

1  
2  
3 Aos treze dias do mês de março do ano de dois mil e sete, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª  
4 Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças  
5 dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana  
6 Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte  
7 Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito, Mara Lúcia Conduru Loureiro e  
8 dos Suplentes Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Eduardo José Farias Borges  
9 dos Reis, Emerson Gomes Garcia e Wilson Martins Mendes. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador  
10 declarou aberta à sessão, colocando em discussão e aprovação a ata da Reunião 146ª da CIB enviada anteriormente aos  
11 membros, que foi aprovada a unanimidade. Em seguida convidou para tomar posse os novos membros do COSEMS:  
12 Coordenadora Adjunta e Presidente do COSEMS – Suzana Cristina Silva Ribeiro, Suplente: Raul Molina Moreira Barrios, Titular:  
13 Kátia Nunes Barreto de Brito, Suplente: João Alberto Viana Amaral, Titular: Denise Lima Mascarenhas, Suplente: Wilson Martins  
14 Mendes e Suplente: Emerson Gomes Garcia. Dando início à ordem do dia, efetuou a leitura dos expedientes: 1. Termos de  
15 Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento dos Municípios de Caturama, Nova Ibiá, Camamú, Mortugaba,  
16 Remanso, Botuporã, Macajuba, Banzaê, Seabra, Palmeiras e Baianópolis, com parecer favorável da área técnica – Aprovado; 2.  
17 Aprovação das solicitações dos servidores da FUNASA cedidos à SESAB, com parecer favorável da área técnica –CARLOS  
18 AUGUSTO SANTANA LIMA, da 11ª DIRES/Cícero Dantas, para a 12ª DIRES/Serrinha; LUIZ CARLOS DOS REIS NERY, da 3ª  
19 DIRES/Alagoinhas, para 12ª DIRES/Serrinha; JOÃO VIRGÍLIO DE ARAÚJO BARBOSA, da 11ª DIRES/Cícero Dantas para 3  
20 DIRES/Alagoinhas; MARIA APARECIDA BARBOSA DOS SANTOS, 15ª DIRES/Juazeiro para FUNASA/BA; MARIA SALOMÉ  
21 DOS SANTOS, Unidade Mista de Juazeiro/BA para FUNASA/BA; PEDRO SILVEIRA LIMA, 25ª DIRES/Barreiras para FUNASA.–  
22 Aprovado; 3. Mudança na forma de repasse do Incentivo do Programa de Assistência Farmacêutica Básica no município de  
23 Cansansão que passará a receber diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde - Aprovado; 4.  
24 Mudança na forma de repasse do Incentivo do Programa de Assistência Farmacêutica Básica no município de Sátiro Dias que de  
25 fundo a fundo passará a receber parcialmente centralizada no Estado – Ficou para ser discutido no COSEMS e entrará na pauta  
26 da próxima reunião; 5. Ratificação da Resolução nº 153/2006, que aprovou ad referendum os Projetos do Município de Salvador  
27 e Estado da Bahia a serem contemplados pela Portaria GM nº 2.261/2006 que instituiu pelo Programa de Qualificação e  
28 Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS – PROGESUS, tendo em vista que a ata não contempla de maneira clara esta  
29 aprovação, apesar de constar na fita, por solicitação do Ministério da Saúde – Aprovado. Dando prosseguimento, o Senhor  
30 Coordenador passou a palavra para Dra. Débora do Carmo, Diretora de Gestão do Cuidado da Superintendência de Atenção à  
31 Saúde dar um informe sobre a situação atual de implantação do Sistema de Saúde Penitenciário, que informou sobre um grupo  
32 composto pela SESAB, SMS e a Secretaria de Cidadania, Justiça e Direitos Humanos do Estado, que está discutindo a situação  
33 da população penitenciária que é muito séria. Sra. Débora informou que foi elaborado um Plano de Ação emergencial, que  
34 mesmo sendo emergencial é grande, devido à escassez de recursos de atenção de assistência à saúde, e deste plano proposto  
35 foi tirado um menor para tentar segurar uma situação de possível revolta no presídio por conta do não atendimento. Este Plano já  
36 foi encaminhado e trata da contratação de cinco médicos, sendo um para cada unidade do complexo da Mata Escura, sendo  
37 uma ginecologista para atender às mulheres, cinco auxiliares de enfermagem e um farmacêutico já que o município de Salvador  
38 se comprometeu a fazer a dispensação dos medicamentos para cobrir a necessidade do presídio. Esta contratação já está sendo  
39 encaminhada e será através de REDA, até que possam ser montadas as equipes de PSP – Postos de Saúde Penitenciária, que  
40 são nove equipes a necessidade emergencial e relatou a solicitação do Governador de que até o início de abril seja montada  
41 pelo menos uma equipe completa, o que pressupõe um repasse de recurso federal no valor de sessenta e quatro mil reais por  
42 equipe/ano, para presídios com mais de cem presos e trinta e dois mil reais para cada equipe para presídios com menos de cem  
43 presos. O Secretário Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas, Geraldo Magela, colocou que seu município tem um PSP e está  
44 precisando do apoio do Governo do Estado, pois está recebendo R\$ 3.600,00 (três mil e seiscentos reais) com um atraso de dois  
45 meses e a promessa do MS é passar para cinco mil e quatrocentos reais; informou ter um custo de mão de obra de onze mil  
46 reais fora os demais aportes e manifestou a vontade de construir uma unidade própria, pois a atual funciona dentro do presídio, e  
47 questionou que talvez a SESAB pudesse alocar recurso para viabilizar este projeto e gostaria de verificar uma parceria do  
48 Governo do Estado nesse processo de implantação. Dra. Débora do Carmo informou que grande parte da responsabilidade é da  
49 Secretaria de Justiça, principalmente no que diz respeito à construção, que ficou de agendar uma reunião com o Secretário da  
50 Saúde do Estado para discutir as necessidades, pois ainda não estão com recursos; está sendo solicitada ao Governador uma  
51 implementação orçamentária para a Secretaria da Justiça, que já tem todo o Plano Operativo montado para ampliação dos  
52 espaços em algumas unidades prisionais. Ainda não é possível afirmar que Teixeira de Freitas está no Plano porque não foi  
53 apresentado, estando ainda em discussão lá na Secretaria de Justiça, mas já existe esta demanda e é claro que ampliando o  
54 espaço físico, há necessidade da ampliação do serviço e por isso a conversa entre as duas Secretarias, para viabilizar a  
55 implantação desses serviços e auxiliar aos municípios no que é de sua competência, inclusive no que diz respeito à capacitação  
56 de recursos humanos. Dra. Lorene Pinto lembrou que um dos compromissos assumidos pela área de vigilância através do  
57 LACEN foi a questão do laboratório e informou que já estão sendo repassados equipamentos para montagem do posto de coleta,  
58 já foi feita a visita pela área técnica, e provavelmente teremos que chamar uns dois técnicos de laboratório do concurso que  
59 tivemos para alocar nessa unidade para dar conta do laboratório com o fluxo já estabelecido com o Laboratório Central, inclusive  
60 o transporte das amostras é o LACEN que está assumindo e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica envolvendo as  
61 ações básicas, incluindo imunização, já estão sendo assumidas por dois distritos no município que são os de Pau da Lima e  
62 Cabula/Beirú. Dra. Suzana Ribeiro, considerando que esse grupo inicial está fazendo a discussão com relação ao município de  
63 Salvador da atenção à saúde do sistema penitenciário, registrou a necessidade de encaminhar essas discussões ao nível de  
64 estado e lembrou que o COSEMS tem essas demandas, inclusive alguns municípios já ensaiam algum nível de assistência junto  
65 à população penitenciária, e durante esse período todo, entretanto, ainda não de conseguiu estabelecer um plano de ação para  
66 apoiar esses municípios. Dra. Débora do Carmo colocou que já existe um plano estadual voltado à atenção da população  
67 penitenciária e na verdade o debate agora precisa ser sobre como implementar algumas ações que já estão lá, algumas do nível

68 da atenção básica que pelo Plano são de responsabilidade dos municípios, a aquisição de equipamentos que é de  
69 responsabilidade da Secretaria de Justiça até por conta dessa dificuldade da Secretaria que não tem previsto o recurso  
70 necessário, equipar o máximo possível essas equipes e principalmente a central médica para que possam dar conta pelo menos  
71 das ações de atenção básicas e de média complexidade, com o laboratório também dando suporte a essas ações. O Senhor  
72 Coordenador complementou que apesar de já existir um Plano aprovado conforme colocado pela Dra. Débora, ele não foi  
73 efetivamente implantado e este é o desafio colocado agora e que este grupo está se debruçando e obviamente a SESAB tem um  
74 compartilhamento de responsabilidades com a Secretaria de Justiça e as Secretarias Municipais, mas diante das dificuldades,  
75 podemos inclusive superar os compromissos que estavam previstos no plano por parte da SESAB principalmente com relação a  
76 equipamentos e recursos humanos. Está sendo estudada a possibilidade de que no processo de seleção que será feito para  
77 contratos REDA, possam ser incorporados alguns médicos para complementar a assistência que precisa ser feita nessas  
78 penitenciárias. Dando prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador prestou alguns informes. Iniciou colocando que existem  
79 três contratos vigentes da SESAB com a COOPAMED, um que se encerra dia 03 de maio, outro dia 15 de maio e o outro em 14  
80 de outubro; o primeiro deles tem a abrangência de contratação de médicos de diversas especialidades, o segundo de médicos  
81 anestesista e o terceiro de médicos intensivistas. Informou que a COOPAMED foi alvo de dois processos em paralelo, um  
82 processo administrativo dentro do Governo Estadual que foi iniciado em 2005 e que terminou na prática se traduzindo em cinco  
83 processos administrativos que passaram por várias fases de apuração, por comissões internas da SESAB, pela Comissão de  
84 Cadastro da SAEB que fez avaliações e foram identificadas irregularidades e foram encaminhadas à Procuradoria Geral do  
85 Estado que emitiu uma posição concordando com a Comissão de Cadastro e acatando no início deste ano com a decisão de  
86 estabelecer uma penalidade para a COOPAMED de que ficasse proibida de licitar e contratar com o Estado da Bahia por dois  
87 anos. Em paralelo a esta decisão da Procuradoria Geral do Estado, que foi obviamente acatada pela SAEB e publicada através  
88 de portaria, houve o trânsito e julgamento em várias instâncias de uma ação que considerava a relação entre a COOPAMED e o  
89 Estado da Bahia uma relação contratual inidônea, com um processo aberto pelo Ministério Público Federal do Trabalho, que  
90 passou e foi definida em primeira, segunda e terceira instância, ou seja, não tem mais nenhuma chance de recurso, e a decisão  
91 do Tribunal Superior do Trabalho foi de que os contratos são irregulares, na medida que o Tribunal Superior do Trabalho reiterou  
92 as decisões de primeira e segunda instância de que a COOPAMED não é efetivamente uma cooperativa e sim uma  
93 intermediadora de mão de obra. O Tribunal determinou a suspensão imediata dos contratos e estabeleceu multa diária em  
94 função do número de profissionais que continuassem sobre contrato. Em função dessas medidas, a SESAB e o Governo  
95 tomaram algumas decisões, primeiro a substituição desses profissionais, pois não podemos prorrogar estes contratos, pela  
96 decisão da Procuradoria e da SAEB no máximo eles podem ser levados a cabo até a sua data de vencimento, então vamos  
97 substituir esses profissionais por contratos REDA, contudo, diferentemente do que historicamente vinha sendo feito pelo Governo  
98 do Estado, todas as vagas para esse grupo de profissionais vão ser repostas através de um processo de seleção pública com  
99 prova escrita, prova de títulos, e terão um contrato provisório até o período que será feito um concurso público. Todas as  
100 medidas já foram tomadas para viabilizar isso e já está em curso o processo emergencial em definição da empresa que vai fazer  
101 o processo seletivo, e se conseguirmos cumprir o cronograma previsto, na próxima semana já começam as inscrições dos  
102 candidatos e até o dia 28 de abril encerra-se todo o processo seletivo e começa a contratação dos profissionais; são dois mil  
103 novecentos e noventa e cinco postos de trabalho para substituir os da COOPAMED e mais um conjunto de contratos REDA que  
104 vão vencer nos próximos meses e que serão substituídos dentro desse mesmo processo. Concluindo esse informe, registrou a  
105 notificação do Ministério Público Federal do Trabalho e uma audiência onde foi acordado que faremos a substituição desses  
106 contratados da COOPAMED não de forma imediata, mas conforme já estávamos programando, de acordo com o encerramento  
107 dos contratos, através do processo de seleção e com as vagas de REDA, o que não impede se for o caso, de anteciparmos o  
108 encerramento do contrato que vence em outubro, mas não precisamos executar a decisão do TST da forma que foi estabelecida  
109 de rescisão imediata do contrato e informou que o Ministério Público Federal se comprometeu a publicar uma nota pública nos  
110 órgãos de comunicação reiterando as decisões do TST e concordando com o processo negociado com a SESAB de substituição  
111 dos profissionais. Em seguida, o Senhor Coordenador prestou informe acerca de dívidas da gestão passada e estimativa de  
112 relação entre despesa e receita no ano de 2007, informando que temos R\$ 75.104.164,00 (setenta e cinco milhões, cento e  
113 quatro mil, cento e sessenta e quatro reais de restos a pagar de despesas que foram empenhadas no ano passado, mas não  
114 foram liquidadas e pagas, dependem por tanto do financeiro deste ano; temos R\$ 32.622.195,00 (trinta e dois milhões,  
115 seiscentos e vinte e dois mil e cento e noventa e cinco reais) de despesas de exercício anterior que ainda não foram liquidadas,  
116 R\$ 38.960.107,00 (trinta e oito milhões, novecentos e sessenta mil, cento e sete reais) de contra-partida do Programa de  
117 Assistência Farmacêutica Básica que não foram efetivadas entre 1999 e 2006, R\$ 679.037,00 (seiscentos e setenta e nove mil e  
118 trinta e sete reais) de contra-partida do Programa de Plano de Ações e Metas em relação à AIDS que não foi efetivado entre  
119 2005 e 2006, R\$ 4.760.218,00 (quatro milhões, setecentos e sessenta mil, duzentos e dezoito reais) de contra-partida de  
120 Epidemiologia e Controle de Doenças que não foi efetivado entre 2005 e 2006, e mais R\$ 15.395.400,00 (quinze milhões,  
121 trezentos e noventa e cinco mil e quatrocentos reais) de contra-partida do SAMU no período de 2005 a 2006. Somadas estas  
122 dívidas, chegamos a R\$ 167.521.121,00 (cento e sessenta e sete milhões, quinhentos e vinte e um mil e cento e vinte e um  
123 reais) de dívidas existentes que foram deixadas pelo governo anterior, cabendo registrar que neste total não estão somadas as  
124 contra-partidas de convênios da SESAB, nem está incluído o montante de R\$ 31.485.422,00 (trinta e um milhões, quatrocentos e  
125 oitenta e cinco mil, quatrocentos e vinte e dois reais) que são despesas de exercício anterior, mas que já foram liquidadas neste  
126 atual governo. Todos os secretários Municipais de Saúde sabem que a produção da competência de dezembro só é apresentada  
127 e faturada no início do mês subsequente, como acontecem todos os meses, então as faturas dos serviços contratados pela  
128 SESAB e pelo SUS da competência de dezembro foram apresentadas no início de janeiro, os repasses da gestão plena  
129 referentes à competência de dezembro também só foram feitos na primeira quinzena de janeiro, portanto, não estamos  
130 computando como dívidas os recursos pagos referentes ao exercício de serviços prestados na competência de dezembro,  
131 apesar de que oficialmente, legalmente e contabilmente, eles entram como despesas de exercício anterior. Outro aspecto  
132 importante é que no levantamento feito pela SESAB através do FESBA e de diversos setores da Secretaria, há um déficit  
133 previsto de R\$ 163.605.987,00 (cento e sessenta e três milhões, seiscentos e cinco mil, novecentos e oitenta e sete reais) entre  
134 despesas e o orçamento de 2007; tem uma série de situações onde a previsão orçamentária não contempla efetivamente as

135 despesas que precisam ser executadas, a exemplo do pagamento das concessionárias: Coelba, Embasa, Telemar, Embratel,  
136 Correio, só neste âmbito aí temos um déficit de R\$ 8.110.650,00 (oito milhões, cento e dez mil, seiscentos e cinquenta reais)  
137 entre a previsão orçamentária e a previsão atualizada pela nossa equipe, lembrando que nessa previsão atualizada não estão  
138 ainda os ajustes que vão ocorrer durante o corrente ano. Da mesma forma os contratos de terceirização que foram firmados e  
139 tiveram reajustes durante o segundo semestre do ano passado e tenham a defasagem, da mesma forma, contratos novos que  
140 foram firmados no ano passado e também levaram ampliação, além de contra-partidas que não foram pagas no ano passado e  
141 não estavam também dimensionadas no orçamento. Estão sendo tomadas medidas pela Secretaria, no sentido de buscar reduzir  
142 despesas em várias áreas, já fizemos reuniões com todos os diretores de unidades solicitando a revisão dos contratos de cada  
143 uma das unidades, a redução de despesas em várias áreas/meio, estamos buscando solucionar uma série de contratos que têm  
144 pendências e renegociar valores de forma a tentar reduzir as despesas previstas, e estamos também tentando buscar aumentar  
145 a captação de recursos para conseguirmos efetivar um ponto de equilíbrio nessa direção. É importante que a CIB tenha o  
146 registro dessas informações que serão cruciais nos debates que teremos pela frente. Além do que foi citado, ficou pendente em  
147 restos a pagar, o pagamento do último trimestre do incentivo de Saúde da Família, para nossa surpresa, identificamos que a  
148 base legal para o repasse fundo a fundo que o Estado vinha fazendo para os municípios, esse instrumento não está mais  
149 vigente, porque era um decreto de 2001 assinado pelo governador da época, que se referia diretamente à lei orçamentária  
150 aprovada em 2000 para o exercício de 2001, então na verdade, pela interpretação que nos foi permitida, esse instrumento já  
151 caducou desde 2001, ou seja, de 2002 a 2006, todos os repasses que foram feitos fundo a fundo pelos municípios, não  
152 poderiam mais usar essa referência do decreto de 2001. Já estamos preparando uma minuta que será submetida à aprovação  
153 da Governadoria e a proposta é que seja feito um decreto que não seja fechado ao exercício deste ano e não seja unicamente  
154 para este objetivo, de forma que permita não só o repasse fundo a fundo para Saúde da Família, mas também o do SAMU e  
155 qualquer outra programação que excepcionalmente possamos vir a aprovar, que venha a utilizar o mecanismo de repasse fundo  
156 a fundo. Além das dificuldades de ordem financeira, precisamos também equacionar essa dificuldade legal e vamos precisar de  
157 um decreto do Governador para dar sustentação a qualquer repasse financeiro fundo a fundo entre a SESAB e as Secretarias  
158 Municipais. Dra. Suzana Ribeiro informou que na reunião de hoje da Diretoria Executiva do COSEMS foram levantados estes  
159 questionamentos, sobre o repasse do incentivo de Saúde da Família e a possibilidade de ver com o Estado para que ao invés de  
160 trimestral passasse a ser mensal, e também a questão do SAMU 192. Com a fala do Secretário a angústia aumenta, porque  
161 realmente a situação financeira da SESAB é bastante delicada e aí com certeza teremos por parte dos municípios uma situação  
162 muito mais delicada no sentido de garantir a viabilidade das ações, uma vez que os municípios a cada dia estão mais  
163 sobrecarregados de responsabilidade e a questão do financiamento tem sido uma discussão crescente da forma como tem sido  
164 posta, principalmente pela ausência histórica dos Estados a nível de país, e no caso da Bahia isso já vem sendo mostrado em  
165 várias reuniões anteriores, inclusive foi feita uma pactuação nesta CIB em dezembro de 2003 com uma resolução que deixava  
166 clara a contra-partida do Estado de 30%. Os municípios receberam um trimestre apenas durante todos estes anos desde 2003,  
167 quem aderiu logo em 2004 teve um prejuízo maior e principalmente relacionado a isso, o número de equipes. Hoje, para os  
168 municípios, garantir um serviço de excelência como é o SAMU 192 tem sido muito mais difícil e na verdade, ou se entra uma  
169 contra-partida maior do município ou se inviabiliza o programa, porque não podemos estar remetendo transferências de um  
170 programa para dar conta do funcionamento ao SAMU 192. Esta é uma preocupação do COSEMS e também gostaria de discutir  
171 posteriormente com a SESAB essa programação do repasse de Saúde da Família, para que seja retomada a nível mensal, já  
172 que na gestão anterior nos foi colocado que era inviável do ponto de vista orçamentário; na época não entendemos a justificativa  
173 e os municípios continuam pleiteando uma solução que realmente atenda a demanda. Dr. Emerson Garcia parabenizou a equipe  
174 pelo estudo e ao Senhor Coordenador por tornar pública essa questão, pois é muito importante deixar todos os municípios  
175 cientes da situação que a SESAB foi entregue à nova gestão e mostrar o esforço que esta equipe tem feito para modificar esse  
176 quadro deplorável. Reiterou a colocação de Dra. Suzana, lembrando que o pequeno município para manter a estrutura de Saúde  
177 da Família precisa dessa contra-partida, e gostaria de uma previsão para que possa negociar junto à prefeitura. Dr. Raul Molina  
178 enfatizou que com essa notícia de que é preciso viabilizar a medida legal para aquele primeiro trimestre, aumenta a preocupação  
179 dos municípios que entendem que a Secretaria está passando por dificuldades, mas gostaria que enquanto não se resolve essa  
180 questão legal do pagamento do primeiro trimestre, os dois meses pendentes pudessem ser viabilizados. Dr. Alfredo Boa Sorte  
181 considerou que talvez a mídia não esteja dando conta do que estamos passando realmente, pois não estamos conseguindo que  
182 o tratamento democrático da mídia para que as nossas revelações sejam tratadas da mesma forma como está se cobrando as  
183 ações da SESAB, e como não temos este tratamento na mídia, é preciso conversar com os nossos parceiros para que afinal de  
184 contas, as relações entre nós e as coisas que estejam acontecendo sejam muito clarificadas, até porque os secretários  
185 municipais não só na administração das problemáticas dos próprios municípios, mas na nossa relação com as unidades da  
186 própria SESAB e com as unidades que temos parceria para executar ações e serviços de saúde no Estado. O problema é que  
187 concretamente o SUS do Estado da Bahia que envolve a esfera municipal já vem com muitos problemas, que estão se agravado  
188 por conta do processo de  
189 mudança de governo democrático por meio eleitoral em que a população escolheu os novos governantes, e neste processo  
190 democrático de mudança, algumas coisas que foram ditas de que o Estado estava equilibrado e agora estamos tomando  
191 conhecimento real na administração do Estado, de que as coisas não estavam tão equilibradas assim. Não entende como um  
192 serviço público ou um serviço terceirizado nosso, qualquer que seja, que tem nos contratos um fundo de reserva, pode lançar  
193 mão desse fundo de reserva com até quatro meses de atraso de repasse de recurso, pois assim não há fundo de reserva que  
194 agüente. Colocou que esteve visitando o CEPRED que é um exemplo de serviço público, é uma unidade que funciona com  
195 satisfação do usuário, com uma equipe integrada e ao chegar à Secretaria os telefones não paravam com ameaças de greve. É  
196 preciso refletir porque no governo anterior não víamos tanto essas coisas, talvez porque as pessoas tinham um certo medo, e  
197 então agora porque o governo é democrático acham que se pode lançar mão de todo tipo de processo sem compreensão do que  
198 estamos passando agora; é preciso ter uma compreensão de uma relação política, aberta e transparente dos dados que estão  
199 sendo apresentados, mas também não vamos entrar numa posição agora de governo fraco que vai admitir tudo, nós queremos  
200 parceria, mas teremos que exercer o que foi mandado pelo povo que é exercer o mandato de administrar o Estado da Bahia,  
201 então não podemos tolerar também que as pessoas não tenham a compreensão das dificuldades que estamos passando, não

202 podemos simplesmente agora, a título de toda a história que temos de democracia, suportar que as pessoas não compreendam  
203 que os recursos não estão na conta porque não foram deixados na conta, ou seja, não só não pagaram quando deveriam como  
204 também não deixaram o dinheiro para pagar, embora na mídia estejam dizendo que está tudo equilibrado e tudo ótimo. Solicitou  
205 aos Secretários Municipais e todos os presentes, para desmistificarem uma coisa, a COOPAMED fez uma assembleia ontem  
206 lançando a palavra de ordem "Não ao REDA", como se fosse possível agora reverter uma decisão judicial em terceira instância.  
207 É importante esclarecer isso, porque todos os Secretários Municipais, Diretores de Unidades e Profissionais que aqui estão  
208 podem nos ajudar em relação a isto. Não adianta a COOPAMED querer se colocar porque do ponto de vista legal ela não pode  
209 mais fazer nenhum contrato com o Estado e simplesmente nem pode se chamar de Cooperativa, muito menos fazer campanha  
210 contra o REDA que é um instituto legal previsto constitucionalmente. Desculpou-se por colocar as coisas desta forma, mas é  
211 devido ao nível de pressão que estamos sofrendo e pela grande responsabilidade como gestores estaduais de dar solução para  
212 o SUS, por isso pede a compreensão e a cumplicidade dos Secretários Municipais de Saúde, para que possamos atravessar  
213 esta grande crise e conforme essas questões financeiras forem sendo danadas, iremos partir para investimentos, portanto, é  
214 preciso atacar os problemas mais emergenciais, já que no momento ainda não podemos dar vazão a uma série de investimentos  
215 inclusive necessários. Afirmou estar colocando isso porque em todas as Superintendências e na Diretoria Geral pode-se  
216 perceber que há uma ansiedade por um tipo de administração nova, que será feita sim, mas é preciso compreender o momento  
217 que estamos passando e principalmente as dificuldades financeiras; esperamos que estes problemas sejam regularizados o mais  
218 rápido possível e possamos retomar o crescimento e o fortalecimento do SUS e principalmente resolver o problema de recursos  
219 humanos que é grave e quem vem sendo empurrado ao longo dos anos sem solução e que teremos que enfrentar com base nas  
220 leis. Dr. Amauri Teixeira, com relação à questão da COOPAMED, deixou claro que o rompimento não tem nada a ver com a  
221 SESAB, esse rompimento foi determinado pela SAEB e pela Justiça e temos que cumprir da melhor maneira possível, então o  
222 REDA é algo extraordinário já que não dá para fazer um concurso daqui até maio, estamos fazendo uma seleção com o  
223 cronograma apertadíssimo, mas vamos conseguir fazer uma seleção pública com a maior lisura possível; é nestes casos que se  
224 aplica o REDA e não nos casos que a administração anterior fazia, como algo cotidiano e ordinário. Com relação aos débitos  
225 colocados pelo Senhor Secretário, colocou que ainda pode haver alguns acréscimos de atraso de notas fiscais que poderão  
226 surgir e por incrível que pareça ainda estão surgindo de 2005 e tem alguns outros débitos que não estão no aspecto financeiro,  
227 mas que irão refletir na nossa gestão. Dr. Alfredo Boa Sorte exemplificou as palavras de Dr. Amauri colocando que temos a  
228 algum tempo um contrato com a Fundação Baiana de Neurologia que nos faz uma série de aportes, não só de profissionais, mas  
229 como também de vários serviços de neurologia e neurocirurgia, no ano passado este contrato teve um atraso de pagamento de  
230 seis meses e durante este período não foi feita nenhuma ameaça de greve, entretanto, agora com três meses de atraso,  
231 recebemos uma carta extremamente dura e com o anúncio de greve imediata caso não fosse pago. Observamos aí dois  
232 tratamentos diferentes, uma impaciência muito grande, mas que vamos conviver democraticamente, argumentar esse tipo de  
233 tratamento, embora a Diretoria da Fundação Baiana de Neurologia, ao contrário do que alguns profissionais fizeram, teve um  
234 comportamento de paciência e tolerância tentando solucionar o problema para evitar a paralisação. Dr. Abelardo Meneses,  
235 complementando as informações de Dr. Alfredo, colocou que o grupo que esteve aqui, apesar da virulência do documento mal  
236 redigido, saiu daqui com uma outra visão dessa gestão, inclusive o próprio líder do grupo disse que estava surpreso com o nosso  
237 atendimento e que se soubesse que seria tratado daquela forma jamais teria feito o documento do jeito que foi feito, pois  
238 colocamos para eles que estávamos abertos para discussão já que estamos numa gestão democrática onde todos os  
239 prestadores de serviços e usuários têm aqui nesta casa um repositório de suas dificuldades. Quanto à questão da COOPAMED,  
240 informo que tem sido muito abordado pelos médicos até de uma forma muito preocupada dado à situação que eles poderão  
241 estas a partir desse momento e tem passado para eles a dificuldade que enfrentou como Diretor da Rede Própria neste período  
242 aqui na SESAB, pois como todos sabem o contrato é para prestação de serviço de médicos através de uma suposta cooperativa  
243 porque não age como uma cooperativa, não disciplina os seus cooperativados dentro do sistema cooperativista, não ensina a  
244 eles o que é uma cooperativa, levando os médicos a trabalharem para uma empresa como se esta fosse de terceiros, essa falta  
245 de compromisso dos médicos cooperativados com a empresa e, por conseguinte com o Estado e com os pacientes, levou a  
246 estas demandas aqui relatadas e resultou nesse processo todo. Acontece que quem deu o tiro no próprio pé foram os  
247 cooperativados quando deixaram de cumprir seus compromissos com os plantões, quando a Cooperativa criou um plantão extra  
248 onde remunerava melhor do que os plantões habituais e isso resultou que os médicos preferiam ficar à disposição para a  
249 qualquer momento serem chamados para um plantão e receber uma remuneração muito melhor do que adotar a prática da  
250 escala regular. Isso nos levou no primeiro sábado dessa gestão a sermos surpreendidos com um telefonema do Dr. Andrés  
251 Alonso às 20:20h informando que no HGE no sábado à noite dos seis cirurgiões só tinha um para atender os pacientes e lá se  
252 encontravam dois pacientes com abdômen agudo-hemorrágico necessitando de atendimento. Na oportunidade, incentivou os  
253 secretários municipais de saúde, que são os multiplicadores das nossas experiências, para em suas cidades, tranquilizarem os  
254 médicos de que a seleção será totalmente democrática, a situação será regularizada e eles nada terão a perder com isso, muito  
255 pelo contrário, porque essa desordem que se criou, criou também uma desassistência para a população, chegou a ponto do  
256 presidente da COOPAMED entrar em contato para comunicar que o médico não tinha ido ao plantão. Mencionou que respondeu  
257 que a responsabilidade não era da Secretaria de Saúde e sim da empresa. Informou que a falta de crédito que essa Cooperativa  
258 criou no mercado gerou uma imagem de Cooperativa ser algo ruim, quando não é verdade. O Senhor Coordenador registrou que  
259 os dados apresentados por ele, ainda poderiam ser aumentados. Lembrou que existe um conjunto de AIH que ainda não foi  
260 lançado o pagamento e que se encontra sobre avaliação da auditoria. Explicitou que existem lotes de AIH que estão sobre o  
261 domínio de Salvador, referente ao período de virada da gestão estadual para gestão municipal plena. Explanou que existem  
262 alguns conjuntos de situações que podem ser incorporadas ainda, que ainda não estão definidas enquanto dívidas. Citou que  
263 existem hospitais do interior com pendências. Pontuou que está sendo feito um processo negociado com a Secretaria da  
264 Fazenda, para pagar os débitos da gestão atual e paulatinamente ir sanando os débitos anteriores. Explicou que já está  
265 encerrando o pagamento de janeiro e que está iniciando o pagamento de fevereiro. Dra. Lorene Louise explicitou que do ponto  
266 de vista da ocorrência de doenças e agravos, o médico da DIVEP esteve visitando os municípios na região do São Francisco,  
267 comparando as notificações e ocorrências, onde não identificou nenhuma ocorrência fora da normalidade da rotina de notificação  
268 de doenças nesse município. Chamou a atenção dos gestores, para que à medida que as águas começarem a baixar o seu

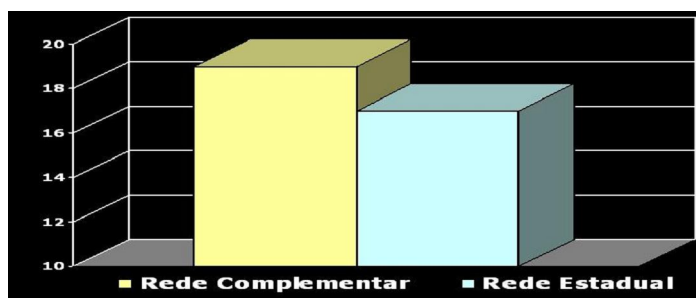
269 nível, alguns problemas podem começar a surgir, como é o caso da leptospirose que é típico do momento pós-baixa do nível de  
270 água. Dra. Mara Lúcia questionou sobre a assistência farmacêutica. Pontuou que o município de Curaçá recebeu uma ligação da  
271 farmácia, comunicando que haveria o acesso a medicamentos por conta da situação e que por esse motivo era para ser feita  
272 uma lista para ser encaminhada para SESAB. Informou que enquanto a lista era elaborada, foi recebida uma ligação  
273 comunicando que essa solicitação estaria saindo da cota do município. Indagou o porque estaria saindo da cota do município, já  
274 que era uma situação emergencial O Senhor Coordenador esclareceu que foi montado um kit com a padronização de  
275 medicamentos e insumos a partir do quite que o Ministério da Saúde já tem estabelecido. Arrazou que não basta o município  
276 solicitar, tem que ser cumprida formalidade legal de definição de situação de emergência, que irão receber o quite, mas que não  
277 é a cota normal. Dra. Mara Lúcia salientou que não fez a solicitação, não oficializou por conta disso. Elucidou que estava  
278 agendado para o dia dezesseis e que a informação era essa que foi dita antes. O Senhor Coordenador pontuou que houve  
279 algum mal entendido. Dr. Amauri Santos mencionou que a orientação era de atender em caráter emergencial, mandar o quite,  
280 que foi feito articulado com a SUPLAN, com a assistência farmacêutica, a Casa Militar. Salientou que esse quite foi enviado  
281 como algo extraordinário, como algo de atendimento de emergência. Falou que o município tem que demandar, já que ficou  
282 verificado que alguns municípios ainda não havia abaixado o seu estoque normal e o quite estaria sendo mandado sem  
283 necessidade. Convidou o Dr. José Abelardo para fazer a apresentação sobre oxigenoterapia. Dr. José Abelardo mencionou que  
284 o contrato foi assinado em dois mil e quatro por licitação, dada a necessidade de alguns pacientes que necessitam de suporte  
285 ventilatório, seja de oxigenoterapia ou em alguns casos de suporte com prótese respiratória, uma vez que não há recurso de  
286 Ministério da Saúde para este tipo de atendimento. Explanou que o contrato foi feito com a empresa White Martins Gases  
287 Industriais do Nordeste S/A . Pontuou que esse contrato está em andamento, onde está previsto fornecimento de oxigênio  
288 medicinal domiciliar, lotação e manutenção de equipamentos, no máximo de trinta concentradores de oxigênio. Mencionou que  
289 esses concentradores não tem sido disponibilizados, uma vez que aumentaria muito o custo para o usuário do consumo de  
290 energia elétrica. Citou que alternativamente eles forneceriam cilindros de dez metros cúbicos de oxigênio, mais o cilindro suporte  
291 emergencial. Apresentou que seria no máximo quinze respiradores com acessórios e outros respiradores especiais no máximo  
292 de dez. com seus respectivos acessórios. Pontuou que o valor do contrato atual com o aditivo celebrado em dois mil e cinco, é  
293 de trinta e oito mil setecentos e dezoito e oitenta e nove centavos mensalmente e o seu prazo de vigência é seis de outubro de  
294 dois mil e sete. Citou que a situação atual é de: existem quarenta pacientes distribuídos em Salvador e dezesseis distribuídos  
295 nos municípios da Bahia – Alagoinhas, Amargosa, Camaçari, Feira de Santana, Guanambi, Ibipitanga, Itabuna, Juazeiro, Lauro  
296 de Freitas e Vitória da Conquista. Elucidou que os problemas enfrentados na execução desse contrato é que não há controle  
297 desse consumo. Disse que em Salvador existe uma enfermeira do Hospital Otávio Mangabeira encarregada de fazer a visita  
298 domiciliar desses pacientes apenas para verificar se está havendo o consumo. Pontuou que existe uma série de irregularidades.  
299 Deu um exemplo citando que o médico pré-escreve esse consumo para a noite, mas que ninguém sabe se durante o dia o  
300 oxigênio fica ligado ou não. Explicitou que de fato, mensalmente o consumo é cobrado da Secretaria de Saúde. Arrazou que  
301 existem ainda casos inusitados, como o caso do paciente que veio a óbito e só foi comunicado dois meses depois e a SESAB  
302 arcou com as despesas desses dois meses de não utilização desse equipamento. Salientou que posteriormente foi feita uma  
303 redução, uma negociação, mas que de fato a empresa não se encarregou de comunicar o acontecido e os familiares também  
304 não. Mencionou que também não há um controle pelos profissionais de saúde sobre as condições clínicas desses pacientes.  
305 Mencionou que de outubro até fevereiro já foi consumido cinquenta e sete por cento do valor do contrato, com isso, a empresa já  
306 informou que não há possibilidade de inclusão de novos pacientes, sendo que, existe uma lista de inclusão de nove pacientes  
307 novos. Elucidou que existem algumas propostas que são; controle do contrato pela SESAB, ou nos casos de gestão plena  
308 municipal, que seja feito pela secretaria municipal de saúde e nos casos de não haver gestão plena, que seja feito pelas DRES;  
309 com avaliação por médico auditor. Salientou que também é proposta a assistência multiprofissional, inclusão dos domicílios no  
310 programa de tarifa elétrica diferenciada. Mencionou que as propostas em médio prazo são; aquisição de equipamentos por  
311 licitação ou viabilizar financiamento do MS para ventiladores ou aquisição pelos municípios. O Senhor Coordenador pontuou que  
312 precisaria ficar definido nesta reunião. Um acordo para que os pacientes que estão sendo acompanhados pelo programa nos  
313 municípios de gestão plena passem por uma avaliação prévia dos auditores municipais e por um acompanhamento de equipes  
314 designadas pelas gestões municipais, além da secretaria municipal em gestão plena atestar mensalmente o fornecimento desse  
315 procedimento para os pacientes, e com a substituição do fornecimento do oxigênio pelo fornecimento do equipamento para  
316 concentrador de O2. Citou que nos municípios que não estão em gestão plena, a SESAB através das DRES irá se encarregar  
317 de fazer o acompanhamento e o atesto. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que em relação ao caso que Dr. José Abelardo citou, já  
318 houve o encaminhamento, até porque era um paciente que estava inscrito no programa. Informou que acha importante a  
319 interlocução com o município, já que muita das vezes o município não tem a informação. Propôs que pudessem ser  
320 encaminhadas algumas discussões, a partir de então, COSEMS – SESAB, para que pudesse ser discutido um planejamento  
321 para internação domiciliar. Elucidou que no primeiro momento, dá para os municípios plenos ou não plenos fazerem o  
322 acompanhamento e monitorar mais de perto, já que a visita domiciliar faz parte do trabalho do processo de trabalho da saúde da  
323 família. Pontuou que isso irá gerar uma demanda muito maior para o município, porque é quem está diretamente ligada ao  
324 usuário, que então a proposta é que seja possível em breve ter discussões para um programa que contente todo o estado na  
325 área da internação domiciliar, ao invés apenas da assistência domiciliar. Dr. Alfredo Boa Sorte explicitou que dentro da sua  
326 superintendência, já existe um grupo de trabalho que está trabalhando a proposta de internamento domiciliar e está sendo  
327 elaborada a proposta, a qual, provavelmente, numa outra reunião da CIB será apresentada, e naturalmente terá que ser  
328 discutido com os secretários municipais de saúde, já que é um projeto estadual com financiamento do Ministério da Saúde.  
329 Informou que isso será trabalhado conjuntamente, a superintendência de atenção integral à saúde, a de regulação e gestão do  
330 sistema de saúde. Pontuou que assim que a proposta estiver pronta, será apresentada na CIB. Ao final da discussão, ficou  
331 estabelecido que os municípios em Gestão plena do Estado da Bahia em cooperação com a Secretaria Estadual de Saúde,  
332 realizarão a fiscalização do contrato de fornecimento de Oxigenoterapia Domiciliar aos pacientes atendidos em seu território,  
333 conforme orientações a serem estabelecidas pela Diretoria de Acompanhamento da Rede Própria. O Senhor Coordenador  
334 convidou Dr. Andrés Alonso para fazer a apresentação sobre a alteração do teto financeiro no município de Irecê frente à  
335 municipalização do Hospital Mario Leal Sobrinho. . Dr. Andrés iniciou salientando que o cenário atual é que existem serviços

336 terceirizados com a empresa PROMIR, no valor mensal contrato de quatrocentos e noventa e um mil duzentos e quarenta e sete  
337 reais e cinqüenta e um centavos, num valor anual de cinco milhões oitocentos e noventa e quatro mil novecentos e setenta reais  
338 e doze centavos. Elucidou que o contrato emergencial foi feito no dia vinte e oito de dezembro de dois mil e seis, com uma  
339 validade do contrato de seis meses. Pontuou que os serviços oferecidos são: urgência e emergência. Esta Unidade deverá  
340 manter em funcionamento nas vinte quatro horas do dia durante sete dias da semana, a emergência com médicos plantonistas  
341 nas especialidades de Pediatria, Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Ortopedia, anesthesiologia e clínica geral; ambulatório;  
342 hemocentro (Unidade de Coleta e Transfusão); internações em: clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia; laboratório de  
343 análises clínicas, exame de imagem, eletrocardiograma. Explanou que a situação atual do teto financeiro do município de Irecê é  
344 de quatrocentos e cinqüenta e nove mil seiscientos e cinco reais e oitenta e cinco centavos, onde descontado o TCEP, esse teto  
345 vai para quatrocentos e trinta e oito mil novecentos e quarenta e três reais e oito centavos. Salientou que a retomada de gestão  
346 estará sendo no dia vinte e três de março de dois mil sete. Explicitou que os critérios usados para poder reincidir esse contrato  
347 foram: descumprimento das metas, ausência de transparência nos critérios para os valores contratados, falta de garantia da  
348 assistência e o fortalecimento da Gestão Municipal. Mencionou que tem como proposta transferir o valor do contrato atual do  
349 Estado com a PROMIR, para o teto financeiro de gestão plena do município de Irecê, onde dentro desse valor, teria a  
350 manutenção do desconto, o que desaparecia com a municipalização. Pontuou que a proposta também é que, a partir do que foi  
351 citado, o município de Irecê assumirá a assistência que vinha sendo prestada pela PROMIR. Elucidou ainda que caberá a  
352 SESAB a garantia dos recursos para conclusão das obras e ao município assumir a gestão plena e o financiamento das  
353 atividades pertinentes ao Hospital Mário Dourado Sobrinho. Colocou que o teto financeiro para aprovação a ampliação no teto de  
354 Irecê no valor de quatrocentos e setenta mil reais quinhentos e oitenta e quatro reais e setenta e quatro centavos, totalizando um  
355 valor de novecentos e trinta mil cento e noventa reais e cinqüenta e nove centavos. Ficou aprovado que considerando o término  
356 do Termo de Ente público firmado entre Estado e Município devido a municipalização do Hospital Mario Dourado Sobrinho, a  
357 partir da competência abril de 2007, fica aprovado a alteração no teto financeiro de Média e Alta Complexidade do município de  
358 Irecê, que passará a ser de R\$ 930.190,59/mês. Dr. Washington Couto pontuou que esse processo vem sendo feito de maneira,  
359 que ocorrem reuniões, com dez pessoas que fazem parte de um grupo técnico e que foram mencionadas numa portaria, as quais  
360 estão trabalhando em várias frentes; na frente da questão do financiamento, que é necessário saber onde o município pode  
361 contar para administrar o hospital; na questão de arquitetura e engenharia para conclusão das obras do hospital; nos recursos  
362 humanos que é uma grande dificuldade que será encontrada pelo município e SESAB; na adequação do perfil, que é importante  
363 para saber quais são as pessoas, os profissionais que o hospital precisa; uma para patrimônio, já que é necessário fazer todo um  
364 resgate do patrimônio. Explanou que o hospital com este processo e pela cidade não ter toda estrutura necessária para  
365 acomodar, foi feita uma divisão entre a cidade de Lapão e Irecê, o que no início existe uma dificuldade para fazer essa junção.  
366 Mencionou que a PROMIR ficou todo esse tempo recebendo o valor integral do contrato, mas que devido às obras do hospital,  
367 ficou claro que não havia todo o gasto revestido para a assistência. Dra. Suzana Ribeiro evidenciou que o COSEMS é contrário  
368 ao processo de terceirização, principalmente porque vivencia em vários municípios do estado os problemas causados por esta  
369 estratégia. Explicou que entende que a forma que isso foi encaminhado compromete cada vez mais a questão do comando da  
370 assistência à saúde pelo município que é no caso gestão plena. Informou que considera a proposta justa a proposta e que o  
371 COSEMS adere à proposta. Dr. José Raimundo citou que de AIH, na auditoria, existem duzentos e dezenove mil e de  
372 pagamento administrativo tem um milhão setecentos e trinta e três que não foram pagos. Disse que são quase dois milhões de  
373 procedimentos que foram realizados e não foram pagos. Pontuou que com relação à PROMIR, algumas coisas ficaram claras.  
374 Elucidou que nesse contrato se caracteriza essa falta de controle. Arrazoou que isso é um dinheiro que fica sendo jogado pelo  
375 ralo, que este recurso é caro, já que é aplicado e não vê o resultado. Comentou que a municipalização do hospital é uma coisa  
376 importante. Salientou que acha importante cada gestor ter um controle do seu recurso. Dr. Raul Molina solicitou que houvesse  
377 dos técnicos um avanço nesses contratos para que o problema fosse resolvido. O Senhor Coordenador registrou que as obras  
378 foram paralisadas desde outubro, mas que o Dr. Amauri Santos já está encaminhando a negociação com a construtora para  
379 retomar as obras, que existe um cronograma para conclusão. Esclareceu que o prazo para devolução é no dia vinte e três deste  
380 mês, que estará acompanhando isso. Agradeceu o apoio da secretaria municipal de saúde, do prefeito e toda a sua equipe, para  
381 encaminhar os procedimentos necessários ao rompimento do contrato com a PROMIR e à municipalização do Hospital. O  
382 Senhor Coordenador sugeriu que se possível, force feito um esforço de acompanhamento, apoio político quanto ao processo de  
383 municipalização em Irecê. Sugeriu a presença de representações da diretoria do COSEMS junto à Secretaria Municipal e a  
384 Estadual nesse processo em Irecê. Disse que recebeu cobranças de municípios, dizendo que teriam médicos contratados pela  
385 PROMIR, atuando em outros municípios por conta desse contrato. Fez questão de deixar claro que isso não faz parte do objeto  
386 do contrato, que, portanto, não existe nenhum compromisso com nenhum profissional que tenha sido contratado por dentro do  
387 contrato da PROMIR de forma não transparente. Comunicou ao COSEMS que qualquer queixa que chegasse de alguma  
388 secretaria municipal, de algum profissional que tenha sido contratado e pago pela Secretaria Estadual por dentro do contrato da  
389 PROMIR, não existe nenhuma responsabilidade da SESAB quanto a isso. Arrazoou que a responsabilidade da SESAB é para o  
390 contrato para prestação de serviços no Hospital Mário Dourado Sobrinho. Informou que no caso do Hospital de Ribeira do  
391 Pombal, que houve uma avaliação onde foi optado pela renovação do contrato, foi feita uma reunião em Salvador com o prefeito  
392 e com o Secretário Municipal de Saúde, onde foi apresentada a proposta de prorrogação do contrato, onde ambos aceitaram.  
393 Dra. Kátia Nunes agradeceu a confiança da SESAB pela decisão e que a equipe de saúde do seu município tem trabalhado para  
394 dar conta do dia vinte três assumir a unidade. O Senhor Coordenador convidou Dra. Conceição Benigno para fazer a  
395 apresentação da situação diagnóstica regulação da assistência no Estado. Dra. Conceição Benigno sugeriu que na próxima  
396 reunião da CIB, fosse feita uma apresentação da questão do diagnóstico em relação aos contratos. Iniciou sua apresentação,  
397 apontando os objetivos que são: apresentar o diagnóstico de implantação de centrais no estado; apresentar a análise da  
398 situação diagnóstica da CER; promover a articulação entre a Superintendência de Regulação e a CIB. Esclareceu os conceitos  
399 de regulação: Regulação Sobre Sistemas De Saúde – “ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que  
400 toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde.” ; Regulação Da  
401 Atenção À Saúde – “tem como objeto a produção das ações diretas e finais da atenção à saúde, portanto está dirigida aos  
402 prestadores de serviços de saúde públicos e privados.” ; Regulação Do Acesso À Assistência - “conjunto de relações,

403 tecnologias e ações que, se inscritos nas diretrizes do SUS, devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de  
404 forma a adequar, à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humanizada, oportuna,  
405 ordenada, eficiente e eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.". Mencionou que  
406 a regulação da assistência está inserida dentro do processo de normatização, do entre federado para os estados, do estado para  
407 com os municípios, dos municípios com os prestadores, ou diretamente do estado para com os prestadores quando houver essa  
408 necessidade. Explicitou que como a situação do estado atualmente é de trezentos e oitenta e dois municípios não plenos, existe  
409 uma grande necessidade de organização de processo de regulação, controle e avaliação dos prestadores de serviços  
410 diretamente pelo estado. Mencionou que espera reverter esse quadro neste ano, atendendo as normas e diretrizes do Ministério  
411 da Saúde na assinatura do pacto de gestão, onde dentro deste vem as normas e responsabilizações em relação ao papel dos  
412 entes federados nessa questão. Salientou que o papel dos municípios é: garantir o acesso dos seus municípios e da população  
413 referenciada aos serviços de saúde da rede própria e credenciada existentes no município; articular com outros municípios, com  
414 os quais pactuou, para as referências e contra referências; articular com a SESAB programações não pactuadas. Explanou que  
415 o papel do Estado é: coordenar a implantação da política de Regulação da Assistência no Estado; monitorar a operacionalização  
416 das referências intermunicipais; identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos  
417 usuários e intervir, caso necessário; prestar apoio técnico aos municípios na implantação da Regulação da Assistência.  
418 Mencionou que foi feita uma pesquisa ampla sobre o assunto, mas que em outra oportunidade será apresentada de forma  
419 completa, já que ainda encontra-se em fase de conclusão. Falou que essa pesquisa traz a análise de todo o processo de  
420 implantação de centrais em todo o estado. Esclareceu que essa pesquisa demandou o questionário de regulação, visitas  
421 técnicas presenciais e o acompanhamento. Regulação do Acesso à Assistência Conjunto de relações, tecnologias e ações que,  
422 se inscritos nas diretrizes do SUS, devem viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar, à  
423 complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humanizada, oportuna, ordenada, eficiente e  
424 eficaz, intermediando a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Lembrou que a assinatura do Pacto  
425 dispensa outras normas cartoriais rígidas, mas não dispensa a organização dos processos de trabalho que garanta uma  
426 assistência organizada e mais qualificada. Regulação sobre Sistemas de Saúde; esta não tem o objetivo de regular sistemas, e  
427 sim uma ferramenta da gestão que auxilia na regulação do sistema e está dentro do contexto da regulação da atenção; assim  
428 não cobramos pertinências que não são do setor. Instrumentos importantes para regulação, o controle e avaliação: Bases  
429 Legais – Se vocês quiserem a apresentação podemos disponibilizar; Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)  
430 – não pode inserir para qualquer processo de regulação de oferta de serviço nenhum. Regulação do Acesso – Papel dos  
431 Municípios: Garantir o acesso dos seus municípios e da população referenciada aos serviços de saúde da rede própria e  
432 credenciada existentes no município; Articular com outros municípios, com os quais pactuou, para as referências e contra  
433 referências; Articular com a SESAB programações não pactuadas, serviços que ele não fez pactuação com nenhum lugar ele  
434 deverá acessar a Secretaria Estadual para estar ajudando a garantir o acesso daquele serviço, principalmente o exemplo do que  
435 acontece com muita frequência da alta complexidade. Regulação do Acesso - Papel do Estado Coordenar a implantação da  
436 política de Regulação da Assistência no Estado; Monitorar a operacionalização das referências intermunicipais; Identificar pontos  
437 de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários e intervir, caso necessário; Prestar apoio  
438 técnico aos municípios na implantação da Regulação da Assistência. Apresentou Diagnóstico de Implantação de Centrais  
439 Municipais no Estado da Bahia com Municípios em Gestão Plena e Pólo de Micro com total de 46(quarenta e seis) centrais  
440 implantadas sendo divididas: Sem Central de Regulação são 16(dezesseis) centrais sendo seis em implantação com apenas  
441 cinco informatizadas e dez centrais não tem previsão; trinta com central de Regulação divididas em doze leitos com  
442 agendamento e com apenas onze informatizados; com dezesseis agendamento e apenas doze informatizados. A Central  
443 Estadual de Regulação é localizada no Pau Miúdo, no Complexo César Araújo - Recursos Humanos – CER - Categoria/  
444 Quantidade/ Vinculo: Coordenador Geral: 01- SESAB; Médicos Reguladores: 63 – REDA, COOPAMED e SESAB; Médicos  
445 Intensivistas: 21– COOPAMED porque o processo mais utilizado desta Central é o transporte intramunicipal de Salvador.  
446 Atendemos a outros municípios, mas ele está muito voltado para atender ao município de Salvador e urgência de Salvador;  
447 Enfermeiros: 19- SESAB; Auxiliar de Enfermagem: 53 – REDA e SESAB; TARM e Monitores: 82 - POSTDATA; Aux. de  
448 Regulação – Unidades: 135- POSTDATA; Apoio Administrativo: 07-REDA,POSTDATA e SESAB; Outros: 42- REDA, SESAB  
449 Ministério da Saúde, MACROSEI, ASCOP e Polícia Militar; Total: 423 Unidades de Saúde com Sistema de Regulação - SISREG  
450 Implantado no Estado com Solicitantes ou Executantes. Colocou que é um sistema utilizado para o princípio da regulação.  
451 Informou que implantou em todo Estado; citou sabendo que esta praticamente no município de Salvador. Salientou que existe  
452 uma precariedade e uma dificuldade na questão do vínculo empregatício. Chamou atenção que na Central se chegou até ter sete  
453 vínculo, inviabilizando completamente qualquer tipo Gestão de pessoas. Deu como exemplo o Coordenador era da REDA e  
454 COOPAMED e foi substituído por um Servidor do Estado que é Dr. Ricardo, e que hoje tem 63 (sessenta e três) Médicos  
455 Reguladores – REDA, COOPAMED e SESAB. Colocou que apesar do último concurso ter tipo vagas para Médicos Reguladores;  
456 Mencionou que o Depoimento do Secretário da Saúde do Estado "falou na imprensa em reportagem que quem disse que nos  
457 últimos dezesseis anos não houve Concurso para Medico Reguladores e Auditor". Dra Conceição Benigno pontuou que o  
458 Concurso com um edital complexo com vagas para os Municípios, mas não foi regionalizado com um salário compatível do que  
459 era ofertado pela COOPAMED; citou que no mínimo deveria ser similar ao que a COOPAMED estava pagando no Estado, de  
460 forma que 100 (cem) as vagas apenas 59(cinquenta e nove) médicos foram aprovados e destes 42(quarenta e dois) tomarão  
461 posse e 32(trinta e dois) já desistiu. Informou que na primeira com os Médicos pediram que houvesse flexibilização de carga  
462 horária devido ao baixo salário e que assinarão um contrato de carga horária de trinta horas semanal. Colocou que a Gestão  
463 assumiu que não faria flexibilização de carga horária, e sim revisão, plano de cargo, forma de viabilizar melhoria no salário. Citou  
464 que diante os profissionais Médicos que não puderam assumir a carga horária, pedirão desistência. Pontuou que preciso  
465 permaneça os contratos dos REDAS para podermos atender hoje as necessidades os processos de trabalho da regulação de  
466 Salvador. Informou que a Central faz o atendimento intra-hospitalar que é a solicitação de avaliação de um hospital para outro e  
467 o transporte secundário do paciente entre os hospitais porque o primeiro é realizado pelo SAMU no município. Colocou que  
468 todos os vinte Médicos intervencionista que atendem nas unidades avançadas são COOPAMED que apresenta os mesmos  
469 problemas com os Médicos. Informou que os Enfermeiros já foram todos substituídos pelos profissionais aprovado no Concurso,

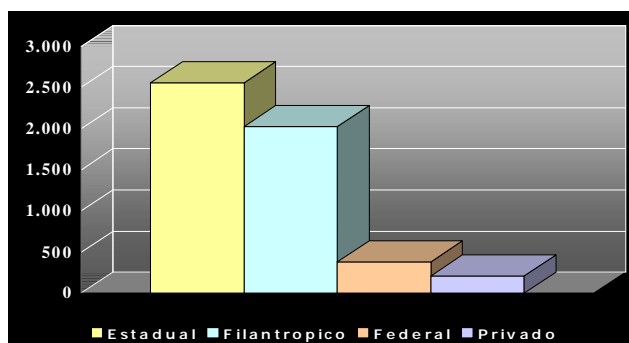


470 porem os 53 (cinquenta e três) Auxiliar de Enfermagem 10(dez) tem vinculo com REDA porque no concurso das vagas  
 471 solicitadas houve uma falha nesta oferta; citou que diante do ocorrido, esta aguardando as substituições. Salientou que os 82  
 472 (oitenta e dois) profissionais tele-atendente de regulação todos da POSTDATA. Salientou que não houve disponibilizarão no  
 473 concurso para estes profissionais alegando que não havia este tipo de função regimental. Pontuou que o Diagnostico de  
 474 Recursos Humano no que diz respeito a Central Estadual de Regulação não é diferente as unidades. Deu continuidade a  
 475 apresentação com Unidades de Saúde com Sistema de Regulação - SISREG Implantado em Salvador com solicitantes ou  
 476 executantes sendo um sistema utilizado para o princípio da regulação. Colocamos no Estado todo, sabendo que é praticamente  
 477 no município de Salvador. O Estado ainda não avançou na implantação e outros município, exceto a unidade de Itaparica,  
 478 praticamente não temos SISREG que é o sistema de informática utilizado para regulação das internações que não são urgentes,  
 479 vamos dizer assim. Praticamente a central estadual está respondendo pelo município de Salvador. São 53% com a rede  
 480 complementar e 47% das unidades da rede Estadual ligado no sistema e o total de unidades regulado com o sistema, porém o  
 481 seu entendimento de reguladas é garantir o acesso. O processo utilizado ainda hoje é um processo autorizativo pós-fato. Na  
 482 grande maioria das vezes o usuário chega pela porta de entrada das grandes urgências e entra no leito pelo sistema das  
 483 unidades ou dos grandes ambulatórios, deita-se no leito, registra no sistema e a central autoriza, o que é regulado hoje na  
 484 medida do possível são as portas de urgências. As portas de urgências dos PAS, ainda na gestão do Estado, cinco pás  
 485 Estaduais, pronto atendimento, porque o paciente não deveria permanecer mais de 24 horas, são quinze prontos atendimentos  
 486 no município de Salvador, com porta de entrada aberta 24 horas, onde paciente entra e precisa ser retirado para outra unidade  
 487 quando necessita de internamento. A grande urgência é do HGE, Roberto Santos e Ernesto Simões, onde o paciente entra e  
 488 necessita de outro serviço. Portanto a Central hoje se preocupa basicamente da regulação anterfat, é retirar este paciente e  
 489 conseguir na medida do possível um leito adequado para deitar este paciente. Solicitações demandadas de outro município na  
 490 alta complexidade nas referências da tecnologia que fica na Capital na grande maioria das vezes. Este é o processo implantado  
 491 hoje.  
 492



493 Informou que o sistema utilizado pela Central de Regulação é SISREG o mesmo usado pelo Ministério da Saúde que foi  
 494 inicialmente implantado o sistema próprio o SUREM no ano de dois mil e três, que é um sistema que regula as urgências sendo  
 495 utilizado até hoje. Salientou que quando foi implantado este sistema não atendeu as necessidades da regulação das urgências.  
 496 Enfatizou as dificuldades nos processos de informática não atendendo as necessidades. Colocou que o sistema SUSREG II que  
 497 foi implantado pelo Ministério com base de dados própria com falta nas correções sendo muito lentas, de forma que a central  
 498 acaba mais utilizando o SUREM é um sistema que foi feito na SESAB dando mais facilidade de fazer adaptações e adequações  
 499 para relatório do que o próprio SISREG. Apresentou a Evolução do Quantitativo de Leitos Inserido no SISREG no Estado apesar  
 500 de Salvador estar dentro do Estado, para podermos trazer a política de relação mais para a lógica estadual e a central fazer o  
 501 papel estadual e o município de Salvador assumir a responsabilidade de regulação dos seus leitos, como Salvador só entrou em  
 502 plena em março do ano passado, ela ainda está em processo de capacitação de recursos humanos para transferência desta  
 503 central para Salvador:  
 504

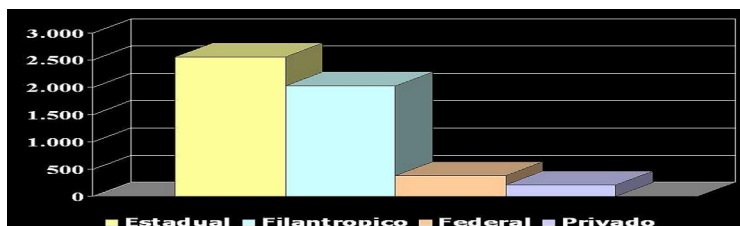
505 FIGURA 11



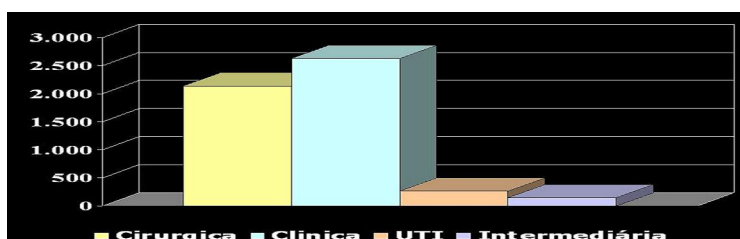
506 Leitos Inseridos no SISREG, por Tipo de Prestador, no Estado: temos 2.563, um volume muito grande de leito filantrópico; t381  
 507 leitos federais, que dizem respeito ao hospital das clínicas e 212 privados que são credenciados ao SUS. A maioria ainda é do  
 508 Estado; a contratualização é feita pelo município de Salvador. Os 2.563, a contratualização temos um termo entre entes públicos  
 509 com Salvador, onde trinta e duas unidades hospitalares são gerenciadas pelo Estado e não pelo município de Salvador, de forma  
 510



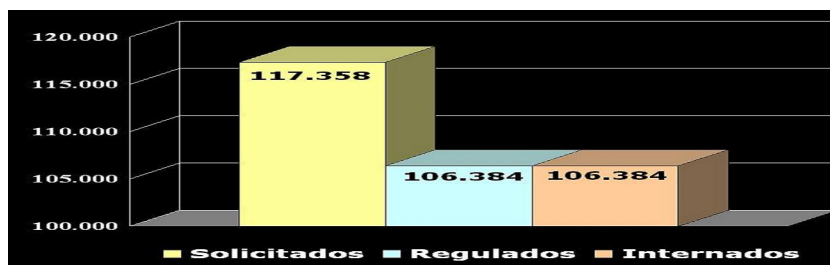
511 que ainda tem gerência e gestão pelo Estado, mas a Central de Regulação Estadual hoje que regula estes leitos, ou tenta  
 512 regular, tem uma grande dificuldade que é chamada duplo comando de gestão, pois quem deve regular o leito é quem paga o  
 513 seu credenciamento, e isso deveria ser o município de Salvador. – a maioria dos leitos é autorizado pós-fatos. Não são  
 514 antecipados para a central para que ela enxergue o sistema com um todo como ela deveria e cada usuário só entraria mediante  
 515 a um número da central. A central hoje ela é utilizada mais para fazer o transporte da urgência quando a unidade quer tirar o  
 516 paciente, porém a disponibilização dos leitos, tanto da rede própria quanto da rede credenciada, não conseguimos ainda, é um  
 517 desafio imenso. Pontuou que o município de Salvador entrou em Gestão Plena no dia seis do mês de março do ano dois mil e  
 518 seis, e não teve condições de assumir porque não houve um apoio da Gestão passada no que diz respeito a questão de  
 519 transferência de recurso humanos e estrutura física e equipamentos. Informou que atual Gestão já solicitou de transferência do  
 520 processo de trabalho da central para Salvador. Salientou que Salvador assumindo a Central de Regulação e que o Estado tem o  
 521 Termo entre Ente Público que contempla 32 (trinta e duas) unidades que que dizer 2563 leitos que não estão sobre a Gestão do  
 522 município. E que é muito mais fácil o Estado dar o apoio técnico necessário de conhecimento, acompanhamento, estrutura para  
 523 que o município assumira a regulação que está sobre gestão do Estado; salientou que deveria esta sobre Gerencia do Estado.  
 524



525 Leitos Inseridos no SISREG, por Especialidade, no Estado. São cirurgias, clínicas, UTIs. Há uma defasagem enorme de leitos de  
 526 UTI e unidades intermediárias há um déficit, pelo calculado do número de leitos, teríamos que ter mais uns 40% de leitos de UTI  
 527 adulto, pediátrico e neonatal. Há um caos instalado nesta área e o existente não disponibilizado para a central torna ainda mais  
 528 difícil a possibilidade da regulação da assistência.  
 529  
 530



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



534 Resolutividade da CER por tipo de solicitação no SUREM – 2006 – este é o sistema da regulação da urgência no município e  
 535 Salvador, já que os outros municípios não dispõem do sistema, pois eles regulam por fax de urgência e emergência. Em 2006  
 536 foram feitas trezentos e oitenta e nove solicitações de ambulâncias UTI da central. Temos cinco ambulâncias de UTI da central e  
 537 só três estão completas com recursos humanos e equipamentos. Trezentos e oito foram atendidas, isso é uma boa  
 538 resolutividade no sentido dos transportes solicitados. As unidades básicas têm 97% e 79,18% do atendimento porque houve um  
 539 avanço importante aqui na regulação que a central de regulação assumiu a regulação de todas as ambulâncias da rede própria.  
 540 Dezesete unidades básicas e cinco avançadas. Antigamente esses transportes eram feitos aleatoriamente. Cada hospital tinha  
 541 a sua ambulância. O usuário precisa de um serviço de avaliação, ou de uma transferência, ele entrava no carro e ia pro curar um  
 542 outro serviço sem nenhum processo de regulação. Reconhecemos que houve um avanço importante. Há uma boa  
 543 resolutividade. O paciente é internado. Este Intra-hospital e intramunicipal tem-se aumentado; é o que demanda hoje da central.

544 Esta logística no que diz respeito a avaliações, procedimentos diagnose que não são gargalos têm funcionado dentro da  
 545 disponibilidade do sistema. Informou que atendemos 80,7% e outros 72,88% das avaliações. Avaliações são pacientes  
 546 internados em um lugar que não têm um especialista e ele precisa ser avaliado para se fechar o diagnostico. A UTI neonatal só  
 547 tem 21,15% de resolatividade, praticamente não respondemos a 78,85%. De cada cem pedidos feitos para a central não  
 548 respondemos 79, por falta do leito do sistema, por falta da disponibilização dos existentes na regulação como um todo de forma  
 549 sistêmica porque se a regulação ainda tivesse este controle ela teria um olhar melhor. Cada um regula o seu leito de UTI quando  
 550 tem a sua porta aberta de urgência; quando não é o credenciado que opera.  
 551

Tipo de Solicitação	Motivos	Solicitados	Atendidos	% Atendidos	% Não Atendidos
<b>Inter-Hospitalar</b>					
<b>Sub-total</b>		<b>3.154</b>	<b>3.001</b>	<b>95,15</b>	<b>4,85</b>
<b>Procedimentos</b>					
<b>Sub-total</b>		<b>15.917</b>	<b>12.940</b>	<b>81,30</b>	<b>18,70</b>
<b>Internamento UTI</b>					
<b>Sub-total</b>		<b>3.909</b>	<b>940</b>	<b>24,05</b>	<b>75,95</b>
<b>Total</b>		<b>22.980</b>	<b>16.881</b>	<b>73,46</b>	<b>26,54</b>

552  
 553  
 554 Mencionou as dificuldades encontradas Modelo Implantado de Regulação; Concentração de Serviços em Salvador e Serviços  
 555 insuficientes para a demanda. Deu como exemplos; Neurocirurgia Adulto e Pediátrica; Cirurgia Cardíaca Adulto e Pediátrica;  
 556 informou que com relação Cirurgia Cardíaca a SESAB já esta com grupo de trabalho com cooperação técnica do Ministério  
 557 Público onde já têm uma lista de seiscentas crianças necessitando de cirurgia cardíaca. Solicitou aos municípios resposta  
 558 referente a esta lista que foi encaminhada pela SUREG. Lembrou que foi encaminhado um ofício solicitando aos municípios que  
 559 fazem lista de espera de algum tipo de regulação de todos procedimentos que a demanda a maior que a oferta. Pontuou que  
 560 este conhecimento é fundamental para organização do processo regulatório, e no que diz respeito ao gatilho 5 (cinco) do Projeto  
 561 Saúde Bahia. Quanto à questão da Cirurgia Eletiva também é proposta do Governo ampliar e implementar este projeto.  
 562 Ortopedia; Oncologia (Emergência Oncológica); Leitos Clínicos (Crônicos); UTI – Adulto, Neonatal e Pediátrica; Nefrologia;  
 563 Tomografia Computadorizada de Urgência/RMN sob anestesia; Falta de utilização do Cartão Nacional SUS – CNS sendo um  
 564 instrumento fundamental para regulação como identificação, territorialização e acompanhamento; Lamentou não ter dado certo o  
 565 Cartão Nacional SUS. Não conformação da Rede Assistencial; Insuficiência na contratualização formal; salientou que a Gestão  
 566 recebeu a maioria dos contratos de prestação dos serviços complementares do Estado da Bahia não tem contrato formais,  
 567 exceto os Hospitais Filantrópicos, HPP- Hospitais de Pequeno Porte e Hospitais de Ensino no mas é tudo encima do FPO sem  
 568 nenhum termo de compromisso. Enfatizou não podemos regular o que você não tem base legal. Deu continuidade a  
 569 apresentação das dificuldades Mapa de leitos do sistema; Insuficiência de protocolos clínicos e de regulação; Falta de sistemas  
 570 informatizados que respondam à necessidade; Insuficiência na disponibilização dos leitos para o sistema de regulação; chamou  
 571 atenção que não se pode implantar Central de Regulação com toda oferta sem antes processos de articulação com toda a oferta  
 572 sem que aja um planejamento. Citou exemplo: protocolo de regulação, levantamento da demanda e oferta, conformação da rede  
 573 sabendo de fato que tem de oferta e demanda para então fazer o processo regulatório; salientou se o município não tem este  
 574 processo não terá como codificar, como é o caso de Salvador; Recurso Humano com insuficiência na qualificação e  
 575 precariedade de vínculos -dentro da central estadual tem sete vínculos diferentes: COPAMED, MICROCEF. POSDATA etc. Falta  
 576 de Legitimidade da CER. Apresentou as medidas que estão sendo adotadas: Revisão dos Contratos com a participação da  
 577 Superintendência de Regulação; Maior Controle dos Serviços; Base Diagnóstica para Conformação das Redes Assistenciais;  
 578 deu como exemplo as Cirurgias Eletivas e TRS; Implementação e divulgação do Site de Regulação; Implantação de Supervisão  
 579 Hospitalar; Diagnóstico da existência de estruturas de regulação no Estado; Qualificação de RH; deu como exemplo a questão  
 580 dos Médicos Reguladores novos do concurso, já foram capacitados para Regulação Médica. Colocou as propostas Implementar a  
 581 Política de Regulação no Estado, com base no Pacto de Gestão; Apoiar com a captação de Recursos do Banco Mundial a  
 582 implantação das Centrais Macrorregionais e Microrregionais. Deu uma noticias interessante é que com a lógica do Secretário  
 583 que é bastante municipalista, que é retira de uma empresa terceirizada e colocar no teto financeiro do município e que também  
 584 desta linha havia uma preposição de construções física de central macro regionais onde o Estado estaria assumindo Processos  
 585 Operativos dentro dos Pólos de Macro. Diante desta questão o Secretário tem uma proposta que as desestrutura permaneça no  
 586 sentido de montar a estrutura que é de responsabilidade do Estado apoio e coordenar. Colocou que o Estado irá construir e  
 587 equipar as que estavam programadas e ao terminar o processo irá transferir para o Município para que desenvolva no sentido da  
 588 descentralização da Gestão. Educação permanente dos recursos humanos para a Regulação. Pontuou que esta em discussão  
 589 porque o termo a SUREG esta vendo a forma de manter o recurso. Informou que o apoio do Governo Federal na portaria nº 494  
 590 do MS tem um projeto de R\$ 1.800.000,00 (um milhão e oitocentos mil reais) que houve um acordo da Gestão passada com os  
 591 municípios e houve a aprovação da CIB Estadual onde foi acordado que todo este recurso seria para equipamento de  
 592 informática. E que o Ministério Saúde esta atrelando a liberação deste recurso a assinatura do Pacto. Dra. Conceição finalizou  
 593 apresentação agradecendo a todos. O Senhor Coordenador registrou que no final deste mês de março iremos ter uma missão do  
 594 Banco Mundial e que no processo de negociações das metas está mantido a ação de construção e equipamentos das centrais  
 595 de regulação na lógica apresentada por Dra. Conceição Benigno. A idéia é que em vez de construir centrais de regulação nas

596 macrorregiões subordinadas a Secretaria de Saúde do Estado, todas as centrais que serão construídas e equipadas no interior  
 597 do Estado vão ser centrais para ser operada pelos municípios dos Pólos Regionais. Informou que a central atual que existe em  
 598 Salvador esta em transmissão para passar para Prefeitura de Salvador, e que o Estado irá montar uma Central Estadual que não  
 599 irá ter leito sobre sua regulação diretamente tendo que articular as diversas Centrais; citou como cada município em Gestão  
 600 Plena vai regular diretamente seus leitos e a Central Estadual irá fazer a Regulação entre as Centrais e dos Pólos. O Secretário  
 601 de Teixeira de Freitas pontuou que entende ser necessário uma revisão do PDR. Dr. Emerson Garcia solicitou esclarecimento  
 602 sobre uma questão que não ficou definida na CIB no ano passado e que esta causando preocupação por Secretário de  
 603 município de Região metropolitana. Questionou qual o sistema o Estado esta adotando, é o SISREG. Lembrou que por várias  
 604 vezes o SISREG não atende uma série de necessidades, e com isto cada vez mais os municípios adotam sistema diferentes.  
 605 Colocou que em conversa com alguns técnicos foi informado que o SISREG não é um sistema satisfatório. O Senhor  
 606 Coordenador ponderou, quanto ao questionamento do secretario de Teixeira de Freitas, que esta na programação em breve a  
 607 SESAB estará revendo esta questão. Quanto ao questionamento de Dr. Emerson Garcia, respondeu que não temos uma  
 608 definição, pois as opções de sistemas não são muitas. E que esta sendo discutida uma alternativa de fazermos um processo  
 609 licitatório para aquisição de outro software que venha ser desenvolvido que possa disponibilizar para o conjunto das centrais.  
 610 Colocou que o ideal é seria que o Estado tivesse o mesmo sistema funcionando em todas as centrais do Estado. O Senhor  
 611 Coordenador passou a palavra para Dr. Raul Molina sugeriu um recomeço em relação a questão do PDR. O Senhor  
 612 Coordenador pontuou que para avançar a construção do Pacto é fundamental a reconstrução do PDR. Colocou em aprovação e  
 613 discussão que a CIB formasse um grupo de trabalho formado com representante da SESAB e COSEMS para iniciar a revisão do  
 614 PDR como primeiro passo em relação à conformação dos estudos do Pacto de Gestão. Foi aprovado por todos. O Senhor  
 615 Coordenador passou a palavra para Dra. Lorene Pinto que apresentou o seguinte informe:  
 616 DENGUE NA BAHIA 1 – DENGUE CLÁSSICO – CASOS NOTIFICADOS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA (POR 100.000  
 617 HAB) SALVADOR E ESTADO DA BAHIA - 1997 A 20071

ANO	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef	Nº	Coef
SSA	2.142	76,1	2.520	88,1	660	22,7	701	23,8	3618	121,0	22.886	802,19
BA	42.969	338,1	21.177	164,8	7.966	61,3	11226	85,5	33721	232,43	79.644	537,98

618 2 – DENGUE GRAVE - CASOS NOTIFICADOS, CONFIRMADOS, DESCARTADOS E  
 619 PENDENTES E ÓBITOS - ESTADO DA BAHIA, 1996 – 2007.

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 <sup>2</sup>	2006 <sup>4</sup>	2007 <sup>5</sup>
Notificados	14	7	9	6	0	5	189	42	66	60	43	30
Confirmados	3	0	0	1	0	2	81	08	36	16	05	8
Descartados	9	7	9	5	0	3	43	19	08	10	04	6
Pendentes	0	0	0	0	0	0	65	15	22	34	34	16

620 Apresentou fonte com base na DIVEP/ DICS/ Planilha\_PNCD/ SESAB com dados preliminares até 08/03/07 (Planilha Paralela-  
 621 PNCD); Dengue grave até 08/03/07 (DIVEP). Municípios com casos / óbitos notificados de FHD em 2005: Alagoinhas um caso;  
 622 A. Rodrigues um caso; Bom. Jesus. da Lapa (1c/10); Camaçari 1c/ 10); Candeias um caso; Catú (2c/10); Euclides da Cunha um  
 623 caso; Eunápolis um caso; Feira de Santana (10); Ilhéus (12c/ 30); Ipiá um caso; Ipirá um caso; Irecê três caso; J. Dourado (10);  
 624 Jacobina dos caso; Juazeiro (1c/10); Lauro de Freitas um caso; Mata de São João dois caso; M. Novo um caso; Paratinga um  
 625 caso; Poções (20); Salvador cinco caso; Santanópolis (10); S. S. do Passe (1c/10); Sta. Luz um caso. Municípios com casos/  
 626 óbitos confirmados de FHD/ SCD/ Dengue com complicações em 2005: Camaçari (1c/10); Catú (10); Eunápolis um caso; Feira  
 627 de Santana (10); Ilhéus (1c; 20); Irecê (1c D. Complic.); Jacobina (1c); L. de Freitas (1c); Salvador (2c); Sta. Ma. da Vitória (10);  
 628 S. do Passé (10); S. do Ramalho (10); Serrinha um caso. Municípios com casos/ óbitos notificados de FHD/ SCD/ Dengue com  
 629 complicações em 2006: Camaçari (1c); Canavieiras (10); C. Formoso um caso; Feira de Santana dois caso; Filadélfia dois caso;  
 630 Ilhéus (2c; 10); Itabuna um caso; Lauro de Freitas um caso; Madre de Deus um caso; Paulo Afonso (1 o ); Salvador vinte e sete  
 631 casos; 1 o); São Filho um caso; Rodelas um caso. Municípios com casos/ óbitos notificados de FHD/ SCD/ Dengue com  
 632 complicações em 2007: Salvador vinte casos ; 3 o; Pindobaçu dois casos; Ipirá dois casos; Conceição do Coité um caso;  
 633 Santana um caso; Caatiba um caso. O Senhor Coordenador informou que a pauta da Programação das Ações Prioritárias de  
 634 Vigilância em Saúde – PAP VS 2007 para a próxima reunião da CIB. Dr. Raul Molina vice-presidente do COSEMS solicitou que a  
 635 pauta do COSEMS da Situação do TRS na Bahia: prestação dos serviços e revisão dos tetos financeiros ficasse para a próxima  
 636 reunião da CIB. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra Suzana Ribeiro Presidente do COSEMS registrou que esta  
 637 sendo retirada a pauta porque o grupo de discussão que foi deliberado pelo COSEMS anteriormente que é Secretaria de Saúde  
 638 de Vitória da Conquista, Salvador e Feira de Santana foi convocado para uma reunião na próxima semana onde será discutido a  
 639 Rede de Nefrologia do Estado, diante deste ocorrido perde o sentido esta mantendo a pauta. Dando continuação a reunião,  
 640 entrou no que ocorrer. Dra Suzana Ribeiro colocou que a questão da formação da comissão do Pacto de Gestão sugerida pelo  
 641 Secretário. Deu informe da II Plenária Estadual de Conselhos de Saúde a ser realizada em Salvador no dia 02(dois) do mês de  
 642 abril de 2007 no Centro de Convenções da Bahia, que não deixe de fazerem a Inscrições que devem ser feitas até o dia 23 (vinte  
 643 e três) do mês de março, para podermos esta efetivamos a nossa participação no Conselho Estadual em consonância com a XIV  
 644 Plenária Nacional de Saúde em Brasília, no Período de 10(dez) e 11(onze) do mês de abril de 2007. Pontuou ser muito

645 importante a participação do Conselho Municipal neste encontro, respeitando a paridade, conforme a Resolução 333/03. Pontuou  
 646 que com relação ao Pacto de Gestão tem algumas questões a serem encaminhadas; citou o município de Belo Campo que fez a  
 647 preposição do Termo e encaminhou para Secretaria do Estado no ano de 2006 e até o momento não teve um retorno. Solicitou  
 648 posicionamento da SESAB. O Senhor Coordenador passou a palavra ao Dr. Andrés Alonso respondeu o questionamento feito  
 649 pela Dra. Suzana Ribeiro com relação ao Termo de Belo Campo informou que recebeu alguns processos com a mesma  
 650 solicitação de outros municípios. E que foi formado uma equipe na SUREG para esta dando suporte avaliando e acompanhando  
 651 e esta fazendo diagnóstico, discutindo a questão do Pacto específica em cada município. Informou que encaminhou este  
 652 processo para Diretoria de Programação, Diretoria Controle. Colocou que este grupo que foi formado já fez uma visita no  
 653 município de Paulo Afonso e irá acompanhar os demais município inclusive o de Belo Campo que em breve estará sendo  
 654 agendada uma visita. O Senhor Coordenador pontuou que neste processo tem outros municípios como Itamaraju, Paulo Afonso.  
 655 Solicitou que na próxima reunião apresenta-se um levantamento desta situação e do estágio de desenvolvimento deste  
 656 processo. Dra Suzana Ribeiro solicitou que a Comissão do PDR seja composta pelos Membros da diretoria e também para  
 657 discutir operacionalização do Pacto; pontuou que não dá, mas para ir as regionais e. discuti o Pacto. Solicitou a prorrogação do  
 658 prazo de entrega do Relatório de Gestão 2005. O Senhor Coordenador respondeu os questionamentos feitos por Dr. Suzana  
 659 Ribeiro com relação à questão do Pacto não vê problema a Comissão do PDR seja composta pelos Membros da diretoria e  
 660 discuta a operacionalização do Pacto. Reivindicou que primeiro faça a verificação do PDR e depois a questão do Pacto. E que  
 661 não é apenas as Secretarias Municipais que estão cheias de dúvidas, a equipe da SESAB tem dúvidas com relação ao Pacto de  
 662 Gestão. Lembrou que o Estado da Bahia não teve este processo operacionalizado adequadamente e na maioria dos Estados  
 663 também e que obteve informações de junto aos outros Secretários de Estado na reunião do CONASS mostra um cenário  
 664 extremamente atrasado. Pontuou que iremos fazer um investimento sabendo que antes de deslanchar processos, mas amplos  
 665 vamos precisa identificar e aprofunda a discussão junto ao CONASS e o Ministério da Saúde. Colocou que discussão e  
 666 aprovação à prorrogação do prazo do relatório de gestão do exercício de 2005. Foi aprovada a prorrogação do prazo para dia 30  
 667 de abril do ano 2007. Dr. Wilson Mendes solicitou a liberação do recurso que esta no Teto do Estado e a liberação do retroativo a  
 668 partir do mês de junho porque os nove municípios estão habilitados. O Senhor Coordenador informou que já esta sendo  
 669 providenciado. Dra Suzana Ribeiro remeteu a questão do município de Alcobaça que a Gestão Município solicitou apoio técnico.  
 670 O Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária  
 671 para o dia 12 de abril de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Candice de Almeida Rocha  
 672 Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 13 de março de 2007.

673  
 674 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
 675 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
 676 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
 677 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
 678 Lorene Louise Silva Pinto \_\_\_\_\_  
 679 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_  
 680 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_  
 681 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
 682 Eduardo José Farias Borges dos Reis \_\_\_\_\_  
 683 Washington Luís Silva Couto \_\_\_\_\_  
 684 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
 685 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_  
 686 Suplente: Wilson Martins Mendes \_\_\_\_\_  
 687 Mara Lúcia Conduru Loureiro \_\_\_\_\_  
 688  
 689