

Ata da 152ª Reunião Ordinária do
CES - Conselho Estadual de Saúde

Aos trinta dias do mês de abril de dois mil e nove, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos senhores membros do Conselho, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla - Presidente do Conselho, Carlos de Souza Andrade, Déborah Dourado Lopes, Eduardo Ferreira Arantes, Jecé Freitas Brandão, Joilda Gomes Rua Cardoso, Josivaldo de Jesus Gonçalves, Maria Luiza Costa Câmara, Maria Rita de Souza Brito Lopes Pontes, Rita de Cássia Santos do Couto, Silene Ribeiro Martins, e Tereza Cristina Bomfin de Jesus Deiró (Conselheiros Titulares). Luiz Delfino Mota Lopes, Maria do Carmo Brito de Moraes, Maria Ligia Rangel Santos, Moisés Longuinho Toniolo de Souza, Raul Moreira Molina Barrios, Washington Luis Silva Couto, (Conselheiros Suplentes), e a Sra. Elisabete Lima de Moraes – Coordenadora do CES, para a reunião do CES/Ba. Às 15h42 o Senhor Presidente declarou aberta a sessão, colocou a ata da 151ª reunião ordinária do CES em discussão e votação, que foi aprovada à unanimidade. Comunicações da Presidência: 1. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 4594/05, tendo como objeto “AMPLIAÇÃO E REFORMA DE UNIDADE DE SAÚDE, AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO E MATERIAL PERMANENTE”, no valor de R\$ 10.395.235,25 (Dez milhões, trezentos e noventa e cinco mil, duzentos e trinta e cinco reais e vinte e cinco centavos); 2. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 2935/03, tendo como objeto “IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, no valor de R\$1.215.784,00 (Hum milhão duzentos e quinze mil e setecentos e oitenta e quatro reais); 3. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 478/08, tendo como objeto “CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E AREAS AFINS PARA PROMOVER UM ATENDIMENTO MAIS HUMANIZADO AO ADOLESCENTE E JOVEM”, no valor de R\$110.000,00 (Cento e dez mil reais); 4. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 594/08, tendo como objeto “AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES PARA O HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE”, no valor de R\$770.000,00 (Setecentos e setenta mil reais); 5. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 591/08, tendo como objeto “AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES PARA O HOSPITAL GERAL DE IPIAÚ”, no valor de R\$165.000,00 (Cento e sessenta e cinco mil reais); 6. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 935/07, tendo como objeto “AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES PARA O HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES”, no valor de R\$129.080,00 (Cento e vinte e nove mil e oitenta reais); 7. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 950/08, tendo como objeto “AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS E MATERIAIS PERMANENTES PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI”, no valor de R\$117.700,00 (Cento e dezessete mil e setecentos reais); 8. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 4623/05, tendo como objeto “SENSIBILIZAÇÃO PARA MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E CONTROLE SOCIAL CONSELHEIROS DE SAÚDE, LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS E POPULARES”, no valor de R\$100.000,00 (Cem mil reais); 9. Cumprindo a Portaria/GM nº 1074 de 29/05/2008, que aprova o Manual de Cooperação Técnica e Financeira por meio de Convênios, no seu capítulo 5, item 5.3, comunico a este Conselho, que solicitaremos ao Ministério da Saúde a Prorrogação da Vigência do Convênio Federal nº 1409/06, tendo como objeto “CURSO, CONGRESSO, ENCONTRO, TREINAMENTO, SEMINÁRIO E EVENTOS – PROMOVER CURSOS E TREINAMENTOS AOS MONITORES E FACILITADORES, no valor de R\$275.000,00 (Duzentos e setenta e cinco mil reais)”. Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB: 1. Resolução CIB nº 036/2009 - Aprova a proposta de repasse de recursos relativos a futuras Campanhas de Vacinação Antirrábica, se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde; 2. Resolução CIB nº 037 /2009 - Aprova parecer referente às solicitações dos servidores da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB; 3. Resolução CIB nº 038/2009 - Aprova o credenciamento dos serviços de Laqueadura e Vasectomia – Unidade: Hospital Maternidade Clélia Rebouças, no Município Mutuípe; 4. Resolução CIB nº 039/2009 - Aprova a emissão de parecer favorável ao Credenciamento de 02 CAPS II no município de Salvador (Maria Célia da Rocha e Franco Basaglia) e 01 CAPS II no município de Camaçari (Orla); 5. Resolução CIB nº 040/2009 - Aprova a inclusão do município de Catú no Projeto Olhar Brasil; 6. Resolução nº 041/2009 - Aprova o credenciamento de 01 NASF Tipo I no

60 Município de Guanambi; 7. Resolução CIB nº 042/2009 - Aprova o credenciamento das ESF – Equipe de Saúde da Família
61 nos Municípios de Belmonte, Ubaíra e Itapetinga; 8. Resolução CIB nº 043/2009 - Aprova o credenciamento das 03 ESB –
62 Equipe de Saúde Bucal Modalidade I, no Município de Itapetinga e 01 ESB Modalidade I, no Município de Ibirapuã; 9.
63 Resolução CIB nº 044/2009 - Aprova o Projeto de Cirurgias Eletivas dos Municípios Teixeira de Freitas e Madre de Deus e
64 municípios de suas áreas de abrangências; 10. Resolução CIB nº 045/2009 - Aprova a proposta de repasse de recursos
65 relativo a futuras campanhas de vacinação humana (idoso), se dê do fundo nacional de saúde para o Fundo Municipal de
66 Saúde; 11. Resolução CIB nº 046/2009 - Aprova a habilitação dos municípios de Caturama e Nova Ibiá para aquisição dos
67 medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica junto à SESAB; 12. Resolução CIB nº 047/2009 - Aprova a extensão de
68 prazo de Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia; 13. Resolução CIB nº 048/2009 - Aprova o acréscimo
69 de valor a Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia; 14. Resolução CIB nº 049/2009 - Aprova o
70 ressarcimento aos municípios em gestão plena pela contratação de serviços médicos na especialidade oftalmológica
71 envolvendo procedimentos de consulta e tonometria para atendimento dos alfabetizados do Programa TOPA residentes em
72 seus municípios e microrregiões; 15. Resolução CIB nº 050/2009 – Aprova alteração no teto financeiro do estado da Bahia,
73 realocando o valor anual de R\$ 1.658.603,90 do Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de
74 Média e Alta Complexidade do Estado; 16. Resolução CIB nº 051/2009 - Aprova alteração no teto financeiro federal do
75 estado da Bahia, tendo em vista o repasse no valor de R\$ 2.022.623,19 a maior no Limite Financeiro Anual da Assistência
76 Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade do Estado para o município de Irecê; 17. Resolução CIB nº
77 052/2009 - Aprova a lista de municípios para receber os recursos referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE); 18.
78 Resolução CIB nº 053/2009 – Aprova a mudança na composição substituindo os profissionais Médicos Pediatra e
79 Ginecologista por Educador Físico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família no Município de Irecê. Em seguida passou a
80 palavra para os conselheiros fazerem os informes das suas entidades. Dra. Lorene Louise Silva Pinto mencionou que esse
81 foi um compromisso nosso assumido em outras reuniões de manter o Conselho atualizado com relação às questões
82 emergenciais da área da Vigilância à Saúde e das Emergências de Saúde Pública. Vocês devem estar ouvindo através da
83 mídia, o mundo inteiro mobilizado, já estamos classificado numa fase 5 em termos de possibilidade de pandemia mundial,
84 que é uma dispersão da circulação viral em vários continentes. Essa nota que vocês estão recebendo, é uma nota que pela
85 pactuação com o Ministério da Saúde, com OMS – Organização Mundial de Saúde e OPAS – Organização Panamericana de
86 Saúde, será uma nota padrão. Não vamos elaborar uma nota diferente no Estado porque esta vai agregar as informações
87 básicas do país, e estará disponibilizada no site. Já estamos puxando o link do Ministério da Saúde para o nosso site, e o que
88 vamos agregar são as medidas que estão sendo implementadas no estado, que estamos colocando na internet e vocês podem
89 acessar para se atualizar. Temos um plano de contingência que foi feito para a gripe aviária que viemos atualizando. Depois
90 do simulado de 2007 fizemos uma oficina de atualização do nosso plano de contingência no ano passado. Hoje o GT –
91 Grupo de Trabalho já está fazendo uma nova revisão porque o plano tem que ser dinâmico em função da situação
92 epidemiológica. Quando ele foi elaborado estávamos na vigência do alerta 2, hoje estando no 5 temos que fazer uma revisão
93 para adequar algumas medidas no nosso plano. Ele também está na internet, mas já estou antecipando que ele vai mudar a
94 versão, e vamos também disponibilizar para que todos tenham acesso. Na situação atual do estado, tivemos três pessoas que
95 foram atendidas pelos serviços de saúde porque ouviram na imprensa e se sentiram possíveis suspeitas, mas não estão
96 classificados como suspeitas. Foram atendidas, orientadas e estão em monitoramento porque um teve passagem pelo
97 México e os outros dois pelos Estados Unidos. Um é brasileiro, mas mora em Boston, que é o que ficou no Hospital Otávio
98 Mangabeira, mas, os três não estão mais internados em hospital. Ficaram em observação, coletamos materiais, mas eles nem
99 são prioridade para a análise do material coletado, nem foram classificados como suspeitos porque não preenchem os
100 critérios de suspensão, não é só ter vindo do país, tem uma série de outras questões clínicas que precisam ser contempladas.
101 Vamos manter vocês atualizados nisso, estamos aqui com a tabela, a Bahia com 3 em monitoramento, que é a classificação
102 para quem não é suspeito, já fizemos visita domiciliar, hotel onde estiveram hospedados, todos estão devidamente
103 orientados e colocar a Vigilância Epidemiológica através da nossa Coordenação de Vigilâncias e Emergências à disposição
104 de vocês para as orientações necessárias. Terça-feira terá reunião com toda a rede hospitalar, já fizemos uma, mas vamos
105 fazer outra com a rede porque toda a rede tem que estar aberta para esse tipo de atendimento e orientada para as questões de
106 biossegurança que precisam ser observadas. Na rede pública o hospital de referência é o Otávio Mangabeira, mas, as
107 unidades privadas inclusive duas já atenderam esses pacientes e fizeram tudo como preconiza porque as medidas são
108 universais de isolamento respiratório. Não tem nenhum mistério para quem trabalha com controle de infecção, o isolamento
109 respiratório para influenza. É isso que está sendo implementado e viemos acompanhando com as unidades, e ficar à
110 disposição de vocês para alguma questão que queiram colocar. O Senhor Presidente perguntou se alguém queria perguntar a
111 Lorene sobre esse tema, por favor, aproveite agora. Dra. Lorene Pinto mencionou que estamos injustamente chamando de
112 gripe suína, mas esse vírus já não é o exclusivo do suíno, já é uma mutação com componente da aviária, da suína e da
113 influenza humana. É um desafio, o mundo inteiro está estudando e documentando isso ao mesmo tempo porque tem uma
114 seqüência numa apresentação que o ministro fez que também está na internet, isso é interessante que todos possam ver, tem
115 uma seqüência de como esse vírus suíno vem se comportando no mundo, ou seja, circulava entre os animais, em 2005
116 houve alguns episódios entre o animal e o homem, e hoje já estamos homem x homem com a mutação. Isso é que muda o
117 alerta no sentido da pandemia e também o enfrentamento, então é novo para o mundo inteiro o enfrentamento, ninguém
118 sabe como fazer a não ser as medidas de precaução que estávamos estudando e fazendo para a gripe aviária. Do ponto de

119 vista clínico os riscos esperados são os mesmos, a complicação da influenza que é uma gripe, com características que até
120 então são desconhecidas. A letalidade no México que é a que está documentada são sete óbitos confirmados, e um nos
121 Estados Unidos de uma pessoa também de origem mexicana. Eles estão com uma letalidade em torno de 6%, que não é uma
122 letalidade, pelo menos o que a OMS está dizendo, alta para um momento dessa natureza. Como esperada que a curva de
123 uma pandemia de influenza só se dá no pico em até seis meses, temos ainda um bom tempo para percorrer do início, no
124 México aconteceu em março, até que a gente chegue a esse pico esperado pela história da influenza no mundo, mas dizer
125 que todo mundo sabe tudo acerca da influenza suína, não sabe, está se estudando tudo agora. O conselheiro Jecé Freitas
126 Brandão pontuou que nós que sempre trazemos as notícias não necessariamente tão boas, mas, quando temos boas também
127 queremos trazer porque é assim que se vive civilizadamente e democraticamente. Estive participando de uma ida a Jequié, o
128 Conselho Regional de Medicina da Bahia tem 23 delegacias regionais nas 23 regiões do estado, e pude ter a alegria de ver o
129 estado excelente do Hospital Geral Prado Valadares. Eu que conheci há alguns anos atrás, era um desastre a situação
130 daquela casa, e pude ver que transformação aconteceu naquele hospital. Um hospital de referência de uma região enorme,
131 que atende a inúmeros municípios, e me chamou à atenção ao excelente estado de recuperação física das instalações,
132 particularmente um laboratório de apoio de altíssimo nível e funcionando. E mais ainda presidente, uma farmácia bem
133 suprida, com um estoque interessante e suficiente para o suporte da sociedade. Isso nos deixou extremamente gratificados e
134 felizes, ressaltando aquela tese que a Saúde Pública é viável e possível sim, é uma questão de gerenciamento e de
135 continuidade. Pude ver também um outro centro de excelência que foi o Centro de Referência em Doenças Endêmicas
136 Pirajá da Silva. Soube que inclusive Dra. Lorene tem uma participação muito grande na construção daquele centro de
137 excelência, onde se faz um atendimento das doenças da região, particularmente o calazar, esquistossomose. Eles têm
138 também uma parte para Doença de Chagas, querem instalar parte de hepatites virais. Fiquei encantado com a qualidade do
139 que vi lá sob a direção da Dra. Eliana, que é um exemplo de perseverança. Observei que ela administra aquele centro com o
140 coração, dedicação e a gente fica feliz em ver esse tipo de profissionalismo. Pude ver também um posto de pronto
141 atendimento da Prefeitura, que eles criaram junto a um posto ambulatorial, mas, funcionando muito bem. Eles estão saindo
142 de uma epidemia de dengue, inclusive vi muitos médicos e pessoas da cidade elogiando a presença do Secretário Estadual
143 de Saúde lá naquele momento agudo de sofrimento onde muitas pessoas estavam morrendo. Foi muito boa essa viagem, e
144 não poderia deixar de registrar isso porque nós criticamos e também temos que elogiar no momento adequado. O Senhor
145 Presidente colocou que a SESAB vai começar a reforma da emergência do Hospital Prado Valadares que hoje é o espaço
146 mais crítico. O conselheiro Jecé Freitas Brandão concordou que esse é o único ponto que ele percebeu que precisa de uma
147 intervenção rápida, estava lotada de pessoas em maca, no corredor, é um ponto que precisa ser trabalhado. O conselheiro
148 Josivaldo de Jesus Gonçalves mencionou que um dos problemas é que os pacientes quem tem boas condições financeiras
149 procuram as clínicas principalmente nesse período de dengue, e como essas clínicas não tem UTI – Unidade de Terapia
150 Intensiva, eles só são encaminhados para o Hospital Prado Valadares quando já estão nas últimas. Muitas das mortes que
151 ocorreram lá foram devido aos parentes não terem procurado logo o hospital. Eu tenho ido muito lá também conselheiro,
152 minha opinião está concordando com a sua da mudança que houve com a intervenção da SESAB lá nesse município. Ontem
153 estivemos representando o Conselho Estadual de Saúde numa reunião do MOPS – Movimentos Populares em Saúde, acerca
154 da dengue, com a participação dos municípios que estão acometidos com a dengue: Itabuna, Camaçari, Jequié, Porto Seguro
155 mas, não compareceu nenhum representante, para discutirmos uma forma de estar discutindo junto com o segmento do
156 controle social uma forma de estarmos nos inserindo no combate a dengue nesses municípios e em outros também. Tivemos
157 a primeira conversa com a participação de Simione que é da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, e
158 estamos marcando uma próxima reunião para o dia 18 de maio, se for possível com a sua presença senhor Presidente, um
159 representante da Ouvidoria, Dra. Lorene, os senhores conselheiros também estão convidados e outros representantes, além
160 dos 7 municípios que foram decretados em estado de emergência no que diz respeito a dengue. Informou que acontecerá a
161 1ª Mostra Estadual do PSF – Programa de Saúde da Família, que os senhores receberam os convites, à partir de segunda-
162 feira, de 04 a 06 de maio deste, que é de grande importância para a estratégia de Saúde da Família, para o fortalecimento da
163 Atenção Básica e é importante que os senhores possam estar lá prestigiando essa Mostra. Quero deixar um protesto, está aí
164 Raul Molina que representa o COSEMS - Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde, da insensibilidade de
165 alguns gestores, pois a SESAB está disponibilizando hospedagem e alimentação para 390 Agentes Comunitários de Saúde,
166 e infelizmente os gestores ficaram incumbidos de darem as passagens e um dinheiro para pagar o transporte coletivo aqui
167 dentro de Salvador. Mencionou que até o traslado do hotel para o Centro de Convenções a SESAB está providenciando,
168 mas temos pelo menos só hoje os agentes de 8 municípios me ligaram dizendo que os gestores não vão dar as passagens
169 para eles virem, estão escritos mas não vem participar simplesmente pela falta de sensibilidade, mas, seus enfermeiros,
170 alguns médicos e outros profissionais virão participar. A minha tristeza, senhor Presidente, é que alguns são do partido do
171 governo e se omitem a financiar pelo menos essas passagens. É importante a participação de todos nós, é uma Mostra que
172 estará debatendo vários aspectos, até sobre a questão da Desprecarização, a Fundação Estatal, toda estratégia de Saúde da
173 Família estará sendo discutida e para nós estará sendo um ganho essa 1ª Mostra. O Senhor Presidente aproveitou para
174 reforçar o convite para 1ª Mostra, segunda-feira, às 09h30min, vamos fazer a entrega das motos do SAMU – Serviço de
175 Atendimento Móvel de Urgência dos municípios do interior do estado com a presença do Governador e na sequência a
176 abertura da Mostra. Informou que a Fundação Estatal estará sendo instituída lá na abertura do evento, com a presença de
177 230 prefeitos. Mais da metade dos prefeitos da Bahia assinou o termo de adesão, destes 79 municípios aprovaram a lei na

178 Câmara, dos quais 68 conseguiram até ontem entregar toda a documentação para se tornarem instituidores da Fundação.
179 Que a Fundação já vai começar com 15% dos municípios do estado como instituidores, e mais da metade com a adesão
180 estabelecida, vai ser feita lá na abertura da Mostra a solenidade de instituição da Fundação. Pedimos para reproduzir o
181 último boletim semanal sobre a dengue para passar para os conselheiros, até brinquei ontem com a repórter do Jornal A
182 Tarde porque semanalmente estamos esperando o boletim que a SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção da
183 Saúde elabora, e mandamos para todos os veículos de comunicação. Todas as semanas esses veículos de comunicação assim
184 que recebiam o boletim estavam divulgando, essa semana ninguém divulgou então o rapaz brincou dizendo que é porque
185 diminuiu o número de casos e eu disse que ele descobriu a razão, como está evidente a redução de todos os municípios, essa
186 semana não foi notícia, mas, vou pedir para reproduzir para vocês. O conselheiro Luiz Delfino Mota Lopes enfatizou que
187 como Jecé queria também parabenizar porque nós prestadores reclamamos do atraso no pagamento da fatura do SUS –
188 Sistema Único de Saúde, e esse mês recebemos em dia. Vamos começar frisando isso e esperando a continuidade do
189 processo. Mencionou que na próxima reunião do Conselho tivesse um levantamento de como andam as cirurgias eletivas
190 em nosso estado, se possível que a responsável pelo setor venha fazer uma exposição aqui para os conselheiros. Relatou que
191 no interior identificou que existe uma sistemática instalada das cirurgias eletivas de controle em cada secretaria, e hoje o
192 cidadão muitas vezes vai direto à procura, ou seja, ele sabe que naquele município já é referência para ele realizar um ato
193 cirúrgico, então ele se dirige ao município, o município devolve para a secretaria novamente, está criando aqui um vai e
194 vem que pela minha ótica pode ser destravado. É uma coisa para ser debatida, estou só levantando a questão porque estive
195 numa reunião com os prestadores aqui para pactuar as cirurgias e alguns tem dificuldades de relacionamento com o seu
196 Secretário de Saúde, dificuldades pequenas do município, coisas pequenas políticas que não estão visando o cidadão. Tudo
197 isso se pudermos em nível de conselho criar um mecanismo que facilite o acesso do cidadão e que a Bahia venha a bater
198 suas metas, pois temos uma meta a ser cumprida de cirurgias eletivas. Se o município tem um teto, se o paciente chega do
199 município com esse teto de outro município vizinho que não faz cirurgia nenhuma, diz: não, seu secretário não mandou para
200 cá, você tem que pegar a autorização do seu secretário. Se pudermos destravar isso aí do paciente chegar diretamente, eu
201 não sei qual é a melhor maneira, mas, anteriormente o paciente ia direto para o fluxo, ou seja, procurava o município de
202 Coité, pois sabe que lá realiza tais cirurgias e lá ele ia, marcava e o médico agilizava a vida dele. A Secretaria entrando no
203 caminho, até que ela venha se interessar a dinamizar as coisas, não sei se não vai travar o processo. Pontuou que o CAPS –
204 Centro de Atenção Psicossocial de Santa Luz foi instalado em abril de 2008, aprovamos aqui na reunião do Conselho em
205 outubro de 2008 e até hoje está aguardando recurso do Ministério. O município que eu conheço a região, do sisal, para
206 manter em funcionamento, que eu acho que está mantendo com um bom critério de trabalho, manter com recursos próprios
207 durante um ano, fez agora aniversário em abril, é realmente triste. Peço a interferência do Secretário Jorge Solla junto ao
208 Ministério da Saúde no sentido de agilizar não só esse, como já constatei hoje no CAPS que os de outros municípios
209 também estão na mesma situação. O Senhor Presidente esclareceu que, se não está enganado, são vinte dois CAPS que estão
210 com a documentação pronta aprovada na CIB aguardando o Ministério aprovar, alguns nos últimos doze meses ficaram com
211 um atraso por parte do Ministério, mas, vamos olhar isso. Queria propor além dessa discussão de cirurgias eletivas,
212 aproveitando que você comentou, seria interessante se for possível na próxima reunião, fazermos também um balanço sobre
213 a situação da Saúde Mental aqui no estado. Tivemos uma audiência essa semana no Ministério Público Estadual onde foi
214 feito um balanço, um Termo de Ajuste e Conduta que foi assinado em 2005. Em função disso acho interessante apresentar
215 ao Conselho não só o balanço como também o andamento disso. O conselheiro Raul Moreira Molina Barrios respondeu ao
216 companheiro Josivaldo, que lamentavelmente hoje já quinta-feira, amanhã é feriado, segunda-feira já começa a Mostra, é
217 um tipo de informação que deveria ter chegado para nós do COSEMS com antecedência para que pudéssemos interferir, não
218 sei até que ponto poderíamos ter contribuído, até para tomarmos conhecimento desses municípios e dessa situação que está
219 sendo colocada, e até para sensibilizar os secretários explicando a eles que a SESAB estaria disponibilizando a hospedagem.
220 Estive conversando hoje pela manhã, e não havia conhecimento disso nem no nosso próprio município. Era interessante ter
221 democratizado essa informação para que pudéssemos tomar as providências. Relatou que há quinze dias atrás em Cruz das
222 Almas, na Unidade Descentralizada de Queimados, vocês tiveram conhecimento, fizemos a primeira cirurgia plástica
223 reparadora de queimados, com a utilização de matriz dérmica num paciente do SUS, em torno de R\$150.000,00 (cento e
224 cinquenta mil reais) a R\$200.000,00 (duzentos mil reais). É uma cirurgia de vanguarda, é a segunda cirurgia desse tipo que
225 se faz no Estado da Bahia, só se fez uma cirurgia particular há trinta dias atrás no Hospital São Rafael, e pela primeira vez
226 no SUS, no estado, e talvez nos estados do nordeste. É um momento ímpar para todos. Estaremos realizando a segunda
227 secretário, na próxima segunda-feira uma menor. Estaremos fazendo o segundo tempo daquela cirurgia. Já foi marcado o
228 segundo paciente, está começando a aparecer uma fila de demandas, estivemos por ordem do secretário com Dr. Alfredo
229 Boa Sorte. Já se criou a Câmara Técnica inclusive para fazermos a triagem desses pacientes, para que não entremos com a
230 escolha individual do médico para serem beneficiados com esse tipo de cirurgia. Cruz das Almas além de ser a unidade
231 descentralizada do HGE – Hospital Geral do Estado passa a ser também referência em cirurgia plástica reparadora,
232 coincidentemente o Secretário Municipal de Saúde de lá sou eu, mas, não podia deixar de passar essa informação nesse
233 momento. O Senhor Presidente informou que estamos aqui com alguns estudantes da UFBA, que pediram que cada
234 conselheiro quando falar se identifique. O conselheiro Moysés Longuinho Toniolo de Souza mencionou que foram
235 encaminhados para a Secretaria do Conselho Estadual alguns documentos relativos a problemas identificados na Unidade
236 Dispensadora de Medicamentos do ambulatório de AIDS do Hospital Geral Roberto Santos, que vem acontecendo desde

237 novembro de 2008, mas, que gostaríamos de ver resolvido, e também outro documento que fala da necessidade urgente de
238 implantar as ações de lipodistrofia para pessoas vivendo com HIV/AIDS no Estado da Bahia, e que gostaríamos de pedir o
239 apoio da Secretaria do Conselho Estadual para articular esses encaminhamentos que enviamos. Encaminhamos hoje para
240 Elisabete - Coordenadora do CES, a ata de assembléia do Fórum de Entidades de Patologias do Estado da Bahia, do dia 27
241 de março, onde fizemos a substituição das representações do fórum da titularidade para suplência e vice-versa, por questões
242 que a companheira conselheira Márcia Marinho está enfrentando de muito trabalho institucional dela, então vamos fazer
243 essa substituição. O documento da assembléia já foi encaminhado ao Conselho, e assim que garantirmos que a conselheira
244 Márcia esteja presente, porque eu não gostaria de fazer isso sem que a mesma se encontrasse presente, procederemos com
245 essa mudança. Informou que no dia de ontem e hoje tivemos uma reunião preparatória para o 8º Encontro regional de
246 ONGS/AIDS do nordeste que vai acontecer. O Estado da Bahia vai sediar esse encontro que na realidade são ONGS, redes
247 e movimentos sociais que trabalham no campo do enfrentamento da AIDS do nordeste. Será do dia 29 de julho ao dia 01 de
248 agosto de 2009, inclusive iremos formalmente trazer convites não só a SESAB, mas, também instâncias da gestão serão
249 formalmente convidadas para participar deste evento. Mas, é justamente pela importância que o mesmo tem de discutirmos
250 não no plano de políticas públicas levadas pelo poder público sobre AIDS, mas, o que é que o movimento social de AIDS
251 também está realizando para enfrentar a epidemia. Lorena, eu gostaria de ter um breve diálogo entre nós para saber se existe
252 alguma ação da SESAB proposta para que possamos acompanhar a questão dos aeroportos na Bahia, para ajudar na questão
253 da Vigilância Epidemiológica. A conselheira Tereza Cristina Bomfim de Jesus Deiró ressaltou que depois de tanta alegria na
254 sua chegada, mas, sabe o motivo dos risos. Colocou que tudo é por conta de um elenco de demandas, a representação dos
255 trabalhadores sempre tem muitas questões a colocar. Ressaltou que não poderia deixar de colocar que tivemos essa semana,
256 acho que todos ficaram sabendo que no dia 7 de abril fizemos uma manifestação, é um direito dos trabalhadores, no Dia
257 Mundial da Saúde, com o objetivo de entregar um documento para o nosso secretário que é o presidente deste conselho, no
258 sentido de avaliar alguns pontos do Plano de Carreira Cargos e Vencimentos que nós enquanto representante dos
259 trabalhadores estamos considerando como distorções ou como “defeitos” que devem ser corrigidos com o objetivo de
260 melhorar a situação dos trabalhadores. Queria deixar registrado neste conselho que em nenhum momento desconhecemos o
261 avanço em que se constituiu o Plano de Carreira, visto que a carreira está vislumbrada, o que nos governos anteriores isso
262 estava fora de cogitação porque tínhamos um plano mais do que enterrado. Mas, consideramos também que não vamos
263 resolver todas as questões num estalar de dedos, nem que depois de quarenta anos consigamos um plano de carreira dos
264 sonhos, mas, temos o direito de sonhar. Eu até estava inspirada no dia da última reunião que foi fruto de uma movimentação
265 nossa, uma paralisação parcial anteontem onde eu entreguei uma dedicatória a Dr. Washington Couto e a Edson - Assessor
266 de Imprensa do Gabinete, o nosso sonho que já estava na mão do secretário desde o dia 8 de agosto de 2008, e sabemos que
267 temos que sonhar juntos, e sonho que sonhamos juntos se torna realidade. Queria colocar para todos vocês que de fato
268 existem essas distorções que estão sendo corrigidas e que o secretário nos recebeu por mais de quatro horas de reunião na
269 segunda-feira, no dia 27 de abril, que antecedeu a paralisação, mas, entendemos que a categoria particularmente nos
270 hospitais de grande porte tem uma insatisfação muito grande no que diz respeito ao artigo 19 do Plano de Carreira que trata
271 da majoração de um terço da Gratificação de Incentivo ao Desempenho sobre a nova GID que é a junção das três
272 gratificações, a GI - Gratificação de Infectologia, a GEU - Gratificação de Emergência, sobre os 150%, e a GIC que
273 provocou ao longo de todos esses anos, deixar bem claro que não foi esse governo que vetou a GIC, porém as distorções
274 não foram resolvidas. Vai ser difícil serem resolvidas, compreendemos, mas, temos que deixar registrado que é preciso
275 avançar nessa questão, não vamos aceitar em hipótese alguma que continuemos a ter remunerações individualizadas com a
276 palavra somatório em um dos artigos da lei, somatório em 31 de janeiro de 2009. Pegando o gancho de Molina, já que o
277 secretário é sensível a esse tipo de cirurgia que vou colocar aqui, dos pós-gastrectomizados, onde o paciente perde muito
278 peso, e por ficarem com uma quantidade desagradável mais de pele que de músculo desejam a cirurgia plástica, e
279 particularmente às mulheres porque têm mais vaidade. Tem também a mama que ocorre uma deformação muito grande e eu
280 queria que o secretário se pronunciasse a respeito disso, não só para os pós-gastrectomizados, mas, para aqueles obesos que
281 não eram mórbidos, estavam à beira da morbidez, mas, que perderam peso com o tratamento mais conservador que é a
282 dieta, os inibidores de recaptção da serotonina que são de uso terapêutico, corriqueiro nos ambulatórios de endocrinologia.
283 Queria uma resposta sobre isso e saber como está a situação do nosso Hospital do Subúrbio em plena crise. Temos que
284 entender que essa crise não é uma invenção do nosso estado, é uma crise que nos atinge também, mas, eu queria apenas
285 saber notícias. Com relação a um documento que recebemos naquele envelope que o Ministério Público enviou, está na
286 pauta não é? A minha preocupação é que já tinha passado um mês, é por conta do prazo, e normalmente o Ministério
287 Público é rigoroso, ele está datado de 17 de março e é muita coisa para os conselheiros reavaliarem o porquê desse
288 questionamento do Ministério Público a respeito dos Relatórios de Gestão dos anos anteriores, de 2000 a 2006, portanto de
289 lá para cá não tivemos esse tipo de problema. Finalmente sobre a Mostra de Saúde da Família que envolve esse novo
290 modelo de gestão da Fundação Estatal. Não me incomoda de ser voto vencido, mas, é um dever da minha consciência
291 política no que diz respeito a estes modelos novos de gestão, não que eu tenha resistência ao novo, mas, nos preocupa
292 bastante determinadas questões que sempre que nos são respondidas ao meu ver, ao ver da representação dos trabalhadores,
293 essas respostas não satisfazem porque enxergamos que a Fundação Estatal seja ela para um modelo novo de gestão para a
294 Saúde da Família, o secretário aqui colocou, ao que me parece é mais de 250 municípios que aderiram. Eu não sei se os
295 trabalhadores estão com a devida consciência do que significa esse vínculo novo que não é o concurso para a administração

296 direta, uma carreira em paralelo, não é a carreira de servidor público, e também a questão do controle social. Eu não poderia
297 ser conselheira e não passar aqui essa preocupação para meus companheiros, claro que um conselho curador jamais será
298 substitutivo dos conselhos municipais de saúde, e o conselho curador vai ter um membro dos conselhos municipais, que
299 poder que força, que autonomia esse único conselheiro do conselho municipal terá dentro do conselho curador para que se
300 consiga efetivamente fazer um controle social da Fundação Estatal que é esse novo modelo de gestão da Saúde da Família
301 que a nosso ver e com muito respeito a aqueles que são mentores e que defendem, a nosso ver isso pode se constituir numa
302 ameaça aos princípios do SUS e a consolidação do mesmo em nosso estado e se disseminar em nosso país. A conselheira
303 Déborah Dourado Lopes mencionou que gostaria de ter informação do secretário a respeito do Congresso da Rede Unida
304 porque é um fórum interessante, a SGEF – Secretaria da Gestão estará aqui, vai participar ativamente, eu cheguei aqui já
305 cobrando de Bete uma vaga pelo Conselho e ela disse que não recebeu o convite, estou preocupada e queria ouvir essa
306 justificativa do secretário. A outra questão é que fui convocada pelo conselho para participar da reunião do Comitê da Rede
307 RIPSAs para lançamento. Aí fui ouvir com cuidado e foi apresentada uma abordagem inicial que foi pensada para criação da
308 discussão e poucos estados foram selecionados e dentro desses estados a Bahia, e foram criados seis comitês, um de
309 indicadores demográficos, outro de indicadores socioeconômicos, indicadores de mortalidade, outro de morbidade e fatores
310 de risco, outro indicador de cobertura e outro indicador de recursos, e o Conselho era convidado a participar, e por uma
311 questão de identidade até pela indicação do próprio Conselho eu fui designada a participar do comitê de recursos. Ao abrir o
312 debate, eu questioneei a Coordenadora Márcia que o Conselho deveria estar como um órgão de participação colegiada dentro
313 desse comitê, porque o folheto está dizendo a finalidade de construir o conhecimento da ação da rede RIPSAs, participaram
314 os seguintes foram: A Secretaria Estadual de Saúde, Colegiados Municipais de Saúde, COSEMS e Conselho Estadual de
315 Saúde, se olhássemos pela representação era basicamente um conselho institucional. Nada contra já que realmente tem um
316 caráter técnico, mas, acho que o Conselho ficar com uma única vaga não tinha justificativa, ela disse que mandou o convite
317 para o Conselho, que este designou apenas um representante, eu disse que isso teria que ser discutido, ela pediu que eu
318 fizesse a indicação de outros comitês que o Conselho pudesse participar, eu respondi que não estava autorizada a fazer a
319 indicação porque quem indica é o plenário do mesmo. Ressaltou que é importantíssimo que o Conselho participe de um
320 comitê de indicadores de morbidade e mortalidade, para ter subsídios para avaliar as políticas públicas, inclusive o Relatório
321 Estadual de Saúde. Fiquei de trazer essa questão para o plenário, e a Secretaria Executiva fazer a indicação de outros
322 membros, eu sugeri no mínimo quatro para manter a paridade: dois trabalhadores e um gestor, e não temos interesse apenas
323 de ficar com indicadores de recursos, temos interesse de participar. Estava numa posição institucional muito confortável,
324 porque é Auditoria do Ministério da Saúde, a recondução do meu mandato está para vencer em agosto, mas, que eu
325 colocava a preocupação que nós do controle social temos. Informou que o Departamento Nacional de Auditoria ligado a
326 SGEF, componente federal, porque quando falamos do departamento nos referimos ao sistema componente estadual e
327 municipal, realizou uma oficina de planejamento no início de março com a participação de todas as secretarias estaduais e
328 municipais para tirarmos um planejamento conjunto. Dentro dessas prioridades acho um avanço muito importante a forma
329 como viemos trabalhando com a Secretaria do Estado, a relação de cooperação com o componente estadual extremamente
330 visível, inclusive foi motivo de muitos elogios por parte do departamento, são poucas as secretarias e o sistema de auditoria
331 que vem trabalhando dessa forma de cooperação, muitas das demandas eu repasso direto para o componente estadual
332 entendendo que a execução é uma prioridade do estado e do município, e esses relatórios são encaminhados e em função
333 disso temos diminuindo as nossas demandas. Mas, apontar que dentro das prioridades do departamento foram feitas equipes
334 para fazer auditoria em todo o Brasil independente do componente de cada estado, e dar prioridade que estabelecemos para
335 cada estado, e dentro dessas prioridades o departamento está jogando equipes para o Brasil para as seguintes prioridades:
336 Emenda Constitucional 29, e basicamente os estados serão auditados, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica, componente
337 estratégico que a Bahia estará recebendo uma equipe segunda-feira, Farmácia Popular, Alta e Média Complexidade, Saúde
338 do Trabalhador e Assistência Psicossocial. Em função das demandas e das prioridades do Pacto pela Gestão o departamento
339 tem prioridades inclusive discutidas dentro da própria SGEF e do próprio Ministério da Saúde. Ricardo Heinzmann
340 Coordenador da DAB – Diretoria da Atenção Básica convidou todos os conselheiros estaduais de saúde para participarem
341 da 1ª Mostra Estadual de Saúde da Família, que será realizada pela SESAB, que será um marco para a política de Atenção
342 Básica no nosso Estado. Informou que estão confirmadas presenças de 3.200 pessoas dos municípios da Bahia, mais de 600
343 Agentes Comunitários de Saúde, diversos gestores, academias, professores, estudantes de graduação e pós-graduação, foram
344 inscritos mais de 460 trabalhos das diversas áreas da atenção primária à saúde, e destes 67 foram selecionados para serem
345 apresentados em forma de painel, apresentação oral. Estará acontecendo em paralelo com a Mostra Estadual de Saúde da
346 Família o Primeiro Encontro de Trabalhadores do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, que também é algo novo
347 na Política da Atenção Básica no país inteiro. Estaremos discutindo com os trabalhadores que já estão no serviço sobre as
348 suas experiências até para reorientar e detalhar a política estadual. Em paralelo à Mostra estaremos realizando também a
349 abertura do Curso de Especialização em Saúde da Família e o Curso de Especialização em Gestão da Atenção Básica para
350 300 trabalhadores da Saúde da Família, médicos, enfermeiros, odontólogos de 28 municípios do nosso estado, e também
351 415 gestores da Atenção Básica desses 28 municípios. Esclareceu que é a primeira fase de um curso maior ainda que a DAB
352 vem realizando com a Escola Estadual de Saúde Pública, Ministério da Saúde via UNASUS - União Nacional dos Auditores
353 do Sistema Único de Saúde, a OPAS, juntamente com o Grupo Hospitalar Conceição do Rio Grande do Sul, que formará até
354 o ano de 2010 3.300 profissionais de Saúde da Família como especialistas dessa área. Enfatizou que teremos até o final do

355 ano de 2010 metade das equipes de Saúde da Família como especialistas, e também formaremos 650 gestores da atenção
356 Básica. A abertura da primeira fase desse curso que formará depois os tutores será exatamente durante a Mostra Estadual de
357 Saúde da Família. Informou que a programação já está disponível no site da SESAB, é rica e interessante por ser um
358 momento não apenas de discussão da política de Atenção Básica, mas, também troca de experiências e ver também a
359 produção dos municípios. O Senhor Presidente esclareceu que a política que fizemos sobre cirurgia de alta complexidade
360 que foi lançada em novembro do ano passado, na primeira programação foram 310 pacientes submetidos a cirurgia
361 bariátrica, recorde absoluto, e no próximo dia 11 o CEDEBA – Centro de Referência Estadual e Assistência ao Diabetes e
362 Endocrinologia estará organizando uma seção para qual está convidando 240 desses pacientes que não foram preparados por
363 esse órgão para fazerem uma atividade com eles nesse dia. Começamos a conversar com a Sociedade de Cirurgia Plástica,
364 tivemos hoje uma reunião com uma parte do grupo e teve outra anteriormente, no intuito de montar uma programação para
365 reforçar o que Raul colocou aqui em relação a questão da recuperação de pacientes queimados, em relação a mamoplastia
366 porque a oferta na rede é baixíssima, cria grande dificuldade em relação a pós bariátrica. O Hospital do Subúrbio está bem,
367 mesmo com toda a queda de arrecadação ou todas as dificuldades não houve nenhum comprometimento do cronograma, as
368 obras estão em fase conforme previsto no cronograma contratado. Quanto a Rede Unida, Déborah, o convite deve estar
369 chegando porque hoje mesmo eu assinei vários convites e deve estar indo, é bom Bete dar uma conferida depois porque as
370 vezes deve ter tido algum contratempo. A abertura do Congresso da Rede Unida será dia 06 de maio de 2009, quarta-feira,
371 às 18:00h, até o dia 09 (sábado), a Mostra Estadual de Saúde da Família tem a abertura dia 04 de maio de 2009, às 09:30h e
372 encerra dia 06 às 12:00h. Quanto a paralisação do SINDSAÚDE Tereza, eu queria deixar claro que apesar dessa
373 mobilização todos os serviços funcionaram plenamente na terça-feira, dia 28. Ao contrário do que saiu no Jornal A Tarde
374 ontem, não houve nenhuma unidade em regime de feriado, em regime de plantão, pedimos aos diretores que deixassem
375 guardadas para quem quiser checar a folha de ponto de todos os servidores que se fizeram presentes neste dia, as unidades
376 que acho que é um registro da adesão as conquistas importantes do Plano de Carreira Cargos e Vencimentos que foi
377 aprovado, implantado. Obviamente não concluímos ainda a fase de implantação. Este mês é que poderemos viabilizar a
378 conclusão da primeira etapa da implantação, e vamos iniciar o debate sobre a regulamentação da implantação dos
379 mecanismos de definição de metas e avaliação de desempenho, porque o plano prevê que à partir do ano de 2010 uma parte
380 da gratificação vai depender do desempenho de cada uma das unidades em relação as metas que serão contratualizadas. O
381 planejamento é que até o final do ano possamos ter um contrato de metas para cada uma das unidades e uma metodologia de
382 avaliação de desempenho que será aplicada à partir do ano de 2010. Quanto a dengue, vocês receberam o boletim. Dra.
383 Lorene Pinto aproveitou a colocação da conselheira Déborah e sugeriu que antes da decisão de onde está o conselho
384 representado na RIPSA seria interessante fazermos uma apresentação aqui do que é a RIPSA, aprovamos a RIPSA aqui,
385 mas, os comitês gestores são comitês técnicos formados para produzir indicadores. É interessante apresentar aqui em que pé
386 está hoje a nossa RIPSA estadual para que o Conselho pudesse se ver, e concluir que o melhor espaço de representação para
387 o Conselho é este que na minha visão não seria nos comitês e sim na oficina interagencial que é a representação
388 institucional. Esclareceu que quem for para o comitê precisa ter o tempo do trabalho técnico para assumir as tarefas de
389 elaborar com o indicador, eu não acho que é o melhor espaço para o Conselho e sim na representação gestora da rede. A
390 conselheira Déborah Dourado Lopes mencionou que Dra. Lorene fez uma citação em relação a colocação que eu fiz. Acho
391 interessante a colocação de Lorene, mas, volto a chamar a atenção que no próprio folder está dizendo que este trabalho tem
392 como configuração três espaços fundamentais, Secretaria, COSEMS e Conselhos de Saúde. Em nenhum momento lendo o
393 folder está dizendo que devemos estar fora ou dentro. Acho que cabe essa sugestão sua de ter uma discussão para que o
394 próprio Conselho se manifeste qual é este espaço nesses comitês, porque não está descrito em nenhum local que os comitês
395 são eminentemente técnicos. Eu tive contato com o conselho nacional e a informação do mesmo é totalmente contrária ao
396 que viemos trabalhando, mas, acho que devemos fazer uma nova discussão e o Conselho ver onde pode se configurar e estar
397 participando ou não, mas, quem delibera é o Conselho. O Senhor Presidente propôs inverter a ordem na pauta e o primeiro
398 ponto que seria a apresentação sobre Itabuna, como não é necessariamente um ponto que tenha cronograma e aprovação, se
399 os conselheiros concordarem eu jogaria para o final da pauta e começaria com o Parecer sobre o relatório de gestão de 2008,
400 pode ser? Como todos concordaram convidou a conselheira Maria Rita Lopes Pontes para apresentar o Parecer referente ao
401 Relatório de Gestão da SESAB, exercício 2008. A conselheira Maria Rita de Souza Brito Lopes Pontes pontuou que fez
402 uma apresentação, os senhores estão recebendo hoje o relatório completo inclusive com os anexos. **PARECER DO**
403 **RELATOR DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE SOBRE O DOCUMENTO SESAB “RELATÓRIO DE**
404 **GESTÃO DE 2008”**. Salvador/Ba. Abril – 2009. **INTERESSADO:** Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB.
405 **Data:** 30 de abril de 2009. **ASSUNTO:** Relatório de Gestão - SESAB, 2008. **Relatora:** Conselheira Maria Rita B. Lopes
406 Pontes. Senhor Presidente, senhores Conselheiros. **Parecer.** O Relatório em pauta trata da apresentação dos resultados da
407 Gestão da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, referente ao ano de 2008, contendo a prestação de contas da execução
408 orçamentária e dos resultados alcançados, que vem a este Conselho Estadual de Saúde – CES/BA para a devida apreciação e
409 votação, em cumprimento ao parágrafo XV da Quinta Diretriz da Resolução nº 333 de 04/11/2003 do Conselho Nacional de
410 Saúde (CNS), que define como uma competência dos CES a de *analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a*
411 *prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido*
412 *assessoramento*. E, tendo em vista o que estabelece o Art. 22 e o inciso II do Art. 27 do Regimento Interno do CES/BA
413 (Resolução CES no. 02/2005), fomos indicados, na condição de Conselheira titular representante da Associação Comercial

414 da Bahia, segmento dos usuários, relatora da análise e voto do Relatório de Gestão da SESAB de 2008, na 151ª Reunião
 415 Ordinária do CES, do dia 25 de março de 2009, e encarregados de emitir e apresentar parecer sobre o referido Relatório ao
 416 Plenário deste Conselho. **1. DO OBJETIVO.** O objetivo deste Parecer é o de emitir opinião fundamentada e voto para o
 417 Plenário do Conselho Estadual de Saúde (CES) sobre o Relatório de Gestão contendo a execução orçamentária e financeira
 418 dos recursos da SESAB (FESBA e HEMOBA) e os resultados da gestão do Sistema de Saúde Estadual, referente ao ano de
 419 2008, visando apresentar elementos que contribuam para sua apreciação e votação por este Conselho. **2. DO**
 420 **DOCUMENTO.** O Relatório Geral 2008 – RG 2008 foi elaborado em documento de 345 páginas, que inicia com a
 421 apresentação do Secretário Dr. Jorge Solla, estando dividido em quatro partes, mais 26 Anexos, um Quadro de Metas e dois
 422 Apêndices, quais sejam: Parte I - *A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: um Novo Perfil para a Gestão do SUS* -
 423 apresenta a estrutura organizativa da SESAB, com os órgãos de administração direta e indireta, conforme aprovada pela Lei
 424 no. 11.055 de 26/06/2008, que conferiu uma maior agilidade orgânica adequando os órgãos e atribuições às funções a serem
 425 desempenhadas para alcance das metas da Agenda Estadual de Saúde e cumprimento das funções de Gestor Pleno do
 426 Sistema Estadual de Saúde. Parte II – **Principais Realizações da SESAB e Evolução dos Compromissos da SESAB por**
 427 **“Linha de Ação”** - A execução de recursos no ano de 2008 é apresentada a partir das principais realizações e prossegue
 428 discorrendo sobre o desempenho nas cinco Linhas de Ação, cujas estratégias de execução compõem os compromissos
 429 estabelecidos na ‘*Agenda Estratégica da Saúde - 2008*’. Para cada qual há correspondência no orçamento em um ou mais
 430 programas do PPA 2008-2011, enquanto que as ações relacionam-se aos projetos/atividades. A apresentação esclarece
 431 também a forma como foi constituído o Orçamento da SESAB. São 27 Programas, dos quais 5 (cinco) são comuns a todo o
 432 Estado, 13 (treze) são específicos da Secretaria de Saúde e 9 (nove) das Secretarias Compartilhadas. E mais 166 ações, das
 433 quais 11 são atividades comuns e 155 atividades e projetos finalísticos. Desses 27 Programas, 16 referem-se a ações do
 434 Planejamento Estratégico 2008-2011. Parte III – **Prestação de Contas -Execução Orçamentária e Financeira da SESAB -**
 435 Apresenta a dotação orçamentária e financeira para o exercício de 2008, constando o programado e o executado, sendo este
 436 descrito detalhadamente na execução orçamentária e financeira de cada Programa e seus respectivos Projetos/Atividades,
 437 incluindo informações sobre as fontes, despesas, transferências e repasses, bem como sobre as formas de compromisso:
 438 contratos, convênios, ações compartilhadas com outras Secretarias de Estado, além da explanação sobre restos a pagar e
 439 encontros de contas. Parte IV – **Execução da Metas Físicas e Considerações Finais** – expõe a prestação de contas dos
 440 recursos recebidos e aplicados em ações e serviços de saúde através do demonstrativo do alcance das metas físicas, por
 441 respectivos Programas e Projetos/Atividades. O corpo do relatório é composto ainda de quadros, gráficos, tabelas, planilhas,
 442 mapas, estando ao RG apostos os seguintes documentos: ANEXOS - São 26 anexos no formato de tabelas que demonstram
 443 o desempenho da execução orçamentária/ financeira da Secretaria por diferentes Programas e Projetos/Atividades, os quais
 444 se referem à prestação de contas do FESBA. APÊNDICES – dois apêndices apresentam as listagens comprobatórias das
 445 Unidades e Municípios os quais foram objeto de alcance de metas. QUADRO DE METAS DO SIPLAN – composto de 16
 446 páginas demonstra o alcance de meta física por Programa e respectivos Projetos/Atividades. **3. DOS PROCEDIMENTOS.**
 447 **3.1 A metodologia do processo de análise.** A análise foi feita confrontando os compromissos da Agenda Estadual de 2008
 448 e seus respectivos Projetos/Atividades com a execução orçamentária e o alcance das metas e a correspondência com os
 449 dados descritivos do Relatório, bem como das informações de seus Anexos, Tabelas, Quadros, Mapas e documentos
 450 apensos. **3.2 Critérios da Análise.** 1. Coerência entre receita e despesa; 2. Composição do Teto Orçamentário por fonte
 451 financiadora do Sistema Estadual de Saúde e da proporcionalidade por financiador; 3. Cumprimento da determinação da
 452 Emenda Constitucional 29/2000, que estabelece a aplicação de no mínimo 12% da receita Estadual resultante de impostos
 453 estaduais e transferências; 4. Forma de repasse da transferência financeira da EC 29/2000 para o FESBA; 5. Execução
 454 Orçamentária por Linha de Ação e a correspondência com alcance de resultados e cumprimento de metas; 6. Cumprimento
 455 dos compromissos da Agenda Estratégica de Saúde; 7. Alcance das Ações Prioritárias; 8. Desempenho da execução
 456 orçamentária por Área com análise comparativa do Triênio 2006 - 2009; 9. Desempenho da execução orçamentária por
 457 bloco e global; 10. Investimentos; 11. Execução orçamentária em convênios; 12. Desempenho da execução orçamentária em
 458 Ações Transversais (Compartilhadas); 13. Situação da execução das Ações Transversais com outras Secretarias de Governo;
 459 14. Resultados. **3.3. Bases para análise:** 1. Constituição Federal e Lei Orgânica da Saúde; 2. ‘*Agenda Estratégica da*
 460 *Saúde – 2008*’ - *Gestão da Saúde, Bahia*; 3. obediência às principais normas vigentes do SUS, a saber: observando se os
 461 recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) foram recebidos pelo FESBA, em conformidade com o Art. 4º. Da Lei nº
 462 8.142 de 28/12/1990, e se executados pelo Gestor Estadual, de acordo com as competências estabelecidas no Art. 17º da Lei
 463 Orgânica da Saúde nº 8.080 de 19/09/1990; 4. obediência à Lei Federal 4.320 de 17/03/1964, que estabelece normas gerais
 464 de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do
 465 Distrito Federal; 5. o critério de $\geq 70\%$ como indicador da execução orçamentária/ financeira normal; 6. as informações,
 466 esclarecimentos e assessoramento prestados por técnicos da ASPLAN e FESBA. **4. DA ANÁLISE.** Realizações da SESAB:
 467 1. Reforma administrativa da SESAB – visando maior agilidade, consolidou a alteração através da Lei nº 11.055 de 26 de
 468 Junho de 2008. 2. Ampliação do SAMU, passando de 14 para 40 municípios com cobertura do SAMU – um aumento de
 469 185% correspondendo a uma abrangência de 43,3% da população total da Bahia.
 470

Ação	Nº Municípios	Unidades	Valor Repassado	Valor por Município	Valor por Unidade
------	---------------	----------	-----------------	---------------------	-------------------

SAMU	40	119	9.400.000,00	235.000,00	78.991,60
------	----	-----	--------------	------------	-----------

Valor Utilizado	Nº Atendimentos	Custo por atendimento
9.015.220,24	106.354	84,77

São 1.800 postos de trabalho distribuídos em 16 (dezesseis) SAMU Regionais: Guanambi, Bom Jesus da Lapa, Paulo Afonso, Itaparica, Vitória da Conquista, Porto Seguro, Eunápolis, Jequié, Ilhéus, Itabuna, Alagoinhas, Feira de Santana, Senhor do Bonfim, Juazeiro, Camaçari e Salvador, e mais 24 SAMUS municipais distribuídos pelas regionais, totalizando 40 unidades. Como resultado deste investimento, o total de atendimentos do SAMU no ano de 2008 foi de 106.354 (atendimentos clínicos, pediátricos, obstétricos, psiquiátricos, traumas e orientações), uma média diária de **291** atendimentos, aumentando a chance de recuperação da saúde dos assistidos, por aproveitamento do tempo terapêutico. 3. Criação e Implantação do Medicamento em Casa. O Programa de Medicamento em casa é uma estratégia para atender com comodidade o usuário, através da entrega de medicamentos básicos para controle das principais doenças crônico-degenerativas e outras, visando adesão do paciente ao tratamento e, por conseguinte, melhora/cura de seu quadro, evitando reincidências e agravos que resultarão em novas internações. Implantado em 2008, já possui os seguintes alcances:

Ação	Nº Municípios	Paciente Cadastrado	Paciente recebendo	Multiplicadores treinados	Valor Usado Projeto 2804
Med em casa	14	772	684	45	83.434,61

Este programa possui um software próprio para seu gerenciamento o "Sismedcasa". 4. Criação e implantação da Internação Domiciliar que já atendeu 86 pacientes e mantém 60 internações domiciliares, em três meses de funcionamento. Para implantação foram realizadas reformas, adequações de espaços físicos e aquisição de material para instalar 22 equipes em 10 hospitais abrangendo seis municípios:

Município	Hospital	Nº Equipes
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	4
	Hospital Geral do Estado	2
	Hospital São Jorge	2
	Hospital João Batista Caribé	2
	Hospital Ernesto Simões Fº	2
Lauro de Freitas	Hospital Menandro de Faria	2
Feira de Santana	Hospital Clériston Andrade	2
Vitória da Conquista	H Regional de Vitória da Conquista	2
Jequié	Hospital Prado Valadares	2
Ilhéus	Hospital Luiz Viana Filho	2
Total = 6	Total = 10	Total = 22

Ação	Nº Municípios	Pacientes Atendidos	Pacientes internados	Profissionais contratados e capacitados	Valor Usado Projeto 1842	Total de Equipes	Valor por equipe
Internação Domiciliar	6	86	60	123	433.873,52	22	19.721,52
Alcance da Meta = 200% (6 dos 3 municípios propostos)							

Valor por Município	Valor por Paciente atendido
72.312,25	5.045,04

5. Estruturação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia visando promover a descentralização das ações, organizar e ampliar a oferta de serviços, além promover a qualificação técnica dos profissionais. Já foram implantados/estruturados os seguintes:

Laboratórios Implantados				
Vigilância Epidemiológica	Vitória da Conquista	Teixeira de Freitas	Bom Jesus da Lapa	Senhor do Bonfim
Laboratórios Estruturados e Implementados nas DIRES				
Vigilância da Água	Vitória da Conquista	Teixeira de Freitas	Alagoinhas	Senhor do Bonfim
	Feira de Santana	Brumado	Ilhéus	S. Antônio de Jesus
	Serrinha	LACEN		

496

Laboratórios	Proposta	Concluído	% Alcance
Vigilância Epidemiológica	26	4	15,38
Vigilância da Água	16	10	62,50

497

Nº de Análises Meta	Utilizado	Nº de Análises	Valor por análise	Alcance da Meta
700.000	7.897.580,54	791.971	9,97	113,14%

498

499

500

6. Expansão e Melhoria da Infra-estrutura da Rede de Saúde do SUS com a seguinte dotação:

Ação	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado
Ampliação de Hospital Regional	3291	5.000.000,00	18.465.836,00	14.465.834,70

501

502

503

504

505

Através do Projeto 3291 investiu na inauguração do Hospital Mario Dourado Sobrinho R\$8,3 milhões, localizado em Irecê, que agora conta com 119 leitos e UTI, enquanto que o Hospital de Juazeiro custou R\$12,7 milhões, devendo ser inaugurado em 2009 e contará também com 139 leitos, leitos de UTI, queimados e semi-intensivos.

Unidade	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado
H Subúrbio (230)	3270	6.000.000,00	3.339.015,00	1.414.866,51
H Criança (280)	3282	9.888.677,00	5.418.243,00	518.713,02

506

Total de Leitos	Valor Utilizado 2008	Investimento/leito
510	1.933.579,53	3.791,33
Total de Leitos	Valor Programado	Investimento/leito concluído
510	14.465.834,70	28.364,38

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

Para início da construção do Hospital do Subúrbio, já houve um investimento com desapropriação do terreno e início das obras, no montante de R\$1,4 milhão dos programados R\$41,8 milhões, que serão gastos para implantação de 230 leitos com foco em atendimentos de causas externas, incluindo suporte de UTI e avançado apoio diagnóstico. Para o Hospital da Criança, dos R\$35.000.000,00 já foram utilizados R\$518.713,02. Quando concluído vai disponibilizar para a população 280 leitos pediátricos com especializações de média e alta complexidade, incluindo traumatologia e Unidade de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva. 7. Saúde da Família de Todos Nós. Para expandir o PSF, o incentivo financeiro foi ampliado e das 400 unidades programadas já foram concluídas 115 Unidades de Saúde da Família e 143 estão em obras. Também foram implantados 35 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF em 18 municípios. A profissão de Agentes Comunitários de Saúde – ACS foi regularizada mediante aprovação de Lei Regulamentadora em 82% (342) municípios, beneficiando 88% (21.133) dos ACS. Resultados: **NÚMERO DE PROCEDIMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA/BAHIA, 2008.**

PROCEDIMENTO SIA/SUS	Números apresentados
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO BÁSICA	14.882.863

CONSULTA PRE-NATAL	1.684.837
CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA	1.026.176
VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO	22.713.997
TOTAL	40.307.873

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), por local de atendimento.

São em média 152.681 atendimentos por dia. 8. Execução de Despesa por Linha de Ação. O desempenho da execução orçamentária por linhas de ação é de 85,4% em análise global, sendo que a Linha de Ação nº4 – Atenção à Saúde com Integralidade e Equidade é a que apresentou o melhor desempenho orçamentário 88,5%, como demonstra a tabela a seguir:

Tabela 02

CONSOLIDADO DA EXECUÇÃO POR LINHA DE AÇÃO – BAHIA, JANEIRO – DEZEMBRO, 2008.

Linha de Ação 17	Orçado inicial	Orçado atual	Empenhado	(%)	Liquidado
Linha 1	44.258.000,00	36.897.729,00	22.913.710,16	62,1	22.910.686,54
Linha 2	38.327.000,00	39.590.641,00	24.625.643,05	62,2	24.625.643,05
Linha 3	24.829.694,00	35.864.589,00	27.390.900,22	76,4	27.390.400,22
Linha 4	919.545.263,00	1.237.765.946,00	1.095.802.832,63	88,5	1.083.199.173,51
Linha 5	66.242.677,00	112.598.609,00	78.752.694,73	69,9	71.387.772,66
TOTAL GERAL	1.093.202.634,00	1.462.717.514,00	1.249.485.780,79	85,4	1.229.513.675,98

Fonte: FESBA/Diretoria Financeira/Coordenação de Prestação de Contas/SICOF Gerencial.

Linha de Ação 1 – Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS. O desempenho da execução orçamentária desta Linha de Ação foi de 62%.

Avaliação da Agenda 2008 X Execução Orçamentária - Por compromissos							
	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado	% Alteração	% Alcance	Alcance da Meta
Linha de Ação 1							
Compromisso 1	9 Projetos	4.078.000,00	6.518.931,00	3.617.093,78	(37,44)	55,49	156%
Compromisso 2	6 Projetos	5.139.000,00	3.358.748,00	3.058.638,27	53,00	91,06	84,56%
Compromisso 3	5 Projetos	890.000,00	198.697,00	121.754,32	347,92	61,28	11,04%
Compromisso 4	4 Projetos	340.000,00	723.359,00	649.022,66	(53,00)	89,72	32%
Compromisso 5	9 Projetos	33.621.000,00	27.997.594,00	16.057.651,88	20,09	57,35	56%
Linha de Ação 1	5 Compromissos	44.068.000,00	38.797.329,00	23.504.160,91	13,59	60,58	76%
Ajustes de Orçamentos		190.000,00	(1.899.600,00)	(590.450,75)			
Linha de Ação 1		44.258.000,00	36.897.729,00	22.913.710,16		62%	76%

COMPROMISSO 1 - ESTABELEECER UMA GESTÃO ESTRATÉGICA, PARTICIPATIVA E EFETIVA DO SUS. Destaca-se a realização de cooperação técnica com a OPAS – Organização Panamericana de Saúde com metas de redução da mortalidade infantil e melhor desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública – FESP e outras políticas públicas que incluem também Gestão do Trabalho; a criação do Grupo de Trabalho de Planejamento e Avaliação – GTPA; o desenvolvimento do Programa de Monitoramento e Avaliação – PM&A, visando maior agilidade na captação das informações para tomada de decisão. Ao todo são **treze projetos** com vários eventos realizados e vários produtos resultantes das cooperações como elaborações de relatórios trimestrais de prestação de contas ao CES, Agenda Estratégica da Saúde 2008 e o Relatório Anual de Governo. Ainda nesta Linha de Ação, está o observatório do processo de construção do campus virtual da Universidade Aberta do SUS (UNASUS – BA), a oficina de auto-avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública e consolidação do CEDEBA como Centro Colaborador da OMS nas Américas e a construção do Plano Estadual de Saúde – PES e através da implementação do Programa MOBILIZASUS está articulando a intersectorialidade. Como principais resultados foram capacitados 172 Articuladores Regionais que atuam na mobilização e 140 facilitadores

547 municipais como multiplicadores. Em relação ao compromisso 1, a meta foi alcançada, exceto o item de respostas às
 548 demandas com alcance de 74% dos 85% propostos, ou seja, a meta foi atingida em 80% do previsto, sendo considerado um
 549 bom resultado. **COMPROMISSO 2 – PROMOVER A QUALIDADE, TRANSPARÊNCIA E ÉTICA NA GESTÃO DO**
 550 **SUS.**
 551

Compromisso 2 - Principais Ações	nº
Auditorias	3630
Cursos e Capacitações Auditoria	7

552
 553 **COMPROMISSO 3 – ORGANIZAR O ACESSO AO SUS ATRAVÉS DAS AÇÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E**
 554 **AValiação DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.**
 555

Compromisso 3 - Principais Ações	nº	Municípios
Qualificação Profissional em ações de Controle e Avaliação	903	
Oficinas sobre Regulação		97
Acompanhamento e Assessoramento sobre Regulação e Controle e Avaliação		60
Comissões Regulação em Hospitais	2	
Visitas Técnicas Hospitais	62	
Contratos e Planos Operativos	9	
Processos Autorizativos	146	
Cooperação Técnica		27
Atendimento para TFD	1.288	

556
 557 **COMPROMISSO 4 – IMPLEMENTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO VIVA E SOLIDÁRIA.**
 558

Compromisso 4 - Principais Ações	nº	Municípios
Colegiados de Gestão Microrregionais implantados	28	
Termos de Compromisso de Gestão avaliados	81	
Adesão ao Pacto		19

559
 560 **COMPROMISSO 5 – IMPLEMENTAR AS AÇÕES DO PROJETO SAÚDE BAHIA.**
 561

Compromisso 5 - Principais Ações	nº	Municípios
Unidade de Saúde da Família - construída ou reformada	51	
Aquisição de Equipamentos		16
Subprojetos Municipais Finalizados		13
Curso de Qualificação de Gestão de Trabalho e Gerenciamento de Atenção Básica	150	68
Centrais de Regulação Obras Concluídas	2	

562
 563 **LINHA DE AÇÃO – 2: GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Avaliação da Agenda 2008 X Execução Orçamentária - Por compromissos							
Linha de Ação 2	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado	% Alteração	% Alcance	Alcance da Meta
Compromisso 6	5 Projetos	37.751.000,00	39.025.941,00	24.381.433,22	(3,27)	62,47	150,25 %
Compromisso 7	5 Projetos	1.482.000,00	2.378.300,00	834.570,58	(37,69)	35,09	120,79 %
Linha de Ação 2	2 Compromissos	39.233.000,00	41.404.241,00	25.216.003,80	(5,24)	60,90	135,52 %
Ajustes de Orçamentos		(906.000,00)	(1.813.600,00)	(590.360,75)			
Linha de Ação 2	2 Compromissos	38.327.000,00	39.590.641,00	24.625.643,05		62,20 %	135,52 %

564
565
566
567
568

COMPROMISSO 6 - INSTITUIR UMA POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. E
COMPROMISSO 7 – IMPLANTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DO TRABALHO NO SUS – BA, COM ÊNFASE NA
DESPRECARIZAÇÃO.

Compromisso 6 e 7 - Principais Ações	Nº Eventos	Nº Profissionais	Municípios
Cursos de Especialização	3	425	
Qualificação de Prof. Nível Superior pela EESP*		2.637	
Cursos de Atualização	9	596	
Oficinas	25	833	
Sessões temáticas	9	202	
Encontro	1	90	
Habilitação e Qualificação de ACS e ACE pela EFTS em parceria com MS	158	7250	123
Convocação de Concursados 2005		2451	
Seleção para REDA		1562	
Extensão de Benefícios GIQ, Aposentadorias, Insalubridade e Outros.		4263	
Residentes com Bolsa de Estudo		730	

569
570
571

LINHA DE AÇÃO - 3: VIGILÂNCIA DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE INDIVIDUAL E COLETIVA.

Avaliação da Agenda 2008 X Execução Orçamentária - Por compromissos							
Linha de Ação 3	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado	% Alteração	% Alcance	Alcance da Meta
Linha de Ação 3	10 Projetos	24.729.694,00	35.814.589,00	27.390.900,22	(30,95)	76,48	140,74%
Linha de Ação 3	1 Compromisso						
Ajustes de Orçamentos		100.000,00	50.000,00	-			
Linha de Ação 3	1 Compromisso	24.829.694,00	35.864.589,00	27.390.900,22		76,40	140,74%

572

Compromisso 8 - Principais Ações	Nº	Nº Profissionais	Municípios
----------------------------------	----	------------------	------------

Dose de Imunobiológicos distribuídos	267.487.000		
Municípios que alcançaram cobertura vacinal $\geq 95\%$			274
Seminários Programa de Esquistossomose	2	200	2
Municípios que recebem larvicidas e inseticidas p/ controle de vetores			417
Capacitação para Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno	1	412	
Capacitação para Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil	1	480	17
Vigilância Epidemiológica das Causas Externas implantada		300	19
Ações de Vigilância Sanitária Executadas	3989		
Hospitais avaliados com base na Portaria 1083/01	515		
Municípios monitorados em ações Vigilância Sanitária e Ambiental			257
Ações da Saúde do Trabalhador	24383	9945	
Notificações de Acidentes e Agravos à Saúde do Trabalhador	1254		

573
574
575
576
577

Foram realizados 792.273 exames/produção de insumos pelo LACEN. Como principal resultado do compromisso 3, estão citadas as reduções de incidência nas moléstias: AIDS, Tétano Acidental e Tuberculose. Quantitativo e percentual de exames/insumos produzidos por coordenação - Lacen/Ba – Jan. a dez. 2008.

LACEN	1º trim.	2º trim.	3ºtrim	4º trim.	Total	
					Nº	%
Total de Exames	162.515	208.114	230.351	191.293	792.273	100,00

578
579
580
581
582
583
584
585
586
587

Produção de insumos e Testes para o Controle de Qualidade da Esterilização - CQE. Fonte: Smart /Lacen/Ba 2008. **LINHA DE AÇÃO - 4: ATENÇÃO À SAÚDE COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE.** As ações programadas para o alcance dos objetivos estratégicos determinados nessa linha de ação estão distribuídas em 06 programas, 19 projetos e 33 atividades, concentradas no FESBA e na HEMOBA. Essa linha concentra um maior volume de recursos, orçados inicialmente em R\$ 919,5 milhões e alterados para R\$ 1,2 bilhão, em virtude de reprogramação de despesas. Em 2008 foram realizadas despesas que comprometeram 88,5% da dotação com destaque para os compromissos relacionados aos incentivos financeiros; gerenciamento das unidades ambulatoriais e hospitalares; operação da rede credenciada e ampliação da assistência farmacêutica, incluindo medicamentos de alto custo.

Linha de Ação 4	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado	% Alteração	% Alteração	Alcance da Meta
Compromisso 9	3 Projetos	43.000.000,00	39.923.850,00	36.814.981,78	7,71	92,21	105%
Compromisso 10	10 Projetos	613.050.569,00	952.729.339,54	909.051.712,13	(35,65)	95,42	123%
Compromisso 11	3 Projetos	23.225.000,00	11.146.363,00	9.044.428,94	108,36	81,14	108%
Compromisso 12	14 Projetos	17.190.000,00	12.264.554,00	9.014.077,48	40,16	73,50	82%
Compromisso 13	11 Projetos	249.482.694,00	243.476.033,00	148.428.473,86	2,47	60,96	71%
Compromisso 14	14 Projetos	17.647.000,00	17.652.109,00	10.213.373,98	(0,03)	57,86	134,62%
Linha de Ação 4	6 Compromissos	963.595.263,00	1.277.192.248,54	1.122.567.048,17	(24,55)	87,89	104%
	Ajustes de Orçamentos	(44.050.000,00)	(39.426.305,54)	(26.764.215,54)			
Linha de Ação 4	6 Compromissos	919.545.263,00	1.237.765.943,00	1.095.802.832,63		88,50	104%

588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601

COMPROMISSO 9 - EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. COM INCLUSÃO SOCIAL. Este compromisso tem como meta principal a expansão da Saúde da Família, estando previsto na Agenda Estratégica da Saúde 2008 (AES/2008) a reforma ou construção de Unidades de Saúde da Família, o co-financiamento de equipes de Saúde da Família, a criação da Carreira de Saúde da Família e regularização da situação funcional dos ACS – Agentes Comunitários da Saúde, entre outras ações que culminaram em uma cobertura de 54,98% da população baiana por esta estratégia, que consolida um novo modelo assistencial. Este resultado fica melhor visível pelo alcance de metas demonstrado nas informações já expressas no item 7, nos relatos das principais realizações acima comentadas. Os NASF correspondem a uma estratégia que reorganiza o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família ampliando as ações com inclusão de profissionais através dos núcleos, abarcando vários processos que aumentam a abrangência e escopo das ações da Atenção Básica. Em 2008 foram implantados 35 núcleos em 18 (4,31%) dos municípios. A estratégia para atingir este objetivo incluiu em 2008 o monitoramento de 100% dos municípios e a capacitação e formação de profissionais em busca da profissionalização e consolidação da carreira de Saúde da Família, sendo realizados os seguintes cursos:

Cursos realizados em 2008

Capacitação/Formação de profissionais	Nº Profissionais	Municípios
Técnicos de Higiene Dental (THD)	300	110
Profissionais Responsáveis pela Atenção Básica	159	78

602
603
604
605
606

7.2 COMPROMISSO 10 - REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE FORMA REGIONALIZADA E RESOLUTIVA. A ampliação dos serviços e ações da atenção especializada são as estratégias para atendimento deste compromisso, com as seguintes realizações:

Ampliação dos Serviços Especializados / Redes Assistenciais	Nº
Serviços Credenciados Públicos	86
Serviços Credenciados Privados	46
TOTAL	132
Compromisso 10 - Ações Realizadas - Diversas	Nº
Repasse SISCOLO - Base Municípios	417
Cateterismos Cardíacos	2.785
Angioplastia Intervencionista	754
Habilitação de Hospitais p/ Neurocirurgia	21
Mutirão de Cirurgia Raquimedulares	50
UTI Leitos de Traumatologia-Ortopedia	10
Captação de órgãos para transplante	42
Profissionais Capacitados para Transplantes	2250
Comissões Intra-hospitalarias de Doação de órgãos e Transplantes	13
Reforma de Núcleo de Transplantes	1
Transplante de Coração	2
Transplante Renal no Hospital Ana Néri	6

607

Compromisso 10 - Implantação de Redes Assistenciais	Nº
Rede de Oncologia	1
Rede de Oftalmologia	1
Rede de Cardiologia	1
TOTAL	3

608

Compromisso 11 - Principais Ações	Nº Eventos	Nº Profissionais	Municípios
Visitas Técnicas aos Hospitais - QualiSUS	11		
Capacitação em Regulação Médica das Urgências		1605	
Capacitação em Urgências p/ Enfermeiros de UTI	3		
UPAS com implantação aprovada	14		14

609

Compromisso 12 - Principais Ações	Nº Eventos	Nº Profissionais	Municípios
Orientações Técnicas a Municípios p/ Humanização			412
Capacitação em Saúde da Mulher		383	100
Seminários e Oficinas		545	134
Encontro Estadual Atenção a Mulheres em Situação de violência	1	50	

Distribuição de Métodos Contraceptivos	50.298.294		
Triagem neonatal (Teste do Pezinho)		191.960	417
Dispensação de Medicamentos a Pessoas Idosas		18724	
Dispensação de Medicamentos Excepcionais a Pessoas Idosas		13078	
Acompanhamento da Bolsa Família - Vigilância Alimentar		802.812 (61%)	
Acompanhamento pelo SISVANWEB		188.090	
Concessão de Órteses, Próteses e Materiais Especiais.		94.622	
Novas Equipes de Saúde Bucal em 2008	229		
Novos Ceos implantados (Centros de Especialidades Odontológicas)	22		
Laboratórios Regionais de Prótese Dentária Novos	5		
Qualificação de Profissionais em Saúde Bucal		3161	120
Novos CAPS implantados	26		
Encontros de Saúde Mental	34	1583	175

610

Compromisso 13 - Principais Ações	Nº	Nº Pessoas	Municípios
Farmácias Populares do Brasil	21		
Dispensação de Medicamentos		45633	
Política de Fitoterapia implantada	1		

611

Compromisso 14 - Principais Ações	Nº	Nº Pessoas	Municípios
Atendimentos Hemoterápicos	89.796		
Bolsas Coletadas	76.506		
Bolsas de Hemocomponentes produzidas	179.159		
Capacitação em Hemoterapia		749	

612

613

614

LINHA DE AÇÃO – 5: EXPANSÃO, INTERVENÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE.

Avaliação da Agenda 2008 X Execução Orçamentária - Por compromissos							
Linha de Ação 5	Projeto Atividade	Orçado Inicial	Orçado Atual	Utilizado	% Alteração	% Alcançe	Alcançe da Meta
Compromisso 15	13 Projetos	63.551.677,00	160.126.014,00	82.105.767,53	(60,31)	51,28	182%
Compromisso 16	5 Projetos	691.000,00	541.000,00	381.521,71	27,73	70,52	139%
Linha de ação 5	2 Compromissos	64.242.677,00	160.667.014,00	82.487.289,24	(60,02)	51,34	161%
Resumo do Relatório		2.000.000,00	(48.068.405,00)	1.166.998.491,55			
Linha de ação 5	2 Compromissos	66.242.677,00	112.598.609,00	78.752.694,73		69,90	161%

615

Compromisso 15 - Principais Ações	Nº	Nº Pessoas	Municípios
Aquisição de Veículos (ambulâncias, UTI móvel e outros)	65		
Início de Obras de novos Hospitais	2		
Reforma de Emergências	1		
Intervenções em Unidades da SESAB para reforma e melhorias, incluindo Sede	29		

616

Compromisso 16 - Principais Ações	Nº	Nº Pessoas	Municípios
Fórum de Avaliação de Tecnologias	1	100	
Projeto Piloto para Tecnovigilância Hospitalar	1		
Seminários de Prioridades de Pesquisas	4		

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

FESBA. **Da Prestação de Contas. Emenda 29.** Em relação ao cumprimento do limite constitucional mínimo aplicado em ações e serviços públicos de saúde pela Administração Estadual, no referido exercício, constatou-se que o percentual aplicado pelo Estado em saúde foi de 12,84%, resultado do esforço conjunto entre a SESAB/FESBA e a Secretaria da Fazenda para a ampliação dos gastos com ações e serviços públicos de saúde. **Das Alterações no Orçamento por Projeto.** As alterações culminaram com uma redução de 20,6% no Orçamento da Fundação HEMOBA e de um aumento de 4% no Orçamento da FESBA. Anexo 1 – pág. 3. A ampliação do Orçamento inicial de 2008 (R\$2,05 bilhões) com aporte de R\$517 mil que elevou o Orçamento para R\$2,6 bilhões, foi um grande alcance para o financiamento do Sistema Estadual de Saúde, sendo este incremento de 23% no Orçamento de recursos advindos principalmente de arrecadação tributária. A SESAB usou 83,7% do orçamento definido enquanto que as metas físicas operacionais da AES – 2008 tiveram um alcance de 123,45%. **Dos Investimentos em Saúde.** O aporte de recursos realizados pelo Estado, nas diversas áreas do setor saúde aponta para importantes acréscimos na gestão direta em ações de saúde, com enfoque sobre a assistência ambulatorial e hospitalar; conforme explicitado na TABELA 01 do RG 2008 (abaixo), observa-se que as ações que tiveram maior orçamento foram com manutenção das unidades e para gestão da assistência da Rede Ambulatorial e Hospitalar.

Área	RECURSOS APLICADOS (EM R\$ 1.000,00)			% EM 2008
	2006	2007	2008	
Manutenção	1.057.354	1.034.245	1.043.854	45,05%
Gestão da Assistência da Rede Ambulatorial e Hospitalar	495.751	527.639	914.617	39,47%
Assistência Farmacêutica	54.067	100.796	121.790	5,26%
Expansão e melhoria da Rede Física	42.620	21.906	72.493	3,13%
Atenção Básica	49.541	52.063	48.649	2,10%
Ações Transversais	35.952	29.495	43.806	1,89%
Formação e Qualificação Profissional, Gestão e Controle Social	14.759	21.153	34.362	1,48%
Vigilância em Saúde	19.254	18.697	27.390	1,18%
Assistência Hematológica e Hemoterápica	8.791	9.131	10.288	0,44%
TOTAL	1.778.089	1.815.125	2.317.249	100,00%

Fonte: SESAB/Fesba/Diretoria Financeira/Sicof Gerencial.

632

633

634

635

636

O detalhamento da despesa com manutenção da SESAB (FESBA e HEMOBA), compreende atividade-meio: administração de pessoal e encargos, manutenção dos serviços técnicos administrativos, publicidade, manutenção dos serviços de informática e outros serviços essenciais prestados a SESAB. A tabela abaixo mostra a comparação do percentual de

637
638
639

representatividade das áreas entre si, e em relação ao triênio, sendo destaque a melhoria dos investimentos nas áreas de Vigilância à Saúde, Gestão da Rede, Formação e Qualificação Profissional e Expansão e Melhoria da Rede Física.

Análise Comparativa do Investimento entre os períodos

Área	2006	2007	2008	% de Aumento 2006	% de Aumento 2007
Manutenção	1.057.354,00	1.034.245,00	1.043.854,00	-1,28	0,93
Gestão da Assis. Da Rede Amb e Hospitalar	495.751,00	527.639,00	914.617,00	84,49	73,34
Assistência Farmacêutica	54.067,00	100.796,00	121.790,00	125,26	20,83
Expansão e Melhoria da Rede Física	42.620,00	21.906,00	72.493,00	70,09	230,93
Atenção Básica	49.541,00	52.063,00	48.649,00	-1,80	-6,56
Ações Transversas	35.952,00	29.495,00	43.806,00	21,85	48,52
Formação e Qualif. Profissional	14.759,00	21.153,00	34.362,00	132,82	62,45
Vigilância à Saúde	19.254,00	18.697,00	27.390,00	42,26	46,49
Assistência Hematológica	8.791,00	9.131,00	10.288,00	17,03	12,67
Totais	1.778.089,00	1.815.125,00	2.317.249,00	30,32	27,66

640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672

Do desempenho das Fontes de financiamento. A fonte 30 tem o melhor desempenho de execução orçamentária, seguida da fonte 48. Entre as Linhas de Ação, apenas na Linha de Ação 4 a fonte 48 sobressai, por conta do custeio da prestação de serviços assistenciais de saúde. Em todas as outras há predomínio de custeio pela fonte 30. **Dos Convênios.** Os convênios federais que tiveram maior aporte financeiro foram para aquisição de equipamentos e materiais especiais, sendo o que menor valor foi para ações de Saúde do Adolescente. Em 2008, foram 48 convênios vigentes. Em relação aos convênios estaduais concedidos, foram para construção, reforma ou aquisição de equipamentos, com um total de 240 vigentes em 2008, com bom desempenho da execução orçamentária. **Das Ações Compartilhadas.** Em relação às ações compartilhadas, houve baixo desempenho para Ações para Populações Estratégicas, Sistema Penitenciário e Adequação do Parque Predial do Estado, estando o melhor desempenho nos projetos de Vigilância à Saúde, Urbanização Integrada, Manejo das Águas e Água para todos. Dos Projetos destas ações, o de maior representatividade orçamentária é o referente à Água para Todos (nº 180) e o de menor representatividade é o 208 para Adequação do Parque Predial do Estado. **Das Recomendações. À SESAB.** a) Na elaboração do Relatório de Gestão, vincular a apresentação do desempenho orçamentário com o das metas operacionais relacionadas, para facilitar o acompanhamento; b) Destacar no relatório as alterações ocorridas nos compromissos da Agenda Estratégica e as mudanças das metas, verificando consonância com as metas do SIPLAN; c) Apresentar no Relatório de Gestão dados do acompanhamento dos convênios, tanto federais quanto estaduais, no que se refere ao desempenho físico e orçamentário e as justificativas sobre as vigências, bem como encaminhar ao CES as adequações ao SINCOV dos convênios iniciados anteriormente à vigência da Portaria nº 127/2008; d) Incluir no Relatório de Gestão informações sobre acompanhamento e monitoramento das ações compartilhadas, indicando os alcances das metas/resultados; e) Reformular as estratégias de Vigilância à Saúde para Controle das Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde, anteriormente chamadas de Infecções Hospitalares, para ampliar a eficiência e efetividade, haja vista a baixa cobertura do Programa “efetivo” nos Hospitais baianos. Sendo esta uma exigência para Licenciamento Sanitário, e sendo este obrigatório, causa espécie o baixo desempenho. Assim sendo, a sugestão é cumprir o preconizado na Lei nº9.431/1997 e Portaria nº2616/1998, revigorando o Programa Estadual de Controle de Infecção Hospitalar/PECIH. f) Levando em conta a necessidade de incentivar a fixação de profissionais nos hospitais do interior e de ampliar a oferta de mão de obra qualificada para ajustar a demanda à oferta, é recomendado que o Programa de Residência seja ampliado, em especial para o interior do Estado. g) Instituir mecanismo, através de ato governamental, para que os recursos referentes à Emenda 29 sejam automaticamente creditados, assim que gerados na fonte de tributos, em conta específica do Fundo Estadual de Saúde, cumprindo prerrogativa legal e facilitando o controle e a execução. h) Incluir no Relatório de Gestão as justificativas para os remanejamentos de recursos, quando ocorrerem, esclarecendo a motivação para aumentar ou reduzir recursos dos projetos, fazendo a correlação do remanejamento, indicando de onde foi suprimido e para onde foi redirecionado, ou se houve suplementação qual a origem. i) Apresentar no RG os gastos/custeio por unidade pública de administração direta e indireta, incluindo recursos de manutenção, folha de pagamento e contas de consumo, demonstrando o investimento por unidade

673 com maior clareza, uma vez que o custeio global apresentado não mostra a diferença de manutenção por complexidade.
674 **Considerações Finais.** O RG 2008 apresentou a execução orçamentária da SESAB em conformidade com as Linhas de
675 Ação e os seus respectivos compromissos, conforme Agenda Estratégica de Saúde/2008, que por sua vez, retrata as
676 estratégias para execução do Plano Estadual de Saúde – PES, com absoluta coerência. Observou-se consonância entre a
677 execução orçamentária e o cumprimento das metas, em sua maioria, configurando um desempenho normal. Para alcance das
678 metas, foram necessários ajustes orçamentários que resultaram em remanejamentos. Destaca-se a ampliação dos
679 investimentos na Saúde, com aporte significativo para a área assistencial, adequando às estruturas das unidades próprias,
680 bem como merece destaque as ações para melhoria e qualificação dos trabalhadores do SUS. Há necessidade de melhorar o
681 desempenho dos convênios e das ações compartilhadas, bem como o RG deve apresentar estes resultados de forma mais
682 detalhada. Vale salientar o importante apoio à Relatoria, conferido pelos técnicos da ASPLAN e FESBA, para melhor
683 entendimento do RG, em especial pelo fornecimento de informações complementares, facilitando a elaboração deste
684 Parecer. Por fim, realçamos que a disponibilidade das informações de forma abrangente e transparente atende aos anseios do
685 Controle Social, oportunizando ao CES que desempenhe seu papel de forma confortável e adequada. Por tudo isto, o Gestor
686 Estadual e sua equipe merecem ser parabenizados por este Conselho de Saúde. **Do Voto.** Análise dos dados do RG, seus
687 anexos e informações complementares mostraram congruência e consistência com o Plano Estadual de Saúde, disposto na
688 Agenda Estratégica de Saúde – 2008, tanto na execução orçamentária quanto no alcance das metas, em muitos casos
689 superadas, não tendo sido localizadas, nos documentos avaliados, irregularidades à luz das normas regulamentadoras do
690 Sistema Estadual de Saúde e da Gestão Pública, estando ainda em cumprimento do rege a Lei Federal nº4.320 do Direito
691 Financeiro e com cumprimento do que dispõe o Parágrafo XV da Quinta Diretriz da Resolução nº333/2003 do Conselho
692 Nacional de Saúde. Salvo melhor juízo, confiro parecer favorável sem restrições ao Relatório de Gestão 2008,
693 encaminhando a este Egrégio Conselho Estadual de Saúde para aprovação com observância das recomendações
694 supracitadas, destacando às referentes aos créditos da Emenda 29, do Controle de Infecção Hospitalar e do Programa
695 Estadual de Residência. De acordo com a outorga a nós concedida na 151ª Reunião Ordinária do CES do dia 25 de março de
696 2009, salvo melhor juízo, este é nosso parecer, que encaminhamos ao CES em 30 de abril de 2009, na cidade de Salvador.
697 **Maria Rita B. Lopes Pontes. Conselheira/Relatora.** Representante da Associação Comercial da Bahia no segmento dos
698 usuários junto ao Conselho Estadual de Saúde – BA. ANEXO I – Planilhas de Avaliação de Desempenho Financeiro e
699 Operacional por Linhas de Ação e Compromissos – Análise de Alcance das Metas. O Senhor Presidente agradeceu a
700 conselheira, salientou que foi uma apresentação resumida e detalhada que todos receberam inclusive os conselheiros
701 receberam também o Parecer sobre o Relatório de Gestão. A conselheira Tereza Deiró colocou que desde o início dessa
702 gestão, como membro da Comissão de Orçamento, temos observado o quanto avançamos na forma de construir a gestão,
703 avançou muito. Essa não é certamente a fotografia que tínhamos há alguns anos atrás, porque sempre tenho umas
704 colocações a favor dos trabalhadores, claro, mas não podemos deixar de reconhecer que este Conselho, conjuntamente com
705 a gestão, não foi só o Conselho e nem só a gestão. Estou vendo o meu conterrâneo Washington Abreu, que nos ouviu muito,
706 todas as críticas, mas sempre foram no sentido de podermos construir. Já sou conselheira reconduzida, portanto estou há
707 quatro anos, aproveito para abrir e fechar parênteses somente para lembrar que precisamos ver onde, em que pé está o nosso
708 novo Regimento, porque foi encaminhado no dia 12 de dezembro, estamos sem notícias mais concretas e precisamos
709 ampliar este Conselho para cada vez mais podermos contribuir com a construção do Sistema Único de Saúde. Mas foi só um
710 parêntese para dizer que estamos nesse Conselho sem a paridade, e precisamos, antes de tudo ter um Conselho sólido,
711 melhorado bastante, que está no Regimento, aprovado há cinco meses, deve estar pela Casa Civil talvez, com o Procurador,
712 quero que o Secretário nos passe essa notícia, antes de tudo, para que tenhamos um conselho atuante, precisamos ter o novo
713 regimento funcionando com 32 membros, para que possamos contribuir cada vez melhor com a saúde da população, o SUS
714 como um todo. Como ia colocando sobre o relatório de gestão, acho que esse processo de construção de todo o grupo, me
715 dirigi a Washington porque ele foi muito paciente, nos ouviu bastante, no início desse processo de construção de 2007,
716 assim como Chaider que é o homem dos números, Júlio e outros a nos explicar, antes eram uns montes de números jogados
717 no relatório, e por isso o relatório de 2006 está com problemas. O Secretário irá colocar que a Secretaria está sendo
718 requisitada pelo Ministério Público, não pelo que ocorreu de 2007 para cá, e sim pelos Relatórios de Gestão com problemas,
719 aprovados na marra, como dizemos no popular, com muitos conselheiros inclusive eu, votando contra, mas não somos a
720 maioria, não éramos e não somos ainda, portanto no sentido da coisa correr direito. Parabenizou a conselheira Rita, e
721 aqueles que colaboraram porque a sua capacidade de síntese foi expressa nessa apresentação que posso chamar de
722 formidável. Hoje usei essa palavra “formidável” para um grupo de alunos meus por isso que cheguei atrasada, em uma
723 apresentação de um trabalho sobre a fenilcetonúria que é uma doença relacionada com aminoácido essencial, e como sou
724 professora de uma disciplina que é bem metabolismo, teve uma apresentação muito importante no sentido de já estarem
725 compreendendo essas doenças na Atenção Básica, e que a dieta, todos sabem, aí puxo a brasa para a sardinha como
726 nutricionista e professora de nutrição, é imprescindível nessas doenças de erros inatos do metabolismo. Queria concluir
727 Washington, agora você e todos terão que ouvir, eu disse que para não dizer que não falei das flores, mas sempre temos que
728 colocar no sentido de procurarmos construir, ainda sinto na leitura do relatório, não tanto na apresentação de Rita, mas ficou
729 certa lacuna no que diz respeito ao nosso acompanhamento, e o relatório reflete isso. No que diz respeito às unidades
730 geridas, aos problemas da gestão por organizações sociais, sempre ficamos com dúvidas sobre o que é meta que não foi
731 cumprido tudo bem, vai devolver o dinheiro, o Secretário tem sido firme, o FESBA também, mas não é o bastante, porque

732 enquanto não cumpre a meta e atende a população, não nos interessa devolução de verba, não interessa a nenhum de nós,
733 em detrimento do cumprimento da assistência a população. É uma questão que precisamos avançar, referente ao Conselho e
734 a gestão, nesse momento não vou aproveitar para colocar a nossa posição sempre contrária a esses modelos de gestão,
735 organização social, terceirização e agora Fundação Estatal a nosso ver não deve ser o caminho deste governo de mudança,
736 democrático, e que quer avançar na construção do SUS. Mas já que aí existe, temos que ter um acompanhamento mais
737 efetivo e até mais contundente. Rita foi brilhante, formidável, como já disse aos meus alunos e quis aproveitar essa palavra,
738 parabenizar não só a forma, como o conteúdo, a maneira, e toda a equipe de fato está de parabéns, um relatório de gestão
739 que foi feito e apresentado dessa forma, realmente só temos que colocar, daqui a pouco após ouvir os conselheiros, em
740 votação. Isso é bom para o SUS e para todos. O Senhor Presidente passou a palavra para o conselheiro Moysés. O
741 conselheiro Moysés Toniolo parabenizou a conselheira Rita, você é mais uma das conselheiras daqui que contribuiu para o
742 processo de tornar para nós a responsabilidade pela aprovação de qualquer documento dentro deste Conselho, um pouco
743 mais confortável, transparente, e precisamos muito disso. Agradeceu a conselheira porque de qualquer forma chegará o dia
744 em que cada um de nós terá que nos debruçarmos sobre este tipo de documento, analisar e emitir Parecer. Vocês vêm
745 contribuindo para que aprendamos, inclusive analisando os Pareceres de vocês. Colocou que o Fórum de Patologias gostaria
746 de ver, isso é para a própria Secretaria de Saúde, pelo Fórum de Patologias, de certa forma detalhados em alguns momentos,
747 por exemplo, quanto aos programas medicamentos em casa e internação domiciliar, gostaríamos de ver um detalhamento
748 em que situações de agravos, situações de saúde ou de patologias que estão sendo atendidos esses pacientes. Gostaria de ver
749 isso, porque nos interessa fazer essa discussão sobre acessibilidade. Vou lembrar aos senhores que algumas patologias
750 possuem um componente não só do estigma, como também da pauperização que agrava a mesma. Portanto, precisamos
751 saber se esse custo de cinco mil e pouco aqui por paciente atendido em casa, se realmente satisfaz as necessidades dos
752 pacientes e inclusive emitir um Parecer, de certa forma analisar sobre o custo de pacientes normal por internamento em
753 hospital. O conselheiro Luiz Delfino Mota Lopes parabenizou a conselheira Maria Rita, foram interessantes as suas
754 colocações, também, com a equipe do Chaider, Júlio, Abreu, fiz também esse papel e ficamos realmente em condições de
755 realizar um bom trabalho. Mencionou que gostaria de frisar mais uma vez a questão do acompanhamento de convênios, é
756 uma questão que venho sempre colocando como muito importante para a saúde do nosso estado. Gostaria que houvesse
757 mais detalhes com relação a isso, e a taxa de execução em nosso Estado, inclusive, solicitaria até a ASPLAN – Assessoria
758 de Planejamento, independente do relatório, que fosse fornecido ao Conselho na próxima reunião, um documento com todos
759 os convênios citando o local que está sendo executado e a taxa de execução de todos os convênios que hoje estão sendo
760 praticados em nível de estado, e trazer para os conselheiros para que saibamos como está sendo acompanhado, e até mesmo
761 tem conselheiros aqui de entidades ou de determinadas regiões do estado, como eu que fico na região do sertão do estado,
762 de repente tem um convênio que não está sendo executado e posso estar alertando a comunidade, as entidades, para cobrar
763 do gestor, dos responsáveis pela execução desses convênios que a finalidade principal é melhorar o SUS e servir a
764 comunidade baiana. O conselheiro Josivaldo de Jesus Gonçalves parabenizou a conselheira Maria Rita, concordou também
765 com Delfino que era a minha preocupação, estávamos em sintonia nessa situação. Salientou que tanto as prestações de
766 contas, quanto ao relatório de gestão, tem sido apreciado de forma criteriosa por todos os conselheiros, e até mesmo porque
767 aqui temos conselheiros de diversos segmentos e diversas correntes políticas também. Somos todos responsáveis, tanto é
768 que às vezes, não é só nessa primeira reunião como nas demais, sempre é aprovado o relatório de gestão, principalmente as
769 prestações de contas e não há uma contestação mais contundente, porque desde que a gestão assumiu, teve um compromisso
770 tanto da gestão quanto da equipe que está trabalhando de se colocar à disposição dos conselheiros, principalmente dos
771 relatores, para que pudéssemos passar todas as informações. Sou conselheiro municipal também, sou de Itabuna, e temos
772 atravessado problemas pequenos porque o Município não fornece informação, não temos acesso ao Fundo Municipal de
773 Saúde, não temos conteúdo para analisar antes que essas prestações cheguem, antes que o relatório de gestão chegue até
774 nós, o que é diferente aqui no Conselho Estadual de Saúde. É importante salientar isso para que os presentes compreendam
775 a complexidade dos recursos que são distribuídos pelo Estado, principalmente a questão da emenda 29 e de todo orçamento
776 do próprio Estado, os repasses do governo federal que é um montante grande, as análises são feitas com responsabilidade, e
777 na realidade são apurados mesmo. Ressaltou que é importante essa participação e que possamos continuar contando com a
778 colaboração dos trabalhadores principalmente, alguns são diretores, mas outros são trabalhadores mesmo da gestão.
779 Parabenizou mais uma vez a Maria Rita pela colocação e pelo relatório esclarecedor. O conselheiro Raul Moreira Molina
780 Barrios expressou a satisfação de ouvir mais uma vez a apresentação de Rita, sei o trabalho que você deve ter tido para fazer
781 essa síntese, como também a equipe de apoio. Já fui contemplado com algumas coisas que foram colocadas aqui pelos
782 conselheiros, mas reafirmo que o Conselho não tem ficado apenas na análise dos planos de gestão de contas, como também
783 na participação e fiscalização. Esse Conselho tem se manifestado numa forma de vanguarda bem melhor daquilo que
784 assistíamos quando estávamos ali atrás, não é Tereza? É outra situação, concordo plenamente, vivemos momentos
785 totalmente diferentes com relação à transparência. Mencionou que não queria polemizar, mas concordo que o detalhamento
786 das ações, principalmente das organizações sociais e da própria terceirização, é um dever nosso solicitar. Concordo
787 plenamente com a Tereza, mas tenho que falar como gestor, do outro lado, a gestão não pode ficar também refém dessa
788 legislação que nos engessa por todos os lados. Pedimos tantas ações e temos tantas dificuldades para realizar as coisas, acho
789 que tem organizações sociais e “organizações sociais”. Precisamos rever essa postura e aquilo que sempre pedimos como
790 transparência nessas ações e principalmente nessas organizações. Não poderia deixar de dizer que enquanto gestor, sinto

791 que é necessário termos essas parcerias. Concordo de detalhamento, da transparência, mas, não é possível se é todo público,
792 sabemos disso e não podemos ficar remando dentro disso. Queria expressar isso e parabenizar mais uma vez. A conselheira
793 Maria Luíza Câmara colocou que ficou surpresa talvez, como vocês falam que são gestores, nós que somos usuários e
794 defendemos a comunidade, temos assento garantido neste Conselho, foi a primeira vez que realmente sentimos um
795 entendimento de um relatório, muito bem apresentado, muito claro, elaborado com muita eficiência, e visualizando,
796 prevendo todas as pessoas que são componentes desse conselho, que participam pessoas da comunidade que não tem um
797 conhecimento científico, como no caso a minha representação e aqui tem outros companheiros que representam a
798 comunidade. Queria fazer uma observação, a questão que o conselheiro do Fórum de Patologias colocou era exatamente o
799 que eu queria falar, das doenças crônicas degenerativas, que são essas pessoas geralmente mal informadas que não sabem
800 onde bater, aonde ir, e que esse relatório colocou claríssimo a implantação desse serviço como um novo perfil nessa gestão
801 de 2008. Sugeri ao Secretário que ampliasse essa divulgação, porque as pessoas não têm nenhum conhecimento, é um
802 serviço que precisa ser amplamente divulgado. Informou que dia 10 de maio agora mesmo é o dia do lupus, vamos fazer
803 uma caminhada do Campo Grande até a Praça da Piedade, e Dr. Mitermayer Maia Santiago que é o médico do Hospital
804 Santa Izabel, não é o Santiago do FIOCRUZ, é o meu reumatologista, ele fará uma palestra e haverá pessoas com lupus,
805 com as artrites e psoríase. São doenças que precisam que saibam e vou levar essa informação, porque a maioria dessas
806 pessoas não sabe. Instalamos uma pesquisa “Nossa Associação”, já é questão do trauma, no HGE - Hospital Geral do
807 Estado, onde as Assistentes Sociais acham que os pacientes deveriam sair das unidades em cadeiras de rodas após o
808 traumatismo. Depois elas socorrem nas Associações que por si tem dificuldades em buscarem as concessões dessas cadeiras
809 que o estado está com esse déficit. São essas minhas observações defendendo o meu segmento e a comunidade ao qual
810 represento aqui no Conselho. Parabéns Maria Rita. A conselheira Deborah Dourado Lopes parabenizou a forma clara que
811 Maria Rita apresentou o relatório, acho que é a consequência de um processo que vem se desencadeando, desenvolvendo,
812 desde o primeiro momento dessa gestão, cada relatório é um processo avaliativo e melhorado em relação a tudo apresentado
813 no relatório de gestão que está com inúmeras páginas. Quando falamos no relatório de gestão, estamos dando informação
814 daquilo que foi feito na gestão das metas físicas e financeiras. Mereceria uma tabela simplificada do total de montante de
815 recursos investidos na saúde no ano de 2008 e especificando cada fonte, o repasse feito pela União, pelos Estados, e outros
816 investimentos. Fica extremamente claro porque não precisa estar mexendo em uma coisa e outra. O relatório tem números
817 anexos, dá idéia inclusive de movimentações financeiras do próprio Fundo com clareza e visibilidade, as contas, as ordens
818 bancárias, estão tudo muito detalhado. Sugeri uma tabela simplificada desse montante para entendermos que durante o
819 exercício de 2000, estamos falando de metas que foram executadas e para tanto teve disponibilidade desses recursos
820 Tripartite ou no caso Bipartite e outras fontes de financiamento para a saúde. A conselheira Joilda Gomes Rua Cardoso
821 parabenizou a conselheira Maria Rita, destacou que temos hoje uma Comissão Permanente de Orçamento que está
822 funcionando plenamente, inclusive sendo respeitada por todos os conselheiros que são eleitos para dar um parecer e que
823 trabalham juntos com essa Comissão. Informou que estiveram juntos nessa caminhada em três reuniões, e cada vez vai
824 melhorando o nosso aprendizado, vai aperfeiçoando exatamente isso que a conselheira Deborah colocou que é fruto de uma
825 caminhada. Esse relatório teve uns anexos que foi uma novidade, onde tem alguns projetos que são remanejados recursos
826 que não tiveram execução ou nem chegaram a serem executados, cabe ao Conselho e a Comissão de Orçamento em especial
827 estar acompanhando de fato como é que se dá esse remanejamento porque já que são projetos que tem um recurso
828 disponibilizado e porque não são executados devidamente, e às vezes até 100%, 80% que não é executado são remanejados
829 para outra atividade. Quero destacar isso aqui, além do que o conselheiro Raul já colocou que é quanto na verdade as
830 entidades que são prestadoras, as OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público que já falamos inclusive em
831 relatório passado que precisamos de um detalhamento dessas atividades, como se dá, que vemos o montante de recursos que
832 são aplicados e o quanto foi aplicado o percentual, mas não temos uma discriminação dessas atividades, de como foi
833 aplicado devidamente esse recurso. Cabe-nos chamar a atenção com relação a isso. O Senhor Presidente Registrou a
834 preocupação que Maria Rita trouxe em relação à Residência Médica no interior do Estado, e que desde o ano passado já tem
835 uma série de processos e doutores tentando viabilizar a criação de novos programas, e aproveitou para registrar ao Conselho
836 que começamos a ter frutos. O Hospital do Oeste já encaminhou projetos para a Comissão Nacional de Residência Médica,
837 tem a implantação dos primeiros programas de residência médica em Barreiras, já tem projetos do Hospital de Base de
838 Conquista, tem novos projetos de Feira de Santana e da Santa Casa de Itabuna. Com isso está de certa forma ampliando para
839 mais dois pólos importantes. Esperamos que os projetos possam ser implantados, porque encaminhamos um projeto no
840 início do ano para iniciar uma Residência no ano seguinte. Quanto a questão da apresentação dos recursos por unidade
841 gestora, acho também uma questão importante, ali apresentamos Deborah, apenas algumas. Houve um estudo feito pela
842 DECIT - Departamento de Ciência e Tecnologia que começou a fazer a desagregação dessas despesas por unidade gestora,
843 mas apenas para uma parte da rede, os maiores Hospitais que estão sob administração direta e alguns sob administração
844 indireta, mas foi ainda o primeiro esforço nessa direção. Isso é muito importante até para que possamos a partir daí construir
845 uma metodologia de custo, de acompanhamento de despesa, de avaliação individual. E é assim a questão das OS, dos
846 terceirizados Tereza, em minha opinião não só as OS terceirizados, mas precisamos avançar para ter no relatório de gestão
847 anual, porque acho que trimestral é muito detalhismo, mereceria ter uma avaliação de cada unidade da rede própria, e o
848 nosso relatório não chegou ainda a esse nível de detalhamento, porque cada unidade gestora faz o seu relatório anual, cada
849 Hospital faz o seu relatório anual, só que eles não são resumidos e incorporados no relatório de gestão de forma

850 desagregada. Sugeriu a ASPLAN e aos conselheiros, tentarem produzir um conjunto de indicadores que não dá para somar
851 todos os relatórios senão ficará tão grande que ninguém vai ler mesmo, mas, construir um conjunto de indicadores que
852 permitam uma síntese anual que faça essa avaliação de cada uma das Unidades da SESAB. Quanto à questão das patologias
853 que foi comentada por Moisés em relação a medicamentos em casa e internação domiciliar, o medicamento em casa
854 trabalha com hipertensão, diabetes e métodos contraceptivos. A internação domiciliar não tem ainda uma grade de
855 patologias, mas de condições do paciente para acompanhamento pós-alta. Enfatizou que é um tema importante para
856 trazermos para o Conselho, uma discussão específica, a apresentação da situação atual do programa internação domiciliar,
857 dos critérios, envolvimento, porque inclusive é um programa novo, inédito, é o único programa que tem abrangência do
858 porte que estamos tendo aqui, e tem muita coisa que a equipe está desenvolvendo, e é importante pautarmos isso. Sobre o
859 remanejamento orçamentário que é outro ponto que o relatório avançou, mas para esclarecimento, muitas vezes a não
860 execução, foi Joilda que levantou isso, não é que as metas não tenham sido alcançadas, porque a execução orçamentária
861 financeira muitas vezes termina acontecendo em outro programa atividade, e isso termina não dando a visibilidade exata,
862 criamos dificuldades, porque às vezes não executamos o orçamento naquele programa, mas aquela ação terminou sendo
863 feita com execução orçamentária de outro programa, e a execução orçamentária por si só não mostra, mostra apenas onde é
864 que tinha orçamento que não foi usado ali e foi deslocado para outro programa. Concluiu informando que a avaliação da
865 execução orçamentária também tem alguns vieses. A síntese que Maria Rita colocou mostra bem o processo, por exemplo, o
866 que chegamos em 2008 a executar de orçamento foi bem mais do que tinha sido aprovado do orçamento inicial, mas foi
867 menos do orçamento final porque tinha o orçamento inicial, e ele foi agregada uma ampliação orçamentária que
868 conseguimos aprovar durante o ano por várias razões, aumento de arrecadação, projeção de superávit, estimativa de novos
869 convênios e de outras transferências federais, e o orçamento final teve oitenta e tantos por centos de execução. Mas pelo
870 orçamento inicial houve uma média superior a 115% e 120%. Existem algumas questões orçamentárias que muitas vezes
871 não traduzem diretamente quando você pega os remanejamentos em metas, por isso que achei importante a observação que
872 Maria Rita fez dessa relação entre execução, metas, para que possamos ter uma avaliação mais global. Queria comentar e
873 submeter à apreciação dos conselheiros o parecer da conselheira Maria Rita. A conselheira Tereza Deiró mencionou que
874 queria até ser corrigida caso tenha passado despercebido. Esqueci de falar que não vi no relatório, também senti falta na
875 apresentação do Relatório de Gestão do HEMOBA – Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia. O HEMOBA é
876 ligado ao FESBA – Fundo Estadual de Saúde e somos responsáveis, estou apenas perguntando onde está o Relatório de
877 Gestão do HEMOBA. O Senhor Presidente esclareceu que as informações do HEMOBA fazem parte do relatório geral de
878 gestão, mas por solicitação inclusive do conselho, acordamos no ano passado que teríamos um relatório submetido à parte.
879 Isso foi feito em relação a 2007 e será feito também em relação a 2008, só que ainda não foi finalizado pelo HEMOBA para
880 pautar, estará em pauta ainda no Conselho. Com esse detalhe que Washington lembrou, só podemos trazer ao Conselho
881 Estadual depois de aprovado no Conselho Curador porque é uma Fundação. Tem que passar primeiro no Conselho Curador
882 para depois ser trazido ao Conselho Estadual. Perguntou se havia algum conselheiro contra a aprovação do Relatório de
883 Gestão de 2008, como ninguém se manifestou o mesmo foi aprovado por unanimidade. Agradeceu a conselheira Maria Rita
884 e mencionou que passaria para o próximo ponto, a apresentação do Parecer referente ao Plano Estadual de Saúde. Solicitou
885 ao Presidente substituto Washington Couto que o substituísse porque precisaria resolver um problema retornando em
886 seguida. O conselheiro Josivaldo de Jesus Gonçalves protestou sobre a mudança na pauta da apresentação do ponto de
887 Itabuna. Enfatizou que em duas reuniões esse ponto foi preterido e ficou para ser a primeira apresentação nessa reunião, já
888 que foi pela apresentação do Relatório de Gestão, tudo bem, mas, vai ficar por último, muitos conselheiros já terão ido
889 embora e não sei se será apreciado. Aconteceu isso na reunião passada e não vamos concordar que isso se repita, porque de
890 tanto gastar os recursos para virem às reuniões do CES os representantes do Conselho Municipal de Itabuna não
891 compareceram desta vez. O Senhor Presidente substituto esclareceu que garantiria que logo após essa apresentação seria o
892 ponto de Itabuna, manteria o quorum para não ter problemas, e no próximo ponto retornaremos para o primeiro que é a
893 apresentação sobre a situação de Itabuna e seguiremos com o Plano de Saúde. Em seguida passou a palavra para a
894 conselheira e parecerista, doutora Maria Lígia Rangel dos Santos que apresentará o Parecer quanto ao Plano Estadual de
895 Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, que foi encaminhando para todos os conselheiros por e-mail. A
896 Conselheira Maria Lígia Rangel Santos fez a leitura do PARECER DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE. (Versão
897 Preliminar) Gestão 2007-2010. (Vigência: Dezembro de 2011). Relatora: Conselheira Maria Lígia Rangel Santos. Salvador,
898 Bahia. Abril de 2009. Parecer. Senhor Presidente, senhores Conselheiros. Em atenção ao que estabelece o Art. 22 e o inciso
899 II do Art. 27 do Regimento Interno do CES/BA (Resolução CES nº. 02/2005), fui eleita Relatora, como Conselheira
900 Suplente, representante da UFBA, do Plano Estadual de Saúde (Documento Preliminar), Gestão 2007-2010, Vigência:
901 Dezembro de 2011, para emitir e apresentar parecer sobre o mesmo ao Plenário deste Conselho. 1. DO OBJETIVO. O
902 objetivo do presente Parecer é emitir opinião fundamentada e voto para o Plenário do Conselho Estadual de Saúde (CES)
903 sobre o Plano Estadual de Saúde (Documento Preliminar), Gestão 2007-2010, Vigência: Dezembro de 2011. 2. DO
904 DOCUMENTO. O Plano Estadual de Saúde (Documento Preliminar), Gestão 2007-2010, Vigência Dezembro de 2011, do
905 Estado da Bahia, é um documento de 87 páginas, estruturado em 7 (sete) capítulos, a saber: Introdução, Política de Saúde na
906 Bahia: princípios e diretrizes; Consolidado da Análise Situacional por Macrorregião de Saúde; Matriz Estratégica do SUS
907 Bahia; Compromissos do Plano Estadual de Saúde por Linha de Ação; Linhas de Ação; Viabilidade do PES: Conexão com
908 o PPA 2008-2011. Na página 3 informa-se a Equipe de Coordenação do processo de construção do PES, conformada pela

909 ASPLAN/GESEC, SUPERH, SUREGS/ASPLAN/GESEC; Diretoria geral da SESAB, SAFTEC; SAIS e SUVISA, além da
910 Consultoria *Ad-hoc*. Estão listadas na página 5, organizações e as instituições parceiras na elaboração do PES, a saber: o
911 Conselho Estadual de Saúde - CES-BA; o COSEMS, o Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA, a Coordenação de
912 Planejamento (CGPL) da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva (SPO/SE) do Ministério da
913 Saúde, o Departamento de Medicina Preventiva - DMP-FAMED/UFBA, a OPAS e o CONASS. 2.1. INTRODUÇÃO. Na
914 Introdução, explicita-se que o plano parte da necessidade de estabelecer um processo de construção de políticas públicas
915 que efetivem a promoção e o direito à saúde e cidadania, conforme estabelecido pela LOS. O PES da Gestão 2007-2010 é
916 definido “conforme estabelecido pelo Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS), como um documento que
917 explicita “o conjunto de políticas públicas no âmbito da saúde”, “instrumento magno da planificação em saúde no Estado e
918 tem função de explicitar o caminho a ser seguido pelo Sistema, para alcançar melhores níveis de saúde e qualidade de vida
919 para a população” (p7). Declara-se que o documento resulta de uma construção coletiva que envolveu diversos atores
920 sociais: gestores e técnicos de nível central, regional da SESAB, representantes dos municípios através do COSEMS e outros
921 atores, e que se desenvolveu de modo progressivo entre os anos de 2006-2008, refletindo as intenções político-gereciais
922 projetadas até dezembro de 2011. A metodologia utilizada encontra-se descrita sucintamente, afirmando-se alicerçar-se no
923 enfoque estratégico, desenvolvido em momentos de explicação, normalização, formulação e implementação de estratégias,
924 para abordar problemas, demandas e oportunidades e em uma perspectiva comunicativa. Destacam-se os 6 (seis) momentos
925 transcorridos para a elaboração do PES, a saber: I. Elaboração de um diagnóstico do período de transição de governo; II.
926 Construção do Plano Plurianual (PPA 2008-2011); III. Explicitação da situação encontrada à sociedade civil por meio das
927 conferências de saúde realizadas em 2007 em 383 municípios e durante a 7ª Conferência Estadual de Saúde. IV. Realização
928 de Oficinas Integradas de priorização de problemas do estado de saúde da população e do Sistema de Saúde; V. Realização
929 da Oficina de Auto-Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP); VI. Redefinição dos compromissos da
930 Agenda do Governo com base na priorização dos problemas por macrorregião de saúde e no desempenho do Sistema
931 Estadual de Saúde nas FESP. A descrição desses momentos indica que ocorreu uma ampla discussão, construindo-se a visão
932 de futuro para o SUS Bahia de forma coletiva, solidária e participativa, como afirma o documento. Em âmbito internacional,
933 declara que se preocupa com a “Agenda de Saúde das Américas” e “coaduna com os resultados esperados por meio das
934 Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), priorizando intervenções para garantir o alcance de metas estabelecidas nos
935 Objetivos do Milênio”. Na Introdução, são ainda sintetizados os conteúdos dos Itens que compõem o PES. 2. 2. Política de
936 Saúde: Princípios e Diretrizes. No item 2. Política de Saúde: Princípios e Diretrizes enunciam-se as bases políticas e
937 ideológicas alicerçadas da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), refletida nos esforços da atual gestão do estado da Bahia,
938 que a tem como marco referencial. Define-se “o usuário-cidadão” como o centro das políticas públicas de saúde (p.10-11).
939 O que implica no esforço de todas as áreas da gestão e da atenção à saúde, para propulsionar o sistema a responder às
940 necessidades conforme os princípios e diretrizes do SUS. Assim, resgata as premissas da RSB, a mobilização dos sujeitos
941 coletivos da gestão e da sociedade para conduzir o sistema. Nesse sentido, apresenta um diagrama para o marco referencial,
942 que se mostra como uma expressão gráfica dos princípios (universalidade, equidade e integralidade) e diretrizes
943 (participação, descentralização, enriquecidos com as noções de comunicação e transversalidade) que circunscrevem a gestão
944 do sistema, dando centralidade à gestão do trabalho e ao usuário-cidadão. O documento afirma que para consolidar os
945 princípios e diretrizes do Sistema Estadual de Saúde no marco normativo do SUS o plano se ancora no Planejamento
946 Estratégico do Governo (PEG) do Estado da Bahia, vinculando-se a política de saúde à Política de Governo para o Estado
947 da Bahia. Esclarece que o governo estadual definiu no PEG prioridades para a área da saúde, tal qual o governo federal,
948 através da Política Nacional de Saúde e das políticas específicas do Ministério da Saúde – o Pacto pela Saúde e Planeja
949 SUS, no contexto do Mais Saúde do governo federal. Ainda, em âmbito internacional, “preocupa-se com a Agenda de
950 Saúde das Américas” e “coaduna com os resultados esperados por meio da implementação da avaliação das Funções
951 Essenciais de Saúde Pública (FESP)” e prioriza intervenções para garantir o alcance de metas estabelecidas nos Objetivos
952 do Milênio”. A expectativa do gestor enunciada para o plano aponta para a consolidação dos objetivos, diretrizes e metas
953 que necessariamente devem guiar o olhar de todos os gestores do Sistema Estadual de Saúde que, de modo compartilhado,
954 devem contribuir para a implementação de políticas públicas que melhorem as condições de vida de saúde da população,
955 tendo como visão de futuro: Um sistema de saúde capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população baiana,
956 ofertando ações e serviços de reconhecida excelência e que possam garantir ao usuário – cidadão acesso universal, integral,
957 humanizado e de qualidade a ações e serviços públicos de saúde, territorialmente articulados de forma igualitária,
958 democrática, solidária e intersetorial, com enfoque sobre necessidades, riscos, determinantes e condições de vida. 2. 3.
959 Consolidado da Análise Situacional por Macrorregião de Saúde. O plano apresenta em seu item 3 o Consolidado da Análise
960 Situacional por Macrorregião de Saúde, incluindo o estado de saúde da população e os problemas do sistema de saúde.
961 Neste, destaca-se a grande extensão territorial, a requerer formulação de políticas e critérios consensuados com os
962 municípios para o alcance de um sistema equânime, integral e resolutivo; o perfil de mortalidade que aponta para a
963 necessidade de investimentos na atenção de alta complexidade dado o predomínio de causas de óbito por doenças do
964 aparelho circulatório, neoplasias, lesões, envenenamentos e outras consequências das causas externa, afecções originadas no
965 período perinatal e malformações congênitas (p13); o predomínio de (cerca de 60%) municípios com menos de 20.000
966 habitantes, exige da organização político administrativa maior efetividade da formação da rede de serviços de média e alta
967 complexidade (p.13); apesar da urbanização crescente há grande contingente da cidadãos em zona rural; a transição

968 demográfica visível pelo aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de fecundidade; há grande disparidades
969 sociais em indicadores de acesso a serviços essenciais, educação e renda; há maior número de consultas pré-natais que
970 convivem com menores proporções de baixo peso ao nascer, requerendo a melhoria da qualidade do pré-natal e parto, bem
971 como de outras tecnologias de suporte à vida como as UTI; é notável a redução de doenças imunopreveníveis, embora baixa
972 cobertura vacinal, que levam a surtos em alguns municípios; crescente expansão do *Aedes aegypti* em áreas urbanas;
973 redução de casos de AIDS entre homens e crescente dentre mulheres. Com relação aos problemas do sistema, o relatório
974 aponta a importância das ações de vigilância epidemiológica e da adoção de medidas de prevenção, responsáveis pela
975 evolução de muitas doenças citadas, destacando que esse tipo de informação é fundamental à tomada de decisões vistas à
976 melhoria da situação de saúde da população. Ressaltam-se também distorções do sistema que concentra tecnologia de saúde
977 de alta resolutividade na capital do Estado, para onde convergem usuários dos 417 municípios. Observa-se assim que os
978 equipamentos de saúde - serviços de saúde - com maior capacidade instalada estão em municípios já com Gestão Plena do
979 Sistema, requerendo do Estado uma ação mais complexa, “com constante negociação e com conscientização solidária entre
980 os partícipes”, para a promoção de uma rede de serviços. Predominam no estado serviços de atenção primária e unidades de
981 internação hospitalar com baixa resolutividade e pouca incorporação tecnológica. A distribuição dos serviços é muito
982 desigual, concentrando-se os mesmos na macrorregião Leste, enquanto as macrorregiões Centro-Norte, Extremo Sul,
983 Nordeste, Norte e Oeste são as regiões que apresentaram menor concentração, refletindo os investimentos ao longo dos
984 anos. Evidencia-se que a maior capacidade operacional do sistema é localizada nas regiões Leste, Centro-Leste, Sudoeste e
985 Sul, com maior concentração de municípios em Gestão Plena ou que já assinaram o Pacto de Gestão e maior número de
986 unidades assistenciais contratualizadas. Diante disso, do Plano entende-se que o grande desafio do estado é organizar um
987 sistema de saúde que preencha os “vazios assistenciais”, observando economia de escala, e de escopo, qualidade e
988 integralidade da assistência. (p.15). A síntese dos problemas prioritários destaca então dois aspectos: os problemas do estado
989 de saúde da população e os problemas do sistema de saúde. O primeiro caracterizado pelo “ressurgimento de problemas
990 antigos como a dengue, tuberculose, hanseníase e DST/AIDS, ao lado da emergência de novos problemas (...)”, como as
991 doenças cardiovasculares, a violência, os transtornos mentais. O relatório assim considera as tendências dos problemas de
992 saúde, tendo em conta a transição demográfica, em que a redução das taxas de fertilidade e a ampliação da expectativa de
993 vida ao nascer, aumenta a prevalência total de doenças crônico-degenerativas, colocando novas necessidades para o sistema
994 de saúde. A análise dos problemas do sistema conduziu à priorização de problemas que demandam à gestão de
995 investimentos estruturais e estratégicos, com destaque para: * Concentração dos serviços nos grandes centros. *
996 Consequentes vazios assistenciais em grande parte do território baiano, principalmente para serviços de média e alta
997 complexidade; * Grande parte das unidades assistências na Bahia é de pequeno porte sem capacidade resolutiva condizente.
998 * “90,6% dos municípios baianos apresentam menos de 50.000 habitantes o que indica dificuldade estrutural em
999 desenvolver um sistema de saúde resolutivo, inclusive na atenção básica” (p15). O documento esclarece que as oficinas do
1000 Plano Estadual de Saúde identificaram problemas do estado e do sistema de saúde, posteriormente priorizados por
1001 macrorregião. Os problemas priorizados foram consolidados e correlacionados ao perfil epidemiológico, às demandas das
1002 Conferências Municipais de Saúde e à análise da oferta dos serviços. Foram então considerados problemas de saúde
1003 prioritários do Estado da Bahia: Problemas do estado de saúde da população priorizados. * Elevada incidência de
1004 DST/AIDS e de dengue; * Elevada prevalência de hanseníase, doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares,
1005 tuberculose e transtorno mentais; * Elevado índice de morbi-mortalidade por causas externas; * Elevada taxa de mortalidade
1006 infantil. * Problemas do Sistema de Saúde priorizados. Gestão do sistema: * Vínculos trabalhistas precários e alta
1007 rotatividade de profissionais; * Gestão deficiente do sistema de informação; * Insuficiente processo de capacitação técnica
1008 de gestão; * Baixa efetividade do controle social; * Fragilidade organizacional operativa das DIRES; * Baixa adesão dos
1009 municípios ao pacto pela Bahia; Financiamento do Sistema de Saúde: * Defasagem e inadequação da PPI às realidades dos
1010 municípios acarretando descumprimento das ações propostas; * Sub-financiamento e falta de racionalização do uso dos
1011 recursos do sistema de saúde: centralização dos recursos financeiros destinados a alta complexidade na capital do estado;
1012 insuficiência de teto financeiro. Infra-estrutura do sistema de Saúde: * Baixa capacidade instalada de serviços de média e
1013 alta complexidade; * Baixa capacidade instalada de serviços de urgência e emergência; * Déficit de leitos de UTI; * Déficit
1014 de recursos humanos. Organização do Sistema de Saúde: * Incipiente regulação da assistência à saúde; * Déficit na logística
1015 de distribuição de medicamentos da atenção básica e de alto custo. Prestação de serviços de Saúde: * Baixa cobertura e
1016 resolutividade na atenção básica; * Baixa resolutividade das ações de vigilância à saúde. Não ficam claros os critérios
1017 utilizados para a priorização dos problemas, os quais são detalhados por macrorregião, onde se apresentam de modo
1018 semelhante ao Estado como um todo, guardando algumas especificidades. 2.4. MATRIZ ESTRATÉGICA DO SUS-
1019 BAHIA. O item 4 do plano é uma Matriz Estratégica do SUS-Bahia que traz a visão de futuro, o macro objetivo, os
1020 princípios e diretrizes e as linhas de ação, a saber: Visão de futuro: Um sistema de saúde capaz de promover a melhoria da
1021 qualidade de vida da população baiana, ofertando ações e serviços de reconhecida excelência. Macro-Objetivo: Garantir ao
1022 usuário-cidadão acesso universal, integral, humanizado e de qualidade a ações e serviços públicos de saúde, territorialmente
1023 articulados de forma igualitária, democrática, solidária e intersetorial, com enfoque sobre necessidades, riscos,
1024 determinantes sociais e condições de vida. Princípios: * Universalidade no acesso às ações e serviços; * Integralidade da
1025 atenção à saúde; * Equidade na distribuição dos recursos e benefícios relativos à saúde; * Participação e Controle Social; *
1026 Defesa do SUS como sistema público de serviços de saúde; * Ética e transparência na gestão do SUS. Diretrizes: *

1027 Regionalização solidária da atenção à saúde; * Descentralização político-administrativa, fortalecendo a gestão dos
1028 municípios; * Intersetorialidade e transversalidade nas ações; * Valorização do trabalhador do SUS; * Comunicação e
1029 diálogo com parceiros e sociedade; * Resolutividade e satisfação do usuário. Linhas de Ação: 1. Gestão democrática,
1030 solidária e efetiva do SUS; 2. Gestão do trabalho e da educação permanente em saúde; 3. Vigilância de riscos e agravos à
1031 saúde individual e coletiva; 4. Atenção à saúde com equidade e integralidade; 5. Infra-estrutura da gestão e dos serviços de
1032 saúde do SUS; 6. Produção de insumos estratégicos e desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação em saúde; 7.
1033 Promoção da saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade. 2.5. COMPROMISSOS DO PLANO ESTADUAL DE
1034 SAÚDE POR LINHA DE AÇÃO. No Item 5 são explicitados os Compromissos do Plano Estadual de Saúde por Linha de
1035 Ação, definindo-se os objetivos específicos. Estabelece-se compromisso: 1. com a gestão estratégica, participativa e efetiva
1036 do SUS-Bahia; Regionalização viva e solidária; 2. com a Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação
1037 Permanente em Saúde, com ênfase na desprecarização do trabalho no SUS; 3. com a Vigilância da Saúde com a integração
1038 das práticas nas esferas estaduais e municipais do SUS-Bahia; 4. com a inclusão social e equidade na atenção básica;
1039 atenção especializada regionalizada, resolutiva e qualificada com base nas linhas de cuidado e considerando necessidades de
1040 saúde da população; a atenção integral a populações de maior vulnerabilidade social e em situações especiais de agravos; a
1041 assistência farmacêutica “para todos os baianos”, assistência hematológica e hemoterápica descentralizada e regionalizada,
1042 assim como a atenção especializada. 5. com a expansão e melhoria da infra-estrutura administrativa e dos serviços de saúde
1043 do SUS-Bahia; 6. com a expansão da base científica e tecnológica do SUS-Bahia; 7. com políticas transversais para a
1044 Promoção da Saúde, Segurança Alimentar e proteção da sociedade, com ênfase em ações intersetoriais. 2.6. LINHAS DE
1045 AÇÃO. Para o cumprimento de cada uma desses compromissos e para cada objetivo específico, o Plano aponta um conjunto
1046 de ações estratégicas, bem como metas ou resultados esperados, definindo-se instâncias da SESAB responsáveis por cada
1047 ação estratégica, em nível estadual, regional e municipal. 2.7. VIABILIDADE DO PES: CONEXÃO COM O PPA 2008-
1048 2011. Por fim, no item 7 é apresentada uma análise da viabilidade do PES, em conexão com o PPA 2008-2011,
1049 comparando, para cada linha de ação, os compromissos estabelecidos e o programa correspondente do PPA, no sentido de
1050 evidenciar a viabilidade financeira para o PES. ANEXOS. Ao final do documento, são listados os nomes dos participantes
1051 do processo de elaboração do PES, que envolveu a equipe gestora da SESAB, os membros do Grupo de Trabalho de
1052 Planejamento (composto por 24 membros), Facilitadores das Oficinas Integradas do PES (21 técnicos), representantes do
1053 Conselho Estadual de Saúde (5: 2 usuários; 2 profissionais de saúde; 1 gestor, secretária executiva), diretores de Dires (21),
1054 técnicos de Dires (25), equipe de organização e infra-estrutura das Oficinas Integradas (17), dirigentes de Unidades da Rede
1055 Própria da SESAB (7), representantes de nível central da SESAB (25), gestores representantes dos municípios (21), técnicos
1056 representantes dos municípios (20), representantes da OPAS/MS (4). 3. DOS PROCEDIMENTOS. Partindo-se do
1057 pressuposto de que um Plano Estadual de Saúde é uma ferramenta essencial na gestão e que deve se fundamentar: a) na
1058 análise da situação de saúde a partir de dados epidemiológicos e considerando a percepção da população, sobre o estado e o
1059 sistema de saúde; b) na definição de prioridades coerentes com os problemas identificados; c) na consistência entre
1060 objetivos, ações, recursos e responsabilidades; d) na análise de viabilidade de sua operacionalização, considerando-se a
1061 conjuntura de desenvolvimento do plano; e) na capacidade de antever facilidades e dificuldades de sua implementação; f)
1062 na definição de um desenho estratégico face às possíveis dificuldades, para fins desta análise foram consideradas as
1063 seguintes questões: - Para a elaboração do Plano foram analisados diagnósticos e Planos anteriores sobre a situação de saúde
1064 do Estado da Bahia? - O plano oferece uma análise de conjuntura que permita compreender seus limites e possibilidades? -
1065 Os objetivos do PES são formulados a partir de uma análise da situação de saúde, identificando-se os problemas do estado e
1066 do sistema de saúde? - Os objetivos são claros e são coerentes com os problemas identificados e as linhas de ação? - A
1067 metodologia utilizada permitiu a participação da sociedade na análise da situação de saúde e na definição de prioridades? -
1068 Há consistência entre os objetivos, as ações e entre esses e os recursos? - Há coerência interna entre as linhas de ação,
1069 compromissos, estratégias e as necessidades de saúde da população? - Há coerência externa com relação ao enfrentamento
1070 dos problemas de saúde no sentido da articulação com outros segmentos do Estado e da Sociedade? - A análise de
1071 viabilidade do PES é suficiente para indicar as dificuldades e facilidades no processo de implementação do PES? - Quais os
1072 limites e as potencialidades do PES como ferramenta de gestão? - Há estratégias de monitoramento e avaliação dos
1073 processos de implantação do PES? Como forma de enriquecer esta análise, o Plano Estadual de Saúde da Bahia foi
1074 apresentado e discutido no ISC/UFBA em uma sessão do Grupo de Pesquisa do Programa Integrado de Pesquisa e
1075 Cooperação Técnica em Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde. Desta participaram pesquisadores, professores,
1076 técnicos e gestores do SUS-Bahia que contribuíram com suas impressões, reflexões, críticas e sugestões, algumas delas aqui
1077 incorporadas. A todos e todas expresso meus sinceros agradecimentos pelas contribuições. 4. DA ANÁLISE. A análise aqui
1078 apresentada busca responder às questões acima, agrupando-se aspectos positivos e críticos, refletindo-se sobre possíveis
1079 contribuições que poderiam ser agregadas ao PES. 4.1. ASPECTOS POSITIVOS. 1. O plano evidencia um esforço louvável
1080 de sistematização coletiva de políticas públicas de saúde na Bahia, inspirado no Planejamento Estratégico e Situacional, que
1081 se constrói em busca de estabelecer um processo participativo e comunicativo de problematização e priorização de
1082 problemas, direcionado ao processo de construção do SUS, principalmente no âmbito da SESAB, contando com outros
1083 atores sociais. 2. Resulta em um documento que expressa um rico processo de planejamento da gestão do SUS-Bahia,
1084 quando foram mobilizadas vontades, interesses, visões da realidade de saúde para, em um processo dialógico, construir
1085 uma análise da situação de saúde do Estado da Bahia, incluindo o estado de saúde da população e os problemas do sistema

1086 e saúde. Nota-se um esforço de articular a análise da situação de saúde, com as linhas de ação do PES, seus objetivos e
1087 ações estratégicas. 3. De fato o PES nos aproxima à situação dos problemas do estado de saúde da população e do sistema
1088 de saúde da Bahia, em um esforço coletivo, e parece propiciar o alinhamento da SESAB com alguns parceiros, para reunir
1089 esforços e fazer frente aos problemas prioritizados. Tais problemas ainda revelam o atraso histórico da Bahia com relação às
1090 condições de saúde da população e a debilidade do sistema de saúde em resolvê-los. Os problemas do estado de saúde
1091 prioritizados são aqueles de maior prevalência e revelam a complexidade da situação de saúde do Estado da Bahia que possui
1092 altas taxas de mortalidade infantil, elevada incidência de DST/AIDS e de dengue, elevada prevalência de hanseníase e
1093 tuberculose, convivendo com as doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, transtornos mentais e elevado índice de
1094 morbi-mortalidade por causas externas. Os problemas do sistema de saúde prioritizados denunciam sua enorme fragilidade,
1095 seja quanto à gestão, ao financiamento, à organização ou à prestação de serviço. Chama a atenção que tal fragilidade se
1096 expressa em todos os componentes do sistema (gestão, financiamento, infra-estrutura, organização do sistema e prestação
1097 dos serviços de saúde). O que existe, evidencia-se, está de modo deficitário! 4. O PES é coerente com os princípios e
1098 diretrizes do SUS, guardando-se os limites da realidade de saúde da Bahia. Oferece uma visão de futuro coletivamente
1099 construída, dentro dos limites do que é esse coletivo (ou seja, ainda restrito quanto aos atores que participaram). Se a Visão
1100 de futuro é “Um sistema de saúde capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população baiana, ofertando ações
1101 e serviços de reconhecida excelência” e o Macro-Objetivo “Garantir ao usuário-cidadão acesso universal, integral,
1102 humanizado e de qualidade a ações e serviços públicos de saúde, territorialmente articulados de forma igualitária,
1103 democrática, solidária e intersetorial, com enfoque sobre necessidades, riscos, determinantes sociais e condições de vida.”
1104 podemos perguntar qual o caminho para se chegar até lá. Trata-se de reconhecer a realidade, estabelecer prioridades e
1105 construir estratégias para preencher os vazios e atravessar as adversidades. Embora as prioridades estabelecidas não
1106 correspondam à visão de futuro, no nível imediato, já que vão à direção principalmente da universalidade e equidade da
1107 atenção, deixando com menor relevo a questão da integralidade e da participação social, isto não parece ser um problema do
1108 plano em si, mas um limite que a realidade impõe, dadas as condições de saúde, do sistema de saúde e da própria SESAB.
1109 Isto porque é evidente a necessidade de adequação da rede para alcançar os princípios da universalidade da atenção,
1110 mediante a ampliação da cobertura assistencial. Contudo, essas prioridades possuem pouca força de transformação do
1111 sistema na direção da visão de futuro enunciada e, portanto, as ações do plano se plenamente executadas, ainda assim,
1112 estarão longe de concretizar “Um sistema de saúde capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população
1113 baiana, ofertando ações e serviços de reconhecida excelência e que possam garantir ao usuário – cidadão acesso universal,
1114 integral, humanizado e de qualidade a ações e serviços públicos de saúde, territorialmente articulados de forma igualitária,
1115 democrática, solidária e intersetorial, com enfoque sobre necessidades, riscos, determinantes e condições de vida”. Assim,
1116 pode-se presumir que o futuro que se pretende é ainda longínquo e requer muito trabalho e determinação ao longo dos anos
1117 que se seguem. Todos sabem da enorme dívida social que o Estado da Bahia tem para com a saúde de sua população e da
1118 dura realidade de saúde neste estado. Sabemos também dos limites do planejamento para resolver problemas, uma vez que
1119 ele é uma forma de racionalização dos problemas e de elaboração de propostas de intervenção coerentes e viáveis. Via de
1120 regra os processos podem ficar muito mais ricos do que o produto. O produto poderá ampliar seu significado, para além do
1121 processo, quanto mais ele seja exposto à ampla divulgação e avaliação permanentes, a partir do que se poderão propor
1122 mudanças nas formas de trabalhar, de operar as linhas de ação. 4.2. ASPECTOS CRÍTICOS. 1. Destaca-se em primeiro
1123 lugar a ausência de uma análise de conjuntura que confira um maior poder explicativo e compreensivo dos limites e
1124 potencialidades do plano, especialmente que considerasse a crise do capital financeiro mundial que já se anunciava desde
1125 setembro de 2008. 2. Quando se trata do tema participação social, é importante ressaltar os atores que estiveram envolvidos
1126 no processo de planejamento. Neste caso, o processo de planejamento para além da SESAB, envolveu: o Conselho Estadual
1127 de Saúde da Bahia - CES, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia – COSEMS, a Universidade
1128 Federal da Bahia, através do Instituto de Saúde Coletiva/ISC/UFBA (Contrato Administrativo no 069/2008) e Residência
1129 Multiprofissional em Medicina Social com Ênfase em Saúde da Família) e do Departamento de Medicina Preventiva e
1130 Social da Faculdade de Medicina da UFBA – FAMED/UFBA (Residência de Medicina Preventiva e Social), a Organização
1131 Panamericana de Saúde/OPAS e o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS (Avaliação e
1132 Fortalecimento das Funções Essenciais de Saúde Pública). Nota-se que os participantes foram principalmente gestores e
1133 técnicos de nível central, regional da SESAB, representantes dos municípios através do COSEMS e poucos representantes
1134 dos usuários (apenas 2 membros do CES deste segmento). Isto pode ser compreensível em função da necessidade de
1135 mobilizar as forças internas da própria SESAB para a sua reconstrução e implusão do SUS-Bahia e pela sua ainda
1136 frágil articulação com outros segmentos da sociedade para o desenvolvimento de um SUS ancorado nos municípios e nos
1137 movimentos sociais. Contudo, poderia talvez ser melhor evidenciado e compreendido se fossem considerados diagnósticos e
1138 planos anteriores aliados à análise de conjuntura. Mas, de todo modo, ressalta-se a pouca participação de outros atores em
1139 caráter mais permanente no processo de elaboração do PES, em especial os usuários, pois ela se deu de modo mais amplo
1140 no período da transição, vinculado à elaboração do PPA, e principalmente por meio das 383 conferência municipais
1141 realizadas em 2007 e da 7ª Conferência estadual que contou com uma participação expressiva dos vários segmentos da
1142 sociedade baiana. Assim o plano se mostra principalmente como um instrumento de mobilização de vontades, interesses e
1143 motivações dos sujeitos, especialmente focados no corpo técnico-administrativo da SESAB, ainda que agregando processos
1144 e momentos que incluíram e diversificaram os atores sociais. 3. A análise da situação de saúde parece ser muito ancorada na

visão dos participantes no processo de elaboração do plano e pouco na Epidemiologia, que oferece métodos objetivos de aproximação da realidade de saúde e serve ao estudo e estabelecimento de indicadores de saúde, morbidade e mortalidade da população. Sem dúvida que é importante incluir a realidade percebida por aqueles que a vivenciam, o que ocorre neste plano quando se abre às considerações das conferências de saúde. Contudo, o olhar do gestor, que parece predominar neste plano, pode não corresponder necessariamente ao olhar da epidemiologia e ao que é percebido pela população. Ainda, falta nesse plano a explicitação dos critérios utilizados para a priorização dos problemas, especialmente, do estado de saúde da população. Ainda, não se evidencia coerência entre os indicadores de saúde para o estado da Bahia que se encontram descritos na parte introdutória do consolidado da análise da situação (p13) e os problemas priorizados (a partir da p.14), na ordem em que estão apresentados, uma vez que a elevada incidência de AIDS, a Dengue, a Hanseníase aparecem à frente das doenças cardiovasculares e das causas externas, enquanto as neoplasias não são sequer mencionadas. Contudo, é preciso considerar que, combinados com os dados qualitativos originados nas oficinas, no plano, afirma-se a utilização de indicadores quantitativos, mesmo que os sistemas de informações em saúde sejam deficitários, o que é muitas vezes mencionado enquanto problema do sistema de saúde. Estes sistemas devem ser aperfeiçoados, tornando-os mais completos e confiáveis. Sobre isso o PES define na Linha de Ação 1: Objetivo Específico 1.3. “Fortalecer a gestão da informação em saúde para a tomada de decisão no Estado da Bahia” (p.37). 4. Cabe ressaltar que a problematização do sistema de saúde também nos parece insuficiente, especialmente no que se refere à Organização do Sistema de Saúde (prioridade para “incipiente regulação da assistência à saúde” e “déficit da logística de distribuição de medicamentos da atenção básica e de alto custo”) e à Prestação dos Serviços de Saúde (prioridade para a “baixa cobertura e resolutividade da atenção básica” e “baixa resolutividade das ações de vigilância à saúde”). Nota-se que o plano não menciona, dentre os seus problemas priorizados, a questão do modelo de atenção e seus aspectos referentes à humanização, à equidade e à integralidade da atenção, mas deixa a clara impressão de que estamos na Bahia ainda na era do “modelo de desatenção”, como diria o Prof. Jairnilson Paim, cuja superação requer que o reconheçamos tal como é, em todas as suas facetas. Então este plano nos deve esta apreciação. Contudo, examinando as Linhas de Ação, encontramos que a linha “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade”, recupera esta preocupação com o modelo de atenção, definindo no Objetivo Específico 6.1. “Expandir a Estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia, apoiando os municípios no financiamento, organização dos serviços e despreciação dos vínculos dos trabalhadores.” E no Objetivo Específico 6.2. “Qualificar a Atenção Básica com vistas à reorganização do modelo de atenção do SUS no Estado da Bahia” (p.53 – 54). A questão da equidade e integralidade da atenção encontram-se contempladas no Objetivo Específico 8.1. “Ampliar o acesso às ações e serviços de saúde às populações em situação de maior vulnerabilidade (...)”; Objetivo Específico 8.2. “Implantar políticas de atenção integral à saúde por ciclo de vida e gênero”, que inclui a saúde da criança, da mulher, do adolescente e jovem, da pessoa idosa, do homem e a saúde materna e neonatal (p.58); no Objetivo Específico 8.4. “Qualificar e ampliar a atenção à pessoas em situações especiais de agravo” (p.60). A atenção à saúde mental, que também tem pouca ênfase dentre os problemas priorizados, é objeto do objetivo 8.3, “Desenvolver políticas de atenção à saúde que sejam transversais às ações no Ciclo de vida, Gênero e Raça”. Dentre as ações estratégicas, está a “Implementação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde Mental”. (p.59). O plano apresenta uma matriz estratégica que, além da Visão de Futuro e dos Macro-Objetivos, define sete Linhas de Ação as quais são coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. A cada linha de ação correspondem Ações Estratégicas, definindo-se os responsáveis, metas ou resultados esperados. Mas essas linhas de ação não parecem dialogar muito entre si, sugerindo uma baixa integração das ações internamente à SESAB e na relação com os municípios. Examinando a coerência entre os problemas prioritários e as linhas de ação e seus objetivos, vemos que aos problemas da gestão corresponde a Linha de Ação “Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS”, e “Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde”. Ao problema de infraestrutura do sistema de saúde, há a Linha de Ação “Infra-estrutura da Gestão e dos Serviços de Saúde do SUS”. A Linha de Ação “Produção de Insumos Estratégicos” não se vincula diretamente a nenhum problema priorizado. A Linha de Ação “Promoção da Saúde. Intersetorialidade e Proteção da Sociedade”, refere-se ao tema do modelo de atenção não problematizado. Pode-se dizer assim que as Linhas de Ação são mais abrangentes do que os problemas priorizados, ou seja, os consideram, mas trata também de muitos outros problemas. E dentro delas há um conjunto de compromissos e objetivos específicos que se mostram coerentes. 5. Duas omissões merecem ser destacadas: não há uma linha de ação nem a definição de ações estratégicas para o problema do financiamento e não há estratégias de monitoramento e avaliação dos processos de implantação do PES. 6. Ademais, nota-se que a responsabilidade pelas ações estratégicas é quase que inteiramente atribuída aos gestores internos à própria SESAB, exceto quando se trata da Linha de Ação I: Gestão Democrática, Solidária e Efetiva do SUS, cujos co-responsáveis são do Conselho Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, no que se refere à efetivação do Controle Social no SUS-Bahia. Nesta Linha de Ação as SMS são co-responsáveis em todas as ações estratégicas. Em toda a Linha de Ação de “Gestão do Trabalho e Educação” a responsabilidade é atribuída à SESAB, tendo os municípios como objeto da ação e não como co-responsáveis pela ação. Além disso, não menciona o papel das universidades estaduais e federais no que se refere à Educação. O mesmo se observa com relação à Linha de Ação “Vigilância de Riscos e Agravos à Saúde Individual e Coletiva”, cuja responsabilidade é atribuída à SUVISA (p.49-52). Na Linha de Ação IV. “Atenção à Saúde com Equidade e Integralidade”, as ações se voltam para apoiar os municípios para expandir a atenção básica à saúde e outras, tendo como principal responsável a Diretoria de Atenção Básica (DAB) e a Superintendência da Atenção Integral à Saúde (SAIS) (p.53-60). Os municípios voltam a aparecer como co-responsáveis na Linha de Ação V: “Infra-estrutura da Gestão e dos Serviços de Saúde do SUS-Bahiano”

1204 que se refere à Ação Estratégica “Adequação da Infra-Estrutura das Centrais de Regulação dos Municípios Pólos na
1205 Macrorregião de Saúde”, do Objetivo Específico 11.2 “Organizar a Infra-estrutura para a gestão do SUS no Estado da
1206 Bahia” (p.66), e na Linha de Ação “Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Proteção da Sociedade”. Esta é a linha em que,
1207 por razões óbvias, mais se percebe um esforço de construção da intersectorialidade. Ainda assim, é uma intersectorialidade
1208 tímida, que envolve apenas a SESAB, as SMS e eventualmente CERB e CONDER, mas, o problema da violência não pode
1209 ser abordado sem a ação intersectorial com a Secretaria de Segurança Pública e o Departamento de Trânsito, dentre outros
1210 órgãos com os quais o SUS - Bahia já realiza ações conjuntas. A análise desses aspectos se faz com o objetivo de evidenciar
1211 a necessidade de superar a fragilidade da relação entre estado, municípios e outros atores, no sentido de fortalecer parcerias
1212 existentes e construir outras necessárias ao processo de construção do SUS-Bahia. Os exemplos acima destacados mostram
1213 que esta relação é ainda frágil e que se requerem estratégias para seu fortalecimento. 7. Quando a questão é a consistência
1214 entre os objetivos, as ações e os recursos, vemos uma análise de viabilidade que é, sobretudo financeira, evidenciando a
1215 correspondência dos compromissos do PES com aos programas do PPA. A despeito da importância fundamental da
1216 verificação dessa correspondência e da questão financeira, o plano não toca em outros aspectos como a viabilidade política e
1217 social, que permitiriam antever os desafios para a sua implementação. Ademais, a análise de factibilidade está
1218 descontextualizada, pois não leva em conta a crise financeira mundial que afeta o país e os estados, o que compromete a
1219 análise das dificuldades e facilidades no processo de implementação do PES. Nesse sentido, não é possível apreciar mais
1220 profundamente a viabilidade do plano, ou seja, qual a sua chance de sair do papel e de fato funcionar como uma ferramenta
1221 guia para os gestores no processo de construção do SUS-Bahia. 8. O plano não oferece o detalhamento das operações que
1222 levarão os responsáveis ao alcance das metas e resultados, portanto não é possível analisar a coerência e consistência interna
1223 nesse nível. 5. COMENTÁRIOS FINAIS E RECOMENDAÇÕES. Destaca-se a relevância deste documento que se oferece
1224 como um possível instrumento de gestão e que deve ser lido por todos e todas aqui presentes e que ainda não o leram, e
1225 levado a outros espaços de debate e reflexão crítica, no sentido de estimular a participação social no processo de construção
1226 do SUS-Bahia. Propõe-se que o plano seja visto como uma ferramenta dinâmica, elaborada em um tempo e em uma
1227 conjuntura, e que requer ajustes a cada mudança no cenário político e social. Na medida em que o plano é colocado neste
1228 conselho, ele deverá ter ampliada sua visibilidade e sua legitimidade, para além da SESAB, mediante o pleno exercício da
1229 crítica e da incorporação de sugestões ao trabalho cotidiano nas diferentes instâncias responsáveis pela operacionalização
1230 das linhas de ação. Nesse sentido, o plano pode operar também como um instrumento de mobilização, de discussão na
1231 sociedade da situação atual e dos rumos que o SUS-Bahia deve tomar, dentro de uma realidade concreta, do que é possível
1232 fazer nesta e em outras conjunturas - que podem, mediante o planejamento estratégico e situacional, ser antevistas-, vez que
1233 o plano reflete a realidade do SUS-Bahia atual. Contudo, ressalta-se a necessária responsabilização dos gestores, em todos
1234 os níveis, com as ações estratégicas do plano, e o uso sistemático de um sistema de prestação de contas, além do
1235 desencadeamento de um amplo debate com a sociedade. Algumas recomendações são aqui elencadas para apreciação desta
1236 plenária: * Elaborar uma análise dos vazios assistenciais a partir dos parâmetros da PPI, para estimar os recursos (humanos,
1237 materiais, equipamentos e instalações) necessários para atender às necessidades de saúde da população, inclusive
1238 considerando as políticas e programas do Ministério da Saúde. * Elaborar um plano de investimentos com distintos projetos
1239 a serem utilizados para captação de recursos nacionais e internacionais, para fazer frente aos vazios assistenciais. Ex: Banco
1240 Mundial. * Considerando o problema do financiamento do sistema, capacitar equipes gestoras para a gestão financeira, para
1241 o manejo e acompanhamento do orçamento, de modo que o controle dos gastos do setor público seja objeto do trabalho não
1242 restrito a contadores e economistas, ampliando-se as possibilidades de influenciar na lógica de distribuição dos recursos de
1243 maneira mais racional. Ao lado disso, os gestores devem adquirir maior domínio da legislação orçamentária, para não
1244 ficarem reféns da “lei do não pode”. * Detalhar as operações correspondentes às ações estratégicas principais, especialmente
1245 as referentes à redução das iniquidades, e elaborar projetos para viabilizar a operacionalização. * Incluir nas Ações
1246 Estratégicas, uma estratégia de monitoramento e avaliação não só dos indicadores, mas também do processo de
1247 planejamento e de implementação dos planos Estaduais e Municipais. * Fortalecer a relação estado e municípios mediante o
1248 planejamento municipal. * Fortalecer as relações interinstitucionais, ampliando as ações intersectoriais e as parcerias no
1249 processo de construção do SUS-Bahia. * Construir a legitimidade do Plano Estadual de Saúde e dos Planos Municipais de
1250 Saúde enquanto instrumentos guia da Gestão do SUS-Bahia, mediante momentos participativos de avaliação, envolvendo
1251 outros atores externos às secretarias de saúde, especialmente no que se refere aos usuários do sistema. * Agregar estratégias
1252 para reduzir a distância, de um lado, entre as ações estratégicas planejadas e as ações em curso, e de outro, entre as ações
1253 propostas no plano e a visão de futuro, voltando-se o plano de modo coerente com a visão de futuro que aponta para a
1254 intervenção sobre os determinantes da saúde. * Envolver os atores não apenas em processos de elaboração e legitimação,
1255 mas também para que participem efetivamente das decisões, do monitoramento e da avaliação. * Estimular a cultura do
1256 planejamento no estado e nos municípios, mediante a oferta de cursos de capacitação, como o Planeja SUS. 6. DO VOTO.
1257 Após análise do Plano Estadual de Saúde (Documento Preliminar), Gestão 2007-2010, (Vigência: Dezembro de 2011),
1258 apresentado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB ao Conselho Estadual de Saúde da Bahia e tendo
1259 considerado seus limites e possibilidades como instrumento de gestão do SUS-Bahia, sou favorável e recomendo à
1260 aprovação deste Plano Estadual de Saúde por este egrégio Conselho. Salvador, 30 de abril de 2009. Maria Ligia Rangel
1261 Santos. Conselheira/Relatora. Representante Suplente da UFBA junto ao CES – BA. O Senhor Presidente substituto
1262 agradeceu a conselheira Maria Ligia Rangel, e em seguida passou a palavra para a conselheira Deborah Dourado Lopes que

1263 elogiou o trabalho da conselheira e reiterou que a mesma chamou à atenção para vários aspectos pertinentes acerca da
1264 construção de um plano. Houve um momento pertinente quando ela tentou chamar à atenção para o planejamento de
1265 contextualizarmos o que é financiamento da saúde, e à partir daí fazer uma interlocução com a questão econômica e
1266 financeira que no nosso estado e particularmente na nossa constituição cidadã, atrelamos o financiamento como sendo
1267 Tripartite. E esse financiamento desde a constituição de 1988 até então viemos sofrendo uma série de crises e de momentos
1268 onde favorece ou não, até chegarmos na emenda constitucional que é uma possibilidade de veicular o orçamento aos
1269 repasses diretos das três esferas de Governo: União, Estado e Município. É uma medida louvável, mas que sabemos dos
1270 entraves e das inúmeras dificuldades que o projeto encontra para ser definitivamente regulamentado. É importante fazer esse
1271 casamento e quem entende como o financiamento vem se constituindo ao longo desses vinte anos de existência do SUS,
1272 sabe que é um enorme desafio que temos que enfrentar. Devemos chamar a atenção que sem investimentos claros e
1273 orçamentos também diretos é difícil fazer planejamentos, e sempre vamos trabalhar com uma imagem futura e um futuro
1274 que nunca chega do ponto de vista da equidade dum acesso universal. Feitas essas considerações acho importante hoje
1275 discutirmos o que é o sistema, não é a Secretaria de Saúde e sim em relação ao Sistema Único de Saúde. Trabalha com a
1276 possibilidade de que os planos de saúde das diferentes esferas constituíssem como elementos de acompanhamento na
1277 gestão, mas também de acompanhamento em relação à efetividade, e melhor resolutividade dos acessos aos serviços de
1278 saúde. Talvez quem encaminhou o plano para ser elaborado esqueceu de mencionar, ou de colocar para que fosse lida a
1279 questão das últimas portarias do Ministério da Saúde que fala sobre como deve ser formatado um Plano de Saúde. Podemos
1280 até acerca da academia, digo isso porque também sou docente da Universidade, questionar que existe uma pendência, um
1281 engessamento do plano para atender os órgãos de controle. Temos verificado nos últimos tempos que os Tribunais de
1282 Contas, a Controladoria da União, o próprio Departamento Nacional de Auditoria e o Sistema Nacional de Auditoria, enfim,
1283 o controle interno e externo tem chamado à atenção que esses planos são extremamente prolixo, que lemos e não
1284 conseguimos nunca acompanhar como a elaboração dessas prioridades recebeu financiamentos, por que engessamos
1285 recursos públicos de forma permanente. Nesse sentido o pacto dá um avanço muito grande e estabelece o financiamento em
1286 cinco linhas estratégicas que são: A Atenção Básica, Alta e Média Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência
1287 Farmacêutica e Financiamento da Gestão. Ao mesmo tempo ele publica uma portaria que revoga a 1227, que é a 3186, que
1288 fala como deve ser apresentado um plano de saúde, e esse plano terá uma função fundamental que é descrever o diagnóstico
1289 que de certa forma os órgãos de controle falam. Todo mundo sabe a situação de saúde do país, por isso que dentro do
1290 próprio pacto temos prioridades estabelecidas para o Brasil, dentro da questão do pacto da saúde, temos os elementos
1291 prioritários sendo acrescidos da realidade de cada Estado. O elemento descritivo no momento inicial pode realmente fazer
1292 essa contextualização e especificar a realidade da Bahia, mas não pode fugir de uma formatação que está engessada e
1293 recomendada na própria portaria, e os instrumentos de monitoramento e avaliação também estão apontados na portaria do
1294 pacto pela saúde. A Secretária de Gestão Estratégica e Participativa onde temos o Departamento de Controle Social e Ações
1295 Estratégicas, o Departamento de Auditoria, Departamento de Ouvidoria e o Departamento de Monitoramento. O
1296 Monitoramento está discutindo com os estados e os municípios a possibilidade de criar instrumentos indicadores em função
1297 dessa nova idéia de como se organizar um plano de saúde. Por quê? Os órgãos de controle querem chegar ao Ministério da
1298 Saúde no final do ano, pegar o Relatório de Gestão do Ministério que recebeu o relatório de todos os estados, e ali tem
1299 quase que 54% dos recursos que fomentaram as execuções das ações contidas nesse plano dentro de linhas prioritárias se
1300 estão sendo feitas ou não, e porque estão sendo feitas ou não. O monitoramento não pode ser colocado, e a equipe de
1301 planejamento também pode responder, ele não pode ser dado isoladamente em cima do planejamento e o mesmo está sendo
1302 trabalhado com indicadores dentro do Departamento de Monitoramento e Avaliação. A este departamento cabe estabelecer
1303 critérios de como esses planos serão monitorados. Fora essa questão de que precisamos entender o que é que hoje estamos
1304 chamando de Plano do Sistema, e que essa portaria engessa o plano, coloca como um documento bem fechado, e os
1305 indicadores que são apontados precisam ser trabalhados dentro do próprio sistema. Relatou que várias oficinas estão sendo
1306 trabalhadas para criar indicadores nas diferentes áreas e em muitas áreas já avançamos, mas é difícil pensar em indicador de
1307 financiamento, de gestão, de qualidade do SUS, da integração do SUS e outras áreas estratégicas na área da Assistência
1308 Farmacêutica também. Sugeriu uma leitura sobre a portaria 204, que fala o que é o repasse hoje da Saúde do Sistema, e
1309 como ele aponta na mesma o financiamento do Pacto pela Saúde, e a questão do monitoramento. Seria fundamental
1310 conciliar aquilo que está colocado no plano e o que está no parecer, parabéns pelo esforço e pela apresentação. O
1311 conselheiro Moysés Toniolo parabenizou a conselheira Maria Ligia, e considerando tudo que existe de bom no Plano
1312 Estadual de Saúde. Como estamos nessa instância de Controle Social do SUS, e muitas vezes por acharmos que estamos
1313 lidando diretamente com áreas, departamentos e pessoas, estamos vendo a cara das pessoas responsáveis. Muitas vezes nos
1314 vemos constrangidos em tecer a crítica certa e correta. Estou lhe elogiando, porque precisamos ter coragem como
1315 conselheiro, e aqui nesse espaço é uma questão de responsabilidade nossa com o SUS de fazer o que você fez, de colocar
1316 nos seus aspectos críticos questões que estão patentes, mas costumamos de certa forma tentar mudar. Quero parabenizar
1317 também porque você abordou uma questão no meio das suas críticas, falando da inviabilidade política e social. Temos que
1318 parar de pensar que gestão, seja ela qual for, em saúde, educação ou em qualquer área nesse país, depende pura e
1319 simplesmente de aplicação financeira e orçamentária, realização orçamentária para além do dinheiro. Existem muitas horas
1320 nesse país que não avançamos em certas questões porque as viabilidades políticas e sem concatenação com os aspectos
1321 sociais não permitem seguirmos ir adiante. É o que você colocou na sua crítica em certo momento que fala assim: meu Deus

1322 do céu o que é a viabilidade da teoria para a prática? Gostei maravilhoso. Você em certos momentos também trouxe algo
 1323 que precisa ser melhorado no Controle Social que é a questão da participação social. Vou citar um exemplo, passamos aqui
 1324 um momento agora em 2008 muito importante para a SESAB que foi a Avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública
 1325 no Estado da Bahia, promovida pela OPAS e você se referiu a esse momento, e inclusive também a fatos que colocamos
 1326 nesse momento da avaliação das FESPS em que um fator que a conselheira citou ali, que é a departamentalização das
 1327 responsabilidades, não permite dentro da própria SESAB que as pessoas se conhecessem, e chegou lá um monte de gente
 1328 sem saber o que uns faziam dentro de cada departamento ou área, e foi maravilhoso. A avaliação das FESPS no Estado da
 1329 Bahia mostrou a cara que temos cada um no seu quadrado, infelizmente. E infelizmente tivemos como participação social,
 1330 você colocou claramente no seu aspecto crítico que foram chamados geralmente gestores e técnicos da SESAB, e dois
 1331 representantes do Controle Social que eram dois conselheiros nossos que muitos aqui sabem. Senti uma pena enorme
 1332 porque não consegui ir para a segunda fase que também foi muito boa, mas estou maravilhado com o que você colocou. Fiz
 1333 uma série de coisas que não vou poder mencionar, mas outra coisa: por mais que digamos que é difícil fazer monitoramento
 1334 e avaliação sobre planejamento, sobre planos, mas, se planos são a nossa vontade, o que nos custa pegar a nossa vontade e
 1335 cuidar dela ao longo do tempo como será executada? Porque isso é monitoramento e avaliação. Não vou ser técnico, usar
 1336 termos técnicos, nem portaria, conselheira, mas vou dizer o que conheço acerca das ações que tenho maior proximidade no
 1337 campo das DST/AIDS, e sei que quando chega na hora de monitoramento e avaliação até tentamos, mas temos muitas
 1338 dificuldades em realizar, e isso é o salto qualitativo que precisamos dar para fazer com que a saúde, não vou dizer que
 1339 brincamos com a saúde porque não é brincadeira, tem muita gente comprometida com monitoramento e avaliação, mas não
 1340 alcançamos o nível de excelência como naquela oficina da OPAS em que dissemos: Qual é o padrão ouro? O que é que eu
 1341 quero de melhor para o serviço que estou oferecendo? Gostei quando você disse que temos que superar fragilidades na
 1342 relação entre estado, município e outros atores. A conselheira Joilda mencionou que somos o Conselho Estadual, e muitos
 1343 conselhos municipais por aí estão cobrando: Cadê o Conselho Estadual, cadê o seu papel e o que ele vai fazer para nos
 1344 ajudar e fortalecer o Controle Social lá no Município? Temos que fazer isso, o plano não pode ficar apenas no aspecto
 1345 orçamentário e financeiro, tem que passar para o aspecto político e social, aquilo que você falou. Descontextualizado? É,
 1346 mas chegam momentos em que as pessoas consideram que fazer um apanhado rápido geral da situação de um estado ou do
 1347 próprio país já não é mais pertinente, porque os pactos estão acima de tudo e já orientam. Calma lá, em certos momentos, eu
 1348 considero que sempre que vamos planejar alguma coisa e como é Plano, temos que saber de que ponto partiremos e para
 1349 que ponto iremos, é algo que é colocado pelas pessoas mais do campo prático que teórico. Você falou sobre reduzir
 1350 distâncias entre as ações planejadas e ações de curso, e basicamente fiquei feliz com a forma como foram colocadas as suas
 1351 considerações dentro disso. Claro que poucos de nós teremos a coragem ou competência para fazer igual, mas temos que
 1352 aplaudir quando algo é feito nesse sentido. A Conselheira Tereza Deiró mencionou que se sentiu contemplada tanto pela
 1353 fala da conselheira Deborah como a de Moisés. Acho que Déborah deu uma aula, porque muitos de nós não temos o
 1354 aprofundamento, nem o acesso a essas informações. O Ministério da Saúde, não só o Ministério, o Sistema Único de Saúde
 1355 se fosse realmente observado e seguido do pari passo, não tínhamos metade dos problemas que temos. Aprendemos ao
 1356 longo das nossas caminhadas que se a burocracia muitas vezes pode parecer emperradora em algumas questões, também se
 1357 soubermos lidar com a mesma, porque ela foi construída por nós, pode ser determinante para que tenhamos no caso do SUS,
 1358 ou em outros casos, um Sistema Único de Saúde muito mais. Quando falamos a palavra engessar, quero discordar, mas ao
 1359 mesmo tempo concordo, porque não é um engessamento no sentido de não andar, mas é o confinamento dentro de
 1360 determinadas regras que não venham prejudicar o andamento, o cumprimento e o monitoramento das ações. Não podemos
 1361 imaginar dentro daquela fala da fragilidade que foi o que anotei aqui que gostei muito quando você colocou que não temos
 1362 conseguido ser mais efetivos no Controle Social, assim como surgem demandas espontâneas de telefonemas como recebi
 1363 hoje de um lugar que não temos o controle. O Estado da Bahia é grande não estamos nos autoflagelando, estamos dizendo
 1364 que o problema existe, algumas pessoas me ligaram hoje de Mutuípe, orientei que fizessem um documento para o Conselho
 1365 e coincidiu que a reunião era hoje. No Conselho Estadual de Saúde que é uma coisa que precisamos ver, dizem que está no
 1366 site, mas como é que vamos alcançar e atingir o pessoal do interior, dos municípios que até mesmo tendo vontade de fazer
 1367 um Controle Social efetivo não estão conseguindo porque os conselhos não têm paridade. Você não consegue provocar no
 1368 bom sentido o interesse da participação das pessoas. Precisamos reconhecer a fragilidade, inclusive em prefeituras que às
 1369 vezes estamos achando que está tudo bem. Fiquei sabendo hoje que precisamos responder a respeito do Conselho Municipal
 1370 de Valença. São denúncias que aparecem aqui por escrito, problemas que vão para o conselheiro Josivaldo, Joilda, junto
 1371 com esse grupo que está fazendo visitas no sentido de tentar corrigir as distorções. Acho que captei um pouco daquilo que
 1372 você falou companheira e foi feliz, não vejo como colocarmos em execução um plano belo e ousado, que temos condições
 1373 de vislumbrar e construir, que ele se consolide se não tivermos um Controle Social efetivo. O Controle Social não é
 1374 formado apenas pelos conselhos, mas os mesmos estão ameaçados mais do que nunca, e todo mundo já sabe por que estou
 1375 dizendo isso. O Senhor Presidente substituto parabenizou a conselheira, e ressaltou que os conselheiros estão tendo a
 1376 responsabilidade com aquilo que é delegado por esse pleno, a delegação está sendo feita e cada conselheiro está se
 1377 esmerando ao seu papel. A importância que cada conselheiro está dando ao papel de ser relator, parecerista, de estar indo ao
 1378 município fazer treinamento, tudo isso é louvável. Enfatizou que foi um parecer verdadeiro, franco, que servirá não apenas
 1379 para a gestão, mas para o sistema, Déborah repetiu isso aqui várias vezes, temos que encarar como sistema. Vou pegar um
 1380 pouco do final da fala de Tereza, onde colocou que precisamos reforçar o Controle Social. Na verdade o plano pode ser esse

1381 instrumento, pode não só indicar que façamos, mas que também é um compromisso firmado com as instâncias que estão
1382 aqui representadas, por exemplo: Conselho dos Secretários Municipais de Saúde, Ministério da Saúde, os Trabalhadores de
1383 Saúde, gestores, prestadores e usuários estão aqui representados, e o compromisso que o Conselho faz, mas não o
1384 compromisso de cada um de nós e sim daquilo que representamos. Mencionou que se estamos representando entidade,
1385 categoria, se somos a voz e temos nesse assento a liberdade de nos colocar assim, é um compromisso que podemos amarrar
1386 por dentro do plano. Gostaria muito Moysés, que esse plano não fosse o do Governo do Estado da Bahia ou da Secretaria de
1387 Estado da Saúde, e sim do Sistema Único de Saúde da Bahia, nós baianos e todos aqueles que vivem ou passam pelo nosso
1388 território, porque a condição do Sistema Único de Saúde abrange inclusive os estrangeiros que passam por aqui, residem ou
1389 vem tirar férias. É importante que tenhamos o entendimento que esse Plano é nosso, e não construímos um Plano sozinho
1390 quando queremos dizer que é nosso, se constrói a diversas mãos, a diversos pensamentos, e por isso precisamos construir,
1391 consolidar, porque os governos passam, mas tudo isso passaria com certeza. Estamos precisando reforçar a transversalidade,
1392 se reduz gastos de recursos, força de trabalho, muitas vezes aborrecimentos, quando conseguimos juntar e ser transversal,
1393 não é só ser transversal por dentro do governo, da máquina, utilizando as caixinhas, vou ser transversal, vou passar por
1394 todas as caixinhas, conseguimos a transversalidade, já diminuiu, mas nem estou falando dessas caixinhas, estou falando das
1395 caixinhas do organograma monstruosos de cada estrutura, ser transversal muitas vezes é ter a contribuição de outros atores.
1396 Estamos num Governo que perseguimos isso, aprendemos muito quando escutamos uma rodada de conversas, de diálogos
1397 muito respeitosa, muito crítico e verdadeiro. Nós que fazemos parte da Gestão, quando recebemos o parecer queremos ver
1398 imediatamente, as opiniões, a análise, não sou ansioso, mas quando o parecer é concluído quero ler imediatamente, porque
1399 de certa forma é um alento quando recebemos uma opinião, mesmo que venha carregada de sugestões, e a conselheira
1400 utilizou o termo de aspectos críticos, não usou aspectos negativos, achei isso muito elegante. Com relação aos aspectos
1401 críticos, damos um determinado valor porque trata de um olhar diferenciado, que contribui com a gestão, e a mesma entende
1402 que esse Plano não pode ter sido ainda cem por cento. Se formos avaliar a quantidade de pessoas que participaram do PPA
1403 Participativo, as Oficinas, a nossa maravilhosa CONFERES - Conferência Estadual de Saúde que foi brilhante, mesmo com
1404 defeitos e falhas, mas foi um exercício para nós que tivemos muito tempo planejando a mesma. Ressaltou que tudo isso nos
1405 deixou a certeza de que esse Plano vai nos mostrar um novo horizonte, um caminho de que a construção do próximo deve
1406 ser ainda mais carregada da presença de todos, mas para isso o Conselho Estadual tem um grande desafio que quando fala
1407 nos vazios assistenciais, deveríamos falar nos vazios de gestão, de controle, de participação, de entendimento do que é o
1408 sistema que muitas vezes existem muitos lugares, não precisamos ir aos rincões, nem às maiores distâncias, até mesmo aqui
1409 na nossa capital, em que as pessoas ainda não compreendem o que é o Sistema Único de Saúde, e principalmente os seus
1410 direitos, entendendo também que os deveres são muito importantes. Achou muito boa a idéia, não só de ter um PDI - Plano
1411 Diretor de Investimentos, mas não sei o termo ainda, mas tem um plano da utopia que queremos perseguir seria interessante
1412 também. Existe um vazio assistencial. Dr. Jecé sabe que contamos nos dedos os neurocirurgiões baianos, cardiologista
1413 pediátrico, fazer uma ressonância num bebê hoje é a maior dificuldade precisa de um anestesista especializado para isso.
1414 Esses vazios o nosso Plano de Implementação da Utopia, acho que é interessante porque tiramos dessa condição e
1415 colocamos na condição de implementado e implantado, é um desafio, não só do pessoal do planejamento, mas a todos aqui.
1416 Desculpem por me alongar, geralmente sou muito restrito no que falo, mas, essa semana eu estive junto com Tereza Deiró
1417 desde segunda-feira em quatro horas de reunião, encontros, mas isso é um exercício democrático, a nossa relação foi sempre
1418 muito verdadeira e respeitosa, mas de vez em quando fazemos essas brincadeiras para aliviar as tensões, senão a cordinha
1419 arrebenta. Lígia meus parabéns, leve também os parabéns para um grupo de doutores, professores, é um exercício que nos
1420 deixa muitas vezes despido. A conselheira Deborah Dourado lembrou no que pesem vinte anos de estruturação do Sistema,
1421 é um Sistema também com uma dimensão enorme acerca da legislação. A quantidade de portaria, resolução, revoga, coloca,
1422 tira, é muito grande, mas é o que dá o arcabouço de um Sistema que tem um amparo jurídico e legal, as Leis 8089 e 8142/90
1423 desdobrou-se em uma série de normas e orientações. Quando falamos de Planos de Saúde, Relatório de Gestão e Prestação
1424 de Contas estou lá nos primórdios do SUS, lá no início, não estou falando nada novo. Esses três elementos são os essenciais
1425 instrumentos para acompanhar a gestão. Uma gestão que obviamente não é apenas financeira é física, funcional e tem tantos
1426 elementos por dentro da gestão. Se vocês hoje do ponto de vista do Controle Social, eu digo isso com a maior facilidade que
1427 não sou uma burocrata, exerço a burocracia pela função que hoje ocupo, mas deitei e bebi nas águas do Controle Social. A
1428 minha vida foi construída dentro de Movimentos Sociais da Saúde Pública. Estou no sétimo mandato, apenas este como
1429 gestora e todo o restante ocupei pelo movimento e pela representação de usuário ou trabalhador. Quando falamos que
1430 decorridos vinte anos fazemos uma avaliação de um Plano que deveria estar no mínimo sintetizado, a realidade e as
1431 prioridades, colocando toda essa configuração e hoje não temos resultados concretos, o próprio Controle Social acerca do
1432 controle interno que também é Controle Social, embora seja jurídico com outra conformação ele diz, como temos relatórios
1433 belíssimos, planos estritamente bem elaborados e resultados pífios em relação à situação de saúde da população. É isso que
1434 o técnico do TCU – Tribunal de Contas da União, hoje, estritamente burocrático fala: Não vai demorar muito, vamos auditar
1435 a saúde pedindo o Plano Municipal, Estadual, Relatório de Gestão e Prestação de Contas e nada mais, e a movimentação
1436 financeira do fundo. Não vai demorar muito, daqui a seis meses ou um ano, será dessa forma que estaremos fazendo
1437 auditoria. O Plano porque deve descrever as metas e dali extrair a agenda, o relatório que faz a prestação e a prestação de
1438 contas. Não estou falando de nada novo e não ponho em mim a denominação de burocrata, realmente reconheci inúmeras
1439 considerações que concordo, mas acho que a equipe de planejamento fica, ou colocamos toda essa dimensão ou atende as

1440 diretrizes que o sistema está colocando na portaria de como deve ser feito o planejamento, não é verdade? Achei
1441 interessante todas essas considerações que você fez, é um grande avanço do Sistema de Saúde hoje, ter um departamento
1442 unicamente para fazer monitoramento e avaliação. Esse departamento tem o compromisso e está na SEGEP – Secretária de
1443 Gestão Estratégica e Participativa. O departamento coordenado por André Bonifácio tem como princípio fundamental
1444 discutir com os estados e municípios como monitorar e criar indicadores fundamentais para acompanhar as questões das
1445 áreas estratégicas da saúde e o que está colocado no Plano, ou seja, os auditores, os senhores engravatados da CGU, TCU e
1446 Ministério Público, já não tem grandes dificuldades em entender o que é um planejamento e um relatório de gestão. O que
1447 eles estão cobrando é que precisa ter uma efetividade e para isso se exige muito mais clareza do que descrição da situação,
1448 embora consideremos fundamental continuarmos descrevendo e apontando indicadores, só precisamos casar os dois
1449 elementos. O Sr. Washington Abreu saudou a todos e agradeceu em nome de todos que participaram do processo de
1450 elaboração do Plano. Enfatizou que a função da ASPLAN foi sintetizar o desejo de um grande coletivo, esse plano foi árduo
1451 na sua construção, começamos a construí-lo na transição, de lá para cá foram muitos momentos, encontros, discussões e
1452 todos os elementos foram sendo colocados como possibilidade. Este documento em que pesem os seus limites é retrato de
1453 um processo que não conseguimos nem contar, refletindo em uma das coisas que comentamos é que não dá para colocar no
1454 papel o nome de tantos quantos participaram. Conseguimos colocar no papel apenas aqueles nomes que conseguimos
1455 capturar das tantas oficinas que fizemos, das poucas listas de presença que conseguimos resgatar, porque foram muitos
1456 movimentos realizados e não teria como listar as oficinas, por exemplo, do PPA Participativo, que ocorreram em vinte e seis
1457 territórios de identidade, várias plenárias e envolveram o Governo como um todo, e que as pessoas discutiram em várias
1458 salas, não foram salas específicas da saúde, que pessoas pontuaram e colocaram coisas que realmente aproveitamos nessa
1459 construção. Um dos limites que podemos colocar aqui e assumir é justamente a nossa pouca capacidade de conseguir
1460 capturar as assinaturas de todos os sujeitos que em algum momento colocaram suas impressões para que pudéssemos ao
1461 longo de quase dois anos de trabalho, com vários instrumentos intermediários construídos, a Agenda Estratégica de 2007 e
1462 2008, o PPA, a Lei Orçamentária Anual, Lei dos Direitos Orçamentários e que tudo isso foi subsídio para que pudéssemos ir
1463 consolidando e dando corpo a esse instrumento de gestão que do meu ponto de vista é o melhor que podemos construir
1464 enquanto coletivo organizado na Secretaria de Saúde, e com os nossos grandes parceiros em todas as instâncias. Tivemos o
1465 cuidado de não tencionar para além daquilo que estava estabelecido nas portarias do Ministério, apesar de discutirmos
1466 bastante nomenclatura, está aqui Isabela que foi uma das pessoas que nas primeiras oficinas nos chamou a atenção sobre as
1467 nomenclaturas que o Planeja SUS trabalhava, e fomos ousados em fazer pequenas adaptações para não fugir daquilo que
1468 entendemos que é o nosso horizonte inclusive teórico, mas sem prejudicar a arquitetura que foi pactuada pelo Sistema Único
1469 de Saúde que também foi uma construção coletiva. Recentemente tivemos o ciclo desse ano de encontros do sistema de
1470 planejamento e foi uma das coisas inclusive que foram colocados, os conceitos que construímos não foram conceitos da
1471 cabeça de Aristel, e Rosa Virgínia que estava aqui na época como Diretora de Planejamento, ou na cabeça de
1472 Washington Abreu atualmente. São conceitos que foram construídos coletivamente com várias pessoas e que precisamos ter
1473 o cuidado de colocar. É uma coisa que nos limita, mas temos que ser fiel até porque o Ministério nesta questão é o nosso
1474 grande financiador, o boom que estamos tendo nos últimos anos especificamente depois do Pacto de Gestão, foi motivado
1475 pelo financiamento que o Ministério está dando a esse processo, e foi por ele que conseguimos fazer as Oficinas Integradas,
1476 as oficinas das Funções Essenciais de Saúde Pública, foi a SESAB que fez, convidamos a OPAS – Organização
1477 Panamericana de Saúde para fazer, pegou a metodologia. Ressaltou que é uma questão que nos deixa um pouco limitado,
1478 mas avançamos, conseguimos pactuar com o Ministério da Saúde, que iríamos construir linhas de ação, ações estratégicas
1479 que o PES – Plano Estadual de Saúde, e o Planeja SUS vão trabalhar com essa denominação de objetivos, diretrizes e metas,
1480 abrimos objetivos específicos, trabalhamos com os resultados esperados, o que o Planeja SUS não trabalha, e ficamos no
1481 dilema das análises de viabilidade porque o capítulo de monitoramento é um dilema que ainda não está resolvido do ponto
1482 vista do Sistema Único de Saúde. Como a própria Déborah falou, o monitoramento de avaliação está contido na Secretaria
1483 de Gestão Estratégica e Participativa do ponto de vista do lócus institucional e ainda estão definindo se verdadeiramente
1484 isso vai compor ou não os Planos de Saúde. Enquanto isso nós dos Estados que estamos trabalhando na construção dos
1485 processos de capacitação dos municípios, tomamos aqui na Bahia a decisão de que não iríamos perder o link necessário dos
1486 compromissos estabelecidos e ações estratégicas com os indicadores, mas fomos fiéis no sentido de apresentar um quadro
1487 de conexões e aguardando a deliberação maior do Ministério para que possamos trabalhar avançar para construção desse
1488 grande capítulo que é o desejo de todos de monitoramento e avaliação. São elementos que precisaríamos colocar e sem
1489 dúvida nenhuma, estamos acatando todas as sugestões porque a nossa professora foi brilhante na sua colocação.
1490 Reconhecemos os limites sabendo que temos outros limites que são legais que precisamos cumprir, e vamos estar na medida
1491 do possível levando ao conhecimento dos nossos parceiros. Fico feliz porque o próprio colegiado do Instituto de Saúde
1492 Coletiva foi quem fez as sugestões, e esse Instituto é quem tem nos assessorado na construção do processo de planejamento,
1493 inclusive o plano é produto desse trabalho, é oportuno estar devolvendo para esse colegiado para que ele nos ajude a
1494 reconstruir aquilo que de fato não conseguimos alcançar. Agradeço com muita alegria em nome do coletivo que se debruçou
1495 durante dois anos incessantemente em todos os lugares, não tenho como nominar, foram noites perdidas, fins de semana e
1496 feriados para podermos trazer esse documento para apreciação do Conselho, e que ele se transforme num instrumento de
1497 gestão à medida que na elaboração da nossa agenda estratégica, da nossa programação anual consigamos dar vida a esse
1498 processo. Presidente, o senhor foi feliz ao trazer antes o relatório de gestão porque ele prova que é possível a partir de um

1499 instrumento fazer um monitoramento e construir as respostas que o Controle Social precisa para enxergar se a gestão está ou
1500 não trabalhando com eficiência, eficácia e efetividade. O Relatório de Gestão foi construído com base na agenda estratégica,
1501 com este plano aprovado certamente a próxima agenda terá muito mais a cara de todos. A Conselheira Maria Lígia Rangel
1502 agradeceu a oportunidade que este Conselho lhe deu de se colocar em contato com essa vivência imensa e fantástica que o
1503 CES está tendo. Ressaltou que essa palavra fantástica surgiu nas nossas avaliações desde fantástico até todas as críticas que
1504 trouxemos aqui. Enfatizou que não são apenas vocês, Washington, que sentem ansiedade em ler o parecer, eu também fiquei
1505 muito ansiosa com o que iriam achar do meu parecer. É o exercício da crítica do que não estamos habituados a fazer,
1506 perguntamos: Será que estou sendo justa, ou injusta, que será que me escapou aqui que eu não conhecia e que não pude
1507 avaliar melhor? Só tenho a agradecer também a acolhida das críticas que vocês fizeram, é extremamente salutar para que de
1508 fato aprendamos o exercício da democracia, porque estamos nesse processo de aprendizado recuperando histórias antigas. A
1509 coragem é muito pela motivação de aprender realmente a exercitar a democracia. Muito obrigado a vocês. O Senhor
1510 Presidente retornou à reunião e submeteu o Parecer da conselheira Maria Lígia Rangel a apreciação dos conselheiros. A
1511 conselheira Silene Ribeiro Martins parabenizou a conselheira Maria Lígia Rangel e colocou que não está contra os seus
1512 colegas, mas ressaltou a sua alegria em ter participado de uma das oficinas e ver todos os gestores colocando, embora sua
1513 crítica tenha sido talvez de não exercer a verdade. Na oficina em que participou houve alguns assuntos que não foram
1514 devidamente abordados pelos gestores, e talvez por isso não tenha sido excelente, mas é muito fácil criticar quando
1515 encontramos a coisa muito certinha e bem elaborada, é fácil porque o difícil é construir. A construção é difícilíssima, por isso
1516 queria parabenizar a vocês também, porque gostei do que foi apresentado por vocês, e claro, estou com os meus colegas não
1517 porque sou colega deles, mas acho que em cada uma das colocações tem muito a ver. Quanto aos gestores, acredito que
1518 muitos principalmente do interior é que falharam na hora de suas colocações, subtraindo muitas informações importantes.
1519 Desculpe, mas tinha que registrar porque não ouvi ninguém falando do trabalho que vocês fizeram e que foi muito bom, por
1520 isso ficou fácil criticar. O Senhor Presidente colocou o Parecer do PES em apreciação que foi aprovado por unanimidade.
1521 Agradeceu a Conselheira Lígia, e se desculpou por não ter permanecido todo o tempo na reunião porque teve outra em
1522 paralelo com um grupo do Banco Mundial, para discutir acerca do acompanhamento de um projeto. Mencionou que vamos
1523 discutir a situação de Itabuna e o Plano de Ação da Vigilância Sanitária, a Avaliação do Pacto de Saúde ficará para a
1524 próxima reunião, e o que ocorrer resolvemos rapidinho. Em seguida convidou Dra. Conceição Benigno para fazer a
1525 apresentação da situação de Itabuna. Dra. Maria Conceição Benigno Magalhães saudou a todos e mencionou que a próxima
1526 apresentação em relação ao Pacto da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional também seria uma
1527 apresentação nossa, vou me comprometer e solicitar a pauta para a próxima reunião do Conselho, não só fazer a avaliação
1528 da questão do Pacto, mas trazer a primeira apresentação da metodologia e dos critérios dos parâmetros da nova PPI que
1529 estamos construindo que também é da nossa Diretoria. Mencionou que queria aproveitar para fazer as duas coisas e colocar
1530 no início da pauta para não correr riscos. A Senhora Conceição Benigno apresentou a Situação dos Serviços de Saúde de
1531 Itabuna na Gestão Estadual, que foi enviada para todos os conselheiros através de e-mail. O Senhor Presidente propôs se os
1532 conselheiros concordarem, aprovar uma moção de agradecimento a Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que deu
1533 um apoio muito grande a Itabuna. Relatou que em menos de vinte e quatro horas de contatados se deslocaram: o Secretário
1534 Estadual, o Vice Secretário, a Defesa Civil, a Equipe Técnica, um avião do Governo do Estado para lá para ajudar, e as
1535 Forças Armadas especialmente no caso de Itabuna a Aeronáutica, tivemos o apoio da Marinha e do Exército aqui em
1536 Salvador e também em Porto Seguro. Queria submeter aos conselheiros a aprovação dessa moção de agradecimento e
1537 propor ao Conselho já que ano passado tivemos uma visita do mesmo à Itabuna, que foi inclusive um subsídio importante
1538 para a decisão sobre a desabilitação, que agendássemos uma nova visita do Conselho que teria mais tempo para verificar in
1539 loco. Tivemos avanços substanciais, o Hospital de Base que estava num processo de degradação melhorou muito, claro que
1540 tem muito a ser feito, mas a capacidade de oferta aumentou muito o número de internações, o número de procedimentos
1541 cirúrgicos, a assistência na emergência melhorou bastante, a Santa Casa deu também uma reversão no processo que vinha
1542 de redução da oferta de serviços, ampliou, resgatou procedimentos e até diríamos que mobilizou novamente a Santa Casa. A
1543 negociação que foi feita e Conceição sinalizou aí, a Santa Casa tinha dois hospitais sob a sua gestão: O Hospital Calixto
1544 Midlej Filho e o Hospital Manoel Novaes, agora têm três com o São Lucas, que já está funcionando parcialmente, em breve
1545 estará concluindo a reforma e quando estiver totalmente funcionando serão cem novos leitos disponíveis para o SUS, e com
1546 os acordos e os apoios dados ao Município permitiu também criar condições para retomar a oferta de serviços na Policlínica
1547 Dois de Julho que está ampliando a oferta, nas Unidades de Referência de Reabilitação Física CAPS. Acho que já temos
1548 resultados positivos para apresentar em poucos meses de trabalho, mesmo com o cenário desfavorável porque além da
1549 gestão atual não está tendo a capacidade de reverter esse quadro rapidamente, também enfrentamos uma epidemia de
1550 Dengue que mobilizou muitos esforços e levou com quem estivesse que entrar no circuito abrir três serviços, mobilizar
1551 profissionais. Minha sugestão é que mais do que essa breve discussão aqui, que pudéssemos agendar uma comissão do
1552 Conselho que fizesse uma visita para apreciar a situação e trazer subsídios para uma outra avaliação. O Conselheiro
1553 Josivaldo Gonçalves agradeceu em nome do Conselho Municipal de Saúde o empenho da SESAB através do Presidente
1554 desse Conselho o Secretário da Saúde, pelo Governador, inclusive de perceber a gravidade da situação do nosso município e
1555 fazer uma intervenção o mais rápido possível, porque o município naquele momento não estava tendo como solucionar a
1556 situação que era de extrema importância. Perdemos oito vidas, crianças e adultos, pessoas com perspectiva grande de vida,
1557 que foram acometidos e infelizmente foram a óbito, entretanto sentimos o esforço de toda a equipe, foi importantíssima essa

1558 participação. Por isso nós do Conselho juntamente com a comunidade de Itabuna temos que agradecer a presença do estado
1559 de forma maciça lá no município. Infelizmente a administração que atuava no município contava com pessoas com boas
1560 intenções, mas por outro lado também havia uma grande falta de credibilidade devido a história passada. Os profissionais e
1561 os técnicos de renome não querem assumir nenhuma função no município. Existe uma disputa camuflada entre eles de quem
1562 manda no município, se é o prefeito ou os secretários. Relatou que há cerca de um mês foi nomeada a Diretora da Atenção
1563 Básica vinda de Minas Gerais porque ninguém do Município ou da região queria assumir o cargo. Enfatizou que vai votar
1564 contra o retorno da Gestão Plena ao município, através do Conselho Municipal de Saúde, enquanto não for organizada a
1565 Atenção Básica. Relatou que os pacientes ainda têm que madrugar na porta das Unidades de Saúde e na Regulação para
1566 marcarem simples exames de urina e fezes, quando na realidade o município tem o Hospital de Base que possui um
1567 laboratório terceirizado, mas que poderia estar comprando as cotas, principalmente para esses exames mais simples. Mas é
1568 como Solla colocou o município não quer investir nem comprar nada, quer apenas pegar o dinheiro que a União e o Estado
1569 mandam. Relatou que certo dia estava na Secretaria de Saúde para uma reunião, compareceu uma senhora para fazer um
1570 procedimento de média complexidade. O Chefe de Gabinete disse para ela que lá não fazia esse procedimento, que aqui a
1571 SESAB tinha cortado tudo, que era para ela se dirigir à Regulação da SESAB e procurar Isaac para ele autorizar.
1572 Imediatamente chamei o mesmo na frente da senhora e disse que era uma falta de vergonha e desrespeito fazer aquilo,
1573 porque sabemos que a SESAB não libera procedimentos de exame, a não ser o pactuado com cada município para liberar
1574 suas cotas. Itabuna tem que trabalhar dentro de suas cotas resolvendo os problemas com seus munícipes, não é mandando
1575 para lá porque eles não vão ceder, acabou a senhora não indo. Relatou que essas notícias são sempre divulgadas na mídia
1576 através de pessoas que não têm o devido respeito pela comunidade. Mencionou que todo dia primeiro ao dia quatro são
1577 liberadas as cotas. Essas pessoas ficam com um megafone nas ruas dizendo que não tem mais cotas porque o estado cortou,
1578 é um absurdo um servidor da Secretaria se propor a isso. Relatou que as unidades já chegaram a ficar um ano e dois meses
1579 sem médico e sem enfermeiro, agora que eles contrataram mais dez enfermeiros e alguns médicos, e na realidade é uma
1580 bagunça, como é que o município tem condições de assumir a plena? Informou que ninguém quis ficar com a Vigilância
1581 Epidemiológica, agora que um técnico de laboratório assumiu porque os outros não queriam ficar, está *ao Deus dará*. É uma
1582 situação difícil, deu uma melhorada muito grande, não estamos vendo mais muitas filas nos hospitais, claro que ainda tem
1583 um fluxo, o índice predial de focos da dengue ainda é alto, contrataram mais cem Agentes de Endemias para ajudar no
1584 combate e está tendo muitos mutirões. O Senhor Presidente perguntou a Josivaldo se o município havia realmente
1585 contratado esses agentes, porque até poucos dias atrás tinha dúvida se estavam trabalhando ou não? O Conselheiro Josivaldo
1586 de Jesus Gonçalves respondeu que acha que foi na semana passada que começaram a trabalhar. Desde quando vocês
1587 estiveram lá que foram contratadas essas pessoas. Um ponto positivo é que eles pegaram as pessoas que fizeram a seleção
1588 para contratar num treinamento que levou muito tempo para irem para campo, acho que essa semana é que estão indo para
1589 campo. Acho importante aprovar a ida de uma Comissão do Conselho à Itabuna, não só para visitar os hospitais, mas
1590 também nas unidades para verem a situação. O médico do PSF é angiologista, chega às 10h00min e sai às 11h00min, são
1591 problemas cruciais que se não resolver não vai dar mesmo. Infelizmente nesse momento temos que lutar e trabalhar para
1592 que o município possa reassumir, mas como é que o município vai reassumir se não está dando condições de resolver
1593 pequenas coisas que é da Atenção Básica? Relatou que o município acabou com o Fundo Municipal de Saúde e fica
1594 maquiando dizendo que não, mas o secretário não tem controle dos recursos, existe uma disputa entre a Secretaria de
1595 Administração, Finanças e Planejamento para saber quem manda mais, e o prefeito fica de camarote esperando o que vai
1596 acontecer. É complicado, o secretário é bem intencionado, mas está minado, se eu fosse ele não assumiria mais o cargo.
1597 Para vocês terem uma idéia, tiveram que trazer essa pessoa de Minas Gerais porque a que o Secretário indicou foi preterida
1598 porque o Secretário *tal* não quis que ela assumisse. É importante o CES formar uma comissão e fazer essa visita a Itabuna,
1599 não sei como poderemos fazer para elaborarmos um plano que possa ajudar esse município. O Conselheiro Raul Moreira
1600 Molina Barrios mencionou que o COSEMS acompanhou de perto todas as ações que aconteceram no município de Itabuna,
1601 nada mais lógico que a própria representação dos municípios estivesse presente. Tivemos a oportunidade de ver as ações
1602 que foram feitas pela Secretária de Saúde do Estado, imagino o transtorno que deve ter causado na programação de trabalho
1603 para ter que sair daqui e o tempo inteiro ter que estar no município com vários problemas. Estive em Itabuna
1604 coincidentemente logo depois disso, e estava analisando as questões que o companheiro Josivaldo colocou. Relembrou que
1605 aqui foi o nascimento da resolução que foi até ao COSEMS que levou a desabilitação do município de Itabuna. Naquele
1606 momento sofremos pressões de todos os lados, inclusive houve uma ação na justiça contra mim que presidi a reunião do
1607 COSEMS na época em que houve o encaminhamento, e vimos passar o tempo, chegar o mês de janeiro e acontecer as
1608 tragédias com a epidemia da dengue que não somente foi o problema da epidemia se não foi o resultado daquilo que
1609 aconteceu e que se denunciava. Tinha um Secretário de Saúde que estava para assumir depois que assumiu, vou esquecer até
1610 de falar do outro que é tão baixo que não vale a pena nem lembrar o nome do indivíduo, esse foi o que entrou na justiça.
1611 Uma coisa me preocupa, é que estivemos acompanhando com Conceição a adesão do Pacto de Itabuna juntamente com o
1612 Ministério da Saúde, o CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o CONASEMS - Conselho Nacional de
1613 Secretários Municipais de Saúde, os Técnicos da Secretaria da Saúde daqui e os Técnicos da Secretaria de Saúde do
1614 Município. Josivaldo, nós do COSEMS nos colocamos à disposição de intermediar com o Conselho Municipal de Saúde,
1615 para tirar alguns entraves de credibilidade porque o próprio secretário colocava de forma aberta que não tinha credibilidade
1616 para conseguir alguma coisa lá. Tínhamos dito a ele que com a equipe que estava trabalhando, inclusive com a orientação de

1617 vocês, não haveria nenhum avanço, o próprio Secretário de Saúde colocou isso. Ele veio com uma equipe nova nos mostrou,
1618 ouve demonstração de outra coisa, mas o que está nos preocupando é que quando estão conosco a postura é uma, e quando
1619 não estão Secretário, a postura é outra. Temos que externar essa preocupação, porque lamentavelmente como o
1620 companheiro Jecé colocou aqui, as notícias boas, do que a saúde está realizando, as ações, até dos sacrifícios que se faz não
1621 aparecem, só aparece aquilo que é de pior, e eles contaminam muito bem até a própria mídia. Todas as ações que são
1622 realizadas lá, as que dão certo dizem foram realizadas pelo Município, as que deram erradas foram feitas pela Secretaria de
1623 Saúde do Estado da Bahia, a coisa é plantada dessa forma. Para nós o Secretário de Saúde vem e nos pede intermediação
1624 para irmos até lá, inclusive o próprio CREMEB – Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia, para que possamos
1625 melhorar a credibilidade da Secretária de Saúde do Município. Mas, por outro lado chegam denúncias no Ministério da
1626 Saúde e de tudo que é lado de que teríamos tido posturas políticas para a desabilitação, a coisa foi colocada dessa forma. Por
1627 isso acho importante que façamos uma reunião com o Conselho Municipal de Saúde de Itabuna com a presença do
1628 Conselho Estadual de Saúde, com o Secretário de Saúde do Município e se possível o Prefeito para que definamos de uma
1629 vez por todas qual o lado que ele está, porque a nós conselheiros ele disse do desaparecimento do dinheiro, faz questão de
1630 colocar que não encontrou e que sumiu o do mês de outubro todo. Para nós, de forma clara e cristalina não é colocada na
1631 mídia realmente dessa forma. Uma grande preocupação que temos, é que apesar de defendermos que a municipalização
1632 plena deve retornar para o município, mas as condições que vimos são as mais deploráveis, como o conselheiro Josivaldo
1633 acabou de colocar aqui. Vi a ansiedade dos técnicos da SESAB de quererem passar o *mandú* para aquela galera de novo,
1634 mas não é possível porque a estrutura é totalmente precária e tudo que colocamos aqui, podem ter a certeza que em
1635 momento algum houve exagero, minimizamos muita coisa que estava acontecendo em Itabuna. Proponho que façamos um
1636 relatório específico juntamente com a mídia, porque todos precisam saber o que aconteceu e está acontecendo em Itabuna.
1637 O conselheiro Moysés Toniolo mencionou que tem uma grande afinidade com Itabuna, que não conhece tanto, mas, gostaria
1638 de estar mais presente naquele município. Enfatizou que tem certas horas em que nos coçamos, desculpem, mas, o exercício
1639 do cinismo político foi instituído e a qualquer hora virará lei nessa cidade. Propôs se além de uma visita não seria melhor
1640 planejarmos aqui como Conselho Estadual realizar algum tipo de ato público naquela cidade, chamando os órgãos federais,
1641 estaduais e municipais, conclamando inclusive a mídia para reproduzir isso num momento em que a população pudesse
1642 ouvir o debate público, para que tentar esclarecer quem está mentindo e quem está dizendo a verdade em toda essa situação,
1643 porque está se tornando algo insuportável. Como o conselheiro Molina colocou, já conheço essa prática em Itabuna de
1644 longas datas, que enquanto a pessoa está presente são prometidos mundos e fundos e quando sai a situação retorna a estaca
1645 zero e nada é feito. Estamos na Bahia, parece até uma brincadeira, mas, será que vamos precisar chegar a ponto de fazer a
1646 *lavagem de Itabuna*? Será que vamos precisar rezar para todos os santos da Bahia? Ou a única solução será apelar para o
1647 misticismo? Não dá, chegou o limite e nós como instância maior de controle social no estado, vamos ter que planejar algo
1648 muito sério. O conselheiro Luiz Delfino Mota Lopes colocou que com relação à inadequação à PPI – Programação
1649 Pactuada Integrada que Conceição teve dificuldades, foi com a PPI antiga. Acredito que existem camufladas por aí outras
1650 cidades como Itabuna que não estão fazendo a sua divisão equitativa com seus municípios circunvizinhos. Precisamos ter
1651 esse cuidado em avançar na PPI para que não venham aflorar mais adiante problemas, parecidos com os de Itabuna, ou seja,
1652 defender apenas seus municípios e deixar de fora toda a microrregião. É muito importante a SESAB atentar para isso no
1653 avanço da PPI. A conselheira Deborah Dourado ressaltou que é importante falarmos no município e no estado na questão da
1654 saúde, reforçou que estamos falando do sistema cuja gestão é Tripartite, responsabilidade, co-responsabilidade e
1655 financiamento também. Não vou me detalhar, mas apenas chamar a atenção de que essa ação se desdobrou em várias ações
1656 do ponto de vista federal que está envolvendo o Tribunal de Contas, CGU, Departamento Nacional de Auditoria, claro que
1657 tem uma dimensão política muito grande que não está na nossa governabilidade, mas que podemos tentar reverter essa
1658 situação. Enfatizou que o uso político realmente pode ter conseqüências desagradáveis. Eles estão questionando o próprio
1659 relatório que descredenciou e estão afirmando o tempo todo que é um jogo político, representações que estão nas mais
1660 diferentes esferas e vamos precisar ter bastante coerência com as nossas ações para respaldar que foi meramente o critério
1661 técnico que fundamentou essa ação, aprovada inclusive na CIB que tem autonomia no próprio Conselho. O Senhor
1662 Presidente perguntou se alguém discordava acerca de algum dos encaminhamentos colocados. Propôs que Bete articulasse
1663 isso depois. Mencionou que a proposta é que seja a comissão anterior. Colocou a escolha de 04 (quatro) representantes
1664 titular e suplente, para participarem da CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador, que serão: Dois
1665 trabalhadores, um prestador e um gestor. Foram voluntários Tereza Deiró, Joilda Cardoso, Luis Delfino, Débora, Josivaldo
1666 é suplente de Joilda, Lígia é suplente de Moysés, pode ser? Em seguida colocou a escolha de 01 (um) representante do
1667 Conselho, titular e suplente, para participar da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Implantação do PCCV,
1668 Tereza já está no SINDSAÚDE. A conselheira Tereza Deiró esclareceu que essa comissão, para os que não sabem, é para o
1669 regulamento de implantação do Plano de Carreira, da carreira em si. Tem o Plano enquanto Lei, mas a carreira, depois que
1670 um outro Plano que não foi aquele discutido pelo grupo de trabalho daqui, e estamos começando da estaca zero, a verdade é
1671 essa e tem que ser dita aqui no Conselho. Precisamos agora ter uma comissão composta por sete pessoas, porque as pessoas
1672 que estão aqui no conselho não sabem desses detalhes. Informou que dessas pessoas quatro são técnicos da gestão, e os
1673 demais são: um representante do Conselho e dois representantes das entidades, um do SINDIMED e um do SINDSAÚDE.
1674 O SINDSAÚDE tem um presidente hoje que não é mais Tereza Deiró e sim Sílvio Roberto. Nada mais correto e justo que o
1675 representante do SINDSAÚDE seja Sílvio. Houve realmente secretário e fica aqui registrado, no afã de encaminhar logo a

1676 indicação de quem representaria o Sindicato, imaginamos que o SINDIMED com todo respeito não tinha se pronunciado,
1677 mandamos dois nomes, mas logo após ter enviado percebemos, e foi quando conversei com Bete que o CES deveria enviar
1678 um representante, pode não ser Tereza. Tivemos uma reunião no Fórum de Entidades, isso não foi feito por escrito, mas
1679 percebo que não posso me furtar a essa responsabilidade. Se alguém quiser ocupar essa posição não tem problema, o
1680 conselheiro Jecé, mas, é preciso que entendamos a necessidade de ter um conselheiro participando desse processo de
1681 discussão do Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos dos Trabalhadores de Saúde. O conselheiro Washington Couto
1682 mencionou que o entendimento que temos é o seguinte: Temos o grupo dos gestores e dos trabalhadores. O entendimento
1683 que estou tendo, falei isso para Tereza diversas vezes, tivemos alguns encontros nos finais de semana, que nada mais justo
1684 que a representação de um usuário nessa função para ter uma visão fora do sistema. Caso eu ou Tereza venhamos a ser
1685 representantes, seremos mais um da gestão e do Sindicato. É por isso que estou aqui novamente colocando que o
1686 posicionamento correto é ter um representante também dos usuários que poderia contribuir. Não vejo que o representante do
1687 Plano teria essa capacidade é claro, debruçando, lendo a Lei do Conselho e ter essa participação. Será algo exaustivo porque
1688 temos reunião todas as segundas-feiras, e precisaria de um conselheiro que se dispusesse a isso. Mas a minha opinião,
1689 novamente é que não venha ser nem alguém da gestão como eu nem trabalhador, mas é uma opinião, o Conselho é quem
1690 tomará a decisão. O conselheiro Jecé Brandão colocou que o Sindicato dos Médicos precisaria ter que ter um representante.
1691 A Dra. Letícia Nobre mencionou que queria dar uma notícia sobre a CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do
1692 Trabalhador, mas pode fechar essa discussão, falarei depois. O Senhor Presidente ressaltou que tem duas propostas, a de
1693 Washington foi que ficasse restrita a conselheiros representantes de usuários a participação da representação do Conselho
1694 nessa Comissão. O conselheiro Jecé Brandão interrogou se em um Plano de Cargos e Carreira os representantes dos
1695 trabalhadores aqui dentro do Conselho ficarão de fora? O Senhor Presidente esclareceu que a interpretação que Washington
1696 colocou, que acho correta é que a Comissão já tem um representante dos trabalhadores, um representante do SINDMED e
1697 um do SINDAÚDE. Já tem representante da Secretaria. A proposta dele é que o representante do Conselho não fosse nem
1698 gestor, nem trabalhador, porque a única vaga poderia ser de usuário. Além de que, ele tem razão, traz para discussão da
1699 regulamentação do Plano de Carreira um olhar externo ao interior do serviço. O conselheiro Jecé Brandão pediu desculpas,
1700 mas ressaltou que é uma questão extremamente específica de carreira dos trabalhadores, como é que o olhar de um usuário
1701 pode ter maior objetividade na conformação e no aperfeiçoamento desse Plano de Carreira, Cargos e Vencimentos de que os
1702 trabalhadores que são diretamente interessados nisso porque é a vida deles, salvo melhor juízo tenho a impressão que um
1703 dos dois conselheiros aqui que representam os trabalhadores devem fazer essa representação. Não vejo que objetividade
1704 teria em passarmos essa representação do Conselho a um usuário que não tem nada a ver com isso, os problemas do Plano
1705 de Cargo Carreiras e Vencimentos é um problema diretamente do trabalhador com o gestor. Não vejo como o usuário possa
1706 salvo um argumento que Washington possa me fornecer e reformo a minha idéia, mas não vejo como o usuário possa
1707 enriquecer esse aspecto. O Senhor Presidente mencionou que queria agregar um comentário importante ao conselheiro Jecé
1708 que apesar da avaliação de Tereza, o Plano de Carreira Cargos e Vencimentos foi discutido com a representação do
1709 SINDIMED e do SINDSAÚDE, foi aprovado e assinado pelos dirigentes das duas entidades, o estágio agora não é
1710 rediscutir a Lei do Plano, o que está colocado é uma Comissão que o grande papel será de um lado fazer um
1711 acompanhamento da implantação, do outro lado discutir a regulamentação da próxima fase de implantação que é a
1712 implantação da avaliação de desempenho. O Plano previu que todas as unidades da SESAB devem ter a construção de um
1713 contrato de metas. Uma definição de metas e indicadores e que a gratificação de desempenho a partir de 2010 passa a ter
1714 uma dependência do alcance dessas metas de indicadores, e a definição das metas de indicadores dos serviços não é algo
1715 que é objeto restrito das discussões de gestores e trabalhadores porque os usuários são interessados finais na definição das
1716 metas do serviço. É um Plano de Carreira que foge do âmbito mais tradicional, na medida em que incorpora um elemento
1717 importante da regulamentação o processo que necessariamente está acoplado a definição de metas para cada um dos
1718 serviços de saúde, por isso esse olhar do usuário, não que seja mais ou menos objetivo, é importante que nessa Comissão
1719 tenha um olhar externo à visão do gestor e trabalhador, e que traga um pouco dessa possibilidade. O conselheiro Jecé
1720 Brandão mencionou que não estava observando esses aspectos que o Presidente esclareceu, e está convencido de que seria
1721 adequada uma representação do usuário. A conselheira Tereza Deiró colocou que tem uma proposta e queria dizer muito
1722 fraternalmente a vocês que é uma questão de momento. Estamos com um regimento para ser aprovado, onde vamos ter a
1723 ampliação do número de todos, inclusive dos trabalhadores que são seis. Neste momento, para o pontapé inicial do
1724 processo, com todo o respeito que temos a todos aqui e sei inclusive que existe uma sobrecarga para o SINDSAÚDE, mas a
1725 companheira que está chegando substituindo Izolda que poderia ser uma candidata discutimos no Fórum de Entidades que
1726 essas pessoas não teriam a condição no primeiro momento. Logo depois que o processo deslanchar podemos aprovar, dessa
1727 forma aqui no Conselho poderemos fazer um novo processo de eleição. É para este momento já que as reuniões estão
1728 acontecendo todas as segundas-feiras, com vistas ao que o secretário muito bem colocou, porque não vejo como é que
1729 alguém vai se debruçar sobre a construção de um regulamento, de uma lei que ele vai começar da estaca zero, a se debruçar
1730 sobre questões em que existe uma série de controvérsias. As tais distorções que estamos falando, e isso claro que redundo
1731 diretamente no regulamento que vai reger a carreira, a carreira está dentro do Plano, um exemplo: Estão lá seis classes que
1732 não sabemos por que para auxiliar, oito classes que não sabemos por que para técnico, dez classes que não sabemos por que
1733 para nível superior. A SAEB – Secretaria de Administração do Estado da Bahia disse que o nível está dentro da classe,
1734 quem vai compreender isso? Propôs que permanecesse a pessoa que foi indicada pelo Conselho pela consulta de Bete a

1735 mim, por entender que é um momento difícil, não tenho nada que o gestor Washington ou outro fique e que mantenha até o
 1736 regimento novo. A proposta é que me mantenha, mantenha o SINDSAÚDE. Consulte Maria do Carmo para ver se ela aceita
 1737 se aceitar como representante dos trabalhadores eu declino da minha proposta. O Senhor Presidente manteve a sua proposta
 1738 que seja um representante de usuário. O conselheiro Raul Molina mencionou que é meio difícil colocar isso, mas ficamos
 1739 preocupados enquanto conselheiros que isso não fique como uma reação corporativa. Sabemos que há conflitos inclusive de
 1740 classes às vezes internos. Entendo que o representante do SINDSAÚDE não deveria ser Sílvia nesse momento, deveria ter
 1741 sido você que vem acompanhando o processo de lá desse jeito, isso deveria ser o correto. Com aquele outro olhar que
 1742 estamos colocando até para ter o bom senso, a princípio tive uma postura, quando Jecé questionou eu também refleti, e
 1743 novamente refleti com a sua colocação, o SINDSAÚDE deveria analisar melhor a representação dele, principalmente lá,
 1744 agora do Conselho aqui concordo que deveria ser um usuário. O Senhor Presidente colocou que o SINDSAÚDE tem um
 1745 titular e um suplente, o SINDMED também, o acesso de Tereza está garantido. O conselheiro Raul Molina reiterou que o
 1746 SINDSAÚDE deveria ter colocado o atual presidente, e Tereza que estava participando de tudo isso. O Senhor Presidente
 1747 esclareceu que ela não está fora, está com o espaço assegurado. O conselheiro Raul Molina mencionou que pelo que está
 1748 sentindo dois representantes do Conselho estão perdendo uma vaga de usuário que poderia estar presente. O Senhor
 1749 Presidente propôs, se concordarem que fiquem Moysés e Lígia como representantes. O conselheiro Moysés Toniolo
 1750 mencionou que em determinado momento ou ele se suicida ou fica louco. Há poucos dias o Ministério da Saúde me
 1751 convidou para representá-lo em Genebra para uma reunião sobre definição de Políticas de AIDS no mundo do trabalho. Sei
 1752 que tem relação, era isso que ia falar antes. Vou precisar voltar ao meu estudo de inglês, não sei até que ponto vou ter vida
 1753 própria daqui a alguns dias. O Senhor Presidente agradeceu ao conselheiro Moysés por ter aceitado, concordou. Vou
 1754 submeter à apreciação. Alguém é contra? Aprovado por unanimidade. A Dra. Letícia Nobre colocou que queria fazer um
 1755 comentário antes, mas não sabia se era permitido. Mas tanto como gestora como sanitarista da Secretaria de Saúde, com 23
 1756 anos de experiência como médica do serviço de saúde, é fundamental ter representação do usuário nessa discussão. Quando
 1757 estamos no serviço de saúde com o trabalhador insatisfeito que alega que ganha mal, e que ganha mal mesmo, e precisa ter
 1758 uma valorização da carreira, o impactado em última instância é o usuário, porque quando estamos resolvendo os problemas
 1759 de gestão e de relações no trabalho, a bomba vai estourar do lado mais fraco que sempre é o do usuário, porque os
 1760 profissionais sempre vão atrás de três, quatro empregos, vão trabalhar mal em cada um deles. Esse assunto é público
 1761 mesmo, tem que ser discutido coletivamente, e há participação dos usuários nessa discussão porque afinal de contas
 1762 trabalhamos para atender as necessidades de saúde da população, é fundamental. Em relação à CIST, queria fazer uma
 1763 reunião para encaminhar isso, mas que tem uma reunião marcada pela CIST nacional para os dias 28 e 29 de maio em São
 1764 Paulo. Devemos discutir na Comissão se não der tempo para chamar a Plenária para as entidades sindicais todas terem seus
 1765 representantes, é que esses representantes escolhidos aqui participem dessa reunião da CIST nacional para não perdermos
 1766 esse momento de discussão em âmbito nacional. O Senhor Presidente solicitou a indicação de quatro representantes para
 1767 comporem a Comissão Organizadora Estadual (COE) da 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental. Pelo avanço da
 1768 hora e esvaziamento, mas pela premência, queria propor que a nossa secretária executiva fizesse a consulta aos conselheiros
 1769 e a partir daí identificasse quatro representantes, pode ser? Tem um ponto aqui, posição do Conselho sobre a emenda
 1770 Constitucional 29 exercício 2000 - 2006 é um tema que merece entrar na pauta. Concordam? O Senhor Presidente
 1771 agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão, e agendando a próxima reunião para o dia 28 de maio de
 1772 2009, quinta-feira, às 15 horas. Não havendo mais o que tratar, eu Elisabete Lima de Moraes, Coordenadora do Conselho
 1773 Estadual de Saúde, lavrei a presente ata, que será assinada pelo Senhor Presidente do CES e pelos Senhores Conselheiros,
 1774 após lida e aprovada. Salvador, 30 de abril de 2009.

1775 Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Presidente do CES _____
 1776 Elisabete Lima de Moraes – Coordenadora do CES _____
 1777 Carlos de Souza Andrade _____
 1778 Déborah Dourado Lopes _____
 1779 Eduardo Ferreira Arantes _____
 1780 Jece Freitas Brandão _____
 1781 Joilda Gomes Rua Cardoso _____
 1782 Josivaldo de Jesus Gonçalves _____
 1783 Luiz Delfino Mota Lopes _____
 1784 Maria do Carmo Brito de Moraes _____
 1785 Maria Ligia Rangel Santos _____
 1786 Maria Luiza Costa Câmara _____
 1787 Maria Rita de Souza Brito Lopes Pontes _____
 1788 Moysés Longuinho Toniolo de Souza _____
 1789 Raul Moreira Molina Barrios _____
 1790 Rita de Cássia Santos do Couto _____
 1791 Silene Ribeiro Martins _____
 1792 Tereza Cristina Bomfin de Jesus Deiró _____
 1793 Washington Luis Silva Couto _____