

1
2
3 Aos dez dias do mês de maio 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
5 presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da
6 CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva
7 Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito,
8 Denise Lima Mascarenhas, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza e dos Suplentes Raul Molina Moreira Barrios, José
9 Raimundo Mota de Jesus, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias Borges dos
10 Reis, Emerson Gomes Garcia, João Alberto Viana Amaral e Wilson Martins Mendes. Às 14h30min, havendo número legal, o
11 Senhor Coordenador declarou aberta à sessão, colocando em discussão e aprovação à ata da Reunião 148ª da CIB
12 enviada anteriormente aos membros, que foi aprovada a unanimidade. O Senhor Coordenador colocou em apreciação da
13 CIB os expedientes encaminhados à secretaria executiva: Qualificação de duas equipes de saúde bucal e uma unidade
14 básica de saúde da família do município de São Gabriel, com parecer favorável da área técnica; termo de Adesão ao
15 Programa e Humanização do Pré-Natal e Nascimento dos municípios de Barra, Bonito, Guajeru, Jaguaripe, Lençóis,
16 Mucugê, Pedro Alexandre, Rio Real, Souto Soares e Sítio do Mato; credenciamento do CAPS Hermínio Marcelino dos
17 Santos do município de Jaguaquara, com parecer favorável da área técnica; credenciamento do CAPS I do município de
18 São Domingos, com parecer favorável da área técnica; credenciamento do CEO tipo II do município de Alagoinhas, com
19 parecer favorável da área técnica; aprovação das solicitações de remoção dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB;
20 aprovação dos Indicadores Municipais do Pacto pela Saúde 2007. Lista dos municípios distribuída aos membros da CIB.
21 Todos foram aprovados. Dra. Marta Rejane mencionou que houve um questionamento na reunião do COSEMS, salientando
22 que não haveria habilitação de CEO até o momento em que fossem definidos os critérios do GT. O Senhor Coordenador
23 informou que há duas reuniões, foi observado que na ausência dos critérios, seria trabalhado apenas que estavam de
24 acordo com os parâmetros anteriores, de município com mais de cem mil habitantes, que fosse um CEO com abrangência
25 mais ampla para a população. Dra. Suzana Ribeiro elucidou que foi considerado que existe o grupo de trabalho da saúde
26 bucal, que na reunião foi considerado que deveria ser ampliada a participação de alguns secretários para discussão no GT.
27 Arrazoou que os critérios não serão discutidos na CIB, têm que vir prontos. Salientou que tiveram questionamentos sobre a
28 portaria, já que é ampla e não define a base populacional e que isso pode ser remetido à câmara técnica de saúde bucal
29 para poder amarrar isso posteriormente. Ficou aprovado este CEO de Alagoinhas e que se avançaria com a discussão do
30 Grupo de Trabalho de Saúde Bucal. O Senhor Coordenador perguntou se havia alguma observação sobre os expedientes
31 informados. Dr. Humberto Torreão trouxe à baila que como o trabalho de oficina foi feito com todos os municípios, que a
32 pendência dos municípios é quanto a questão dos conselhos municipais de saúde, sugeriu que fosse aprovado todos ad
33 referendum até que isso seja regularizado. Ficou estabelecido que sairia uma relação inicial com os municípios que já estão
34 com seus processos regularizados e depois uma resolução ad referendum com os que encaminharem até o dia 25 de maio
35 as suas pendências. O Senhor Coordenador esclareceu que recente houve a aprovação pelo Governador, através do
36 Decreto dez mil trezentos e trinta e quatro, publicado no dia vinte e sete de abril de dois mil e sete, que foi retificado pelo
37 Decreto dez mil trezentos e trinta e oito, de nove de maio de dois mil e sete, justificando que essa retificação foi feita porque
38 saiu um erro no Decreto, saindo escrito “Comissão Intergestores Tripartite” ao invés de “Comissão Intergestores Bipartite”, e
39 que com esse decreto foi aberta a possibilidade de aprovação de mecanismo de repasse entre o fundo estadual e municipal.
40 Informou que esse decreto estabelece que todos esses repasses são aprovados mediante habilitação aos programas dos
41 municípios na CIB. Arrazoou que havia desde o ano de dois mil e três, o compromisso de pagamento de contrapartidas para
42 o SAMU, que em dois mil e cinco e dois mil e seis isso não foi efetivado. Submeteu à CIB, a habilitação dos municípios de
43 Alagoinhas, Eunápolis, Feira de Santana, Camaçari, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Porto Seguro,
44 Vitória da Conquista, Salvador e Vera Cruz, totalizando dezoito unidades de suporte avançado, cinquenta e duas de suporte
45 básico, onze centrais de regulação e uma ambulância. Pontuou que isso representa uma programação mensal de
46 oitocentos e dezessete mil e quinhentos reais da contrapartida do Estado para com o SAMU. Elucidou que como não foi
47 feito o pagamento dos anos de dois mil e cinco e dois mil e seis. Disse que foi feito um levantamento dos anos de dois mil e
48 cinco e dois mil e seis que totalizaram mais de quinze milhões de reais, que somadas ao primeiro trimestre de dois mil e
49 sete, resulta num valor total de vinte milhões cento e quinze mil e trezentos reais. Elucidou que a proposta trabalhada é de
50 que seja feito o pagamento do período de dois mil e cinco e dois mil e seis, mais o primeiro trimestre de dois mil e sete, em
51 três parcelas de mensais de seis milhões setecentos e cinco mil e sete e cem reais. Falou que até o início de julho seria
52 pago. Submeteu para apreciação. Não houve manifestação contrária e foi aprovado. Passou a esclarecer como será feito o
53 pagamento dos Hospitais de Pequeno Porte, iniciando explicando que a proposta é de fazer o processo de habilitação para
54 repasses integrais a partir da competência maio, pois a parcela que vem do MS entra no fundo estadual, já que esses
55 municípios não estão em gestão plena. Salientou que o fundo estadual ficará de levantar caso as situações dos meses
56 anteriores para fazer o processo de regularização. Salientou que os municípios são: Água Fria, Bonito, Conde, Dom Basílio,
57 Gongogi, Itaetê, Itagi, Itagimirim, Itatim, Jacaraci, Jussiapé, Ouriçangas, Pintadas, Potiraguá, Presidente Tancredo Neves,
58 Rafael Jambeiro, Ribeira do Amparo, Rio de Contas, Salinas das Margaridas, Santa Terezinha, São Felipe e Sítio do Mato.
59 Colocou para apreciação e aprovação. Foram aprovados. Dr. Wilson Martins mencionou que chegou um crédito num valor
60 como se fosse da metade do MS. Indagou sobre esse crédito. Salientou que a proposta é viável, já que existem diversas

61 situações no HPP. O Senhor Coordenador repetiu a proposta, acrescentando que atrasado será analisado caso a caso. Deu
62 um informe que foi deixado para a próxima CIB a habilitação em relação ao incentivo do programa de saúde da família.
63 Convidou Dra. Maria Isabel Xavier para fazer a apresentação do plano de investimentos de dois mil e seis e informação
64 técnica da campanha de vacinação do idoso. Dra. Maria Isabel explanou que são recursos repassados pelo MS. Mencionou
65 que alguns recursos já vieram direcionados para o Estado, três computadores vieram direcionados para o programa de
66 peste, para o programa de tuberculose e para o programa de chagas. Disse que um computador está sendo encaminhado
67 para a regional de Eunápolis para fazer o controle de imunobiológicos. Elucidou que fazendo a análise com da situação da
68 Bahia, os quatro eletrocardiográficos estão sendo direcionados para as regiões de Barra, Utinga, Macaúbas e Igarorã.
69 Pontuou que a relação feita com esses municípios foi com os problemas que já aconteceram nessas áreas e com as
70 unidades que tem condições de operar esses equipamentos. Informou que foi pensado na questão do mapeamento da
71 região, já que ficando nessas áreas, é possível atender essas regiões sem precisar estar se deslocando para Salvador ou
72 região Oeste ou Norte. Arrazouo que estes equipamentos estão disponibilizados para o LACEN. Elucidou que o nebulizador
73 costal motorizado e o pulverizador costal motorizado, são para atender o programa de dengue, portanto ficarão na central de
74 UBV na primeira DIRES, mas que a depender da necessidade eles serão deslocados. Falou que com relação ao
75 termômetro de máxima e mínima, eles devem atender ao programa de imunização e as necessidades das regionais.
76 Pontuou que como já havia sido disponibilizada a compra do Estado para atender as regionais, nesse momento a regional
77 sinalizou a necessidade para atender a rede de frio dessas áreas e que, portanto foi disponibilizado a depender da
78 necessidade que a regional indicou. Passou a palavra pra a Dra. Fátima Guerra para dar esclarecimentos que salientou que
79 no dia vinte e três de abril foi iniciada a campanha de vacinação contra a gripe para a população acima de sessenta anos ou
80 mais, o que corresponde no estado da Bahia a um milhão cento e quarenta e quatro mil pessoas, que o maior propósito foi
81 garantir e estar assegurando que a população tivesse acesso de forma segura para que correspondesse à eficácia dele que
82 é de oitenta e nove e cinco por cento. Explanou que para isso, foi montada a uma macroestrutura que contou com os
83 quatrocentos e dezessete municípios, onde foram asseguradas mais de sete mil unidades básicas de saúde, estratégias de
84 saúde da família e postos volantes criados pelos municípios para atender à população. Citou que esses postos foram
85 utilizando os estabelecimentos das ONG, associações e escolas, como também carros volantes para atender à população
86 de acamados. Trouxe à baila que existe todo um sistema de informação on-line, que se encontra no DATASUS, e que tem a
87 situação de doses aplicadas nessa população que hoje corresponde a sessenta e seis por cento. Disse que no dia dez de
88 maio de dois mil e sete ocorreu o penúltimo repasse de dados pelos municípios e que isso com certeza mudará o panorama
89 que é encontrado, já que é aquém do é esperado que seja os setenta por cento que foi pactuado e que é necessário para
90 interromper uma possível epidemia ou pandemia da influenza do tipo A ou do tipo B. O Senhor Coordenador perguntou se
91 alguém tinha alguma dúvida. Dra. Suzana Ribeiro discorreu que foi discutido no COSEMS a condição das contrapartidas
92 dos repasses que foram apresentados na última CIB, onde alguns municípios registraram queixas sobre como algumas
93 regionais fizeram contato e a forma como foi encaminhada. Dra. Denise Mascarenhas exemplificou com a DIES de Feira de
94 Santana na qual a contrapartida do Estado foi gasta com gelo. Não foi questionado ao município o que o mesmo desejava
95 Dr. Washington Couto perguntou se o contato foi feito ou não. Dra. Denise Mascarenhas pontuou que o contato foi feito com
96 a coordenadora. Dr. Washington Couto perguntou se foi feito algum contato. Dra. Denise Mascarenhas salientou que foi feito
97 um ofício perguntando como seria repassado o recurso no qual a DIVEP apresentou na última CIB e que iria para Feira de
98 Santana. Elucidou que foi enviada uma resposta, a qual, opinou que acha inviável ter acordado a execução, por telefone, de
99 gelo. Dra. Lorene Louise disse que a idéia da planilha do incentivo é que possa ser utilizado apoiando os municípios naquilo
100 que o município sinalize o que é prioridade no momento. Explanou que essa é a orientação que é recebida da DIVEP e que
101 vários gestores sabem. Dra. Denise Mascarenhas falou que exatamente pela apresentação da DIVEP, foi que cobrou. Dra.
102 Suzana Ribeiro citou que isso é perfeitamente contornado e que é preciso rever essa questão e que seja aproximada mais a
103 regional com o município. Dra. Lorene Louise reforçou, comunicando que foi feita uma reunião que abordou questões
104 técnicas e financeiras, sobre como deveria ser tratado com os gestores municipais. O Senhor Coordenador convidou Dra.
105 Isabela Cardoso para fazer a apresentação sobre o plano de ação estadual de saúde do trabalhador. Dra. Isabela Cardoso
106 proferiu que seria feita uma síntese do plano estadual de saúde do trabalhador. Aludiu que esse plano visa dar seguimento à
107 uma definição da Portaria dois mil quatrocentos e trinta e sete, do MS. Discorreu que existe a necessidade de definir, a partir
108 da seis diretrizes que o MS aponta, quais as principais operações. Ponderou que esse plano corresponde ao biênio de dois
109 mil e sete à dois mil e oito. Enfatizou sobre a maneira como foi construído o plano, dizendo que foram levados dois meses
110 com o processo de mobilização interna da equipe técnica, envolvendo o resgate da discussão da terceira conferência de
111 saúde do trabalhador. Salientou que foi feito todo um exercício para fazer essa síntese, compatibilizando com a discussão
112 da equipe técnica do âmbito do CESAT e também com os CEREST. Expôs que a CIST – Comissão Intersetorial de Saúde
113 do Trabalhador e o conselho gestor da RENAST participaram também desse processo de construção. Disse que esse plano
114 define dentro das seis diretrizes as principais operações e os recursos financeiros. Proferiu que a partida é dada da
115 discussão dos problemas prioritários na área de saúde do trabalhador, onde existe uma incidência das doenças
116 relacionadas ao trabalho no âmbito do estado em torno de vinte mil, enquanto no Brasil esse índice é de doze mil. Elucidou
117 que existem as LER/DORT, que é um agravo importante, que também existem as perdas auditivas induzidas por ruído,
118 acidentes de trabalho, tanto do trajeto quanto típico que demonstram uma tendência de aumento, trabalho infantil e agravos
119 relacionados a agrotóxico. Salientou que conclui que os problemas que existirão no âmbito do Estado são: a exposição com
120 os fatores ergonômicos, problemas na organização do trabalho, agrotóxicos, acidentes de trabalho, trabalho infantil e

121 violência intencional. Trouxe à baila. Esclareceu que do ponto de vista da rede que está sendo proposta, diz respeito ao
122 fortalecimento da RECACH, da rede dos centros de referências regionais, que estão na tabela abaixo.

ANO	Nº CENTROS DE ST	MUNICÍPIO SEDE
2002	1 Centro Estadual 2 Centros Regionais	CESAT Vitória da Conquista e Camaçari
2003	2 Centros Regionais	Jequié e Teixeira de Freitas
2004	4 Centros Regionais	Juazeiro, Itabuna, Feira de Santana e Barreiras
2005	1 Centro Regional	Conceição do Coité
2006	3 Centros Regionais	Salvador, Itaberaba e Santo Antônio de Jesus
2007	2 Centros Regionais	Jacobina e Alagoinhas

131 Mencionou que em dois mil e sete haverá mais dois centros, cujo municípios sede serão Jacobina e Alagoinhas.
132 Pontuou que a primeira diretriz se refere à organização da atenção à saúde do trabalhador, tanto no âmbito da
133 básica, média e alta complexidade ambulatorial, hospitalar e pré-hospitalar. Falou que nessa diretriz existem três
134 objetivos que são: Desenvolver ações assistenciais e de vigilância em ST envolvendo toda equipe multiprofissional,
135 em conformidade com a estratégia de humanização do SUS; Implantar / Implementar práticas de reabilitação física,
136 psicossocial e funcional em LER/ DORT na RENAST/BA; reorganizar a referência e contra referência dos
137 trabalhadores atendidos nos ambulatórios da RENAST/BA, ampliando o acesso à rede de atenção à saúde do
138 trabalhador. Mencionou que a segunda diretriz diz respeito ao fortalecimento da vigilância da saúde do trabalhador.
139 Proferiu que nessa diretriz, será enfatizada a ação de vigilância, tentando consolidar essa ação e buscando estimular
140 e apoiar o incremento dos projetos de vigilância no âmbito dos CEREST. Arrazouo que a terceira diretriz busca a
141 estruturação da rede de informação e comunicação em saúde do trabalhador. Arrazouo que a quarta diretriz diz
142 respeito ao apoio e desenvolvimento de estudos, pesquisas e processos formativos em saúde do trabalhador.
143 Elucidou que nessa diretriz existem dois grandes desafios que são: manter as iniciativas que o CESAT já estava
144 desenvolvendo, principalmente em relação com os cursos em saúde do trabalhador; atividades de educação
145 permanente que deverão ser incrementadas. Disse que a quinta diretriz diz respeito à gestão e descentralização das
146 ações de saúde do trabalhador, cujo o foco é de fortalecer a RENAST. Esclareceu que a sexta diretriz diz respeito à
147 participação da comunidade na gestão das ações de saúde do trabalhador e promoção da saúde do trabalhador,
148 através da articulação intra e intersectorial. Concluiu com a programação orçamentária financeira de acordo com o
149 quadro abaixo:

FONTE	ORÇAMENTO 2007	SALDO FINANC. 2006	RECURSO TOTAL 2007
30	110.000	-	110.000
47	30.000	130.000	160.000
49	480.000	413.000	993.000
Total	620.000	643.000	1.263.000

150 O Senhor Coordenador abriu o debate sobre o tema. Dra. Denise Mascarenhas falou do afastamento do trabalho por
151 questão de depressão e assédio moral, principalmente na questão dos bancários. Sugeriu que fosse feito um alerta
152 sobre isso. Dra. Isabela Cardoso disse que está no âmbito da violência intencional. Disse que o será estimulado que
153 os CEREST, que têm o papel de desenvolver ações de atenção à saúde do trabalhador, não só no próprio município,
154 mas na área de abrangência, que alinhe os projetos de vigilância, efetivamente as necessidades sentidas no âmbito
155 da região. Pontuou que para isso ser feito, é preciso um esforço muito grande de capacitação e formação do poder
156 técnico dos CEREST que tem uma tarefa muito complexa. Dr. Geraldo Magela reclamou que a questão da saúde do
157 trabalhador só foi paga a competência de janeiro. Disse que está tendo problema com a questão de encostar os
158 trabalhadores pelo INSS, que está havendo uma sobrecarga. Dra. Marta Rejane salientou que além das
159 ressonâncias, existem as eletroneuromiografias, que não tem pelo SUS na Bahia o suficiente para toda a demanda.
160 O Senhor Coordenador declarou aprovado o plano estadual de saúde do trabalhador, dando prosseguimento,
161 convidou Dra. Cláudia Almeida para fazer a apresentação sobre os hospitais filantrópicos, apresentando a tabela
162 abaixo. Explanou que todos hospitais apresentaram, com exceção de Jacobina e Santa Casa de Misericórdia de
163 Itapetinga, que na realidade tinham acordado uma coisa e um pouco antes da reunião da CIB, foi enviado um e-mail
164 solicitando algumas alterações. Pontuou que o Hospital Antônio Teixeira Sobrinho não poderá contratualizar porque
165 hospital municipal. Arrazouo que o Instituto Barão de Jeremoabo não tem produção desde julho de dois mil e seis.

MUNICÍPIOS	PRESTADOR	2ª FASE CONTRATUALIZAÇÃO	
		SIM	NAO
Pocões	Sociedade Beneficente e Amparo Social de Pocões	X	
Anfias	Hospital Nossa Senhora de Lourdes	X	
Jaguaquara	Associação Beneficente Taylor Egídio	X	
Ruy Barbosa	Santa Casa de Misericórdia de Ruy Barbosa	X	
Ubaíra	Assoc. de Proteção a Matern. e Infância de Ubaíra	X	
Conceição do Coité	Liga Coiteense de Proteção a Matern. e Infância	X	
Itambé	Santa Casa de Misericórdia de Itambé	X	
Campo Formoso	União Hospitalar São Francisco	X	
Esplanada	Santa Casa de Misericórdia de Esplanada	X	
Inhambupe	Sociedade de Assistência à Comunidade Inhambupense	X	
Nazaré	Irmãdada da Santa Casa de Misericórdia da Cidade de Nazaré	X	
Santo Amaro	Hospital Nossa Senhora da Natividade	X	
	Maternidade de Santo Amaro	X	
	Hospital Nossa Senhora da Vitória	X	
Serrinha	Santa Casa de Misericórdia de Serrinha	X	
	Associação Brasileira de Caridade	X	
Pojuca	Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Pojuca	X	
Cachoeira	Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira	X	
Riachão do Jacuipe	Associação Jacuipense de Assistência ao Próximo Desamparado	X	
Castro Alves	Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Castro Alves	X	
Jacobina	Associação Jacobinense de Assistência	-	-
	Hospital Antônio Teixeira Sobrinho	-	x
Itapetinga	Santa Casa de Misericórdia de Itapetinga	-	-
Iguai	Maternidade Manoel Martins de Souza	X	
Valença	Santa Casa de Misericórdia de Valença	X	
Cicero Dantas	Instituto Barão de Jeremoabo		x

166
167

168 Proferiu que com relação aos filantrópicos que estão nos municípios sobre gestão plena, houve contato com alguns
169 secretários e até mesmo os prestadores. Pontuou que Cruz das Almas encontra-se em fase negociação, Feira de
170 Santana encontra-se no MS e já foi aprovado na CIB, a Santa Casa de Misericórdia-Ilhéus está em um processo de
171 negociação, a Santa Casa do Santa Isabel encontra-se sobre problemas judiciais, a Fundação Fernando Gomes
172 coloca que o prestador não tem interesse em estar contratualizando, a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Calixto
173 e o Manoel Novaes já estão em processo término da contratualização, a Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro
174 encontra-se desativado, a PROMATER está "OK", São Félix, Vera Cruz e Vitória da Conquista são os que estão
175 aprovados na CIB e estão no MS. Explicitou que dos vinte e seis hospitais sobre gestão estadual que entraram na
176 primeira etapa da adesão, vinte e quatro já estão prontos. O Senhor Coordenador citou que foi feita a questão de ser
177 feito o processo envolvendo as secretarias municipais, para que pudesse ser estreitada a relação entre os
178 prestadores, os hospitais filantrópicos e as secretarias municipais em cada um dos municípios. Pontuou que existiu
179 uma situação, onde no decorrer do processo, houve um município em que a secretaria municipal de saúde se
180 posicionou contrária ao que o hospital fosse contratualizado com o Estado. Elucidou que o assunto foi discutido, onde
181 a SESAB reiterou que a decisão de contratualizar ou não, é de quem está sob o comando da gestão e o prestador de
182 serviço. Arrazoou que o município está sendo convidado para contribuir no processo. Disse que o município não pode
183 decidir de forma contrária à contratualização se existir da parte do hospital e da parte da gestão estadual o interesse.
184 Foi aprovado o parecer em relação aos hospitais sob gestão estadual, e ficou acordado que se esperaria os demais
185 para que até o dia 25 de maio encaminhassem a SESAB para que houvesse a aprovação ad referendum. Dra.
186 Suzana Cristina elucidou que não houve entendimento quanto à questão do MS, em relação à redução do teto no
187 primeiro estudo feito. Disse que a informação é que houve um novo levantamento e que houve uma redução drástica
188 em muitos tetos de filantrópicos, o que resultou num impacto negativo junto ao prestador. Ponderou que o MS em
189 nenhum momento esclareceu qual a foi a referência. Proferiu que houve a informação de que existiu um problema
190 com a base de dados. Esclareceu que foi um novo estudo de série histórica e que no final das contas não houve
191 conhecimento dos parâmetros para que fossem refeitos esses cálculos. Trouxe à baila que existem santas casas que
192 obtiveram incremento no teto e que a produção não justifica, em detrimento às que perderam. Citou que o MS precisa
193 ter cuidado e que precisa esclarecer melhor esse tipo de coisa. Dra. Rosinei Reis, secretária municipal de saúde do
194 município de Ituberá, registrou à sua satisfação com a nova gestão, pela postura desse novo processo de
195 contratualização ter inserido o gestor local. O Senhor Coordenador convidou Dr. Humberto Torreão para fazer a
196 apresentação da proposta sobre o sistema de rastreamento de diagnóstico de câncer de mama na região da décima
197 quinta Dires. Dr. Humberto Torreão falou que dentro do objetivo de tornar efetiva a implantação de microrregiões e
198 macrorregiões do processo de regionalização do Estado, além de todas as ações que envolvem a implantação das
199 centrais de regulação, a revisão do PDR e PPI, bem como todo um processo articulado de controle e supervisão das
200 ações e de compromisso dos gestores ao nível regional, é preciso um processo de planejamento regional. Esclareceu
201 que é preciso que haja por parte dos gestores municipais, um compromisso com os usuários da sua região,
202 garantindo acesso qualificado. Elucidou que uma maneira de se trabalhar com esse planejamento é usando a linha
203 de cuidado como um eixo orientador desse processo. Salientou que as justificativas para o projeto são; o câncer
204 representa uma causa importante de mortalidade na mulher; o câncer de mama é um dos principais tipos de câncer
205 na mulher; a ação de prevenção tem efetividade; a mamografia é um instrumento importante de diagnóstico; o
206 diagnóstico precoce se associa a uma diminuição da mortalidade por câncer de mama. Pontuou que a região de
207 abrangência desse plano regional é a décima quinta Dires – Juazeiro, e que inclui nesse processo os municípios de:
208 Juazeiro, Campo Alegre de Lourdes, Casa Nova, Campo Formoso, Curaçá, Pilão Arcado, Remanso, Santo Sé,
209 Sobradinho e Uauá. Salientou que Campo Formoso embora não faça parte da décima quinta Dires, também está
210 incluso. Citou que o exame de mamografia realizado bianualmente de acordo com consenso ministerial, que a

211 população alvo são as mulheres de cinquenta a sessenta e nove anos e que os critérios de exclusão são as mulheres
212 que não fazem parte da população alvo, as que não fazem parte da região de abrangência, as que já têm câncer de
213 mama diagnosticado e encontra-se em processo de tratamento. Elucidou que esse processo é uma parceria do
214 município de Juazeiro e demais município da microrregião, Fundação PIO 12º, Empresa Caco de Telha e o Governo
215 do Estado da Bahia. Informou que o sistema funcionará com uma unidade móvel que levará uma semana em cada
216 município que faz parte do projeto, uma unidade fixa que ficará em Juazeiro e contará com consultas e exames
217 necessários para diagnóstico do câncer de mama. Proferiu que o tratamento do paciente será realizado no Hospital
218 Aristides Maltez, até que seja estruturada uma unidade na macrorregião norte que dê conta de fazer esse tratamento.
219 Arrazoou que as responsabilidades são: Fundação Pio 12º fica responsável por rastrear as mulheres e realizar os
220 exames para elucidar o diagnóstico, treinar e capacitar os profissionais da atenção básica, realizar aulas de
221 prevenção ao câncer de mama nas instituições de ensino na região, acompanhar o projeto fazendo reuniões
222 bimestrais, monitoramento do processo de trabalho de maneira que não fique descolado do sistema de gestão
223 municipal; aos municípios cabe realizar mobilizar a população, agentes comunitários, profissionais de saúde,
224 providenciar o deslocamento dos pacientes, acompanhar, monitorar, avaliar o projeto e garantir o acompanhamento
225 dos usuários na rede básica quando for o caso; ao Governo do Estado cabe a responsabilidade de monitorar, avaliar
226 e custear boa parte do projeto. Ponderou que para um processo de monitoramento e avaliação os responsáveis são
227 os municípios e a diretoria regional de saúde, que devem acompanhar para avaliar, inclusive utilizando os
228 instrumentos dos indicadores do monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, os relatórios de acompanhamento
229 da PPI e outros indicadores que podem ser elaborados pelas instâncias responsáveis pelo monitoramento e
230 avaliação, com o apoio das seguintes áreas técnicas: Diretoria de Atenção Especializada, Atenção Básica,
231 Programação, Regulação e Controle e outras que possam ser demandas e apoiar. Salientou que os critérios que
232 foram utilizados para poder chegar aos valores totais do projeto mensal e anual. Salientou que esses foram os
233 critérios da Portaria do MS e que são os parâmetros que o MS fez um grupo de trabalho para poder definir esses
234 parâmetros para pactuação e que estão sendo chamados também como parâmetros das linhas de cuidado proposto
235 pelo Ministério Público, por grupos prioritários. Arrazoou que a prevenção do câncer também tem parâmetros
236 definidos e que foram utilizados para chegar no valor de custeio. Proferiu que o valor total do projeto anual, é no valor
237 de seiscentos e quarenta e dois mil quatrocentos e setenta e um reais, que a contrapartida estadual é no valor de
238 quatrocentos e sessenta e cinco mil cento e cinquenta e um reais e quarenta e quatro centavos, via termo de entes.
239 Ponderou que a proposta é que o restante do custeio seja feito com recurso da câmara técnica, no valor de cento e
240 setenta e sete mil trezentos e dezenove reais e dezesseis centavos por ano. O Senhor Coordenador proferiu que
241 esse projeto foi originário da iniciativa da cantora Ivete Sangalo, da Fundação Pio 12 e o Hospital de Barretos, que
242 fizeram investimentos em equipamentos. Elucidou na terça feira passada, foi feito um evento em Juazeiro, onde foi
243 feita a entrega de uma carreta com os equipamentos. Mencionou que a unidade fixa encontra-se em processo de
244 adequação. Citou que o recurso que se encontra alocado, está sendo aberto mão do termo de entes públicos do
245 hospital regional de Juazeiro. Informou sobre a retomada as obras do hospital de Juazeiro, que estavam paradas
246 desde outubro. Pontuou que se o cronograma foi cumprido, o hospital estará concluído em maio de dois mil e sete.
247 Lembrou que a região tanto de Juazeiro quanto de Bonfim, encontram-se sem nenhum banco de sangue
248 funcionando. Ponderou que o Governador afirmou que até o final do ano de dois mil e sete, o banco de sangue do
249 município de Juazeiro terá as sua reforma efetivada e entrará em operação. Dra. Lorene Lousie esclareceu que o
250 HEMOBA convidou a vigilância sanitária, bem como outras instituições que tem haver com a política de sangue no
251 Estado, para que no dia quinze, quando terá um seminário na vigilância epidemiológica coordenada pela HEMOBA e
252 pela DIVISA, para que possam discutir e fazer uma reorientação na política estadual de sangue e hemoderivados.
253 Dra. Suzana Cristina esclareceu que achou bastante interessante a proposta, até porque os municípios da micro
254 apoiaram e a proposta foi redesenhada. Indagou se o Estado tem alguma estratégia para estar replicando isso para
255 outras microrregiões. Arrazoou que a política do câncer de mama precisa avançar e que os municípios têm muita
256 dificuldade com relação a isso. Colocou que existe um trabalho de prevenção ao câncer de colo uterino, mas que a
257 questão do câncer de mama encontra-se ainda muito distante do desejado. Dr. Luis Eugênio salientou o projeto é
258 muito interessante, mas que tem uma preocupação muito grande. Mencionou que o Hospital Aristides Maltez
259 produziu em dois mil e cinco, uma fatura média de oitocentos mil reais por mês. Esclareceu que atualmente a fatura
260 do hospital é na faixa de um milhão e meio. Comunicou que o Hospital foi avisado que o seu teto a partir do mês
261 seguinte, será no valor de um milhão e cem mil reais por mês. Colocou que em resposta o Hospital disse que iria
262 mandar os pacientes para a porta da Secretaria. Salientou que o município não tem como pagar o teto. Perguntou se
263 na apresentação feita, estava incluso o pagamento do tratamento das pessoas, porque se não estiver, é inviável. Dra.
264 Denise Mascarenhas citou que é preciso repensar, até porque o município de Feira de Santana encontra-se na
265 terceira campanha contra o câncer de mama. Mencionou que é preciso rever com mais calma e que é preciso que
266 isso seja estendido para outras regiões. Dra. Suzana Cristina esclareceu que o que o Dr. Luis Eugênio citou, só traz o
267 fortalecimento em relação à rede de oncologia, que é um problema grave na Bahia. Proferiu que o serviço encontra-
268 se todo centralizado em Salvador, na assistência hospitalar. Esclareceu que a saída é acelerar o processo, já que a
269 Portaria traz um prazo, que é setembro desse ano. Disse que existem diversas distorções no estado como um todo,
270 que a maioria dos serviços não é habilitado pelo MS, que estão trabalhando com os serviços isolados no interior do

271 estado e que as portas de referência estão se fechando. Proferiu que é preciso que seja revista a questão da rede,
272 porque a rede foi feita em cima de um desenho de um PDR que está sendo discutido e que traz uma série de
273 conseqüências não só para a rede de oncologia. Mencionou que é preciso que seja acelerada a discussão da revisão
274 do PDR, porque existem municípios que mandam a população para outro município de uma outra macrorregião.
275 Arrazoou que quando o INCA fez o estudo no ano passado, não considerou isso. O Senhor Coordenador ressaltou
276 que a grande diferença, não será a quantidade de mulheres que irá buscar o Hospital Aristides Maltez com câncer de
277 mama, mas sim, no estágio que essa quantidade chegará. Citou que poderão ser atendidos mais pacientes só que
278 com um gasto por tratamento por paciente muito menor. Disse que com relação ao HAM, este já é a referência
279 estabelecida no PDR atual na PPI. Falou que não podem ser limitados os avanços de prevenção e detecção precoce,
280 para não entrar na lógica de, por exemplo, não colocar saúde da família para não entrar em média complexidade.
281 Esclareceu que tem que haver avanço na conformação da rede. Proferiu que existe um prazo para regularizar até
282 setembro desse ano e que tem como isso ser cumprido. Dra. Kátia Nunes salientou que na última discussão da CIB
283 ficou uma proposta de um UNACON para macro centro. Elucidou que se encontra em processo de finalização a obra
284 do hospital e que é preciso rever essa situação da necessidade de adequar a obra para poder descentralizar esse
285 serviço. O Senhor Coordenador esclareceu que a adequação mais imediata não precisa de grandes esforços, que se
286 for pensando num serviço que tenha quimioterapia e cirurgia, porque o mais complicado da adequação é pensar na
287 parte de radioterapia. Dr. Luis Eugênio sugeriu que a discussão desse projeto fosse incluída na discussão que está
288 sendo feita sobre a montagem da rede de oncologia. Proferiu que se é verdade o que o Senhor Coordenador falou
289 sobre a questão da detecção precoce, isso terá um impacto muito grande em um ano. Mencionou que os cálculos
290 mostram que o HAM ficaria com cerca de dois mil casos novos por ano, mas que na expectativa do HAM, seriam
291 cinco mil casos novos por ano. Disse que o que foi calculado pelo MS e o que vem sendo dado pelo HAM, existe uma
292 discrepância enorme. Ponderou que o HAM está se propondo a reduzir a oferta para SUS de noventa e nove por
293 cento para setenta e cinco por cento na contratualização. Informou que essa proposta seja aprofundada e que seja
294 acelerada a discussão da rede oncológica para que esse projeto seja incluído dentro dessa rede. O Senhor
295 Coordenador perguntou se isso seria uma não aprovação da proposta. Dr. Luís Eugênio confirmou que seria uma não
296 aprovação nessa reunião da CIB. O Senhor Coordenador pontuou que o que estava sendo levado para a reunião da
297 CIB, era a alocação do recurso financeiro, já que o projeto já foi negociado entre a SESAB, a secretaria municipal de
298 Juazeiro e as secretarias municipais da região. Elucidou que do ponto de vista da estratégica metodológica da
299 implantação das ações, já está definido. Proferiu que o que depende da aprovação da CIB, é a utilização da parcela
300 de recurso da câmara técnica. Elucidou que a maior parte do recurso previsto é do Estado. Dr. Andrés Castro propôs
301 que fosse aprovado o projeto, mas que fosse feito o acompanhamento e a avaliação desse processo, além de
302 monitorar. Após uma discussão foi aprovada a mudança do teto para que seja alocado o valor necessário no teto do
303 município de Juazeiro. O Senhor Coordenador registrou a chegada de um ofício do COSEMS para CIB e fez a sua
304 leitura: “ em cumprimento ao capítulo quatro da participação do COSEMS-Bahia nas instâncias do SUS, artigo vinte e
305 cinco, alínea seis do estatuto do conselho estadual das secretarias municipais de saúde do estado da Bahia –
306 reiteramos a indicação dos representantes deste conselho junto à comissão bipartite. Na qualidade de titular – Angeli
307 Santos Matos, da secretaria municipal de Senhor do Bonfim; Suplente – José Carlos Almeida, da secretaria municipal
308 de Ubaitaba”. Passou para o próximo ponto de pauta. Dr. Andrés Castro chamou a atenção para o prazo no
309 cadastramento no CNES, comunicando que está se encerrando. Elucidou que os município que não estiverem
310 cadastro com suas equipes de saúde da família, poderão perder o recurso permanente do PAB variável. Pediu a
311 todos os secretários que se empenhem nesse sentido e que transmitam essa informação para os seus colegas.
312 Informou que no dia dezessete de maio de dois mil e sete ocorrerá uma reunião com a representação do COSEMS,
313 para discutir a questão da revisão da alocação dos recursos estabelecidos na Portaria quatrocentos e noventa e
314 quatro, do ano de dois mil e seis, do MS, que foi aprovada na CIB pela resolução centésima quinquagésima primeira
315 de dois mil e seis. Pontuou que nessa reunião também serão discutidas propostas da questão da terapia renal
316 substitutiva, para que sejam encaminhadas para a próxima reunião da CIB. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que com
317 relação ao CNES foi feita uma reunião com a técnica do Ministério da Saúde responsável pelo suporte da Bahia, que
318 elucidou que apenas cinquenta e três por cento dos municípios do estado da Bahia estavam com as informações
319 encaminhadas e fechadas em relação ao CNES. Esclareceu que foi feito um apelo aos presidentes regionais e ao
320 conjunto de secretários para que possa ser feito um movimento para seja garantida a informação. Dra. Denise
321 Mascarenhas perguntou se o MS já encaminhou para o Dr. Andrés Castro uma solicitação nos seus recursos. Falou
322 que o MS fez uma avaliação positiva, considerando o seu limite financeiro de cento e dois vírgula setenta e quatro por
323 cento, dando parecer favorável. Dr. Andrés Castro respondeu que esse documento ainda não chegou em suas mãos.
324 O Senhor Coordenador convidou Dr. Lindemberg Costa para apresentar a questão do fluxo de fornecimento de
325 medicamentos da farmácia básica, dois mil e sete. Dr. Lindemberg Costa salientou que as prioridades do governo
326 foram: farmácia popular, medicamento em casa e BAHIAFARMA. Elucidou que tem trabalhado na implantação do
327 modelo de gestão baseado em resultado. Explanou que o Programa Estadual de Medicamento em Casa, que é um
328 projeto que se encontra em elaboração, que a primeira minuta será entregue na próxima quarta feira e que a atenção
329 básica, auditoria, assistência farmacêutica, regulação e os Correios estão trabalhando em parceria. Pontuou que esse
330 programa é a entrega domiciliar de medicamentos a pacientes do Sistema Único de Saúde para hipertensos e

331 diabéticos em controle da doença, cadastrados nas Unidades de Saúde da SMS. Trouxe à baila que o elenco básico
332 que cobre hipertensão e diabete é: Captopril, Hidroclorotiazida, Propranolol, Nifedipina, Glibenclamida, Acarbose,
333 Metformina e Medicamentos para o planejamento familiar. Informou que do Projeto Saúde Bahia, são quatro ações
334 paralelas a esse projeto, que são: Ação um - curso sobre uso racional para multiplicadores (Prescritores e
335 dispensadores) – modelo da OMS; ação dois: cursos de capacitação em atenção básica para farmacêuticos novos e
336 farmacêuticos municipais; ação três: revisão e atualização da Rename Estadual; ação quatro – seminários de
337 assistência farmacêutica, para o lançamento dessa atualização do elenco e produto final que será realizado em dois
338 mil e sete. Proferiu que a outra questão que está sendo trabalhada é a informatização da gestão da assistência
339 farmacêutica. Pontuou que será iniciado, a partir de dois mil e sete, um projeto de implantação da informatização, já
340 que atualmente toda a assistência farmacêutica é gerenciada em planilha de excel, tanto alta complexidade como
341 atenção básica. Lembrou que é impossível atualizar os municípios na necessidade necessária. Esclareceu que uma
342 coisa importante que será implementada é a informatização via WEB. Explicou que a outra melhoria que esta sendo
343 implementada é com relação à comunicação, pois serão implantadas vinte linhas de comunicação com a CEFARBA.
344 Ponderou que a também haverá a ampliação do horário de atendimento, sendo das sete até às dezessete horas.
345 Falou que as ações realizadas foram: diagnóstico situacional; fusão do atendimento de saúde mental, mais
346 assistência farmacêutica básica; regularização da contra partida estadual, somente com a declaração SIFAB;
347 melhoria do abastecimento, reestruturação do atendimento e aumento da equipe de farmacêuticos. Explanou que no
348 primeiro trimestre foram agendados cento e dez atendimentos, onde noventa e cinco foram atendidos e que o
349 complemento desses que não foram atendidos, foram reagendados. Disse que com relação às pactuações, existem
350 dois tipos: parcialmente centralizada no Estado, que é fundo a fundo e existem cento e vinte e cinco municípios;
351 parcialmente descentralizada no município, que são duzentos e noventa e dois municípios. Salientou que as
352 principais mudanças da pactuação são que os municípios devem apresentar: alvará da vigilância sanitária dos locais
353 de armazenamento dos medicamentos; termo de responsabilidade do farmacêutico responsável pela assistência
354 farmacêutica municipal; plano municipal de assistência farmacêutica atualizado. Mencionou que os municípios
355 também não podem ter pendência na prestação de contas através do SIFARBA, que município deve encaminhar à
356 DASF/ CIB os documentos comprovando o cumprimento dos citados para regularizar a prestação de contas. Elucidou
357 que todos os municípios que tem pendência estão sendo chamados. Identificou um problema na questão do saldo
358 federal de não poder gastar o recurso de alguns dos componentes em outros. Sugeriu duas propostas; que se faça
359 esta flexibilidade no elenco e no aumento do elenco com diversificação que irá ocorrer em atualização na relação
360 Estadual de Medicamentos. O Senhor Coordenador pontuou para fins de deliberação que a proposição que a SESAB
361 possa propor ao Ministério da Saúde uma flexibilização na utilização dos recursos federais repassado para todos
362 aqueles sub-blocos. Lembrou que a recurso que vem para Renite, Asma, hipertensão, diabetes, elencos farmácia
363 básica e quarto e a contra partida do Estado. Colocou que a SESAB verifique com o Ministério da Saúde e apresenta
364 proposta na CIB que possa flexibilizar o montante financeiro somado podendo ser utilizado de acordo com as
365 necessidades dos municípios. Foi também apresentado à segunda proposta de abrir o processo de revisão da lista;
366 citou que terá de desenvolver um debate com COSEMS para rever o elenco de medicamentos que estão sendo
367 estabelecidos. E que as mudanças que já foram feitas dos municípios para facilitar o acesso dos municípios para
368 receber os medicamentos como mudança no horário da distribuição, tentando aprofunda este processo. Informou que
369 foi reduzido para vinte dias o tempo de espera. Lembrou que foi registrado na CIB passada que ficou um débito dos
370 anos dois mil e cinco e dois mil e seis no valor de R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais) para o conjunto dos
371 municípios. O Senhor Coordenador colocou para aprovação a proposta que a SESAB de que reconheça que foi uma
372 perda para os municípios e em reconhecimento o Estado se propõem a bancar os dois primeiros anos do programa
373 do medicamento em casa, para cada município. Salientou que independente do período que o município irá iniciar no
374 programa de medicamentos. Deu como exemplo se o município iniciou a seis meses depois da iniciação do
375 programa, ele só terá dois anos a partir do momento que ele aderir o programa. Colocou que com isto o Estado
376 estará cumprindo o déficit de um processo inovador da ampliação do acesso. O Senhor Coordenador passou a
377 palavra para Dra. Gisélia Souza que complementou que a nova Gestão com relação à Assistência Farmacêutica tem
378 a clareza que tem que melhorar a relação com os municípios, fortalecendo a gestão municipal, a descentralização,
379 melhora o relacionamento, qualificar a Assistência Farmacêutica na ponta porque é uma questão extremamente seria
380 porque o medicamento tem que ser tratado com uma seriedade que ele requer pelos custos que representa ao
381 sistema e risco que apresenta para a saúde se for mal utilizado. Pontuou que o medicamento é um sumo estratégico
382 fundamental que tem ser tratado com a seriedade que ele requer. Colocou que se percebe que no nível municipal a
383 qualificação do serviço de Assistência Farmacêutica está muita a deseja porque as condições de armazenamento
384 não são adequadas e os profissionais não são específico para trabalha com os medicamentos tendo que se dividir em
385 outras atividades. Colocou que não existe efetivamente nenhuma relação entre o quadro epidemiológico e perfil de
386 prevalência das doenças naquele município com a solicitação dos medicamentos sendo pedido de forma aleatória
387 sem critério técnico científico. Chamou atenção que a questão da Assistência Farmacêutica envolve o sistema como
388 todo e principalmente quem faz a Assistência Farmacêutica de fato na ponta. Pontuou que a idéia da Assistência
389 Farmacêutica nesta Gestão é fazer uma assistência de qualidade e integral com uso racional de forma que o
390 município seja parceiro. Exclamou caso contrário iremos continuar adquirimos, selecionando e atendendo mal porque

391 não existe uma correspondência entre a necessidade real e que a Assistência Farmacêutica faz a nível Central.
392 Pontuou que as medidas que esta nova Gestão na Assistência Farmacêutica tomou até o momento foram medidas
393 que tiveram que ser feitas urgentes, mas o que a Assistência Farmacêutica quer apontar em perspectiva para que até
394 o final do ano possamos melhorar a relação com o município. Citou que com a implantação do sistema de informação
395 irá possibilitar a SESAB o controle do estoque dos municípios e que tenham o acesso de forma transparentes e
396 democráticas. O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dr. Raul Molina, quanto à proposta do recurso Federal
397 juntamente com o do Estado, vê a necessidade de flexibilizar porque tem municípios que não tem caso de Asma e
398 não utiliza o medicamento podendo usar o medicamento de acordo com o perfil Epidemiológico da Região. E a
399 questão da contra partida dos últimos dois anos conforme Dr. Jorge Solla colocou que o valor R\$ 2.000.000,00 (dois
400 milhões de reais) e que nos anos dois mil e um a dois mil e dois a contrapartida esta em R\$ 54.000.000,00 (cinquenta
401 e quarto milhões de reais) que o Estado deve aos municípios. Pontuou que a atitude da SESAB em dar medicamento
402 em casa é uma forma de pagamento. Sugeriu que o Estado envolva o Ministério Público nestas questões porque
403 alguns Municípios foram ao Ministério Público reclamar a situação dos medicamentos nos Municípios. Dr. Wilson
404 Mendes colocou que a Superintendência da Assistência Farmacêutica coloque a responsabilidade nos municípios
405 porque quem assina o cheque é o município e muitas vezes não sabendo administra o recurso da Assistência
406 Farmacêutica. Pontuou se os municípios não estão fazendo de maneira inadequada o Estado tem que ensinar como
407 fazer porque o maior déficit nos municípios esta sendo na Assistência Farmacêutica. Lembrou que o Ministério
408 Público encaminha algumas demandas de medicamentos para o município sem que seja da sua responsabilidade o
409 fornecimento. Pontuou que vê de suma importância a parceria com Gestor de Município pequeno quando faz as
410 compras fica assustado com que vai acontecer com a Assistência Farmacêutica porque os municípios precisam
411 aprender a usar os medicamentos de forma racional e adequada para que possa os seus custos da saúde como todo
412 no Estado. Dra. Marta Rejane questionou para Dr. Lidemberg Costa se na próxima quarta-feira os municípios estarão
413 recebendo o projeto. Dr. Lidemberg Costa informou que será entregue a Secretario de Saúde do Estado na próxima
414 quarta-feira. Dra. Marta Rejane pontuou e quando será disponibilizado para os Gestores Municípios para que possam
415 ler porque não foi apresentada nenhuma proposta técnica de como iremos proceder em tais situações; como isto será
416 feito e como será o link com as equipes que assiste estes pacientes na ponta e se houve mudança de prescrição
417 médica como e que isto será encaminhado. Salientou que a ansiedade de como Gestora Municipal e ler a proposta
418 técnica para verificar se esta ou não compatível com a proposta de Gestão da Assistência Farmacêutica no
419 município. Dr. Lidemberg Costa informou que irá fazer cinco capacitações de Farmacêutico neste ano de dois mil e
420 sete, e que existe na Universidade banco de dados de dados de bons profissionais com análise de currículo. Quanto ao
421 projeto, explicou que tem um detalhamento de critério de inclusão e exclusão de municípios e de acompanhamento
422 de pacientes, tenho uma proposta estruturada com Atenção Básica incluindo na porta de entrada o Programa de
423 Saúde da Família com critérios de inclusão; citou exemplos quando um paciente de hipertensão esteja estabilizado a
424 mais de três meses com a sua pressão para então ser incluso no projeto, caso contrario não terá sentido
425 disponibilizar a unidade básica do controle e avaliação deste paciente. Dra. Gisélia Souza colocou que a questão da
426 Assistência Farmacêutica é uma dívida antiga que o SUS - Sistema Único de Saúde e que hoje no País que sempre
427 foi relegada. Concordou com a fala de Dra. Marta Rejane que é um saco sem fundo os municípios gastam muito mal,
428 e que os Prefeitos chegam a falar que gasta tanto por que; Pontuou que o Secretário do Estado Dr. Jorge Solla esta
429 trazendo a Assistência Farmacêutica para a decisão política, gestão política para que a Assistência possa decidir no
430 âmbito da Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite esta que nunca foi enfrentada, podendo orienta, treina, ajuda
431 na seleção os municípios. Solicitou que os municípios participem e ajudem a Assistência Farmacêutica na questão da
432 RENAME e que será revista. Colocou a equipe da CEFARBA - Farmácia Básica de Saúde Mental a disposição em
433 esclarecer e ajuda nas dificuldades dos profissionais em elabora de planilha, adequação de pedido, alocação de
434 valores. O Senhor Coordenador solicitou que seja encaminhada a documentação ao Ministério da Saúde propondo
435 que possa flexibilizar a aplicação de recurso da contra partida Estadual quanto os recursos Federais entre todos
436 aquele elementos. E montar um grupo técnico para rever o elenco, e que a SESAB faça uma transposição deste
437 débito existente da contra partida Estadual para implantação do programa de medicamento em casa que será
438 posteriormente negociado com a sua normalização. Chamou atenção quantos aos municípios que queiram solicita a
439 mudar da habilitação da Assistência Farmacêutica que hoje o recurso esteja vinho para o recurso Estadual e deseja
440 passar a receber recurso Federal no Fundo municipal esta liberada, tendo que apresenta individual apresentando o
441 cumprimento dos requisitos que são exigidos para esta aprovação a SESAB para que possa encaminha ao Ministério
442 da Saúde. Pontuou que os municípios que recebem o recurso pelo Federal e queira passar para o Estadual podem
443 encaminha solicitação para a SESAB analisa. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Luis Eugênio Souza
444 sugeriu para os municípios que desejem fazer esta mudança antes de fazer formalmente tenha uma conversa com a
445 Assistência Farmacêutica com CEFARBA para obter as orientações dos requisitos para fazer o pedido. Exclamou que
446 os municípios pensem bem antes de fazer a mudança. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Felizberto
447 Presidente do CONER da Macro Oeste colocou que este assunto foi pauta de discussão na reunião de Ibotirama e
448 que estes municípios que estão solicitando transferência deve-se aos aspecto já discutido na CIB e que a distância
449 dos municípios é mais de 1000 km para Salvador gerando uma grande dificuldade para conciliar esta logística.
450 Pontuou que diante de toda dificuldade é que nós reforçamos este pleito. Solicitou que a CIB possa avaliar com

451 bastante carinho devido a distância dos municípios para Salvador que é 1150 km. O Senhor Coordenador pontuou
452 que não tem nada contrário a solicitação que os municípios estão apresentando de mudar o formato de habilitação
453 para o município receber direto do Fundo municipal, apenas a SESAB esta registrando que o pleito tem que ser
454 apresentado individualmente cumprindo o pré-requisito para que possa ser encaminhado para o Ministério da Saúde.
455 Quanto ao saldo pendente o que for do mês de janeiro para frente esta disponível na CEFARBA e o saldo do mês de
456 dezembro do ano dois mil e seis anterior a esta Gestão irá ser contemplado com a implantação do programa
457 medicamento em casa que os municípios terão dois anos exclusivamente financiados pela Gestão Estadual. Dando
458 continuidade, convidou Dra. Suzana Ribeiro para apresenta o Termo de Compromisso de Gestão do município de
459 Paulo Afonso. Informou que o município esteve reunido na SESAB com alguns representantes do COSEMS e o
460 grupo técnico correspondente aos eixos e fizeram uma discussão com algumas ponderações e identificaram as
461 dificuldades, mas o município se propôs a encaminha o Termo. Lembrou que o COSEMS definiu anteriormente que
462 estaria apoiando os Termos de Compromisso de Gestão Municipal após assinatura do termo Estadual. Pontuou que o
463 COSEMS fez uma revisão e reconsideração a este monitoramento por conta que o município de Paulo Afonso tem
464 demandas emergências e dentro do Projeto Saúde Bahia tem que implantar a microregião e Paulo Afonso é sede de
465 micro, e tem também a municipalização do hospital, além disto, tem uma demanda grande e os municípios da região
466 junto com Paulo Afonso sinalizaram ao COSEMS a necessidade do ponto de visto Político da própria Microregião de
467 avança naquele espaço. Exclamou que por conta deste ponto vista o COSEMS reconsiderou, e considerando
468 também que existem dois pedidos na SESAB dos municípios de Itamarajú e Belo Campo. Comunicou que o
469 COSEMS avaliou que não daria para esta encaminhando os outros dois municípios porque não houve tempo hébil
470 para desenvolver o trabalho que foi feito com Paulo Afonso nos municípios de Itamarajú e Belo Campo. Colocou que
471 levando em consideração que o Estado esta programando a assinatura do Termo para o mês de maio e que na
472 próxima reunião da CIB estará apresentando o Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Pontuou que o
473 COSEMS entendeu que o piloto que foi feito com Paulo Afonso da sustentação para aprovação com isto o COSEMS
474 propôs que o termo seja aprovado na CIB e que os municípios que estão pendentes sejam pautados na próxima CIB
475 como Itamarajú e Belo Campo junto com o Termo do Estado. Informou que todos os municípios que irão assinar o
476 Termo de Compromisso Municipal passarão por este processo através de Seminário no mês de junho do ano dois mil
477 e sete, que o COSEMS tem discutido com a Diretoria de Planejamento no sentido de esta estruturando e discutindo
478 tecnicamente com os municípios para estarem assinando o Termo de Compromisso Municipal com o apoio a nível
479 regional e Secretaria Estadual. Não havendo nenhuma observação foi aprovado o Termo de Compromisso de Paulo
480 Afonso. Parabenizou o município de Paulo Afonso registrou que paralelo o processo de formalização do Termo de
481 Compromisso de Gestão esta sendo iniciado o processo para municipalização do Hospital Regional de Paulo Afonso
482 que é um Hospital Estadual que está terceirizado e que a SESAB já fez a comunicação a Empresa SM que é
483 responsável pela terceirização do Hospital estabelecendo um prazo de (60) sessenta dias para rescisão do contrato e
484 devolução do Hospital a Gestão Pública. Comunicou que a SESAB esta em conversa com a CHESF que é
485 proprietária de grande Hospital no município de Paulo Afonso para que esta unidade venha a se integrar ainda mais
486 ao Sistema Único de Saúde - SUS. O Senhor Coordenador convidou Dra. Suzana Ribeiro para trata da pauta da
487 Rede de Oncologia do município de Feira de Santana. Dra. Denise Mascarenhas para pontuar a respeito da
488 solicitação da Rede de Oncologia que solicitou que a garantia do funcionamento temporário do serviço até doze
489 meses. Dra. Denise Mascarenhas esclareceu que na ultima reunião da Rede de Oncologia devido a Rede Estadual
490 não ser homologado e esta sendo revisada o município de Feira de Santana solicitou a garantia do funcionamento
491 temporário até doze meses e conforme a Técnica do Ministério presente na reunião informou que a Portaria coloca
492 que é até doze meses a conta da homologação do Ministério. Pontuou que o projeto do CACON de Feira de Santana
493 já passou pelo INCA com avaliação. O Senhor Coordenador sugeriu que aguarde a oficina nos dias vinte e oito e
494 vinte e nove do mês de maio com o Ministério e após a oficina teremos melhores condições para avaliar melhor a
495 forma que o Ministério irá conduzir este processo e quais as dificuldades que o Estado irá ter em cada um dos
496 processos porque não é só Feira de Santana que esta tendo preocupação, outros municípios estão com problemas
497 referentes a esta questão. E na próxima CIB iremos ter condição de uma melhor avaliação. O Senhor Coordenador
498 abriu para o que ocorre. Informou que apenas 86 (oitenta e seis) municípios entregarão o Relatório de Gestão do ano
499 dois mil e seis e que os prazos já encerram no dia trinta de abril. Ficou prorrogado para o dia 30 de junho de 2007. Dr.
500 Geraldo Mazella pontuou a necessidade de repactuação na macro extremo sul especificamente em Teixeira de
501 Freitas. Vários municípios começaram a fazer pontuações em relação a necessidade de revisão da PPI. O Senhor
502 Coordenador sugeriu que Dr. Humberto Torreão fala uma reunião com o pessoal da Extremo Sul com todos dados
503 que foi acordado, verifica e faz análise e apresenta na próxima CIB Estadual. O Senhor Coordenador informou que
504 teve uma conversa com o Ministro da Saúde levantando a situação preocupante dos municípios em Gestão Plena no
505 Estado da Bahia que a maioria absoluta não tem aumento de teto financeiro á muito tempo. Informou que o Ministro
506 demonstrou a possibilidade de abrir uma negociação. O Senhor Coordenador sugeriu uma proposta de apresentar
507 em nome da CIB uma solicitação ao Ministério de aumento linear do Teto para todos os municípios em Gestão Plena
508 com base no Teto da média complexidade. Explicou o porquê da média é que o teto da alta complexidade é um
509 processo que o Estado terá que rever a rede e relocar o recurso em função da oferta existente do que será
510 estabelecida. E que já foi feito um levantamento seria o valor de R\$ 2.100.000,00 (dois milhões e cem mil reais) por

511 mês não incluindo o município de Salvador se o Estado trabalha-se com aumento de 10%. Colocou que não sabe se
512 o Estado irá conseguir. Dra. Poliana - Secretária de Saúde de Riberão do Largo colocou que não conseguiu fecha a
513 PPI devido a doze municípios, com isto estamos prejudicando o município de Vitória da Conquista porque atende a
514 todos. Pontuou que a mesma situação de Vitória da Conquista é igual á de Teixeira de Freitas O senhor Coordenador
515 pontuou que é extremamente critico ao processo de PPI porque dispersa recurso financeiro e tende esvazia
516 financeiramente os principais pólos prejudicando o município que organiza a sua oferta pública própria. Sugeriu que
517 se forme um grupo de trabalho com representantes do COSEMS e SESAB e nos últimos trinta dias um investimento
518 para vê o que se pode fazer para melhora a situação mais drástica. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.
519 Washington Couto informou que estaremos realizando no período de 09 a 11 de setembro de 2007, a VII Conferência
520 Estadual de Saúde, no Centro de Convenções da Bahia, tendo a previsão de 1200 participantes, com as etapas
521 municipais deverão ocorrer impreterivelmente até o dia 05 de agosto de 2007, com envio de relatório até esta data
522 para a SESAB. Pontuou que terá como eixo temático central a Saúde e Qualidade de Vida, Políticas de Estado e
523 Desenvolvimento. O Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou
524 a próxima reunião ordinária para o dia 14 de junho de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que
525 tratar, eu, Candice de Almeida Rocha. lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e
526 aprovada. Salvador, 10 de maio de 2007.

527

528 Jorge José Santos Pereira Solla _____
529 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
530 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
531 Lorene Louise Silva Pinto _____
532 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
533 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
534 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
535 Andrés Castro Alonso Filho _____
536 Suplente : Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
537 Washington Luís Silva Couto _____
538 Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza _____
539 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
540 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
541 Suplente: João Alberto Viana Amaral _____
542 Denise Lima Mascarenhas _____
543 Suplente: Wilson Martins Mendes _____
544 Mara Lúcia Conduru Loureiro _____

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571