

Ata da 126ª Reunião Ordinária do  
CES - Conselho Estadual de Saúde

1  
2  
3 Aos vinte oito dias do mês de fevereiro de dois mil e sete, na sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 4ª  
4 Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as  
5 presenças dos senhores membros do Conselho, Dr. Washington Luis Silva Couto – Presidente Substituto do Conselho,  
6 Dra. Candice de Almeida Rocha Lêdo – Secretária Executiva do CES, Carla Pinheiro Fernandes, Déborah Dourado  
7 Lopes, Carmen Célia Carneiro Carvalho Smith, Rita de Cássia Pereira Fernandes, Sônia Magnólia Lemos, Andréia  
8 Ferreira de Paiva, Antônio Brito, Luiz Delfino Mota Lopes, Francisco José de Souza e Silva, Joilda Gomes Rua Cardoso,  
9 Josivaldo de Jesus Gonçalves, Josair Santos Bastos, João Augusto Tararan, Santiago Coelho Rodrigues Campo, Eduardo  
10 Ferreira Arantes, Márcia Cristina Graça Marinho, Antônio Justino de Souza, Carlos de Souza Andrade e Geraldo  
11 Andrade Filho, para a reunião do CES/Ba. Às 15 horas o Senhor Presidente fez a primeira convocação, não houve  
12 quorum. Às 15h30min foi aberta a reunião do CES pelo Senhor Presidente Substituto que justificou a ausência do Senhor  
13 Presidente do Conselho Dr. Jorge Solla que se encontra em Brasília participando de um evento do CONASS – Conselho  
14 Nacional de Secretários Estadual de Saúde. Colocou a ata da 125ª reunião ordinária em discussão e votação, que foi  
15 aprovada à unanimidade. Em seguida empossou os Senhores: Andreia Ferreira de Paiva, para compor o CES - Conselho  
16 Estadual de Saúde, como representante Suplente representando a Secretaria da Administração, em substituição Nelson  
17 Pestana; Luiz Delfino Mota Lopes, para compor o CES - Conselho Estadual de Saúde, como representante Titular das  
18 Entidades Privadas Prestadoras de Serviços de Saúde do Estado da Bahia, em substituição a Elza de Oliveira Araújo.  
19 João Augusto Tararan, para compor o CES - Conselho Estadual de Saúde, na qualidade de Conselheiro Suplente  
20 representando a FIEB – Federação das Indústrias do Estado da Bahia, em substituição a Alfred Kirchhoff. Rita De Cássia  
21 Pereira Fernandes, para compor o CES - Conselho Estadual de Saúde, na qualidade de Conselheiro Suplente  
22 representando a UFBA – Universidade Federal da Bahia. Eduardo Ferreira Arantes, para compor o CES - Conselho  
23 Estadual de Saúde, na qualidade de Conselheiro Titular representando a COFIC – Comitê do Fomento Industrial de  
24 Camaçari. Informou que foram convidados para esta reunião representantes da EBAL – Empresa Baiana de Alimentos e  
25 da Secretária de Indústria e Comércio, mas devido a outros compromissos não puderam comparecer; talvez virão mais  
26 tarde. O Senhor Presidente passou a palavra para a Secretária Executiva do Conselho Dra. Candice de Almeida Rocha  
27 Lêdo, para ler as Resoluções da CIB - Comissão Intergestores Bipartite: 1 Resolução CIB Nº 06/2007 - Aprova o 1º  
28 Projeto de Cirurgias Eletivas de 2007 do Estado da Bahia, incorporando os municípios de Inhambupe, Ubaíra e  
29 Ubaitaba; 2 Resolução CIB Nº 07/2007 - Aprova a proposta de solicitação de prorrogação do prazo estabelecido na  
30 Portaria Ministerial nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007, a ser encaminhada ao Ministério da Saúde para deliberação; 3  
31 Resolução CIB Nº 08/2007 – Aprova a Implantação/Expansão de Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde  
32 Bucal do município de Guanambi; 4 Resolução CIB nº 09/2007 - Aprova o Credenciamento do Centro de Atenção  
33 Psicossocial – CAPS no município de Santa Cruz Cabrália, conforme Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002; 5 -  
34 Resolução CIB nº 10/2007 - Aprova que o repasse de recursos relativos a futuras Campanhas de Vacinação Anti-Rábica,  
35 se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; 6- Resolução CIB nº 011/2007 - Aprova a  
36 proposta de solicitação de prorrogação do prazo estabelecido pela Portaria Ministerial de nº 750/2006 de 10 de outubro  
37 de 2006, a ser encaminhada ao Ministério da Saúde. O Senhor Presidente Substituto saudou aos novos conselheiros, que  
38 sejam bem-vindos a este Conselho, em seguida passou a palavra para os conselheiros fazerem os informes das  
39 respectivas entidades. Antes, o Senhor Presidente Substituto prestou esclarecimentos sobre algumas resoluções da CIB. O  
40 Conselheiro Francisco José lembrou que hoje se comemorava o dia internacional de conscientização sobre a LER/DORT  
41 e foi realizada hoje pela manhã no auditório do CESAT uma mesa de discussão sobre a reabilitação e prevenção.  
42 Domingo dia 04/03 haverá atividade no Parque da Cidade das 09hs às 14 hs, onde algumas instituições como a  
43 Faculdade Baiana de Medicina, o Centro de Referência de Saúde do Trabalhador colocarão para a população em geral a  
44 qualidade e o tipo de serviço oferecido à população em relação a este tipo de patologia. Oficialmente é comemorado no  
45 dia 29 de fevereiro, mas como este ano não há a data, então será comemorado no dia 28. O Senhor Presidente convida  
46 Dr. Lindemberg Costa para expor sobre a Rede Baiana da Farmácia Popular do Brasil, que disse se sentir honrado em  
47 estar aqui neste Conselho pela primeira vez. Informou ser professor da Faculdade de Farmácia, e que já foi diretor  
48 técnico do Hospital das Clínicas durante quatro anos. Colocou que estava aqui para colaborar, que a Secretaria está com  
49 várias demandas, onde três delas são na área de assistência farmacêutica, e certamente demandarão muito trabalho, que  
50 em um mês e meio já há várias coisas projetadas para a inauguração da primeira farmácia popular, com um novo modelo  
51 integrado no programa de assistência farmacêutica do Estado, até o final do mês de março: “Rede Baiana do Programa  
52 Farmácia Popular do Brasil - Implantação das Farmácias Populares na Rede da EBAL (Cesta do Povo). Este programa  
53 pode não estar integrado no programa de assistência farmacêutica dos municípios do Estado. 1. Programa Farmácia  
54 Popular - O que é: a) É um programa do Governo Federal para fornecimento de medicamentos a baixo custo. b) É uma  
55 política pública para ampliação de acesso. 1.2 Antecedentes: a) Instituído pelo decreto 5.090, de 20 de maio de 2004; b)  
56 Parcerias entre governos estaduais, municipais, instituições da área de saúde e de ensino superior. 1.3 Objetivos: a)  
57 Ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. A lista tem cem medicamentos, são poucos, basicamente  
58 hipertensão e diabetes; b) Atender a população de baixo poder aquisitivo; c) Promover o uso racional de medicamentos.  
59 2. Rede Baiana do Programa Farmácia Popular - Proposta: 2.1 Parceiros: Ministério da Saúde - MS, SESAB e Empresa  
60 Baiana de Alimentos – EBAL. A integração e a idéia, é colocar a farmácia nas lojas da rede Baiana de alimentos pelo  
61 espaço físico, aproveitando o pessoal que ia ser demitido; obviamente que os currículos serão analisados e os  
62 funcionários serão treinados. Essas farmácias terão um novo modelo de atuação. 2.2 Diretrizes: a) Integração do  
63 Programa Farmácia Popular do Brasil na Política Estadual de Assistência Farmacêutica; b) Garantia do Acesso com Uso

64 Racional de Medicamentos; c) Campo de prática para capacitação de farmacêuticos na área de Atenção Farmacêutica  
65 através de um convênio que será realizado com a UFBA e outras Universidades Estaduais. 2.3 Vantagens: a)  
66 Oportunidade de geração de emprego; b) Aproveitamento dos recursos humanos da EBAL para as Farmácias Populares;  
67 c) Garantia do acesso e da Promoção do Uso Racional para a população assistida; d) Integração do Programa Federal  
68 com a Atenção Básica; e) Infra-estrutura física já existente; f) Capilaridade da Rede EBAL, que tem quatrocentos e trinta  
69 e cinco lojas nos quatrocentos e dezessete municípios. Nesta primeira fase serão abertas vinte e sete farmácias, sendo a  
70 primeira na cesta do povo do Ogunjá que é a sede da EBAL. 3. Proposta de localidades para implementação da Farmácia  
71 Popular do Brasil - as obras já vão ser iniciadas, faltando apenas alguns detalhes. Inicialmente serão onze farmácias na  
72 Capital e quinze no interior Distribuímos bem, principalmente nos bairros que há necessidades; isso será casado com o  
73 Programa de Assistência Farmacêutica Básica para que não falte medicamento na ponta e tenha na farmácia popular.  
74 Teremos este controle para que não aconteça o desabastecimento na rede básica de medicamento gratuito e não ocorra  
75 competição; 3.1 Localização: Capital – 11 Farmácias e Interior – 15 Farmácias. 3.2 Farmácias existentes: Roma,  
76 Comércio, Pitangueiras, Cajazeiras VIII, Nordeste de Amaralina, Cabula e Liberdade. 3.3 Farmácias a serem  
77 implantadas: Alagados, Alto de Coutos, Barros Reis, Boca do Rio, Caixa D'água, Cajazeiras X, Canabrava, Castelo  
78 Branco, Estrada das Barreiras, Itapoá, Mussurunga, Ogunjá, Periperi, Plataforma, Ribeira, São Caetano e Sussuarana.  
79 Obviamente serão integradas a este programa e estamos estudando a possibilidade de tirar dos locais que existem para  
80 colocar nas cestas do povo. 3.4 Exemplo - Características (Alagados): a) População local de 150.000 pessoas, b) Público  
81 mensal de 8.700 clientes; c) Média de vendas de R\$ 196.000,00/mês, d) Imóvel cedido (CONDER), e) Quatro  
82 funcionários pré-selecionados, f) Localização: Residencial. Todas as farmácias têm áreas pré-definidas de  
83 armazenamento e de gerência e uma sala de atendimento exclusivo de um profissional farmacêutico, pois há uma  
84 exigência legal onde todas terão que ter um farmacêutico, e isso não tem acontecido em todas as farmácias. 3.5 Exemplo  
85 - Características (Alto de Coutos): a) População local de 62.000 pessoas; b) Público mensal de 4.000 clientes; c) Média  
86 de vendas de R\$ 64.000,00/mês; d) Imóvel alugado; e) Sem funcionários pré-selecionados; f) Localização:  
87 Residencial/Comercial. ”Concluiu dizendo que provavelmente a primeira farmácia será inaugurada no dia 22 de março  
88 de 2007, e caso dê tudo certo no mês de abril as outras vinte e seis restantes da primeira fase, até o final do ano serão  
89 abertas no interior do Estado setenta das previstas para este ano. As negociações com o municípios estão sendo  
90 efetuadas, e à medida que essas negociações forem sendo avançadas, vamos escolhendo os locais e as implantações.  
91 Todas as plantas prontas; só falta o repasse dos recursos do Ministério da Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde. A  
92 farmácia popular do Brasil hoje está passando pelo seu segundo estágio; além das farmácias que já estão implantadas com  
93 a ação realizada pelo município, Ministério da Saúde e FIOCRUZ, temos também um outro componente que é o II, da  
94 venda de medicamentos em farmácias privadas com um desconto, medicamentos subsidiados. O Governo paga a  
95 farmácia e a pessoa adquire o medicamento de até com 90% de desconto. O Conselheiro Carlos Andrade explicou que  
96 basicamente são oito produtos que o Governo federal fez um convênio com as farmácias particulares, na área de diabetes  
97 e hipertensão. A lista de produtos é muito pequena, mas realmente é um grande benefício. Há dificuldade das farmácias  
98 privadas, inclusive, fiz esta colocação na última reunião deste Conselho, é de nos cadastrarmos junto ao MS, mas Dr.  
99 Jorge Solla se comprometeu a agilizar e disse ter consciência e ciência que o DATASUS de Brasília está realmente em  
100 dificuldade, tanto que aqui na Bahia só tem uma rede de farmácia que tem este serviço. O Senhor Presidente Substituto  
101 lembrou que Ministério já aprovou vinte e sete municípios para implantação da farmácia básica. O Conselheiro Josivaldo  
102 Gonçalves comunicou que leu uma matéria no Jornal A TARDE do Secretário de Agricultura Geraldo Simões falando do  
103 rombo que está na EBAL, mas que está sendo feita uma avaliação e um estudo que serão passados para o Senhor  
104 Governador para ver o que será feito e retomar este projeto da cesta do povo; e Dr. Lindemberg colocou que a partir de  
105 março já serão inauguradas as primeiras lojas. Perguntou se só a farmácia funcionará, se não terá mais a rede de produtos  
106 alimentícios. Dr. Lindemberg esclareceu que na realidade quem estaria aqui era o pessoal da EBAL que infelizmente  
107 precisaram sair mais cedo; eles sim poderiam informar melhor com relação à parte alimentícia, porém a informação que  
108 tem é que abrirá a cesta do povo com um outro modelo. O Senhor Presidente Substituto registrou que hoje esteve na  
109 reunião do Conselho Administrativo da EBAL; e na verdade ela não fechou. Está sendo feita uma revitalização onde as  
110 lojas serão reabertas no dia 23 de março, todavia não sabe se o nome será o mesmo: cesta do povo. Já é público também,  
111 que foi feito um processo da manutenção de dois mil e oitocentos empregos. Por que reforçamos a manutenção dos  
112 empregos e não reforçamos a saída de mil e duzentas pessoas? Entendemos que pegamos um programa realmente falido.  
113 Caracterizamos a EBAL hoje como um barco que tinha mais de quatro mil servidores que na verdade a sua capacidade  
114 era apenas de dois mil. Uma estrutura inchada, falida e com débitos de mais de quatrocentos milhões. Não entra na lei de  
115 responsabilidade fiscal, por isso que esses débitos ficarão, pois é uma S.A. Se fosse público não haveria estes problemas,  
116 pois, seria necessário ter um lastro para dar conta do pagamento, se não o gestor responderia sobre isso. O objetivo maior  
117 da empresa Baiana de Alimentos e agora de farmácia também, é colocar à disposição da comunidade revitalizada uma  
118 nova forma séria de gerir essas coisas. As farmácias vão ser inauguradas junto de uma estrutura que estará funcionando  
119 dentro de um portmíx de produtos que serão definidos. Pelo que foi apresentado naquela planta, todos os Conselheiros  
120 viram que a loja do Ogunjá tem sete porta e uma porta daquelas vais se fazer um L que será a farmácia; portanto quem  
121 está dentro da loja não entra na farmácia e vice-versa. Estamos ganhando com isso uma parceria de um programa que  
122 dará uma resposta à comunidade, dando trabalho a esses dois mil e oitocentos servidores que poderiam estar hoje fora.  
123 Essas pessoas serão treinadas e capacitadas para esta nova atividade. Com isso, mostraremos à comunidade que temos  
124 uma empresa como a EBAL colocando todos estes serviços, mas serviços com qualidade, porque a FIOCRUZ define o  
125 padrão de como têm que ser essas farmácias. Este padrão é rigorosamente cumprido. Tem que ter farmacêutico durante o  
126 funcionamento da farmácia e colocar todo o elenco de medicamento à disposição da comunidade. Dr. Lindemberg

127 complementou dizendo que tinham mais de duzentos itens na parte de alimentos que foi reduzido para um mix de  
128 produtos de quarenta itens. Tinham coisas que não eram básicas para atender a demanda da população. A questão da  
129 farmácia é por uma questão estratégica, porque a idéia é fazer não só a cesta do povo, mas também supermercado e  
130 restaurante em algumas, se for viável. É um espaço social mesmo e a farmácia é completamente subsidiada pelo  
131 Ministério da Saúde. A viabilidade econômica disso existe porque tem um subsídio e todo um financiamento próprio  
132 para as farmácias. Não só o pessoal da EBAL que será aproveitado; serão gerados novos empregados, como, por  
133 exemplo, os novos farmacêuticos. A Conselheira Carmem Célia colocou que a sua preocupação era com relação aos  
134 preços dos alimentos para a população. Acha que pela forma que vai caminhar terá um espaço que vai racionalizado e  
135 vai se ampliar o benefício. Perguntou se o preço médio que o governo vai pagar é o preço máximo ou o médio do  
136 desconto. O Conselheiro Carlos Andrade disse que este preço foi elaborado pelo Ministério da Saúde. Ele juntou  
137 produtos similares, genéricos e de marca. Fez um estudo econômico e elaborou uma portaria determinando os preços  
138 daqueles oito produtos iniciais. Informou que participou das primeiras negociações lá no Ministério da Saúde pela  
139 ABRAFARMA – Associação Brasileira da Rede de Farmácias e esta informação é verdade. Quem fez o preço foi o  
140 Ministério da Saúde. O Conselheiro Francisco José a respeito dos servidores da EBAL, disse que pelo que entendeu, a  
141 rede que está instalada hoje de farmácia popular vai continuar funcionando e esta rede já tem o seu quadro funcional.  
142 Então perguntou como ficará a situação desses trabalhadores com relação a esses outros que já trabalham hoje nas  
143 farmácias populares se os serviços praticamente serão os mesmos. A farmácia popular hoje já funciona com um corpo de  
144 funcionários e se terá uma nova modalidade de farmácia popular que será na cesta do povo, mas vai aproveitar, como foi  
145 colocado aqui. Perguntou se teria alguma dificuldade no enquadramento ou dos funcionários da farmácia popular em  
146 uma nova situação desses servidores, ou dos servidores e como estão sendo regidos agora esses profissionais que estão  
147 trabalhando já nas farmácias populares. Dr. Lindemberg explicou que as farmácias que já existem são sete: duas aqui e o  
148 restante no interior. São dois modelos: o que é para subsidiar oito medicamentos em farmácia comercial, Estrela Galdino,  
149 Santana etc é uma coisa; a outra são as novas farmácias e as que existem com convênios com a prefeitura. Essas setes  
150 continuarão como estão. Com as novas serão aproveitados todos os trabalhadores, obviamente com análise de currículo  
151 para saber o mínimo requisito que se tem. Temos alguns critérios para inclusão, pois são muitos, porque farmácia tem  
152 que ter um certo cuidado na seleção porque o próprio Ministério da Saúde, o programa exige. Então eles vão ser  
153 contemplados nesses vinte e sete. O enquadramento futuramente será visto. Se essas redes municipais vão passar para a  
154 administração da EBAL ou se continuarão com a prefeitura; ainda não foi definido. Nesta fase inicial permanecerá como  
155 está; e não houve problema. O Senhor Presidente Substituto afirmou ser vaga nova e que ninguém será demitido ou  
156 substituído, e que inclusive pelo estudo feito o pessoal da EBAL não dará conta de tudo, por isso abriremos um processo  
157 seletivo para incluir mais profissionais. O Conselheiro Francisco José disse que o que estava questionando era que já  
158 existe farmácia popular mantida pela prefeitura e vai haver as novas, pergunta se vai haver uma equiparação de salários e  
159 carga horárias entre os outros. Dr. Lindemberg explicou que foi feito um estudo da média do que o governo federal paga  
160 com o enquadramento com o enquadramento funcional da EBAL. Então o salário será praticamente igual, porque ele já  
161 tem vínculo. Há o aproveitamento em cima do nível salarial. O Senhor Presidente Substituto agradeceu ao Dr.  
162 Lindemberg diretor da assistência farmacêutica, solicitando que o mesmo estivesse sempre à disposição deste Conselho,  
163 pois este assunto estará sempre em discussão em pauta. O Senhor Presidente Substituto, em cumprimento a decisão deste  
164 Colegiado em sua última reunião ordinária, solicitou a indicação de 08 membros do Conselho Estadual de Saúde para  
165 compor a Comissão Permanente de Acompanhamento Orçamentário (04 membros) e Comissão Permanente de  
166 Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde (04 membros), em cumprimento ao Art. 13º do Regimento do  
167 Conselho Estadual de Saúde. Reforçou que foi solicitado ao Presidente deste CES de que as prestações de contas venham  
168 a ser feitas aqui, então é necessária a criação dessas comissões para que ela tenha a capacidade de fazer o olhar crítico do  
169 Conselho e com a capacidade de instruir e orientar os Conselheiros na plenária para posterior deliberações. O  
170 Conselheiro Francisco José sugeriu que para cada representante Titular houvesse um Suplente e de preferência de outra  
171 entidade. Todos concordarão com a preposição do Conselheiro. O Conselheiro Carlos Andrade questionou qual era a  
172 função específica e qual o período de trabalho desta Comissão. O Senhor Presidente Substituto esclareceu que são  
173 comissões permanentes. A Comissão de orçamento e Finanças tem o papel de acompanhar e monitorar com autonomia o  
174 Diretor do Fundo Estadual de Saúde Dr. Eduardo Reis e acompanhar o desenrolar dos pagamentos de todos os processos  
175 e também receber antecipadamente, como todos os Conselheiros vão receber a prestação de contas e fazer uma análise  
176 mais apurada. Sobre a Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde é um projeto de acompanhar  
177 cada Conselho no nosso Estado, prestando orientação, ajuda, trazendo demanda desses Conselhos para a reunião do CES,  
178 esclarecendo dúvida e também fazendo um acompanhamento in loco, viajando para que os Conselhos Municipais  
179 também tenham a certeza de que este Conselho Estadual está prestando este papel de orientar e ajudar, em fim até  
180 mesmo de capacitar outros Conselhos e Conselheiros que venham a ser formados. A Conselheira Carmem Célia sugeriu  
181 determinar um prazo do mandato para atuação daquele representante dentro das comissões. Acha que pode até a  
182 possibilidade de ser reconduzido, para não ficar assim sem definição de um tempo de início e fim. O Senhor Presidente  
183 Substituto explicou que o Regimento dessas Comissões deverão dispor sobre este tema, pois o Regimento do CES é  
184 omissivo. Ficou estabelecido que a Comissão que irá fazer uma proposta para revisão do Regimento pode sugerir uma  
185 supressão desta omissão. O Senhor Presidente Substituto disse que se poderia aprovar hoje os nomes, ressaltando o  
186 tempo do mandato para depois ser resolvidos. Disse ainda que gostaria que no processo do Regimento pudesse instalar  
187 novamente o debate, do tempo dessas comissões. O Senhor Presidente Substituto colocou em votação e todos  
188 concordaram. O Conselheiro Francisco José lembrou que o que a Conselheira está colocando é porque ela é suplente na  
189 representação; então diante não se for novamente a vaga para a central solicitou que o nome da Conselheira fosse

colocado, mesmo que para suplente. Para a Comissão de Acompanhamento dos Conselhos Municipais, foram escolhidos os seguintes membros: TITULAR: ODILON CUNHA ROCHA (Representante dos Prestadores/Gestores); SUPLENTE: LUIZ DELFINO MOTA LOPES (Representante dos Prestadores/Gestores); TITULAR: OUTRO REPRESENTANTE DAS ENTIDADES (Representante dos Trabalhadores); SUPLENTE: MARIA DE FÁTIMA PRASTES KNOKE (Representante dos Trabalhadores) TITULAR: MARCIA CRISTINA GRAÇA MARINHO (Representante dos Usuários); SUPLENTE: GERALDO ANDRADE FILHO (Representante dos Usuários); TITULAR: FRANCISCO JOSÉ SOUSA E SILVA (Representante dos Usuários) e SUPLENTE: JOSIVALDO DE JESUS (Representante dos Usuários). Para a Comissão de Acompanhamento Orçamentário foram escolhidos os seguintes membros: TITULAR: DÉBORAH DOURADO LOPES (Representante dos Prestadores/Gestores); SUPLENTE: ANTONIO BRITO (Representante dos Prestadores/Gestores); TITULAR: TEREZA CRISTINA BOMFIN DE JESUS DEIRÓ (Representante dos Trabalhadores); SUPLENTE: ANA MARIA DE OLIVEIRA SILVA (Representante dos Trabalhadores) (Representante dos Trabalhadores); TITULAR: JOSIVALDO DE JESUS GONÇALVES (Representante dos Usuários); SUPLENTE: JOILDA GOMES RUA CARDOSO (Representante dos Usuários); TITULAR: CARLOS DE SOUZA ANDRADE (Representante dos Usuários). O Senhor Presidente Substituto tendo em vista a realização nos dias 10 e 11 de abril de 2007 da Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde, bem como o fato do Estado da Bahia ainda não constar com 01 representante (titular e suplente) na Coordenação Nacional da Plenária, sugere a Convocação da II Plenária de Estadual de Conselhos de Saúde, bem como a instituição da Comissão Organizadora da supracitada plenária que será formada por quatro Conselheiros Estaduais de Saúde, convidou Dra. Elizabete Lima de Moraes para apresentar a proposta da Plenária: Dra. Elizabete registrou que a proposta é que aconteça a II Plenária Estadual de Conselhos de Saúde do Estado da Bahia, que seria no dia 02 de Abril de 2007, Local: Centro de Convenções. Teria a Plenária como objetivos: Estabelecer um espaço de discussão referente ao Controle Social no Pacto pela Saúde. Estimular a participação dos Conselheiros na Plenária Nacional. Promover a eleição do Conselheiro representante do Estado da Bahia, bem como o seu suplente, para comporem a coordenação da Plenária Nacional com o mandato – 02 anos/abril 2007 a abril/2009. Salientou que tem que sair uma comissão de Conselheiros hoje, provisória, para se proceder à organização da II plenária e mobilização com os quatrocentos e dezessete municípios.” O Senhor Presidente Substituto colocou em discussão para esclarecimentos. A Conselheira Márcia sugeriu que os componentes que estão participando da Comissão Permanente de Acompanhamento dos Conselhos Municipais de Saúde participassem da plenária e os representantes que participarão da comissão da plenária, de que vão ajudar a organizar e a convocar tenham o compromisso de comunicar para o conjunto em geral e em especial para quem está participando da comissão permanente para assim contribuírem com sugestões e idéias nas outras reuniões. Dra. Elizabete Moraes lembrou que todos os membros do CES são membros natos da plenária. O Conselheiro Josivaldo Gonçalves destacou sobre as outras conferências que já aconteceram como Saúde do Trabalhador e de Gestão e disse que esta plenária está atrasadíssima no Estado da Bahia, inclusive já foram realizados eventos a nível nacional e o Estado da Bahia não teve representante e foi uma vergonha para o Estado da Bahia. Esta Plenária era para ter sido convocada no ano passado para ser retirada esta representação. O Conselheiro Francisco José sugeriu a proposta de garantir a participação de qualquer Conselheiro na reunião independente de não estar participando da comissão organizadora e que seja passado um calendário dessas reuniões, mesmo que seja realizada em um outro município. O Conselheiro Francisco José sugeriu a participação do COSEMS junto à comissão que está tão próximo ao Conselho e até para não ficar sem a vaga. O Senhor Presidente Substituto informou que não sabia se o Conselheiro Odilon Rocha poderia estar presente porque terá no dia 08 de março a eleição para a presidência do COSEMS, mas parece que haverá um consenso e não terá um bate chapa. Por fim, faz a sugestão de que a 1ª reunião ocorra no dia 01 de março de 2007, às 14hs na sala de reunião do Gabinete. Foram escolhidos os seguintes Conselheiros para comporem a comissão organizadora da plenária: DÉBORAH DOURADO LOPES (Representante dos Prestadores/Gestores); TEREZA CRISTINA BOMFIN DE JESUS DEIRÓ (Representante dos Trabalhadores); FRANCISCO JOSÉ SOUSA E SILVA (Representante dos Usuários); e, JOSIVALDO DE JESUS GONÇALVES (Representante dos Usuários). O Senhor Presidente Substituto agradeceu a presença da Dra. Elizabete e continuando a pauta convidou 04 (quatro) Conselheiros para comporem o Grupo de Trabalho que elaborará uma proposta de Revisão ao Projeto de Lei do Conselho Estadual de Saúde que se encontra na Assembléia Legislativa. O Conselheiro Carlos Andrade perguntou se iria haver muitas reuniões. Dra. Candice Lêdo respondeu que o grupo de trabalho que iria decidir. O Conselheiro Carlos Andrade solicitou ainda que os avisos fossem enviados com antecedência por e-mail, e pelo menos com oito dias. O Senhor Presidente Substituto determinou que a Secretaria Executiva faça o grupo, envie e-mail e solicitou que todos os Conselheiros enviassem também propostas, a exemplo a da Conselheira Carmem Célia que foi sobre a definição do tempo de duração das comissões permanentes ou grupos de trabalho. No entanto vocês que definirão os prazos. O Conselheiro Carlos Andrade registrou que tem recebido muito material do Conselho e, parabenizou a Secretaria pela eficiência. Acha muito importante que as reuniões sejam sinalizadas por e-mail. O Senhor Presidente Substituto agradeceu em nome da Secretaria os parabéns. Justificou ainda a ausência dos Conselheiros Luís Eugênio e Déborah Dourado que estão participando também da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Salvador. Foram indicados para comporem o referido grupo de trabalho os Conselheiros Jecé Brandão o COSEMS, Carlos Andrade e Josivaldo Gonçalves. O Conselheiro Josivaldo Gonçalves passou às mãos do Senhor Presidente Substituto a documentação referente à uma denúncia sobre as prováveis irregularidades sobre a composição do Conselho Municipal de Saúde de Itabuna que não está cumprindo a paridade, indo de encontro com a Resolução 333 do CNS e até a própria lei do Conselho Municipal de Saúde, para que ele passe à comissão hoje aqui instalada para tomar as providências cabíveis. O Senhor Presidente Substituto registrou a entrega do documento à Secretaria Executiva do Conselho Estadual de Saúde que posteriormente encaminhará à comissão para acompanhamento. O Senhor Presidente convida Dra. Maria da

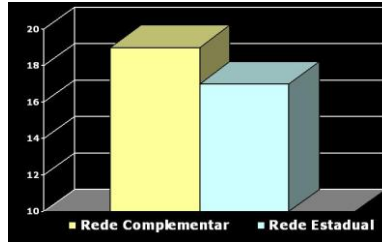
253 Conceição Benigno para fazer uma apresentação sobre a Situação da Regulação do Estado da Bahia: “ Desejou boas-  
254 vindas aos novos Conselheiros em nome do Superintendente de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde. Iniciou  
255 apresentando o Organograma da SESAB. ORGANOGRAMA SUREGS / DIREG Lei Estadual 9831 de 01.12.2005 -  
256 Proposta já sendo efetivada legalmente e institucionalmente. OBS: DIGES – transferida para a SAS e substituída pela  
257 Diretoria de Programação. A Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde é a que estamos representando. Temos três  
258 assessores técnicos. A Coordenação de Regulação Microrregional é representada por Dr. Ricardo, que precisou sair mais  
259 cedo por demanda da própria Central de Regulação. A Coordenação de Apoio à Regulação Municipal está representada  
260 por Dr. Vitório Tibiritá, e a Dra. Mirian Bittencourt é a assessora da Macrorregião que também está aqui presente.  
261 Observou que a Diretoria de Gestão das ações de serviços foi transferida para a nova Superintendência de Atenção  
262 Integral à Saúde e traz a Diretoria de Programação para a Regulação. Objetivos: Apresentar o processo de trabalho atual  
263 da Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde e dificuldades existentes; Promover a articulação entre as Secretarias  
264 Municipais de Saúde e destas com a SESAB-SUREGS, contando com a parceria do CES: Apresentar o processo de  
265 trabalho atual da Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde e dificuldades existentes. Promover a articulação entre  
266 as Secretarias Municipais de Saúde e destas com a SESAB-SUREGS, contando com a parceria do CES nas resoluções  
267 das nossas dificuldades e do controle; a participação do Conselheiro realmente é dar responsabilidade maior do controle  
268 e do sistema. REGULACÃO. Estratégia de Gestão. Descentralização. REGULACÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE.  
269 “Ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação,  
270 fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde. REGULACÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE. Tem  
271 como objeto a produção das ações diretas e finais da atenção à saúde, portanto está dirigida aos prestadores de serviços  
272 de saúde públicos e privados. REGULACÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA - Conjunto de relações, tecnologias e  
273 ações que, se inscritos nas diretrizes do SUS, devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a  
274 adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humanizada, oportuna,  
275 ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.” Regulação  
276 sobre Sistemas de Saúde – Esta não tem o objetivo de regular sistemas; ela é uma ferramenta da gestão que auxilia na  
277 regulação do sistema e está dentro do contexto da regulação da atenção; assim não cobraremos pertinências que não são  
278 do setor. Instrumentos importantes para regulação, o controle e avaliação: Bases Legais – Se vocês quiserem a  
279 apresentação podemos disponibilizar; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – não podemos inserir  
280 para qualquer processo de regulação de oferta de serviço nenhum estabelecimento de saúde que não seja no cadastro  
281 Nacional, é obrigado por lei; Cartão Nacional de Saúde – isso é importantíssimo. Com grandes dificuldades  
282 concededoras por todos os senhores na efetivação da sua utilização como identificação única para o controle,  
283 principalmente da oferta de serviço no seu território, da utilização dos serviços, mas que infelizmente ainda está de forma  
284 incipiente, o processo está tardo pelo Ministério e avanços em alguns municípios mais organizados a nível nacional, mas  
285 de um modo geral temos um grande número de cartão de Saúde, mas com distribuição dificultosa, irregulares, má  
286 utilização, cultura inadequada da utilização e sistemas que fazem regulação que não cruzam banco de dados;  
287 Contratualização de Serviços de Saúde – ponto primordial para efetividade da regulação, pois não regulamos serviços  
288 não contratualizados e a contratualização informal dificulta e muito, qualquer possibilidade de efetivação da regulação da  
289 assistência; Sistemas de Informação – que também é alimentação do banco de dados pelos municípios; Sistemas  
290 Informatizados – serve para facilitar o processo de regulação, porque entendemos que a regulação é garantir o acesso a  
291 um serviço de saúde sem que haja necessidade, facilitando a vida do usuário, o usuário não deveria andar para conseguir  
292 ter o seu acesso, desde a porta de entrada na atenção básica ele já deveria ter garantido o seu acesso dos serviços que as  
293 atenção básica demanda. Então o usuário entra no primeiro atendimento na atenção básica, dali as demandas de média  
294 complexidade já deveriam ser garantidas naquele local via serviços informatizados para que ele saia dali já com o  
295 agendamento na marcação garantindo acesso àquele serviço necessário no território local mais próximo da sua moradia;  
296 Redes Assistenciais; Protocolos de Regulação; Relatórios; Mecanismos de acompanhamento da PPI; Indicadores e  
297 parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade; Central de Agendamento e/ou Marcação; Central de Regulação (a  
298 Secretaria de Saúde do Estado da Bahia utiliza o SISREG). Bases legais: Portaria 729/GM/MS de 14/10/2002; Portaria  
299 2048/GM/MS de 05 /11/2002; Lei Estadual nº 9510 de 31/05/2005; Pacto de Gestão – Portaria 399GMMS de  
300 22/02/2006; Portaria 699/GM/MS de 30/04/2006; Portaria 494/SAS/MS de 30/06/2006. Dra. Conceição Benigno  
301 explicou que as anteriores a 2002 foram retiradas, pois ficaria um número de informação muito grande. Acredita que  
302 hoje esta seja a portaria mais importante porque fala do pacto de gestão do SUS, onde vêm bem determinados, com sua  
303 regulamentação, responsabilidades do Estado e dos municípios. A Portaria nº 494 tem ferramentas de informações  
304 extremamente importantes na facilitação para os municípios fazerem o processo de contratualização e todas as  
305 normatizações de contratualização. Ela fala sobre o financiamento, um avanço importante em relação à questão dos  
306 serviços de saúde que não são ações fins e sim ações meios, a exemplo da regulação que normalmente nosso  
307 financiamento está relacionado com produção de serviços, e neste aspecto auditoria, regulação estavam prejudicadas  
308 porque não produzem serviços; são ferramentas de ação e com a portaria 494 começa a sinalizar financiamento para  
309 implantação de centrais de regulação e dentro do pacto começa a ter uma sinalização de financiamento para essas ações  
310 que, seria mais ou menos calculado hoje pelo Ministério em torno de 2% dos serviços efetuados da média complexidade  
311 naquele município. Ele assinando o pacto, implantando os processos regulatórios exigidos, todas as responsabilidades,  
312 ele passaria a ter direito em um financiamento em um valor estimado de 2% de toda a produção da média complexidade  
313 para que garanta no mínimo este serviço. Exemplificou que a Central de Regulação do Estado localizada hoje em  
314 Salvador, foi feito um levantamento de custo recente que não havia, em torno de quase novecentos mil reais por mês.  
315 Com esta probabilidade de financiamento já seria garantido para este fim em torno de quinhentos mil reais por mês. O

que não tinha financiamento nenhum, cumprindo o pacto e suas responsabilidades, começa a ter seu financiamento; sabemos que quando não tem financiamento para implantar não é fácil, até mesmo quando tem já é difícil. Regulação do Acesso – Papel dos Municípios: Garantir o acesso dos seus munícipes e da população referenciada aos serviços de saúde da rede própria e credenciada existentes no município; Articular com outros municípios, com os quais pactuou, para as referências e contra referências; Articular com a SESAB programações não pactuadas, serviços que ele não fez pactuação com nenhum lugar ele deverá acessar a Secretaria Estadual para estar ajudando a garantir o acesso daquele serviço, principalmente o exemplo do que acontece com muita frequência da alta complexidade. Regulação do Acesso - Papel do Estado Coordenar a implantação da política de Regulação da Assistência no Estado; Monitorar a operacionalização das referências intermunicipais; Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários e intervir, caso necessário; Prestar apoio técnico aos municípios na implantação da Regulação da Assistência. Diagnóstico dos Municípios:

DIAGNÓSTICO DE EXISTÊNCIA DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA							
RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA E/OU PÓLO DE MICRO							
Relação de Municípios	Classificação	Central de Regulação		Tipo	Informatizado		Tipo de Contato
		Sim	Não		Sim	Não	
Alaquinhos		X		agendamento	X		visita técnica
Amargosa		X		agendamento	X		visita técnica
Barra do Choça		X		agendamento	X		visita técnica
Barreiras		X		agendamento		X	visita técnica
Bom Jesus da Lapa			X	em implantação	X		visita técnica
Brumado		X		agendamento	X		visita técnica
Camaçari		X		agendamento	X		visita técnica
Catu		X		agendamento	X	X	visita técnica
Conceição do Coité			X				visita técnica
Cruz das Almas			X	em implantação		X	visita técnica
DIAGNÓSTICO DE EXISTÊNCIA DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA							
RELAÇÃO DE MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA E/OU PÓLO DE MICRO							
Relação de Municípios	Classificação	Central de Regulação		Tipo	Informatizado		Tipo de Contato
		Sim	Não		Sim	Não	
Jequié		X		agend./leitos	X		visita técnica
Juazeiro		X		agendamento	X		visita técnica
Lage		X		agendamento	X		visita técnica
Lauro de Freitas			X	em implantação	X		visita técnica
Madre de Deus			X				visita técnica
Medeiros Neto		X		agendamento	X		visita técnica
Paulo Afonso		X		agendamento	X		visita técnica
Porto Seguro		X		agendamento	X		visita técnica
Ribeira do Pombal		X		agendamento	X		visita técnica
Salvador			X	em implantação			visita técnica
Santa Cruz de Cabrália		X		agendamento	X		visita técnica
Santa Maria da Vitória			X				visita técnica
Santo Amaro		X					visita técnica
Santo Antônio de Jesus		X		agend./leitos	X		visita técnica
São Félix		X		em implantação	X		visita técnica
São Sebastião do Passé		X		agendamento	X		visita técnica
Seabra			X				visita técnica
Senhor do Bonfim		X		agendamento	X		visita técnica
Serraíba			X				visita técnica
Teixeira de Freitas		X		agendamento	X		visita técnica
Valença			X				visita técnica
Vera Cruz			X	em implantação	X		visita técnica
Vitória da Conquista		X		agend./leitos	X		visita técnica
*Dado coletado na Pesquisa de Avaliação da Situação da Regulação do Acesso à Assistência do Município							
		Gestão Plena					
		Pólo de Micro					
				Atualizado em fevereiro/2007			

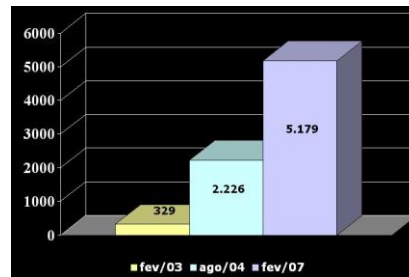
Em amarelo são municípios plenos, em verde água são os municípios pólos de microrregiões, dizendo se tem ou não as centrais de regulação e o que ela faz, se faz agendamento de consulta. Isto é produto de um trabalho importante que o técnico Vitório tem feito no último ano que foi de aplicação de questionário, visita técnica presencial em todos os municípios que diziam que tinham. Levantamento de questionário, avaliação no local de qual é o processo regulatório implantado naquele local e como funciona para que posteriormente começasse a ter um apoio técnico direcionado à necessidade de cada município. Infelizmente as iniciativas foram bastantes municipais e ligadas aos municípios plenos. O Estado jogou um papel pequeno nos quatro anos desde que descentralizou as atividades em relação ao apoio técnico direto à implantação deste serviço no Estado como um todo. Esperamos rever este tempo contando com a parceria de todos na informação e colaboração para que as proposições que temos sejam realmente efetivadas. A Central Estadual de Regulação é localizada no Pau Miúdo, no Complexo César Araújo - Recursos Humanos – CER - Categoria/ Quantidade: Coordenador Geral: 01; Médicos Reguladores: 63; Médicos Intensivistas: 21– porque o processo mais utilizado desta Central é o transporte intramunicipal de Salvador. Atendemos a outros municípios, mas ele está muito voltado para atender ao município de Salvador e urgência de Salvador; Enfermeiros: 19; Auxiliar de Enfermagem: 53; TARM e Monitores: 82; Aux. de Regulação – Unidades: 135; Apoio Administrativo: 07; Outros: 42; TOTAL: 423 Unidades de Saúde com Sistema de Regulação - SISREG Implantado no Estado (Solicitantes/Executantes). É um sistema utilizado para o princípio da regulação. Colocamos no Estado todo sabendo que é praticamente no município de Salvador. O Estado e outros municípios ainda não avançaram na implantação, exceto a unidade de Itaparica; praticamente não temos SISREG que é o sistema de informática utilizado para regulação das internações que não são urgentes, vamos dizer assim. Praticamente a central estadual está respondendo pelo município de Salvador. São 53% com a rede complementar e 47% das unidades da rede estadual ligados no sistema e o total de unidades reguladas com o sistema; não entendemos reguladas, reguladas entendemos garantir o acesso. O processo utilizado ainda hoje é um processo autorizativo pós-fato. Na grande maioria das vezes o usuário chega pela porta de entrada das grandes urgências e entra no leito pelo sistema das unidades ou dos grandes ambulatorios, deita-se no leito, registra no sistema e a central autoriza, o que é regulado hoje na medida do possível são as portas de urgências. As portas de urgências dos PAS, ainda na gestão do Estado, cinco PAS Estaduais, pronto atendimento, porque o paciente não deveria permanecer mais de 24 horas, são quinze prontos atendimentos no município de Salvador com porta de entrada aberta 24 horas, onde o paciente entra e precisa ser retirado

379 para outra unidade quando necessita de internamento. A grande urgência é do HGE, Roberto Santos e Ernesto Simões,  
 380 onde o paciente entra e necessita de outro serviço. Portanto a Central hoje se preocupa basicamente da regulação ante-  
 381 fato, é retirar este paciente e conseguir na medida do possível um leito adequado para deitar este paciente. Solicitações  
 382 demandadas de outro município na alta complexidade nas referências da tecnologia que fica na Capital na grande  
 383 maioria das vezes. Este é o processo implantado hoje.



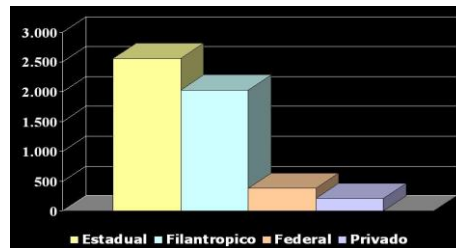
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391

392 Evolução do Quantitativo de Leitos Inserido no SISREG, no Estado: Colocamos o Estado apesar de Salvador estar  
 393 dentro do Estado, para podermos trazer a política de relação mais para a lógica estadual mesmo e a central fazer o papel  
 394 estadual e o município de Salvador assumir a responsabilidade de regulação dos seus leitos, como Salvador só entrou em  
 395 plena em março do ano passado, ela ainda está em processo de capacitação de recursos humanos para transferência desta  
 396 central para Salvador:



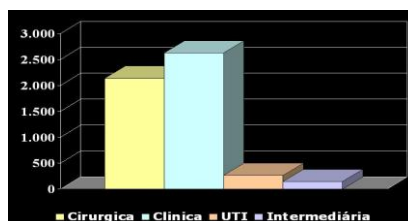
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405

406 Leitos Inseridos no SISREG, por Tipo de Prestador, no Estado: temos 2.563, um volume muito grande de leito  
 407 filantrópico; 381 leitos federais, que dizem respeito ao hospital das clínicas e 212 privados que são credenciados ao SUS.  
 408 A maioria ainda é do Estado. a contratualização é feita pelo município de Salvador. Os 2.563, a contratualização temos  
 409 um termo entre entes públicos com Salvador, onde trinta e duas unidades hospitalares são gerenciadas pelo Estado e não  
 410 pelo município de Salvador, de forma que ainda tem gerência e gestão pelo Estado, mas a Central de Regulação Estadual  
 411 hoje que regula estes leitos, ou tenta regular, tem uma grande dificuldade que é chamada duplo comando de gestão, pois  
 412 quem deve regular o leito é quem paga o seu credenciamento, e isso deveria ser o município de Salvador. – a maioria dos  
 413 leitos é autorizado pós-fatos. Não são antecipados para a central para que ela enxergue o sistema como um todo como ela  
 414 deveria e cada usuário só entraria mediante a um número da central. A central hoje é utilizada mais para fazer o  
 415 transporte da urgência quando a unidade quer tirar o paciente, porém a disponibilização dos leitos, tanto da rede própria,  
 416 quanto da rede credenciada, não conseguimos ainda, é um desafio imenso, e contamos com a parceria do Conselho  
 417 Estadual, dos Conselhos Municipais, do Ministério Público, inclusive tivemos uma reunião com este hoje pensando  
 418 nisso, pois há uma apropriação dos leitos, até bem pouco recente, pelos diretores das unidades, pelos donos das  
 419 instituições, pelas instituições filantrópicas, pelas entidades que gerenciam as unidades e como temos um volume enorme  
 420 de unidades ainda terceirizada esta disponibilização de leitos ainda foiça mais difícil e aí o processo regulatório fica  
 421 muito complicado:



422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429

430 Leitos Inseridos no SISREG, por Especialidade, no Estado. São cirurgias, clínicas, UTIs. Há uma defasagem enorme de  
 431 leitos de UTI e unidades intermediárias há um déficit. Pelo calculado do número de leitos, teríamos que ter mais uns  
 432 40% de leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal. Há um caos instalado nesta área e o existente não disponibilizado  
 433 para a central torna ainda mais difícil a possibilidade da regulação da assistência.:



434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441

Resolutividade do SISREG – Processo Autorizativo de AIH – 2006 – o que é perdido para autorizar, a resolutividade é alta. Vejam que de cento e dezessete mil e cento e seis foram autorizados e internados, mas isso aqui o paciente já estava dentro da unidade. Não foi uma solicitação prévia, é um método autorizador do AIH:



Resolutividade da CER por tipo de solicitação no SUREM – 2006 – este é o sistema da regulação da urgência no município de Salvador, já que os outros municípios não dispõem do sistema, pois eles regulam por fax de urgência e emergência. Em 2006 foram feitas trezentos e oitenta e nove solicitações de ambulâncias UTI da central. Temos cinco ambulâncias de UTI da central e só três estão completas com recursos humanos e equipamentos. Trezentos e oito foram atendidas, isso é uma boa resolutividade no sentido dos transportes solicitados. As unidades básicas têm 97% do atendimento porque houve um avanço importante aqui na regulação que a central de regulação assumiu a regulação de todas as ambulâncias da rede própria. Dezessete unidades básicas e cinco avançadas. Antigamente esses transportes eram feitos aleatoriamente. Cada hospital tinha a sua ambulância. O usuário precisa de um serviço de avaliação, ou de uma transferência, ele entrava no carro e ia procurar um outro serviço sem nenhum processo de regulação. Reconhecemos que houve um avanço importante. Há uma boa resolutividade. O paciente é internado. Exemplo: nasce um bebê no Manoel Vitorino, aí a criança recém-nascida precisa de uma ultra-sonografia ou uma tomografia. Não existe este serviço no Manoel Vitorino, aí automaticamente você solicita à central de regulação, esta regula inclusive a ambulância do Hospital Manoel Vitorino, ela tem acesso, isso é um avanço, porque isso era feito aleatoriamente, hoje é feita de forma sistêmica e aí este paciente é levado para o local, o procedimento é regulado, é ligado para o outro hospital fazendo os encaminhamentos, então o bebê será atendido no outro hospital e retorna para o Manoel Vitorino. Este Intra-hospital e intra-municipal tem-se aumentado; é o que demanda hoje da central. Esta logística no que diz respeito a avaliações, procedimentos diagnósticos que não são gargalos têm funcionado dentro da disponibilidade do sistema. Isso podemos dizer que foi um avanço. Esperamos avançar nas questões dos leitos da internação. Atendemos 80% das avaliações. Avaliações são pacientes internados em um lugar que não têm um especialista e ele precisa ser avaliado para se fechar o diagnóstico. A UTI neonatal só tem 21,15% de resolutividade, praticamente não respondemos a 79%. De cada cem pedidos feitos para a central não respondemos 79, por falta do leito do sistema, por falta da disponibilização dos existentes na regulação como um todo de forma sistêmica porque se a regulação ainda tivesse este controle ela teria um olhar melhor. Cada um regula o seu leito de UTI quando tem a sua porta aberta de urgência; quando não é o credenciado que opera. Por exemplo, os leitos das ITIs do Santa Isabel estão muito direcionado ao pós-operatório de cirurgia cardíaca. Então eles são ocupados com isso. Não o município não consegue credenciar ou contratualizar aqueles leitos para a terapia intensiva clínica e aí se complica a situação. Então tem baixa resolutividade:

Tipo de Solicitação	Motivos	Solicitados	Atendidos	% Atendidos	Não Atendidos	% Não Atendidos
Inter-Hospitalar	Ambulância UTI	389	308	79,18	81	20,82
	Ambulância Simples	2.765	2.693	97,40	72	2,60
	Sub-total	3.154	3.001	95,15	153	4,85
Procedimentos	Avaliações	12.384	10.365	83,70	2.019	16,30
	Outros	3.533	2.575	72,88	958	27,12
	Sub-total	15.917	12.940	81,30	2.977	18,70
Internamento UTI	Internamento UTI Neonatal	435	92	21,15	343	78,85
	Internamento UTI Adulto	2.676	543	20,29	2.133	79,71
	Internamento UTI Pediátrica	798	305	38,22	493	61,78
	Sub-total	3.909	940	24,05	2.969	75,95
Total		22.980	16.881	73,46	6.099	26,54

Resolutividade da CER em resposta às solicitações no SUREM por Macrorregião – 2006: mostra-se aqui que já há uma intenção de atendimento de outras regiões, mas ainda com um percentual muito baixo, exceto a macro nordeste que é onde está inserido o município de Salvador e aonde a central tem uma maior atuação:

MACRORREGIÃO	SOLICITADOS	ATENDIDOS	% ATENDIDOS
CENTRO	120	49	40,83
CENTRO LESTE	616	330	53,57
EXTREMO SUL	19	5	26,32
NORDESTE	21.750	16.308	74,98
NORTE	89	44	49,44
OESTE	23	11	47,83
SUDOESTE	152	51	33,55
SUL	181	54	29,83



504 Dificuldades: Modelo Implantado de Regulação – um modelo mais autorizativo e não de assistência. Autorização pós-  
505 fato, já deitou no leito, então autoriza a AIH; Concentração de Serviços em Salvador – é sabido que a densidade  
506 tecnológica está na Capital e muitas outras coisas poderiam ser resolvidas no restante, nos pólos de macro e não  
507 precisavam vir para Salvador e vem, pois além da existência do leito há uma cultura de retirada do paciente por falta de  
508 recursos humanos, de serviços; Serviços insuficientes para a demanda – ou seja, existe uma demanda maior do que a  
509 oferta: Cirurgia Cardíaca Adulto e Pediátrica; Ortopedia; Oncologia Leitos Clínicos; UTI – Adulto, Neonatal e  
510 Pediátrica; Nefrologia – estamos preparando um estudo para a nefrologia; Tomografia Computadorizada de  
511 Urgência/RMN sob anestesia, principalmente na criança; Falta de utilização do CNS, porque seria um grande  
512 instrumento para o controle da territorialização e da PPI, sem isso não tem como, ou param os abusos de utilização de  
513 serviços. Todo plano de saúde complementar tem o cartão SUS o cartão não pegou. Vamos lutar muito ainda para ver a  
514 cultura da utilização do cartão, principalmente para o controle; Não conformação da Rede Assistencial; Insuficiência na  
515 contratualização formal – o Estado da Bahia não é diferente dos outros Estados. Mais de 80% dos contratos de prestação  
516 de serviços no Estado da Bahia são informais. É a chamada ficha de programação orçamentária que é a FTPO.  
517 Insuficiência de protocolos clínicos e de regulação; Falta de sistemas informatizados que respondam às necessidades, que  
518 leiam os bancos de dados nacionais, que falem um com o outro. Na central tem dois sistemas SUREM e SISREG um não  
519 fala com o outro; Insuficiência na disponibilização dos leitos para o sistema de regulação; RH com insuficiência na  
520 qualificação e precariedade de vínculos – dentro da central estadual tem sete vínculos diferentes: COPAMED,  
521 MICROCEF. POSDATA etc ; Falta de Legitimidade da CER. A Central de Regulação foi criada em uma urgência, ela  
522 não está no organograma da SESAB oficialmente, portanto no Regimento estamos tentando colocar extra-oficialmente  
523 até que ele seja regulamentado. Dra. Conceição Benigno salientou que há risco de incêndio e como consequência poderá  
524 haver o interupimento do sistema. Mencionou que a empresa de engenharia já foi chamada. Informou que as medidas  
525 que estão sendo adotadas são: revisão dos contratos, e na forma de contratualização; melhoria do cadastro; maior  
526 controle dos serviços; base diagnóstica para conformação das linhas de cuidado; implantação de supervisão hospitalar;  
527 implementação e divulgação do SITE de regulação; diagnóstico da existência de estruturas de regulação no Estado;  
528 qualificação de RH. Explanou que as propostas são: implementar a política de regulação no Estado; apoiar com a  
529 capacitação de recursos do Banco Mundial a implantação de oito centrais macrorregionais e treze microrregionais;  
530 educação permanente dos recursos humanos para regulação; implementar o controle social na regulação da assistência. A  
531 Conselheira Deborah Dourado perguntou se houve o cuidado de compatibilizar tudo que está acontecendo com relação à  
532 nova óptica do pacto de gestão. Disse que a Portaria três mil duzentos e setenta e sete, de vinte e dois de dezembro, que  
533 fala sobre a questão da participação da rede complementar. Elucidou que isso será um dos maiores avanços em relação à  
534 questão do Pacto de Gestão. Falou que a forma complementar que vem sendo discutida ao longo da implantação do SUS,  
535 tem dado margem para interpretações diferenciadas que trazem como consequência deformações em relação à  
536 participação complementar. Pontuou que essa Portaria dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados  
537 da assistência à saúde no âmbito do SUS sobre a óptica do Pacto de Gestão. Arrazoou que o sistema complementar segue  
538 uma série de normas rigorosas, para que exista uma maior visibilidade, para que seja dado fim à falta de controle,  
539 consequentemente com o desvio acelerado de dinheiro público para rede privada; que é estabelecida uma perspectiva de  
540 maior controle social com relação ao sistema complementar, bem como a necessidade de que todo contrato deve ser  
541 aprovado dentro do conselho municipal de saúde. Lembrou que com isso todo conselheiro passa a ser um agente  
542 fiscalizador desse contrato e que considera isso como um grande avanço. Citou que não tem como ser discutida a questão  
543 da regulação de uma forma meramente isolada sem ter uma visão ampla em relação ao modelo de assistência entre a  
544 atenção primária e a atenção de média e alta complexidade. Considerou um enorme avanço essa Portaria. Conselheiro  
545 Luis Delfino Lopes disse que com relação com a chegada da regulação ao seu lado interior, vê uma questão muito  
546 cultural. Salientou que na sua região existe um CEREST que seria para servir uma região, mas que serve só uma cidade.  
547 Perguntou como será trabalhada essa cultura, já que se for colocada uma regulação na sede de micro, entrega a uma  
548 prefeitura ou uma secretaria de saúde, porém estas não estão preparadas para assumir os problemas de uma região, eles  
549 irão somente tratar o problema da cidade sede e não da região. Questionou como será dada essa dinâmica e se as Dires  
550 terá alguma responsabilidade sobre isso. O Conselheiro Francisco José pontuou que a partir do momento que é garantido  
551 que o repasse do recurso será feito fundo a fundo, fica difícil dentro da lógica política da discussão da saúde de que esse  
552 recurso seja enxergado para uma região e não para o município. Pontuou que por conta da Portaria que coloca que o  
553 recurso seja repassado direto para o município, ele não vai para o fundo estadual para ser distribuído em uma região.  
554 Arrazoou que é uma situação interessante, mas que o problema também existe por conta da Portaria que coloca como é  
555 feito repasse do recurso. Dra. Conceição Benigno citou que quando colocou na apresentação a revisão de contrato e  
556 forma de contratualização, já fica entendido que dentro da política que o Estado deve ser enxergado como o grande  
557 coordenador desse processo para que os municípios sigam o mesmo padrão. Pontuou que entende que representante do  
558 Conselho Estadual é o grande multiplicador na área que está representando, categoria e município que está  
559 representando. Mencionou que discutir o que o Conselheiro Luis Delfino citou, significa repensar todo o processo da  
560 descentralização da habilitação do serviço da gestão plena do serviço de saúde. Disse que isso está sendo feito através do  
561 novo pacto e das novas portarias, através de grupos de trabalho, discussões específicas e um monitoramento importante.  
562 Salientou que não pode ser desatrelada a política de regulação de sistema de toda uma política nacional da  
563 descentralização do serviço em saúde, já que é um processo muito mais complexo e que tem toda a pertinência. Arrazoou  
564 que o controle social deve “jogar” o seu papel para as CIB regionais, que seriam o grande fórum de acompanhamento e  
565 instrumento para facilitar as gestões. Elucidou que com relação à pergunta do Conselheiro Francisco José, disse que  
566 entende que a assinatura do Pacto de Gestão seja o grande momento da repactuação e de estabelecimento de

567 responsabilidades de cada ente federado. Pontuou que isso é uma construção do SUS e que essa construção é processual.  
568 O Senhor Presidente Substituto convidou Dra. Jesuína Castro para dar um informe sobre a situação da dengue. Dra.  
569 Jesuína Castro mencionou que todos os conselheiros haviam recebido uma nota com um quadro anexo, onde foram  
570 destacadas a situação epidemiológica e as medidas de intervenção que já foram realizadas até o momento. Arrazoou que  
571 existe um número pequeno em relação ao ano anterior, mas que o momento é de maior transmissão da doença e por tal  
572 motivo é que existe toda essa evidência que tem sido dada. Esclareceu que tem atuado junto ao município de Salvador e  
573 que a situação tem superado a série histórica no município. Relatou que várias medidas foram tomadas em função de  
574 eventos graves, tais como os três óbitos ocorridos até a primeira quinzena do mês de janeiro. Mencionou que foi  
575 desencadeada na época toda uma ação para intensificar o combate e que o município atualmente tem trabalhado com  
576 uma ação emergencial, para conter o surto que ocorre no momento no município, sobre controle. Considerou que o  
577 controle vem ocorrendo e que a intenção é de manter esse controle até abril essa vigilância ativa e imediata, já que é o  
578 que determina o programa. Colocou a sua diretoria à disposição para capacitar os reguladores nessa área. Disse que em  
579 todo o caso tem contado com a colaboração do pessoal técnico dos municípios e que tem conseguido manter sobre  
580 controle esse surto. Mencionou que de qualquer forma, talvez até abril exista o dobro de casos. Explicou que é Salvador  
581 está numa situação grave, sobretudo está sobre controle. O Senhor Presidente Substituto solicitou o que seria esse outro  
582 tipo de dengue e se a Dra. Jesuína Castro poderia dar uma informe se a Bahia corre esse risco de ter esse outro tipo de  
583 dengue. O Conselheiro Francisco José salientou que gostaria que fosse verificado o que seria clássica e grave, já que vem  
584 citado no informe que foi recebido. Dra. Jesuína Castro explicou que a fisiopatogenia, como ocorre a doença grave da  
585 dengue, não depende do tipo vírus, já que, em tese toda população seria suscetível a esse novo vírus e isso provocaria  
586 uma situação de maior gravidade em termos de magnitude da doença, ou seja, existiria muito mais casos. Disse ainda que  
587 existe uma teoria que essas formas graves da doença tem haver com a infecção seqüencial, além de outros fatores  
588 relacionados. Elucidou que a maioria dos casos graves decorre da infecção seqüencial, o que não quer dizer que da  
589 primeira vez que o indivíduo tenha a doença, esta não possa desenvolver a forma grave. Arrazoou que quando a pessoa  
590 tem a dengue por outras vezes, a possibilidade de possuir uma dengue mais grave é maior. Salientou que a dengue grave  
591 começa das mesma forma que a dengue clássica, porém que em função dos fatores, infecção seqüencial, ser hospedeiro  
592 que tem uma doença crônica, que usa um medicamento contínuo, que tem uma doença auto imune, que tem uma doença  
593 alérgica ou outro fator que favoreça. Elucidou que a faixa etária mais nova tem mais a ver com a cepa do vírus  
594 envolvida, que no caso do Brasil não é a mesma que houve em Cuba nas grandes crises da década de oitenta. Falou ainda  
595 que Salvador nunca teve crises que nem os municípios próximos da Bahia. Citou que existe uma dúvida que vem sendo  
596 investigada sobre o porque que aqui na Bahia não existe uma crise do mesmo jeito que outras regiões próximas  
597 obtiveram. Disse que mesmo com essa situação, quando acontece os óbitos, é chamada a atenção para os municípios  
598 onde acontecem, para que existam ações “mais prontas”, apesar de que as ações são desenvolvidas ao longo do ano todo,  
599 já que elas não devem ser interrompidas porque as transmissões não se interrompem, elas diminuem de intensidade.  
600 Mencionou que em algumas localidades do estado, até junho ainda existem locais que não são epidêmicos, porém que  
601 são zonas importantes. Explicou que a diferença entre dengue clássica e dengue grave é a maneira como a doença irá  
602 evoluir durante os setes dias, principalmente durante o terceiro e o sexto dia, onde ocorrem os sinais que são chamados  
603 de alerta para as formas graves de dengue. Aclarou que existem informações no SITE da Secretaria de Vigilância em  
604 Saúde, no link para dengue. Disse que qualquer pessoa pode acessar esse SITE onde tem informação. Deu o endereço do  
605 SITE: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs). Explanou que a preocupação é com a dengue nas formas mais graves, portanto toda pessoa  
606 com dengue é um caso grave em princípio. Salientou que é necessária a procura por um atendimento médico logo no  
607 início. Explicou que o evento clínico mais grave da dengue, é a síndrome do choque, cujo manejo clínico é muito difícil,  
608 mas que em todo caso representa muito pouco, cerca de dois por cento das formas graves de dengue e cerca de dez a  
609 vinte por cento de todos os casos da doença. O Senhor Presidente Substituto agradeceu a Dra. Jesuína Castro pelos  
610 esclarecimentos e convidou Dra. Jean Carla para dar informes sobre a situação do surto de sarampo no estado da Bahia.  
611 Dra. Jean Carla informou que a epidemia já está sobre controle. Falou que existem cinquenta e seis casos confirmados de  
612 sarampo no estado da Bahia, com isso a epidemia se torna maior do que a do de dois mil, onde ocorreram trinta e seis  
613 casos. Explicou que o sarampo tem um curso natural, que funciona de maneira que o vírus encontra pessoas que não  
614 foram vacinadas, a doença vai se propagando, enquanto onde existem áreas com pessoas vacinadas, adequadamente, a  
615 doença não se propaga. Esclareceu que desde novembro enquanto foram identificados os surtos, ocorreu um trabalho  
616 entre a Secretaria Estadual de Saúde, secretarias municipais e Ministério da Saúde. Explanou que no mês de janeiro  
617 houve uma campanha forte, houve uma intensificação vacinal onde foram aplicadas um milhão e duzentas mil doses de  
618 vacinas somente no mês de janeiro. Pontuou que a receptividade da comunidade foi muito grande, com grande destaque  
619 para os homens. Disse que esse destaque se deve à política insipiente para o homem. Explanou que o Brasil tinha a  
620 doença erradica, porém o mundo globalizado faz com que a doença circule e o país não fique livre se não for garantido  
621 altas coberturas vacinais. Citou que alguns casos que não são resolvidos aqui, estes são mandados para a FIOCRUZ no  
622 Rio de Janeiro para que seja dado um apoio. Falou que acredita que será fechado nos cinquenta e seis casos e que não  
623 será confirmado mais nenhum caso. Disse que o município de Filadélfia tem dois casos, mas que acredita que estes dois  
624 será descartados. O Senhor Presidente Substituto agradeceu à presença e aos esclarecimentos da Dra. Jean Carla. A  
625 Conselheira mencionou que se preocupa com a questão dos recursos humanos na saúde. Propôs a criação de um grupo de  
626 trabalho para que seja estudado e sejam dadas medidas sobre as condições de saúde, de trabalho e salário dos  
627 trabalhadores da saúde. Disse que esse grupo de trabalho poderá levantar dados e subsidiar essa negociação. Mencionou  
628 sobre a queda de gratificação dos trabalhadores. O Senhor Presidente Substituto perguntou se todo mundo concordava.  
629 Não houve manifestação contrária. A Conselheira Carmen Célia informou sobre o perigo de uma pandemia de influenza

630 aviária, que já deu um susto muito grande no ano de dois mil e cinco e que a revista “Natural” publicou um artigo que  
 631 mostrava um novo subtipo do vírus H5N1 foi possivelmente transmitido da ave para o humano e não respondia ao anti-  
 632 viral que seria capaz de combater a doença. Elucidou que o governo brasileiro em outubro de dois mil e cinco criou um  
 633 grupo para estudar a possibilidade de pandemia e as medidas de contingência para o Brasil. Arrazou que no ano de dois  
 634 e mil e seis ficou pronto o plano o brasileiro de preparação para a pandemia de influenza. Ressaltou que esse plano foi  
 635 muito bem feito e que é preciso que todos se preparem para essa possibilidade. Propôs que o Conselho análise de perto e  
 636 que seja fornecido um informe técnico sobre a atual situação, plano e medidas adotadas sobre esse tema citado. Sugeriu  
 637 que a cada reunião do Conselho Estadual fosse dado um boletim sumário sobre a atual situação das ações que tem sido  
 638 desenvolvidas a nível de estado e qual o nível de alerta. O Senhor Presidente Substituto falou que isso seria incluído na  
 639 próxima reunião num ponto de pauta. A Conselheira Deborah Dourado solicitou à Secretária Executiva do Conselho, que  
 640 fosse providenciado para todos os conselheiros o cronograma de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite. Sugeriu  
 641 que fosse disponibilizada a Portaria de número 3277, que tem como tema a questão do sistema complementar. Aludiu  
 642 que fosse disponibilizado o manual de contratação, que está disponível do SITE do Ministério da Saúde. Pediu que fosse  
 643 disponibilizada a Portaria de número de 204 que fala sobre a nova forma de financiamento de repasse direto fundo a  
 644 fundo. Propôs para um ponto de pauta sobre a questão do financiamento do SUS sobre as novas normas do pacto de  
 645 gestão. O Conselheiro Francisco José falou que no dia 22 foi veiculado na imprensa, um acidente de trabalho que ocorreu  
 646 por conta de uma explosão de um equipamento. Citou que no dia dois de fevereiro numa fábrica ocorreu a explosão de  
 647 um forno, onde trabalhadores tiveram o corpo queimado e não houve notícias claras sobre o quadro desses trabalhadores.  
 648 Lembrou que em janeiro um outro trabalhador veio a óbito na unidade telefônica da Telebahia no Cabula. Esclareceu que  
 649 em Dias D’Ávila um operário veio a falecer numa estrutura metálica e que todos esses ocorridos trazem uma  
 650 preocupação muito grande por conta das deficiências que os trabalhadores encontram para exercer as suas atividades.  
 651 Propôs um seminário para que seja colocada em discussão essa questão. O Conselheiro Luiz Delfino mencionou que  
 652 foram recebidas resoluções da CIB e solicitou que na próxima reunião seja colocado o que é a CIB, o que faz e qual a  
 653 sua relação com o Conselho Estadual da Saúde. Perguntou se as CIB regionais já estão instaladas, quais  
 654 responsabilidades dessas CIB. Não havendo mais o que tratar, O Senhor Presidente Substituto agradeceu a presença de  
 655 todos, agendou a próxima reunião para o dia vinte e nove de março.

657 Dr. Washington Luis Silva Couto – Presidente Substituto do Conselho \_\_\_\_\_  
 658 Dra. Candice de Almeida Rocha Lêdo – Secretária Executiva do CES \_\_\_\_\_  
 659 Andréia Ferreira de Paiva \_\_\_\_\_  
 660 Antônio Brito \_\_\_\_\_  
 661 Antônio Justino de Souza \_\_\_\_\_  
 662 Carla Pinheiro Fernandes \_\_\_\_\_  
 663 Carlos de Souza Andrade e \_\_\_\_\_  
 664 Carmen Célia Carneiro Carvalho Smith \_\_\_\_\_  
 665 Déborah Dourado Lopes \_\_\_\_\_  
 666 Eduardo Ferreira Arantes \_\_\_\_\_  
 667 Francisco José de Souza e Silva \_\_\_\_\_  
 668 Geraldo Andrade Filho \_\_\_\_\_  
 669 Rita de Cássia Pereira Fernandes \_\_\_\_\_  
 670 João Aparecido Pazian \_\_\_\_\_  
 671 Josivaldo de Jesus Gonçalves \_\_\_\_\_  
 672 Josair Santos Bastos \_\_\_\_\_  
 673 João Augusto Tararan \_\_\_\_\_  
 674 Luiz Delfino Mota Lopes \_\_\_\_\_  
 675 Márcia Cristina Graça Marinho \_\_\_\_\_  
 676 Joilda Gomes Rua Cardoso \_\_\_\_\_  
 677 Sônia Magnólia Lemos \_\_\_\_\_  
 678 Santiago Coelho Rodrigues Campo \_\_\_\_\_  
 679