nessa época do ano como vocês também não no Estado não possuem folha de pagamento, nós ao contrário temos o orçamento nós não temos é a receita, porque a receita contempla e foi deteriorando porque a dívida chega, nós temos que remanejar recurso porque os compromissos de outros posseiros também não estão sendo cumprindo é nesse sentido. E assistência ambulatorial praticamente o município ele não é responsável isso é questão administrativa de autonomia de questões do Estado, porque é vocês que estão nas responsabilidades de oferta de leitos para atenção básica vocês que são nossos leitos de retaguarda, então assim é preocupante sim muito, mas está longe da nossa ossada de gestão. Não sei se é grosseira, mas não irei trazer para reunião minha folha de pagamento, eu não irei dizer que esse mês, por exemplo, eu não irei pagar as férias, porque lá temos uma Lei igual o Estado que paga o décimo terceiro no mês do aniversário, e esse mês não irei pagar e ainda tenho o problema que o meu prefeito está sendo cassado, então são muitas situações que acho que estão fora da ossada desse momento dessa minuta porque acho que temos que focar no que nos trouxemos em termos de problemas em que os municípios estão enfrentando porque o Estado assumiu um modelo e não está cumprindo a parte que cabe a ele. Então trouxemos uma minuta com alguns pontos de grande relevância para nós e do que entendemos na Bipartite que era momento de discutir ponto por ponto, sabemos que há problemas financeiros, e

problemas de gestão, nos sabemos por que o município também possui esses problemas, mas temos que achar um viés para tentar minimizar esse sofrimento dos nossos usuários que vem do município e não é do município é do Estado, e a constituição é bem clara é um dever do Estado e pior é um modelo do Estado arcou que é a questão assistência hospitalar de media alta complexidade, então acredito que essa apresentação não veio para nos dizer e discutir embasar o documento, então acredita que eu Valeria preciso de alguma coisa, mas presente. O Sr. Roberto Sampaio SMS de Alvorada e Presidente do COSEMS, relatou que esse documento que trouxe e uma forma de profissionalizarmos o debate que a Sr^a Luiza entendeu isso no dia da CIB, então esse termo de compromisso é para que criemos prazo e nos estipulemos prazos com monitoramento e respostas plausíveis para poder darmos respostas para as 8 (oito) regiões de saúde, acredito que senta com o município não seja bom, e sabemos que tem muita gente que se pudesse não sentaria com os municípios, eu Roberto se pudesse também não sentaria com o Estado e não esta entre as dez coisa melhores que faço na vida mais a 993 restitui-o a Comissão Intergestores Bipartite e por isso temos que sentar, foi quando começou ao fortalecimento da descentralização, então esse espaço é um espaço democrático então somos obrigados a sentar juntos e é daqui que iremos encontrar soluções para os problemas que estão aqui cotidianamente. O hospital de Dianópolis é recorrente de falta de médicos, e para um hospital funcionar ele não precisa ter só clínico geral, ele tem que ortopedista, ter um ginecologista ele tem uma estrutura de um corpo clínico de um hospital e não posso falar das diretrizes do fortalecimento da média e da questão hospitalar e ambulatorial sem antes sentar e conversar sobre o fortalecimento da regionalização que é algo tão evidente dentro do CONASEMS, CONAS então precisa primeiro entender e visualizar que dentro dessa portaria os HPPs fazem parte das redes, não pode tratar dessa portaria sem excluir os hospitais de pequeno porte. Na portaria trata que o hospital de porte I, ponte de apoio hospitalar para prestação de serviços de saúde a população diferenciada da sua região de saúde com perfil de assistência para atendimento de urgência e emergência e baixa e média complexidade onde realizam procedimentos de diagnósticos, terapêuticos, clínicos e cirurgia de forma de mutirão. O mesmo ressaltou que não conhece nenhum hospital de porte I que está realizando cirurgias em forma de mutirão, tem hospitais exemplo de Xambioá, Arapoema, Alvorada que estão realizando procedimentos sistêmicos e contínuos. Essa portaria é muito inteligente se fossemos seguir e bonita estão de parabéns para quem fez ela veio desde a portaria 8.080 e até a portaria 8.142 e portaria 2.225 que veio amarrando e

muito bonita, mas. Então vamos para clinica ampliada da gestão inserção a base do cuidado de tramitação de equipes multiprofissional de referencia para assegurar o vínculo entre a equipe usuários familiares isso e uma coisa lúdica e bonita, poética e que não acontece no hospital e desafio alguém dizer onde isso acontece, no artigo 15 a garantia da alta hospitalar e responsável e será analisada primeira a orientação de paciente dos familiares enquanto a continuidade do tratamento, quando um paciente de Alvorada recebe alta de algum hospital de referencia do Estado, faz uma visita com a equipe do NASF do municipio, esses dias tiver um cardiopata que saiu de Gurupi, levei um medico da saúde da família e perguntei a ele se fizeram alguns exames ele so respondeu que fizeram e, mas me mandaram embora e não me entregaram os exames e não me falaram nada. Então algumas coisas muito tópicas, temos que ir para uma parte mais palpável, substancial, plausível, primeiro tem que sentar e jogar as cartas na mesa e sermos honestos. A portaria fala de financiamento e diz que vai respeitar as expressividades regionais, nos estamos tratando, por exemplo, Arapoema deu uma encolhida, Xambioá deu uma encolhida, Alvorada deu uma encolhida no numero de procedimentos que trata saúde de acordo com a taxa de internação ou de ocupação do hospital. Se o cidadão esta a 5(cinco)anos em uma fila esperando uma cirurgia eletiva, ele chega no hospital de Arapoema e lá esta com uma taxa de lotação de 100% (cem por cento) mas ele esta a 5 anos esperneando uma cirurgia eletiva e ela não acontece, ele ira sair dizendo que o SUS é resolutivo, que o SUS é um sistema que funciona se ele chega e ver o hospital com uma taxa de ocupação de 100% ou ele for chamado após cinco anos e fizer uma cirurgia eletiva que é o que ele sente verdadeiramente. A portaria também retrata que fica reinstituído comitê gestor da atenção hospitalar que deverá ser composto de membros e de todas as áreas afins da secretaria estadual da saúde, conselho estadual de saúde e dos conselhos de secretaria municipais de saúde que irá monitorar e avaliar periodicamente a implantação e execução desta normativa de atenção hospitalar estudar e aprofundar as discussões para aprimoramento de seus eixos estruturais. O COSEMS foi chamado a mesa uma vez para tratar dessa portaria com os diretores de hospitais pediram para os diretores se levantarem e sai da reunião e depois disso ficou acordado que sentaríamos novamente para discutir a portaria e uma semana depois ela foi publicada. Irei até pedir que se nada mudar pelo menos tire do texto dessa portaria, onde falar sobre o conselho da secretaria municipais de saúde porque não iremos participar ser conciliador avaliador disso aqui se não sentar e discutir. Relacionados às 8 (oito) regiões de saúde e acredito que o jurídico da SESAU esta aqui,

esse termo de compromisso é para profissionalizar o debate posteriormente ate judicializar. Achamos que teria resolvido o problema de exames citopatológicos da região médio norte e pico do papagaio criamos outro problema trocou os seis por meia dúzia, o laboratório que ganhou não esta entregando como o anterior os resultados dos exames citopatológicos naquela região, então compromete o indicador e, mas que isso pode ter varias pessoas esperando os resultados desses exames que estao positivas e temos que olhar a saúde não como indicador e sim como seres humanos que estao precisando desses resultados de forma vergonhosa e até pedir ao COSEMS convocar o dono(a) desse laboratório para vim prestar esclarecimentos na próxima CIB se ela ocorrer, possivelmente iremos levar os 139 secretários ao palácio. Regiões de saúde Amor Perfeito de Porto Nacional tem uma brigar politica partidária que uma cidade que tem 4 deputados e o hospital regional não funciona, mas infelizmente que esta pagando a fatura dessa briga politica na região do amor perfeito é a população e aqui tem a necessidade de reestruturação do ambulatório hospitalar temos a questão do hospital Tia Dede, não sabemos qual é o problema, mas o que parece que é falta de profissional que não fecha escala, na região Sudeste a causa mais grave é o sos desses governo que deveria começa pelo sudeste necessita de estrutura ambulatorial hospitalar, do hospital de Dianópolis garantia de acesso as cirurgias eletivas, garantia de ofertas de especialidades medicas no nível ambulatorial, garantia de ambulância na realização de contra referencia, efetividade no gerenciamento dos leitos e regulação do núcleo interno de regulação premier, garantia da ofertas de exames de procedimento de media alta complexidade pactuada. A região do Cantão, necessitar de reestrutura o núcleo interno de regulação, implantação de acolhimento e classificação de risco. Considerando que a Região Capim Dourado necessita de estrutura ambulatorial hospitalar do hospital Geral de Palmas, garantia de acesso de cirurgias eletivas, garantia de oferta de especialidade medicas de nível ambulatorial, garantia de ambulância no hospital de Miracema para realização de contra referencia, efetividade nos gerenciamentos dos leitos, regulação do núcleo interno de regulação, garantia da oferta de exames de media e alta complexidade pactuadas na PPI e em tempo real sobre responsabilidade do Estado. Médio Norte Araguaia garantia de realização de exames de imagem ressonância e outros como raio x que são realizados mais porem não são entregue com seus respectivos laudos, considerando que a região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia necessita de uma definição com a contratualização do hospital de colinas. O comprometente se compromete a readequar o corpo clinico de todos os hospitais regionais para atender as

principais especialidades de urgência e emergência e as demanda de cirurgias eletivas, clinico geral, cardiologista, anesthesiologista, neurologista, ortopedistas, obstetra, urologista, ginecologista e pediatras, senhores eu não estou aqui atribuindo responsabilidade para o Estado, mas nos municípios precisamos fazer educação permanente tem muito municipio irresponsável que so se preocupa em coloca paciente em ambulância e não faz o dever de casa que é fazer atenção básica bem feita, reconheço isso não estou aqui para advogar so em causa própria de municipio acredito que o COSEMS tem que começa a qualificar os secretários e fazer educação e saúde com nossos secretários porque sabemos que é tripartite, mas temos a nossas responsabilidades e a partir de agora iremos começa a capacitar os nossos gestores para fazerem um serviço bem feito. O comprometente e o compromissário acordam em rediscutir a Portaria nº 68/2019 publicada pela Secretaria de Saúde do Estado; Especialmente os pontos abaixo relacionados, no Art. 6º sobre os conceitos organizacionais e suas respectivas definições, sugerem-se nos, além de monitora assume o planejamento do registro da demanda reprimida com a ampla divulgação da fila de espera, por ordem de solicitação de leito. Como também, a generalização de atendimentos a todos os procedimentos complexos. A inclusão da atribuição de planejamento da ampliação e readequação do perfil dos leitos hospitalares e serviços ambulatoriais ofertados, mantendo a taxa de ocupação em limites adequados evitando a ociosidade e superlotação. Hospital Geral um organizador de caráter medico social, que deve garantir assistência medica, tanto curativa quanto preventivas, nas clinicas básicas e de especialidades Clinicas e cirúrgicas, como serviço de urgências e emergências, serviços terapêuticos, medica e ou alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Hospital de Especialidade Destinada à prestação de serviços de saúde por especialidades medica Clinicas e cirúrgicas, com serviços de atenção diagnostico e terapêutico, media ou alta complexidade. A inclusão de uma unidade mista ou Unidade Integrada de Saúde estabelecido em locais de população ate cinco mil habitantes, presta assistência médica permanente, preventiva e ambulatorial, ainda deve apoiar postos e centros de saúde; caracteriza-se pela introdução de leitos para internação de urgência médico-pediátrica ou obstetrícia; sua área deve ser suficiente para no mínimo 06 leitos. Sugerimos que no Paragrafo único do Art. 7º, que a composição seja por especialidades medicas, e não pela equipe, mantendo o quantitativo mínimo de profissionais para o bom funcionamento. Sugerimos à inclusão de divulgar anexar em locais visíveis às escalas dos profissionais. Incluir a palavra sistematicamente após a palavra assistencial.

Exclusão da palavra estadual. Gostaria de pedir a retirada da palavra mutirão. Bom senhores gostaria de deixar claro não vim para reunião para fazer amizade com ninguém e não tenho problema pessoal com ninguém, isso aqui é um espaço democrático entre o Estado e os municípios e esse é o meu papel enquanto estiver passando pela presidência do COSEMS, enquanto estou passando pela secretaria municipal de Alvorada, mas sou apaixonada pelo sistema público de saúde, acho que temos o melhor sistema de saúde público do mundo, em alguns lugares falta empatia falta vontade tem pessoa que não serve para esta em determinados casos que não possui calor humano, eu enquanto ser humano me solidarizo, então é o seguinte quero pedir aos senhores que estão presente nessa reunião que tomem providência relacionado a esse termo de compromisso com prazos e respostas, o nosso SOS deve começar pelo sudeste porque lá além dos problemas de estrada de falta de médico é uma população mais pobre e lá moram pessoas usuários do sistema único de saúde, e acredito que o Governador não saiba dessas situações é por isso que estou pedindo uma audiência com ele. Hoje encaminhamos com esse termo de compromisso para profissionalizar o debate e tenho dito aos meus companheiros chega desse choro nessa mesa, toma tempo e não se resolve nada, quero parabenizar o Estado em ter solucionado as dívidas e não fez, mas que sua obrigação. O Sr. Marcos Senna Superintendente de Assuntos Jurídicos da Secretaria de Estado da Saúde, inicialmente gostaria de dizer enquanto secretaria que não é ruim receber os municípios, e entendi como oportunidade democrática de levar à frente os problemas de saúde tanto do Estado quanto dos Municípios, também não vejo nos quadros da secretaria enquanto posições de lideranças políticas, ninguém interessados em votos, todos nós estamos comprometidos em obter os resultados assistências. A nossa portaria, traduz um mundo ideal, estamos naquele cenário, da Sr^a Luiza, temos o conhecimento do que é e o que agente quer para saúde como mundo ideal, temos uma realidade fática de que não estamos próximos do que está na portaria e o problema é como nós iremos chegar até o que tem na portaria é plenamente discutível os termos da portaria, não sei se houve lá traz, pois não participei da construção, não sei se houve conversa dos municípios e Estado na elaboração e sabendo como o secretário age não vejo o porquê verificar com os senhores o que pode ser alterado. O início da nossa apresentação é aquilo que a Sr^a Luiza trouxe foi muito no sentido de demonstrar o problema como um todo e da identificação que às vezes que nós focamos em determinado ponto problemas e o município em outro ponto do problema e nós temos que entender que saúde de forma macro. Outra questão que estava pontuando, agente

sabe que saúde se faz com dinheiro, sem dinheiro não tem saúde, o município mais próximo da população é o principal personagem da assistência o cenário não é ideal mais já é muito melhor do que já foi nos não fazemos política olhando para o retrovisor, mas é preciso reconhecer que houve esforço que o cenário é melhor do que já foi. Com relação ao termo de compromisso, recebi na semana passada para analisar, e entendi muito bem o porquê do termo de compromisso que existe dívida em várias políticas é necessário a reestruturação da rede hospitalar e já uma missão da equipe técnica da secretaria o mesmo problema agente ver com a readequação do corpo clínico e tudo isso já é uma função da própria secretaria e o único problema que vejo com relação ao termo de compromisso a nosso ver a readequação da via técnica jurídica, porque já temos instrumentos e uma Lei estabelecidos para as cobranças que existem e que estão nelas, quando falamos de quitação dos repasses é um repasse constitucional, tem portaria e esta na Lei orçamentaria anual quando agente fala de cumprimento das metas estabelecidas e sumidas pelo Estado com fornecimento de assistência e exames em geral esta na PPI o recurso esta aqui para que o Estado faça esse trabalho à mesma coisa é sobre a readequação dos hospitais e corpos clínicos. Os compromissos que estão no termo, fala da quitação da contra partida estadual a Sr^a Luiza falou muito bem na apresentação dela que esse recurso é vindo da Fazenda é tesouro, o secretário de Estado da saúde não tem como se comprometer a fazer esse pagamento porque ele não possui o domínio sobre a fonte, talvez se fosse um compromisso que tivesse a Fazenda participando talvez sim, mas o secretário de saúde não tem como assumir esse compromisso. Com relação a estruturação da rede assistencial é necessário e isso vem muito antes do secretário Renato Jayme o trabalho de reestruturação dessa rede, foi mostrado um cenário que tratando de investimento o cenário histórico vem contanto com 1% do recurso para fazer investimento, essa é a grande dificuldade que nós temos de trabalhamos os hospitais principal os de porte I, em relação a readequação do corpo clínico dos hospitais regionais houve um incentivo que um resultado colateral para os senhores de levar os salários dos médicos mas para outro lado da parte do Estado foi um esforço feito para agente conseguisse para que se deixasse fazer profissionais e especialistas nas nossas unidades é importante dizer que agente subiu para R\$15.000,00 (quinze mil reais) o salário do especialista compromissando os com metas e esse valor na mesma semana que foram lançando nossa média provisória Goiânia tentava a contratação de pediatras por R\$20.000,00 (vinte mil reais) e não conseguiu o número que queria, então agente entende o efeito colateral e estávamos do lado agente entendia que

vai conseguir sedimentar especialidades nas nossas unidades principalmente naquelas que precisava muitas maternidades, com pediatras e o HGP com ortopedistas, precisava fazer esse esforço. A portaria falar de operar nas unidades menores, já é plano do opera Tocantins de uma nova fase que foi lançada recentemente utilizar também os hospitais de porte I de porte II todos estão na realização dos procedimentos seja com os profissionais que estão lá ou seja com os profissionais eventualmente estejam nas unidades maiores e que vão até lá operar e serem gratificados por isso. É uma questão que tem que ser analisada e deve respeitar o perfil da unidade e que tipo de cirurgia que vai poder ser feito e em qual hospital, com relação às metas de entrega de exames, a PPI ela já é um instrumento jurídico para executar inclusive, ela é um título executivo, o motivo pelo qual maior, pelo qual não vejo esse termo de compromisso como uma via técnica adequada para falar aquilo que já falado, pois já existe um compromisso do Estado. A Sr^a Ludmila relatou que dentro do próprio sistema da PPI tem uma modalidade lá dentro que chama multicompromisso de garantia de acesso esse termo de compromisso ele é tanto por parte do Estado como também por parte dos municípios aonde cada secretário tanto de Estado como do município tem que assinar, nós não conseguimos avançar nessa assinatura, porque infelizmente hoje não possuímos oferta para todos os procedimentos que estão pactuados, mas esse instrumento ele existe dentro da PPI. O Sr. Marcos informou como já tinha dito já havia técnica jurídica ilegal para esse tipo de cobrança reconhecido inclusive. A minha proposta antes de tudo agente vive em uma realidade que não gostaria de viver, com dificuldade com prestador de serviço, existem dificuldades entrega das obrigações que são por parte do Estado e também por parte do município, em todo esse histórico que contextualizei e por outro lado a câmara é o ambiente que agente pode definir, e não vejo empecilho algum de nós definirmos etapas de acompanhamento daquilo que está na PPI organização de um grupo de poder esta organizando que seja composto por um representante de cada região um melhor modelo para ser discutido, para monitorar em tempo real, avaliar o diagnóstico de onde estão os gargalos da gestão que agente possa enfrentar, a frente de trabalho que possa analisar e acompanhar os repasses o comprimento do que está na PPI, a reestruturação das unidades e tem que ser feita de forma conjunta e também a readaptação do corpo clínico, enquanto jurídico da secretaria não vejo o termo de compromisso como a via adequada técnica e jurídica para obter o resultado que se almeja até porque já existem vias adequadas que são estipuladas em Lei. Sr^a Valeria Paranaguá ressaltou que ver as palavras do Sr. Marcos Senna é o reconhecimento do que nós não queríamos entrar em

debate nos entendíamos que na ultima reunião da CIB, teve ate uma aclamação interna de que a metade do COSEMS queria debandar e não queria fazer a CIB, porque eram vários discursos de todas as reuniões nos estamos vindo à CIB com maior sacrifício todas as demandas e a secretaria de saúde não dar resposta e não queríamos chega ao ponto de exigir um cumprimento que já esta escrita, nos queria trazer um termo para poder negociar e reconhecendo a dificuldade, nos entendermos que esse termo era um momento de colocar no cumprimento e nem está escrito a metade de que já falamos na CIB, se você pegas as Atas, e todos sabem dos nossos discursos e não esta, mas dano para aguentar, porque se não resolver as macros a micro nunca vai acontecer e sabemos disso o acesso jurídico estava aqui e reconhece que tudo esta escrito, nos estamos relembrando o que já foi dito e o que estar escrito. O Sr. Roberto ressaltou que, mas uma vez que se o Estado sair pela tangente e acredito que isso seja o seu papel como jurídico do Estado, orienta que o secretario não assine, mas esse é um instrumento que pode nos policiar de forma substancial, sabe que a PPI e os instrumentos que falamos existem, mas estou sendo cumpridas não estao, e acho o seguinte esse espaço não acontece nos municípios existe uma grande chances dos municípios esvaziarem a CIB se não for assinado, eu Roberto praticamente os secretários de municípios não viram a CIB, iremos senta com o Governador e iremos ver a resposta dele, mas no primeiro momento o que vai ficar acertado que se não for assinado os municípios não viram a CIB. A Sr^a Elaine superintendência de Unidades Hospitalares, e resalta que ficaria muito feliz em dizer que todos os problemas dos hospitais serão sanados, mas você pediu para que fossemos honestos, e minha vida e pautada na honestidade eu não irei mentir e nem enganar. Estamo-nos sim trabalhando para conseguir melhorar, nossa grande dificuldade de Dianópolis é conseguir um diretor técnico, porque muitos profissionais que abordamos para aceitar o contrato e como não tem direção técnica eles não aceitam e um trabalho de convencimento muito difícil o Dr. Brito ficou de dar uma resposta assumir a direção técnica e assim iremos conseguir direcionar muitas coisas, independente disso já temos um parecer bastante favorável para contratação de um medico ortopedista e também mais uma clinica, esse ano de 2019 conseguimos contratar 4 clínicos e mais um especialista que é esse ortopedista e contra partida já tínhamos 4 profissionais clínicos na unidade e a PJ que já tínhamos dificuldade no mês de agosto não tivemos nenhum dia um medico no hospital sem plantonista e infelizmente no mês de setembro tivemos 3 dias sem conseguir colocar medico para ficar no hospital, tivemos no dia 11 que tivemos apenas pela manhã mas a tarde já tínhamos conseguido,

nos temos dificuldades em pagar a empresa na fonte 102 até pedir para regularizar o pagamento, agente conseguindo resolver essa questão do diretor técnico acredito que iremos conseguir uma melhoria. Fizemos uma reunião com pessoal da região do Amor perfeito acredito que iremos melhorar sim as relações, temos grande problema de comunicação entre os municípios e o hospital e iremos trabalhar nisso, até acertamos uma situação a respeito do hospital de pequeno porte, os pacientes que são referenciados e contra referenciado da continuidade do tratamento levar a medicação para que não tenha descontinuidade e isso foi uma das reclamações e agente ajustou isso com a unidade. Fizemos até uma carta compromisso colocamos prazos e metas para fazer e conseguimos a liberação do secretário para aquisição imediata de 30 camas para melhorar as questões das camas em Araguaína. Os compromissos das cartas que foram feitas das reuniões tem prazo estamos trabalhando para cumprir esses prazos até com o menor tempo possível porque entendemos a dificuldade e a nossa obrigação melhorar a assistência, o pessoal saiu muito satisfeito com a reunião e acredito que a partir daí iremos conseguir melhorar e esse é o objetivo nosso e nos colocamos à disposição. E Dianópolis é isso e acredito com a direção técnica assumindo iremos poder dar uma melhoria sensível em relação a isso. A Sr^a Damares responde pela Direção e Apoio Hospitalar, então a nossa carta de compromisso na região Amor perfeito e os encaminhamentos colocamos como desdobramento a socialização interna com as equipes e com os regionais Tia Dede, e explica um pouco sobre a função do NIR, porque verificamos que está falando muito comunicação e interpretação de qual funcionalidade dos profissionais internamente dê um prazo de até dia 8 de outubro todas as equipes vão fazer essa socialização e estamos em um processo interno de readequação estabelecendo as atribuições fortalecendo isso internamente nos hospitais regionais e no Tia Dede também colocamos também como encaminhamento para que as áreas técnicas façam o levantamento de toda demanda reprimida tanto das cirurgias e tantos das consultas e os secretários iram apresentar para nós e iremos fazer esse levantamento também até o dia 27 de setembro, colocamos também como responsabilidade tanto do hospital regional para verificar os motivos no que está empacotando a demora dessa consulta e no atendimento da urgência e emergência nós iremos ter que fazer esse levantamento interno o hospital já está se propondo está verificando escala e acompanha o pronto socorro o fluxo interno diariamente damos um prazo até dia 15 de outubro, nós iremos fazer uma visita para verificar junto com a direção os motivos que estão impactando, incluímos também um reforço junto a equipe

medica sobre os casos de antibiótico terapia e as vezes ele era interrompido e o paciente recebia alta e não tinha aquele padrão da sequencia do antibiótico e a medicação o municipio não estava na condição de dar continuidade e colocamos isso estabelecendo com um padrão que todo paciente que receber alta ele vai com um plano de assistência tanto a domicilio ou no municipio dele de origem, foi incluindo também sobre as politicas do HPPs a superintendência de politicas já fez um esclarecimento e ficamos de dar um continuidade no retorno de todos os encaminhamento para a próxima CIR. O Sr. Ullanes relatou que como membro da comissão e da equipe que construiu essa portaria foi um bom tempo de trabalho e a sua critica Sr. Roberto ela e bastante pertinente respeito sua opinião, mas a critica que você fez ela vale para PPA, ela vale para LOAS para vários instrumentos porque você esta falando de uma coisa que é o seguinte vocês estão colocando no papel uma coisa que vocês não vão cumprir ou vai cumprir em partes quando dizemos que a portaria institui as diretrizes para a organização do componente hospitalar, estamos dizendo que sabe de uma organização e estamos dizendo que as diretrizes são essas aqui e queremos chegar lá, você sabe que nossa rede hospitalar foi montada em cima de diretrizes nenhuma o medico que era dono do hospital de repente não queria mais ser dono de hospital e vendeu para o Estado o hospital Dona Regina era um hotel e virou um hospital, Alvorada você sabe como Estado ficou dono de um hospital estadual em Alvorada nasceu com um HPP o municipio não deu conta e uma ação politica o Estado assumiu o hospital do municipio e sim foram outros o HGP nasceu para ser um hospital de alta complexidade e hoje ele tem um pronto socorro porque Palmas não tem. E me lembro direitinho de quando inauguramos o HGP ele não tinha pronto socorro , porque o pronto socorro ainda estava na quadra 51 e decisão da secretaria era manter o pronto socorro na 51 e o HGP lá fechadinho, so que quando foram colocar no papel o custo iria ser muito grande, então resolveram pegar a parte da frente que estava destinada para outra coisa. O HGP não tinha o pronto socorro e hoje tem o pronto socorro esta la funcionando atende em torno de 60 pessoa por dia de todos os lugares, mas estamos dizendo na portaria que agente acha que entendemos quanto secretaria que tem 18 hospitais que não são da secretaria eles são do sistema único de saúde, mas é a secretaria que administra é a secretaria que aloca recurso é a secretaria que sofre todas as sanções possíveis e impossíveis da justiça e do ministério publico e defensoria e nos temos que dizer o que agente quer, então a portaria não é para restringir ninguém e não sou eu que tenho que dizer o que o COSEMS tem que fazer e acredito que vocês não podem abrir mão de participarem de

uma assembleia dessa porque estamos fazendo planos para futuro e não podemos olhar no retrovisor porque a secretaria não fez isso e não fez aquilo e estou aqui já tem um bom tempo e realmente faço a critica de que agente não consegue cumprir porque é muita coisa a recém experiência que tive a frente dos hospitais me forjo bem forjado em tudo e faço um elogio a Sr^a Elaine porque ela e superintendente você aqui tem que escolher o problema que você vai resolver e o que você não consegue resolver vai ver se resolve sozinho são 18 hospitais com todo tipo de problema que imagina e a maior parte dele esta vinculada a questão financeira se falta medicamento e porque não pagou a empresa se falta exame e porque não teve dinheiro para compra o exame e tem uma boa parte que não e dinheiro que vai resolver se o medico resolveu que não vai fazer determinado procedimento e não será dinheiro que vai resolver. Acho que não podemos perde essa oportunidade que através de um instrumento que estar publicado e foi construído não pode perde a oportunidade de debater daqui para frente e não vai ter Sr. Roberto o documento perfeito, não vai ter aquele documento que vai ser 100% elogiado sempre vai ter uma critica em algum ponto ou em vários pontos. Nos não podemos ficar com esse pensamento sabemos que politicagem domina muito do ambiente e é prejudicial, mas é um componente que não podemos ignorar, porque os políticos são pessoas legitimadas, nesse caso tem que convencer de que o certo seguir o critério técnico, mas muitas das vezes o critério politico ele sobressai, mas não se trata dessa portaria de critério politico a portaria foi feita sobre os critérios técnicos e não é um documento perfeito e é o máximo que se conseguiu para se dar clareza com que a secretaria quer para futuro as criticas com que vocês fazem, entendo porque ser secretario de municipio não devem ser fácil, mas também o lado da agente aqui também não fácil não. E acho que estamos todos do mesmo lado do lado dos SUS e com relação a portaria, embora entendo a critica mas acredito que temos que esquecer o atrás e olhar para frente e tenta construir um modelo baseado nas diretrizes. A Sr^a Valeria Paranaguá ressaltou que a secretaria reconhece entendi o processo de trabalho e que os municípios estao na reunião no termo de compromisso e todos vocês os demais técnicos entendi o processo, mas se os hospitais sem lotados então onde estao hospitais de reta guarda, porque o hospital de Porto Nacional não esta funcionando, porque o de Dianópolis não esta funcionando, porque Miracema não esta fazendo partos, onde esta os hospitais de unidade mista os HPP porque eles não estao fazendo partos normais, não adianta concentrar nos maiores e não olha com atenção para os menores vocês estao justamente refazendo a nossa fala de fortalecer a rede. São problemas administrativos que desde o

início da fala não queria entrar no mérito porque cada uma tem suas competências e não quero dizer que esta fazendo certo ou que esta fazendo errado não queremos entrar esse mérito e o que queremos dizer é que os municípios não estão tendo assistência, mas é nesse sentido. Vejo que fala do Sr. Marcos Senna do Sr. Ullanes e da Sr^a Elaine reconhece esse momento de nos discutir e encontrar uma solução. A Sr^a Luiza Regina faz um resgate de duas situações em relação ao salário de R\$15.000,00 (quinze mil reais) do especialista e me lembro bem que diversos momentos em discursões na CIB e na previa houve um reconhecimento contrário de que nosso salário não era atrativo porque os municípios contratavam a preços superiores do nosso. E a outra questão é em relação à portaria para nós é extremamente tranquilo e saudável e oportuno o movimento que vocês fizeram o pedido de mudança do que está na portaria, e isso é um roteiro e um caminho e contei os considerando dessa portaria ela tem mas considerando do que conteúdo. Porque conteúdo é a tradução dos 36 considerando de norma, ela não está se efetivando e não está praticando essa portaria o que está disposto no final dela no artigo 34 a implementação da organização do componente hospitalar de unidade que estão como sugestão estadual na rede de atenção à saúde será de forma gradual aparte da definição do perfil assistencial das unidades hospitalares celebração de contratualização e organização de processo de trabalho e complementando com 35 para fazer conjunto e justamente por causa de toda essa dificuldade que nós reconhecemos a fala de todo mundo é a mesma porque as nossas dificuldades de colocar em prática o ideal que está posto no papel agora o caminho a ser percorrido penso que nós temos dificuldade ainda penso que todos nós pelo menos deveria fazer um estágio de dois meses nessa área porque são 18 micro poderes cada hospital e um organismo vivo, são 18 hospitais em 15 cidades distintas então não é fácil e temos total tranquilidade para estar reavendo essa portaria que nós apresentamos para vocês dia 14 de fevereiro e estou com a lista de frequência do dia da reunião onde foi apresentado o trecho da portaria. E nada nos impede e republica, mas temos condições de sentar com vocês e trazer uma proposta. E proposta em si de redefinição ela não existe, nós não temos essa maturidade do trabalho e do produto acabado. E temos o compromisso de mudar o modelo um jeito de trabalhar e foi construído ao longo da existência do Estado do Tocantins que bem ou mal teve suas funções e todas as decisões tiveram suas funções teve seu lado negativo e seu lado positivo e nós temos que ter a segurança e a coragem de colocar isso na mesa e dizer se der para fazer ou não alguma coisa ou vai continuar do jeito que está e não para chegar para vocês com esse discurso que critica que não tem resolutividade e então

o que iremos coloca no lugar, o que iremos fazer com 80% (oitenta por cento) da força de trabalho concursada. Então o cenário não é algo simples, não é um cenário fácil e sim complexo. O Sr. Roberto perguntou em relação aos serviços que já estão ofertados em alguns hospitais de Arapoema, Alvorada que esta no recurso humana para ser renovada qual a posição do Estado. A Sr^a Elaine esclareceu que os documentos estão no RH, e teria que verificar com o responsável pelo setor porque o Dr. Edgar pediu para fazer uma avaliação de todos os especialistas que estão no porte I para verificar de que forma será conduzida e não tenho essa resposta agora. A Sr^a Luiza ressalta que as renovações dos contratos normalmente são demoradas em torno de 3 a 4 meses. O Sr. Roberto perguntou em relação à remoção de médicos. A Sr^a Elaine esclareceu que nos temos como recomendação do Tribunal de Contas do Estado – TCE que toda remoção não posso causar um furo na escala ou gerar plantão extra dependendo da especialidade do que funciona e do que tem pactuado para aquela região, porque se tira um médico de lá estarei criando uma lacuna e uma desassistência dos pacientes referenciados daquela unidade e a remoção de um profissional depende da especialidade para onde vou sempre faço a consulta para área de políticas da secretaria que a SPAS para verificar o que tem que funcionar naquela região com que o profissional esta solicitando a remoção agente sempre submete para evitar que você para manda uma especialidade que não tem pactuado nada para lá ou não seja o perfil daquela região ou daquele hospital estão sempre estamos fazendo a consulta. A Sr^a Valeria Paranaguá informou que a impaciência dela porque ela ressalta que já foi superintendente e os 18 hospitais já foi de responsabilidade por 1 ano e 3 meses então assim tem problemas, sim tem e sempre vai ter, o Sr. Renato Jayme já foi secretário o Sr. Ullanes já foi superintendente então todo mundo aqui já foi e conhece a realidade o que a Sr^a Damares colocou isso temos sempre e não precisa mais fazer levantamento porque todo mundo já sabe isso é anos e anos, acredito que como vivemos no sistema único de saúde que vários direitos começaram a ser enraizado como direitos vários deveres do Estado começaram enraizar como deveres do Estado nos nunca iremos solucionar todos os casos, o que estamos pedindo aqui no termo de compromisso é o mínimo do mínimo o que estamos percebendo é que os hospitais e os que estão sendo descaracterizados, existe uma rede deste 1994 e foi trabalhado foi melhorado ou foi certo não sei dizer e não vou avaliar por estava trabalhando na gestão, queremos saber qual a proposta hoje, já que aquela não serve, então qual a melhor proposta é isso que nos do COSEMS estamos aqui perguntando a vocês para tentar abrir uma negociação, porque iremos sair da reunião e

para onde iremos, é esse o caminho que o COSEMS esta perguntando porque são varias reclamações de todos os setores nada esta sendo normatizado nas rotinas de qualquer hospital e qualquer serviço do Estado é isso que estamos perguntando, qual será o próximo passo para poder tenta resolver algo, não é resolver o top, mas resolver o mínimo, vão resolver casos clínico, vão resolver casos cirúrgicos, o Opera Tocantins não vai resolver, o opera para nos municípios não visualizamos porque a nossa demanda da lista nunca foi atendida, não estou falando que cada um de nos possa sair aqui sofre um atropelamento todos nos estamos sujeitos e nos precisamos dessa rede, nos precisamos que o posto de saúde funcione, nos precisamos que UPA funcione o SAMU funcione e os hospitais funcione é isso que estamos sentindo é isso que é a nossa inquietação, por isso troucemos uma medida de trazer uma minuta para trazer para secretaria de saúde porque temos que abrir a negociação, e não so trazer para CIB as pessoa ouvem e não tem resposta. A Sr^a Luiza informou que podemos substituir o termo de compromisso por um termo ou por uma coisa pratica uma agenda pratica agenda de saúde, se fizemos um plano de ação focado nos problemas que vocês estao priorizando porque um todo ficou uma angústia dos dois lados, então será se agente construir uma agenda propositiva e positiva de solução com o que, quem e quando. Os Sr. Roberto questionou qual o medo do Estado em assinar esse termo de compromisso. O Sr. Marcos Senna explicou que é uma via inadequada porque se tem uma via técnica própria que são todos os instrumentos que estao estabelecidos em Lei, então iremos assinar um compromisso naquilo que já está estabelecido. E a proposta que fosse criada um grupo que fosse envolvendo os secretários interessados e regiões interessadas para monitoramento de diagnóstico, monitoramento do que esta sendo cumprindo e ai sim em Ata a própria CIB ou que for dos compromissos estabelecidos, não tem necessidade de assinar um termo para isso, o que esta aqui é própria da atividade da SES- TO tem que reestudar a rede, tem que reestudar o corpo clinico, ela tem que fazer o pagamento dos repasses e tudo isso já esta estabelecido em diversos outros instrumentos, entendo a necessidades dos municípios que é também a necessidade do Estado de definição de metas e de prazos não precisa de um termo pode ser em uma Ata da CIB, tem que ser discutido, concordo plenamente, acredito que temos que avançar que temos que estabelecer prazos, compromissos isso é necessário para ter o que cobrar e há quem cobrar so não acho que tem que ser um termo de compromisso. A Sr^a Nayara Secretaria Geral da CIB gostaria de dar uma sugestão, achou interessante a falar a da Sr^a Damares trouxe o que é parecido com o termo de compromisso, mas é uma carta de

compromisso, acredito que seja, mas possível de nominar pessoas e responsabilizar e traz um prazo, acredito que maior parte do termo de compromisso atrás aquilo que é problema nos hospitais é aquilo que área da Sr^a Damares vem trazendo que é a questão das dificuldades dos hospitais que esta a maioria das regiões com a exceção da Ilha do Bananal, mas Amor Perfeito já esteve resultado em relação a esta carta e acredito que pode ser um processo que possa esta sendo estabelecido um Ad Referendum do secretario de agenda com essas regiões, agendando reuniões e trazendo alguma responsabilidade algum prazo, mas como ela vem sendo feita em relação à carta e com comitante a isso a acontecer o que o Dr. Marcos disse do grupo COSEMS e Estado trazer algo em relação o que não esta incluída. E a CIB são aqueles assuntos pautados ordinariamente não são assuntos pontuais discutidos assim e a maioria de hospitais e tem os maiores, mas pesados em relacionados a dividas e o que percebi aqui, mas a carta de recomendação não é algo semelhante ao termo que traz assinatura pelo que percebi e traz responsabilidades e inclusive acredito que seja mais fácil responsabilizar pessoa e tais prazos e ter um monitoramento que tem que apresentar na CIR e que podemos apresentar na CIB também os resultados da carta. A divida pode se fazer um trabalho pontual em grupos ou câmara técnica de novo so para discutir a questão da divida, como esta sendo pago e estou falando o que esta citada no termo e na minuta. A Sr^a Mísia Saldanha ressaltou que o COSEMS tem pontuado algumas coisas importantes o Estado senta e depois vai conversa com COSEMS isso é um processo de construção conjunta, como vocês dizem temos os problemas, mas os problemas tem que ser entendidos e trabalhados no conjunto. E quando a Sr^a Luiza faz a proposta que também já foi endossada pela a Sr.^a Perciliana esse processo de construção conjunta precisa existir não é um momento de CIB, a CIB nos viemos para mostrar e para confrontar o que esta sendo feito ou não e nos não podemos esperar processo em que o Estado ira fazer e nos mostrar, temos que construir conjuntamente, e se precisar ir para região iremos para região e não adianta fugir mais disso, nos temos que sentar e arregaçar as mangas e trabalhar e ter foco, e esse foco é o seguinte, quanto tempo nos temos para resolver isso aqui é uma semana então em uma semana temos que dar conta, mas esse prazo também é conjunto não adianta fazer isso isolado e precisamos tomar esse posicionamento juntos. O Sr. Lucione SMS de Monte do Carmo ressaltou que essas discursões elas já chegaram ao limite ao extremo porque toda vez que nos municípios que estamos lá na ponta, agente pede qualquer explicação para o Estado e infelizmente as respostas são vazias e no entendo essas discursões ela esteve, mas ativa dentre os

secretários de todas as regiões justamente por essa fala que o Estado talvez a área técnica que foi responsabilizada naquele momento para dar uma resposta e deram respostas vazias e se demora 2 meses de uma CIR para outra quando pegamos uma resposta por exemplo do Estado vira motivo de chacota dentro da própria reunião porque nos não temos uma resposta autêntica, exemplo é resolução do HPP é resolução das nossas referências qual é a resolutividade que temos daquilo só que no entanto nos ainda não sentamos, não estabelecemos prazos e vemos cada dificuldade de cada região no meu modo de ver e não vai adiantar nos discutimos, e se nos não estabelecermos os prazos para isso aqui de nada vai adiantar, porque vai ficar nos discutindo daqui, o pessoal do Estado também discutindo e não iremos chegar em objetivo comum que é estabelecer prazos que tenhamos resolução das dificuldades que nos estamos tendo na ponta. O Sr. Marcos Senna ressaltou de que estamos todos falando a mesma coisa. A Sr^a Mísia ressaltou que não está falando só de espaço de CIR não, e que está falando de um plano de ação para dar respostas ao que vocês estão levantando pontualmente e nos resolvermos juntos porque Estado sozinho não vai, e se agente vai dar espaço para um e outro pensar depois não dar certo, tem que construir juntos e processo de trabalho têm que mudar e fazer juntos, porque fazer separado e perca de tempo. O Sr. Roberto ressaltou que se juntamos Estado e municípios e porque estamos construindo juntos e não bilateral o problema é que o Estado que sair pela tangente, esses problemas são problemas antigos, apresentem para nós os prazos. O Sr. Marcos Senna ressaltou que primeiro isso não é um documento e estamos falando a mesma coisa e angústia dos municípios e do Estado e a necessidade de organização, e o que estou propondo e que alguns desses pontos daqui como a questão da reestruturação da rede são questões que não estão maduras ainda para se assumir uma postura por parte do Estado que tanto estão sendo discutido redirecionamento, perfis dos hospitais, e vi dessa forma que o documento é um instrumento para provoca uma agenda e hoje é um ponto de partida nelas e minha única inconformidade é uma assinatura de um termo de compromisso por que acho que isso pode estar dentro de Atas de reuniões de cada CIB e de grupo técnico e criação que se fixe no fórum adequado que é a CIB e a CIR os compromissos de enfrentamento de todas as necessidades de cada região e com relação à executividade do termo de compromisso que pode ser uma preocupação de advogado e falo como advogado desse termo aqui o que pode ser executado contra partida estadual e o que está estabelecida em PPI e pode ser executado pela própria PPI, você já tem um documento executado o termo de compromisso ou a PPI é a mesma coisa já existe um

tipo executivo para isso porque as outras coisas readequação do corpo clínico e reestruturação assistencial, você não tem como executar porque são coisa genéricas, não existe definição, e se já estivesse estabelecido vamos ter ortopedista em Alvorada exemplo e isso já tivesse nesse momento de conhecimento por todos nós de definição e assumisse um compromisso nesse sentido, vamos colocar ortopedista em Alvorada e nesse caso o Estado não cumprisse aí poderia executar mas não temos se quer esse momento ainda, então esse termo ele é nada no mundo jurídico. A Sr^a Luiza Regina ressaltou que vale lembrar o plano de ação que está conciliada na justiça federal que traz compromisso do conteúdo desse documento a justiça federal não teve a coragem de executar a secretaria porque ela entende a grandeza da complexidade e do sistema único de saúde e traz todo detalhamento do que vocês trouxeram de forma bem resumida nesse termo de compromisso por isso que minha proposta de encaminhamento e essa, plano de ação e objetivo um cheque liste tratando de forma regionalizada e trazemos o termo para pactuação na CIB de forma propositiva focada no que vocês priorizaram de ser solucionada enquanto problema. O Sr. Roberto ressaltou que a reunião da câmara técnica não se resumiu em nada e se levantou juntos com os membros do COSEMS e ressaltou que é preciso entrar política no meio das discussões para serem resolvidas. Reunião da 2ª Câmara Técnica Gestão do SUS do ano de 2019 encerrado as 12:02 horas.