

## Ata da 151ª Reunião Ordinária de 2007

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

1  
2  
3 Ao dez dias do mês de julho do ano de dois mil e sete, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia –  
4 SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo  
5 da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla –  
6 Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da  
7 CIB e Presidente do COSEMS, Dra. Lorene Louise Silva Pinto, Gisélia Santana Souza, Dr. Andrés Castro  
8 Alonso Filho, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Wilson Martins Mendes, Angeli Santos Matos, Dr.  
9 Washington Luís Silva Couto. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta à  
10 sessão, colocando em discussão e aprovação à ata da Reunião 150ª da CIB, enviada anteriormente aos  
11 membros, que foi aprovada a unanimidade. O Senhor Coordenador passou a leitura dos expedientes  
12 encaminhados a CIB para deliberação: 1 - Indicação de um suplente da titular Dra. Denise Lima Mascarenhas  
13 como representante da CIB na Câmara Técnica do Núcleo Estadual do SIOPS – Foi escolhido Dr. Wilson  
14 Mendes – Secretário do Conde; 2 - Homologação do Termo de Compromisso do Pacto de Gestão do  
15 Município de Itamaraju – foi aprovado; 3 - Credenciamento dos CAPS I do município de Irará - foi aprovado; 4  
16 - Termo de adesão ao programa de humanização no pré-natal e nascimento nos municípios de: Crisópolis,  
17 Firmino Alves, Mansidão e Paripiranga – foi aprovado; 5 - Qualificação de equipes de saúde bucal nos  
18 municípios de Arataca e Itagimirim, com parecer favorável da área técnica – foi aprovado; 6 - Aprovação das  
19 solicitações de remoção dos servidores da FUNASA, cedidos a SESAB José Bastos Ramos Filho, da 18ª  
20 DIRES/Itaberaba para FUNASA/BA, Maria Messias Furtado C. De Araújo, da 25ª DIRES/Barreiras para  
21 FUNASA/BA, Augustinho José Ferreira, da 28ª DIRES/Senhor do Bonfim para 15ª DIRES/Juazeiro, João  
22 Macedo Santos, da 28ª DIRES/Senhor do Bonfim para 15ª DIRES/Juazeiro e Valtemir Souza Santana, do  
23 PIEJ – Centro de Referência em Doenças Endêmicas - Pirajá da Silva para FUNASA/BA - foi aprovado.  
24 Em seguida, o Senhor Coordenador convidou o Dr. Andrés Alonso, para fazer a apresentação sobre a  
25 municipalização do Hospital de Paulo Afonso e aumento do teto financeiro. Dr. Andrés Alonso salientou que o  
26 cenário atual tem como serviços terceirizados a SM – Assessoria Empresarial e Gestão Hospitalar, com um  
27 valor mensal de trezentos e noventa e um mil reais, um valor anual de quatro milhões seiscentos e noventa e  
28 dois mil reais. Informou que a assinatura do contrato foi feita no dia vinte de outubro de dois mil e seis, com a  
29 validade de um ano, tendo a rescisão contratual no dia seis de julho de dois mil e sete. Elucidou que os  
30 serviços oferecidos são: urgência/emergência, onde a unidade deverá funcionar nas vinte quatro horas do  
31 dia, durante os sete dias da semana; a emergência com médicos plantonistas nas especialidades de  
32 pediatria, clínica médica, clínica obstétrica, ortopedia, anestesiologia e clínica geral; ambulatório; hemocentro  
33 (unidade de coleta e transfusão); internações em clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia; laboratório  
34 de análises clínicas, exame de imagem e eletrocardiograma. Proferiu que a situação atual do teto financeiro é  
35 um valor programado em oito milhões quatrocentos e dezessete mil seiscentos e sessenta e dois reais e vinte  
36 e cinco centavos, com o TCEP no valor de um milhão quatrocentos e noventa e três mil seiscentos sessenta  
37 e oito reais e vinte e um centavos, com um valor – municipalização de seis milhões novecentos e vinte e três  
38 novecentos noventa e quatro reais e quatro centavos. Citou que a retomada da gestão em seis de julho de  
39 dois mil e sete teve os seguintes critérios: descumprimento das metas, ausência de transparência nos  
40 critérios para valores contratados, fortalecimento da assistência e o fortalecimento da gestão municipal. Citou  
41 que o acréscimo de três milhões cento e noventa e oito mil trezentos e trinta e um reais e oitenta centavos,  
42 não corresponde exatamente ao valor total dos doze meses, por conta do termo de compromisso entre entes  
43 públicos, portanto está subtraído do valor total do contrato, o que resulta num teto atual no município de  
44 Paulo Afonso para ser aprovado na CIB, no valor de onze milhões seiscentos e quinze mil novecentos e  
45 noventa e quatro reais e cinco centavos anual. O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dra. Marta  
46 Rejane de qual fonte vai ser retirado o dinheiro para o pagamento deste acréscimo ao teto do município de  
47 Paulo Afonso. O Senhor Coordenador explicou que existe um recurso federal, que pelo termo de entes  
48 públicos é alocado no teto do Estado, onde desse recurso será abatido o que era do termo de entes públicos  
49 e a diferença será repassada para o teto do município de Paulo Afonso. A proposta apresentada por Dr.  
50 Andrés Alonso foi colocada para votação. A proposta foi aprovada. O Senhor Coordenador convidou o Dr.  
51 Bruno Guimarães para fazer a apresentação dos projetos municipais de fortalecimento da gestão do trabalho  
52 e da educação na saúde PROGESUS, etapa três. Deu início à sua apresentação explicando como surgiu o  
53 PROGESUS no Brasil, salientando que foi feita pesquisa pelo CONASS e a Rede de Observatório da  
54 Universidade do Rio de Janeiro em dois mil e quatro, onde foram analisados os principais problemas  
55 identificados para gestão de recursos humanos no SUS, sendo consideradas três áreas problemáticas e  
56 prioritárias: estrutura, gestão e desenvolvimento. Mencionou que essas pesquisas foram feitas pelo CONASS,  
57 voltada para os estados e o DF, e as capitais e a Universidade do Rio de Janeiro fez pesquisas voltadas para  
58 os municípios acima de cem mil habitantes, onde foram cerca de duzentos e seis municípios. Proferiu que  
59 foram identificados problemas, como: gestores sem qualificação formal, sem autonomia na utilização de  
60 recursos orçamentários ou contratação ou contratação de pessoal, falta de planejamento das ações, as folhas

61 de pagamento sendo utilizadas como principal fonte de dados e ausência de sistema de informação de RH.  
62 Elucidou que a partir desse diagnóstico, foi estruturado o PROGESUS, que foi discutido para que fosse  
63 garantido que tivesse dois eixos prioritários no pacto de gestão - educação e gestão do trabalho. Mencionou  
64 que o PROGESUS tem como objeto a colaboração técnica e financeira na execução de projetos voltados ao  
65 fortalecimento dos setores de gestão do trabalho e da educação das secretarias de saúde de Estados, do  
66 Distrito Federal ( DF ) e de municípios. Pontuou que nos componentes, existe o componente um, que é  
67 voltado para financiamento e modernização, que é o componente que está para ser aprovado os projetos; o  
68 componente dois é a questão do sistema de informação; o componente três é voltado para capacitação das  
69 equipes; o componente quatro é a participação. Citou que as etapas de desenvolvimento aconteceram nos  
70 Estados, DF e capitais (primeira etapa) – etapa já cumprida. Ponderou que a segunda etapa já foi feita, e  
71 ocorreu nos municípios com mais de mil empregos em saúde. Falou que a terceira etapa será com os municípios  
72 com menos de quinhentos empregos públicos. Mencionou que os requisitos para elaborar e configurar esses  
73 projetos são: possuir setor no organograma da secretaria de saúde ou inserção em prazo certo; possuir área  
74 física na secretaria com equipe específica ou instalação em prazo certo; aderir aos componentes três e  
75 quatro; apresentar plano de qualificação; apresentar plano de estruturação. Citou que o atual componente é o  
76 de financiamento e que o projeto tem que ter uma estrutura, onde é preciso haver um ato formal de criação  
77 do setor ou previsão de sua inserção no plano, uma planilha de custos e quando já existente, é preciso haver  
78 descrição da sua área física ou previsão para a sua instalação. Disse que em relação ao plano de  
79 qualificação, é preciso haver uma programação das ações e prazos necessários para superação das  
80 dificuldades identificadas na justificativa do Projeto. Arrazoou que em relação ao Projeto, é preciso haver uma  
81 declaração de adesão, alimentação e atualização do sistema nacional de informações, porque é um sistema  
82 que agrega e compartilha as ações no campo da gestão e da educação, que se encontra em  
83 desenvolvimento no MS. Disse ainda que é preciso haver um termo de compromisso de participação nas  
84 ações do componente três, um ato formal e um ofício de encaminhamento do Projeto assinando pelo gestor,  
85 para análise e posterior encaminhamento para o MS. Elucidou que no componente dois, que é o sistema de  
86 informação, os requisitos são: equipamentos com configuração adequada às exigências do sistema e  
87 profissional a ser capacitado na operação. Salientou que em relação a isso, existe um recurso que o teto é de  
88 dezesseis mil reais para os municípios, onde os municípios estarão garantindo uma planilha orçamentária  
89 para fazer a aquisição de equipamentos. Proferiu que no componente três, que é a capacitação, tem como  
90 requisitos a designação de profissional a ser capacitado e atendimento às exigências metodológicas do  
91 processo de capacitação ofertado. Pontuou que existe uma comissão no MS, que é formada pelo os  
92 seguintes setores: DEGERTS, DEGES, CGRH, DATASUS, CONASS, CONASEMS; que tem as seguintes  
93 atribuições: propor conteúdo e metodologia das ações de capacitação, definir conjunto de dados e  
94 alimentação do InforSUS, avaliar e classificar projetos da etapa quatro do PROGESUS, proposição de  
95 melhorias para o funcionamento dos setores, proposição quanto aos indicadores de avaliação de impacto do  
96 PROGESUS e propor aperfeiçoamento na execução do PROGESUS. Esclareceu que a Bahia se encontra  
97 hoje na segunda etapa, que compreende os municípios com mais de mil empregos públicos em saúde.  
98 Explicou que são quatro municípios: Camaçari, Feira de Santana, Vitória da Conquista e Ilhéus. Informou que  
99 esses municípios já enviaram os seus projetos e os mesmos já foram encaminhados para o MS. Explanou  
100 que na etapa três, que compreende os municípios entre quinhentos e mil empregos públicos em saúde, e que  
101 tinha um prazo, até a data de vinte e nove de junho, para entrega dos projetos. Pontuou que apenas os  
102 seguintes municípios enviaram os seus projetos e já foram encaminhados: Candeias, Serrinha, Juazeiro,  
103 Porto Seguro, Barreiras, Itabuna e Jequié. Elucidou que houve um contato com uma pessoa do MS, a qual  
104 disse que em uma semana estaria saindo uma portaria para ampliar o prazo para o envio ou readequação  
105 dos projetos. Dra. Estela, Secretária do município de Jequié, disse que o seu município foi contemplado na  
106 etapa três, mas que Jequié tem mais de mil empregos público. Citou que o seu município continua na etapa  
107 três, mesmo tendo comprovado que tem cerca de mil e trezentos funcionários. Dr. Bruno Guimarães  
108 respondeu que Jequié continua na etapa três, mas que quando a portaria for publicada, será aberto o  
109 precedente para os municípios poderem enviar documentos comprovando que já podem alterar a sua  
110 classificação inicial. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que gostaria de fazer algumas observações sobre o  
111 projeto do PROGESUS. Disse que houve uma reunião com os técnicos, um dia antes da à última reunião da  
112 CIB, onde foi considerado que é preciso estar remetendo novamente os projetos. Falou que poderia ser  
113 considerado que esses projetos fossem avaliados e fossem para o MS com parecer favorável da CIB. Citou  
114 que a estrutura dos projetos é a mesma; que existe uma orientação do MS para o preenchimento para a  
115 elaboração do projeto; que passa pela área técnica da SESAB; e que se todas que um município pleitear tiver  
116 que ser apresentado aqui irá haver uma perda grande de tempo. Sugeriu que fosse dispensada a  
117 apresentação e já passasse para o parecer da área técnica. O Senhor Coordenador colocou em discussão a  
118 proposta de Dra. Suzana e os projetos dos municípios de Serrinha e Porto Seguro. Foram aprovados. Dando  
119 seguimento a reunião, passou a palavra para Dra. Lorene Louise, que antes de iniciar a apresentação,

121 mencionou que a câmara técnica de vigilância sanitária do CONASS, na semana anterior, discutiu a  
122 possibilidade de agilizar a nova forma de repasse do recurso. Informou que os trinta e seis centavos que já  
123 vem agregado ao componente da atenção básica já vão direto para o município, mas que os vinte centavos  
124 que para um outro elenco de ações que o município assume, que equivale ao recurso de que os municípios  
125 que assinaram o termo de ajuste recebem atualmente. Esclareceu que já foi discutido com o COSEMS pela  
126 manhã. Pontuou que os municípios que assinaram o TAM até a presente data, já irão receber e será  
127 encaminhada resolução da CIB e o repasse continua para não ser interrompido. Apresentou Dra. Maria  
128 Hercília Valadares que faria uma apresentação da Regulamentação do Repasse dos recursos financeiros da  
129 VISA. Iniciou explanando que o bloco de vigilância em saúde vem regulamentar o repasse dos recursos  
130 financeiros federais do componente de vigilância sanitária do bloco de financiamento em vigilância em saúde,  
131 destinados à execução das ações de vigilância sanitária. Salientou que no componente de vigilância sanitária  
132 tem o TFVISA - Teto Financeiro de Vigilância Sanitária, que tem um piso estruturante (recursos PAB, ações  
133 para a estruturação e fortalecimento de gestão) e um piso estratégico (recursos Mac e taxas, Ações  
134 estratégicas para o gerenciamento do risco sanitário). Explicou que esse piso estruturante está composto  
135 pelos trinta e seis centavos, mas que prevê apenas a estruturação da vigilância sanitária e não a realização  
136 de algumas atividades. Elucidou que esse piso estruturante já está garantindo algumas atividades que os  
137 municípios já pactuaram através do antigo TAM e que já vem desenvolvendo no seu território. Informou que  
138 esse piso considerado como piso básico, o município teria que apresentar uma estrutura legal, com  
139 profissionais ou equipe de VISA investida na função por ato legal, instrumento legal de criação da visa, com  
140 definição de atribuições e competências, inclusão na estrutura organizacional da respectiva Secretaria de  
141 Saúde, código sanitário ou instrumento que viabilize a utilização de legislação estadual ou federal. Deu  
142 continuidade, salientando a estrutura física e recursos materiais: espaço físico para o desenvolvimento das  
143 atividades, aquisição de canais de comunicação: telefone/fax/internet, equipamentos específicos para  
144 fiscalização, os impressos (termos legais). Trouxe à baila que a estrutura administrativa e operacional, onde  
145 com o piso básico, só teria como competência, o cadastramento de estabelecimentos sujeito à vigilância  
146 sanitária, implantação e alimentação um sistema de informação, criação de normas para padronização de  
147 procedimentos administrativos fiscais. Salientou que o outro item é gestão de pessoas, onde o profissional ou  
148 equipe de VISA em número adequado ao desenvolvimento das atividades e um plano de capacitação para  
149 esses servidores de vigilância sanitária. Proferiu que as ações estratégicas para o gerenciamento dos riscos  
150 sanitários, que já seriam nesse elenco norteador, que seria o acréscimo de vinte centavos para os  
151 municípios. Disse que enquanto existe a lacuna de deixar de existir o TAM e passar a existir o pacto assinado  
152 pelo município, para compromisso a assunção dessas atividades, estaria sendo recebido automaticamente  
153 por esses municípios que tinham assinado o TAM com o Estado, e que para isso, estaria sendo desenvolvido  
154 inspeção sanitária, coleta de amostra para análise, notificação, investigação, atividade educativa para  
155 profissionais do setor regulado. Ainda como ação estratégica, destacou educação e comunicação em saúde,  
156 que seria a elaboração de materiais educativos, divulgação de alerta sanitário e atendimento às denúncias e  
157 reclamações. Salientou que em ações integrais à saúde, seriam as ações de notificação, investigação e  
158 inspeção conjunta com a vigilância epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e assistência, bem como  
159 a participação nos processos da educação destinados às equipes de saúde da família e ACS. Mencionou que  
160 as ações intersetoriais seriam as ações de intervenção no risco sanitário em parceria com a agricultura,  
161 saneamento, educação, meio ambiente, ciência e tecnologia e que as ações laboratoriais seriam com o intuito  
162 de estar fomentando a estrutura laboratorial para ações de monitoramento de produtos. Elucidou que o teto  
163 financeiro do estado tem um valor per capita de vinte e um centavos/ano, ou um piso estadual de vigilância  
164 de quatrocentos e cinqüenta mil reais, mais os recursos oriundos de taxa de fiscalização sanitária. Informou  
165 que o município receberia um valor de trinta e seis centavos por habitante/ano, ou municípios com menos de  
166 vinte mil habitantes receberiam um valor de sete mil e duzentos reais por ano. Ponderou que o piso  
167 estratégico iria complementar o piso básico com vinte centavos por habitante/ano, pactuados na CIB,  
168 conforme critérios que compõem o segmento de gerenciamento de risco do elenco norteador das ações de  
169 vigilância sanitária de cada município. Disse que a proposta é a seguinte: municípios que assinaram o termo  
170 de ajustes e metas, TAM, até a presente data, seriam autorizados o repasse automático desses vinte  
171 centavos do piso estratégico, até a assinatura do termo de compromisso do pacto de gestão. Dra. Suzana  
172 Cristina disse que na apresentação do COSEMS, foi feita uma proposta que pudesse incluir não só os  
173 municípios que já assinaram, mas também os municípios que já aderiram, que não saiu portaria, ou por  
174 ventura não tenham recebido recurso e os que encaminharam agora. Dra. Lorene Louise informou que todos  
175 os municípios que assinaram o TAM até a presente data, e os que a CIB já aprovou e foram encaminhados  
176 serão incluídos. Dra. Suzana Cristina disse que existe uma outra portaria que traz um anexo garantido  
177 Amargosa, São Félix, que não estavam contemplados. Dra. Lorene Louise salientou que era importante  
178 procurar a DIVISA para que seja feita uma resolução da CIB. O Senhor Coordenador elucidou que houve  
179 uma reunião do CONASS, há dois meses, onde houve a discussão dessa proposição e a primeira proposta  
180 aprovada era de pegar o valor todo e dividir por todos os municípios. Informou que fez questão de se

181 manifestar de forma contrária. Sugeriu que a DIVISA faça um cronograma de visita aos municípios que já  
182 estão com o TAM em atividade, para que seja feita uma avaliação do desenvolvimento das ações de  
183 vigilância sanitária. Proferiu que existem algumas situações que precisam ser reavaliadas, pois, fazendo as  
184 visitas, se for identificado que o município não está fazendo aquelas ações, é preciso que seja encaminhando  
185 à CIB a retirada desse recurso que está definido. Dra. Lorene Louise disse que na oficina de avaliação que foi  
186 feita em abril, já ficou acordado um cronograma junto com as regionais para fazer uma avaliação, inclusive já  
187 testando o instrumento de monitoramento, que é um instrumento que o estado assume no pacto e que é  
188 exercitado de forma muito discreta. O Senhor Coordenador perguntou se havia consenso, e havendo foi  
189 aprovado. Dando continuidade, convidou Dr. Lindemberg Costa para fazer a apresentação – medicamento  
190 em casa. Iniciou apresentando a logomarca e a caixa. Disse que esse programa é uma das prioridades do  
191 governo, onde teve um histórico de viagens para formação do projeto, equipe técnica com definição de custo,  
192 UBS e outros. Pontuou que a equipe foi bastante ampla, não só envolvendo a assistência farmacêutica, mas  
193 envolvendo também o centro de referência em diabetes, os correios, a atenção básica, a auditoria e o DMA.  
194 Salientou que esse programa é parte de uma política de assistência farmacêutica que está sendo desenhado  
195 para o Estado e está em fase de formatação e que irá envolver a formalização da inserção no organograma  
196 da Superintendência e a formalização da equipe técnica através de portaria tão logo o projeto seja iniciado.  
197 Mencionou que esse projeto é a entrega domiciliar de medicamentos a pacientes do SUS para hipertensos e  
198 diabéticos em controle da doença, cadastrados nas unidades de saúde do município. Salientou que como  
199 justificativas existem: a humanização do SUS, a comodidade dos pacientes; faz parte de uma política  
200 estruturante de assistência farmacêutica; descongestionamento da porta de entrada das unidades; diminuição  
201 do abandono do tratamento; benefícios à hipertensos, diabéticos, mulher em idade fértil do programa de  
202 planejamento familiar. Disse que as pontualidades desse programa são: induzir a política de produção de  
203 medicamentos, indução de uma política estruturante dos serviços de saúde, formação de recursos humanos,  
204 desenvolvimento de pesquisa, pode servir de modelo para o MS. Mencionou os critérios de inclusão,  
205 salientando a adesão do gestor municipal, através do termo de compromisso a ser elaborado, homologação  
206 do pacto estadual mediante os parâmetros recomendados pela coordenação estadual, adesão do município  
207 ao SISHIPERDIA e a implantação e implementação desse sistema nas unidades de saúde da área adstrita,  
208 tendo um percentual mínimo de trinta por cento dos pacientes cadastrados e acompanhados no sistema.  
209 Pontuou que isso é um critério que pode ser revisto, baseado na realidade de cada município. Deu  
210 continuidade aos critérios de inclusão, salientando a consonância com a política estadual de assistência  
211 farmacêutica com prestação de contas em situação regular conforme a Portaria dois mil e oitenta e quatro –  
212 GM; escolha dentro do município/distrito sanitário as unidades básicas de saúde - UBS que tenham cobertura  
213 de programa de agente comunitário de saúde e programa de saúde da família; garantia da realização de  
214 glicemias capilares nas unidades de saúde como rotina de serviço; garantia de esfigmomanômetros com  
215 manguitos para as diferentes faixas etárias (crianças, adultos) e obesos, assegurando a calibração dos  
216 referidos aparelhos de acordo com o protocolo da SBH; garantia da hemoglobina glicosilada como marcador  
217 de controle glicêmico dos pacientes que estarão recebendo os medicamentos em casa, conforme critérios  
218 estabelecidos no protocolo clínico; garantia da disponibilização de materiais educativos ao público-alvo e  
219 familiares: utilização correta de medicamentos; folder de orientação sobre o uso racional de medicamento;  
220 realização de sessões educativas nas UBS, tendo com público-alvo diabéticos, hipertensos, familiares ou  
221 responsáveis conforme programação e pactuação municipal; disponibilizar o serviço um núcleo de  
222 acompanhamento farmacoterapêutico contemplando as práticas de atenção farmacêutica e farmacovigilância;  
223 organização e resolubilidade dos encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade, mediante  
224 necessidade clínica do diabético e hipertenso, obedecendo os critérios de atendimento destes serviços;  
225 existência de laboratório clínico ou possibilidade de encaminhamento para os locais de referência que  
226 realizemos exames laboratoriais periódicos de controle do diabetes e hipertensos; assegurar o  
227 reagendamento às consultas nas UBS; disponibilidade de internet na UBS ou em local específico para o  
228 cadastramento dos pacientes através de software cedido pela SESAB. Sobre os critérios de inclusão,  
229 elucidou o perfil dos recursos humanos: prescritores já capacitados para prestar assistência ao paciente com  
230 diabetes mellitus e hipertensão arterial, assim como, participantes das reuniões de atualização científicas  
231 promovidas pelo centro de referência; profissionais capacitados para utilização dos protocolos clínicos  
232 vigentes (atenção básica, Ministério da Saúde e recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes e  
233 Hipertensão); realização de visitas domiciliares sistematizadas aos diabéticos e hipertensos, com frequência  
234 mensal, pelos agentes comunitários de saúde; profissional de nutrição como referência para assistir  
235 diabéticos e hipertensos que necessitem de consulta específica no DS/UBS; farmacêutico responsável na  
236 UBS onde houver o Programa de Medicamento em Casa. Mencionou os critérios de inclusão e o perfil dos  
237 pacientes diabéticos e hipertensos para o recebimento domiciliar: planejamento familiar; diagnóstico  
238 confirmado de diabetes tipo dois e/ou hipertensão arterial independente da idade, sexo ou cor; encontrar-se  
239 em fase estável do tratamento; ser matriculado na UBS e cadastrado no SISHIPERDIA; ter assiduidade às  
240 consultas (médicas, enfermagem e nutrição) nas UBS conforme especificado no Protocolo Clínico. Pontuou

241 que as prioridades são para os pacientes idosos; com limitações físicas; diabéticos com distúrbios mentais  
242 com laudo médico; diabéticos que moram sozinhos e/ou acompanhados, mas vivem da caridade pública;  
243 diabéticos ou hipertensos em idade produtiva que tem dificuldade de afastamento no trabalho para  
244 recebimento de medicamentos. Ponderou que os critérios de exclusão são: pacientes diabéticos em  
245 insulino-terapia plena (insulino-requerentes ou dependentes); pacientes que faltarem ao agendamento de  
246 duas consultas implicando na continuidade do tratamento; pacientes que necessitem de ajuste do tratamento  
247 por descompensação clínica – poderão ser retirados temporariamente. Trouxe à baila as fases de  
248 manutenção: níveis pressóricos estáveis de acordo com a média das três últimas aferições em consultas  
249 subseqüentes que não necessite de intervenção terapêutica imediata e/ou monitorização ambulatorial da  
250 pressão arterial (MAPA) com médias de pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD)  
251 considerados normais; pacientes com glicemias de jejum médias nas três últimas consultas, nos seguintes  
252 valores: < 126 mg/dl ou glicemia pós prandial < 160 mg/dl que não necessitem de intervenção terapêutica  
253 imediata ou HbA1C dentro dos limites da normalidade ou até oito por cento. Elucidou que recentemente  
254 foram incluídas a estatinas e AAS, mas que ainda haverá uma discussão para definir se será incluso esse  
255 elenco. Disse que o elenco básico para esse programa, é o elenco de hipertensão e diabetes disponíveis para  
256 a atenção básica. Deu seguimento, aludindo a busca ativa de faltosos em duas consultas subseqüentes.  
257 Citou que os critérios serão estabelecidos a depender de cada município, mas que a idéia é que os agentes  
258 comunitários de saúde busquem os faltosos assim que forem identificados no sistema. Fez referência aos  
259 pacientes contemplados no programa, dizendo que será criado um grupo técnico para ser feita uma avaliação  
260 comparando com os grupos do tipo I. Trouxe à baila o macro fluxo, salientando que a porta de entrada será a  
261 unidade básica de saúde, que a partir daí será feito um cadastramento, preparação dos pedidos, expedição e  
262 o envio pelo correio. Pontuou que na situação atual será feito um teste em quatro municípios, para que se  
263 possa haver uma adequação e para que qualquer falha seja identificada. Mencionou que houve a visita a  
264 quatro municípios, onde houve: uma discussão com os secretários municipais de saúde e as equipes  
265 técnicas, correios, inclusão do planejamento familiar na fase final do projeto, inclusão do novo diretor da  
266 DMA, formação das equipes nos municípios, finalização da formatação do termo de compromisso,  
267 formatação do aditivo de contrato dos correios, apresentação do projeto às entidades e elaboração da  
268 logomarca. Citou que existe um planejamento de treinamento das equipes nas ferramentas dos programas;  
269 um contato com os possíveis patrocinadores e o acompanhamento das unidades de saúde para o programa.  
270 Esclareceu que Salvador ficou de fora no primeiro momento, com Madre de Deus houve uma reunião  
271 importante, Lauro de Freitas e Camaçari para testa os pilotos. Disse que esses municípios foram escolhidos  
272 por causa da proximidade e para poder adequar os diversos fluxos que existem. O Senhor Coordenador  
273 colocou em discussão. Dra. Suzana Cristina mencionou que no COSEMS essa proposta já havia sido feita e  
274 que as discussões foram esgotadas e todas as dúvidas foram retiradas. Pontuou que tudo ficou devidamente  
275 esclarecido e que o COSEMS apóia a proposta. O Senhor Coordenador parabenizou a assistência  
276 farmacêutica, a diretoria e todo o grupo de trabalho. Convidou Dra. Suzana Cristina para tratar da pauta do  
277 COSEMS. Dra. Suzana Cristina esclareceu que gostaria de ler uma carta aberta, que foi encaminhada por Dr.  
278 José Ney, vice-presidente da extremo sul. “ Ilustríssimo Senhor Presidente da CIB e todos os presentes.  
279 Venho através dessa ratificar a nossa confiança neste novo Governo, não mais tão novo, e na gestão do  
280 nosso Secretário de Saúde. Sem dúvida nenhuma, tornamos os defensores e divulgadores da nova gestão,  
281 no entanto nos preocupa o fato de podermos contar com o LACEN para realização de exames de alto custo,  
282 o que afeta mortalmente o programa de pré-natal. Acho também oportuno rogar para o bom senso; porque  
283 não utilizamos todo o potencial – do único hospital verdadeiramente público da nossa região? HPSDLEM - ,  
284 que durante as instabilidades políticas municipais continuou atendendo a população regional, sem solução de  
285 continuidade; para tanto, solicito colocar em discussão a alta complexidade para Porto Seguro e, não menos  
286 importante, o estabelecimento – transferência do serviço de quimioterapia – atualmente em clínica privada e  
287 dissociada de Unidade Hospitalar -, contrariando portaria ministerial, para o HPSDLEM. Sabemos que o  
288 HPSDLEM é uma unidade do Estado não sujeita as vicissitudes da política municipal e já esta pronta, do  
289 ponto de vista da estrutura física e de pessoal. Sr. Presidente/Secretário não nos deixe isolados, estamos –  
290 todos – sufocados financeiramente e, sem uma intervenção urgente, visando descentralização do poder  
291 econômico, submergiremos nas águas da retórica.” – José N. Carneiro Silva. Dra. Suzana Cristina disse que  
292 fez a leitura, porque houve uma discussão que envolve a questão, não só da rede de oncologia, mas que pela  
293 manhã chegou uma demanda de alguns municípios da vigésima quarta DRES, que fizeram uma reunião no  
294 município de Lagoa Real para discutir o monitoramento das ações em vigilância em saúde. Citou que uma  
295 das discussões que foi feita, foi a questão da carência do laboratório público para a realização do teste de  
296 HIV. Pontuou que isso se reporta a todas as outras macrorregiões. Mencionou que é considerado que a  
297 suspensão temporária pelo LACEN, não permite a realização desses exames, o que por isso solicitam a  
298 descentralização para região ou que seja cadenciado algum outro laboratório. Disse que o município de  
299 Vitória da Conquista oferta o serviço através do centro de referência do DST/AIDS, mas que existe um teto  
300 que prevê a oferta ao conjunto de municípios da macrorregião, porém, nem todos não estão contemplados.

301 Citou que são duas questões que trazem a discussão do serviço da descentralização do laboratório e  
302 também a questão da oncologia; que é um ponto que é para discussão, e considerando que existe a  
303 perspectiva do fortalecimento do Hospital Público de Porto Seguro, isso vem de encontro com o que vem  
304 sendo discutido em relação à rede de oncologia. Esclareceu que tem a demanda de Feira de Santana em  
305 relação aos serviços que já estão encaminhados junto à Santa Casa; existe também a questão de Vitória da  
306 Conquista, que embora esteja definido que seja um hospital público. Disse que ainda não houve um avanço  
307 no processo de operacionalização. Elucidou que existe uma preocupação no caso da oncologia, que é a falta  
308 de assistência à população a partir da data de primeiro de setembro. Mencionou que é preciso que se pactue  
309 na CIB, alguma forma para se resolver a questão. Na reunião do COSEMS foi pensado em ser proposto que  
310 fosse feita uma comissão junto com o Estado para acompanhar e visitar esses serviços que estão numa  
311 situação mais emergencial e que ainda não tem uma proposição de encaminhamento final, ou que tem, mas  
312 que tem dificuldades de operacionalizar. Citou que acredita que isso envolva Porto Seguro, porque existe  
313 essa discussão na região extremo sul. Informou que quanto a questão do LACEN, a proposta que o Estado já  
314 vem analisando, que é montar os laboratórios a nível regional, descentralizando o LACEN. Dra. Lorene  
315 Louise elucidou que em relação ao HIV, o que foi encontrado no LACEN, foi um desabastecimento, porque  
316 existe um teto no Estado para carga viral e HIV. Ponderou que já discutiu com a Dra. Suzana Cristina e com  
317 outros gestores municipais de que é necessário rever a distribuição do teto de carga viral e HIV. Proferiu que  
318 é muito limitada para toda a demanda do Estado. Esclareceu que realmente houve um desabastecimento  
319 sim, que havia doze processos na procuradoria desde de dois mil e seis e que só conseguiu retirar isso  
320 agora. O Senhor Coordenador salientou que dentro do Projeto Saúde Bahia, foi renegociada todas as bases  
321 com o Banco Mundial, e que uma das áreas estratégicas importante foi relacionada a questão da implantação  
322 de laboratórios regionais. Comentou que em breve se dará início à licitação dos equipamentos para que  
323 esses laboratórios sejam implantados. Quanto a questão da oncologia, ficou acertado que seria criado um  
324 grupo de trabalho composto por: Suzana, Denise, Geraldo Magela – pelos municípios e Humberto, Andrés,  
325 Cláudia e Mara Célia pela SESAB para que possam apresentar uma proposta para a próxima reunião da CIB.  
326 Dra. Suzana Ribeiro que solicitou em nome do COSEMS esclarecimento sobre a revisão da PPI, citou que  
327 tem uma demanda de municípios solicitando credenciamento e revisão com relação ao teto. Colocou que é  
328 preciso saber desta informação para que possa esta se colocando para os municípios qual é a perceptiva. Dr.  
329 Andrés Alonso colocou que já tem um calendário proposto de reunião das CIB Macros que inicia no dia doze  
330 do mês de julho, no entanto considerando o Congresso da ABRASCO – Associação Brasileira de Pós -  
331 Graduação em Saúde Coletiva e que este período será intenso com realização de Conferências Municipais e  
332 que todos os Secretários de Saúde estão envolvidos, propôs que a SUREG possa formular um novo  
333 calendário e que a partir do dia seis do mês de agosto quando já esta sendo concluído o processo da CIB  
334 Macro. E acompanhando o calendário das CIB Macro se estabeleça um cronograma de revisão da PPI.  
335 Pontuou que na próxima reunião da CIB Estadual seja apresentada uma proposta para revisão da PPI. Dr.  
336 Humberto Torreão colocou que nas reuniões da CIB Macro que serão ativadas possa se fazer a discussão de  
337 quais as necessidades de revisão e ajuste urgentes. Lembrou que matem a proposta de que no final do ano  
338 no decorrer do processo de Adesão dos Municípios ao Pacto e toda revisão do PDR a CIB discuta a revisão  
339 da PPI numa maneira mais abrangente, pensando inclusive nos critério de macro locação fazendo uma  
340 revisão global da PPI no final do ano. Agora, porém, só seria feitos estes ajustes e revisão da PPI/2003.  
341 Colocou em apreciação da CIB. O Senhor Coordenador colocou em discussão e foi aprovado por consenso.  
342 O Senhor Coordenador abriu para que ocorrer. Dra. Silvana Ribeiro colocou que uma Técnica do município  
343 de Salvador lhe entregou uma demanda do município em relação à contratualização do Hospital Martagão  
344 Gesteira relatando que o Ministério havia solicitado que a Contratualização do Hospital Martagão Gesteira  
345 fosse rei-enviada a CIB para apreciação do plano operativo porque foi considerada que a aprovação da a  
346 Contratualização do Hospital Martagão foi ad referendum a pois o prazo estabelecido pela portaria. A Técnica  
347 da Secretaria de Saúde de Salvador encaminhou a CIB para apreciação e aprovação. O Senhor Coordenador  
348 solicitou esclarecimento a Dr. Andrés Alonso. Informou que no dia nove do mês de julho teve um evento com  
349 as Santas Casa e foi discutido o processo de Contratualização com o município de Salvador e não  
350 mencionado nada a respeito do Hospital Martagão Gesteira. O Senhor Coordenador comunicou que existe  
351 um contrato de Contratualização assinado na data do dia onze do mês junho do ano dois mil e sete e  
352 publicado no Diário Oficial de 14 de junho de 2007. Sugeriu que já que foi aprovado entre a Secretaria  
353 Municipal de Salvador e o Hospital não vê nenhuma objeção. Solicitou a Dr. Andres Alonso verifique esta  
354 situação com relação a datas, prazo e documentação e preparada a ata da CIB e encaminhada ao Ministério  
355 da Saúde. Dra. Suzana Ribeiro colocou a questão da Saúde Bucal dos municípios de Governador  
356 Mangabeira que solicita mudança da modalidade I para modalidade II e município de Tanhaçu a qualificação  
357 de uma equipe de Saúde Bucal no município de Tanhaçu com parecer favorável da Dires. Dra. Heleni  
358 Carvalho Bastos Secretária de Saúde de Governador Mangabeira informou que a Diretora da Dires  
359 informou que iria enviar o parecer para a Diretoria de Atenção Básica da SESAB. Dr. Wilson Mendes pontuou  
360 que esta havendo atraso na entrega da documentação não sabe se por parte da Dires ou SESAB porque no

361 município de São Francisco do Conde esta com parecer favorável da 3ª Dires para PSF - Programa de  
362 Saúde da Família. Solicitou que estabeleça um prazo para este processo e ocorrendo algum problema na  
363 Dires que possa vir para a CIB com parecer da DAB. Dra. Jaqueline da área técnica Saúde Bucal informou  
364 que o fluxo de qualificação das equipes de Saúde Bucal no programa saúde da família modificou sendo  
365 aprovado na CIB o novo fluxo. Colocou que existiam algumas dificuldades das Diretorias Regionais de  
366 estarem realizando as visitas técnicas; informou que já esta entrando em um cronograma fixo das Dires. Dr.  
367 Ricardo da Diretoria de Atenção Básica informou que já foi identificado o problema junto a Dires e no mês  
368 de agosto a SESAB estará pactuando com todas as Dires visitando as macrorregiões para acertar o  
369 comprimento dos prazos para resolução da CIB. O Senhor Coordenador colocou que a questão das clínicas  
370 de Nefrologia já definido na CIB uma proposta de aumento de teto que já foi encaminhada ao Ministério da  
371 Saúde e que até o momento não respondeu. Exclamou que não podemos continuar com situações onde o  
372 Gestor autoriza toda produção e depois não paga. Propôs que a CIB juntamente com a SESAB e COSEMS  
373 formule um documento encaminhando a todos os municípios que estão com a gestão de serviço de diálise  
374 para que regularize esta situação. Colocou a SESAB a disposição para qualquer esclarecimento. O Senhor  
375 Coordenador passou a palavra para Dra. Marta Rejane Montenegro colocou que os pacientes de nefrologia  
376 são dependentes de terapia e o Município tem que garantir acesso; questionou quem irá pagar a conta é o  
377 Prestador ou Gestor. Informou que paga a conta é o município; questionou o município ira retirar do teto da  
378 média complexidade para pagar, como é orientação da antiga Portaria Ministerial que diz quando estorá o teto  
379 da alta paga com a média. Deu como sugestão, se for o caso retirar da câmara técnica porque quem não pode  
380 pagar a conta é o usuário e Prestador porque é questão de Gestão. O Senhor Coordenador solicitou que seja  
381 encaminhado ofício circular para todos os municípios e passar dar continuidade as medidas necessárias  
382 como cobra do Ministério da Saúde a resposta da solicitação que foi enviada. Dra. Suzana Ribeiro colocou  
383 que o município de Juazeiro remeteu na CIB do mês de junho uma proposta de internação domiciliar. O  
384 COSEMS comunicou que a CIB informou que havia Programação do Projeto Internação Domiciliar do Estado  
385 da Bahia. Pela segunda vez o município esta encaminhando esta solicitação de duas equipes domiciliar em  
386 Juazeiro; colocou que o COSEMS estará encaminhando o projeto para área técnica da SESAB para dar  
387 parecer ao município. Dr. Wilson Mendes questionou sobre a resolução CIB nº 115/2004 referente ao repasse  
388 do aumento do teto município de Feira de Santana. Dr. Raul Molina colocou que na reunião do COSEMS foi  
389 discutido a respeito desta resolução e houve dois encaminhamentos, um para que fosse tornado sem efeito a  
390 Resolução CIB nº 115/2004, e outro para que o GT de planejamento (SESAB/COSEMS) possa analisar e  
391 fazer uma proposta para a próxima reunião da CIB. O Senhor Coordenador fez uma observação que a PPI  
392 vigente foi criado no ano dois mil três e no ano dois mil e seis foram feitas algumas correções e ajustes, e  
393 esta resolução da CIB é do ano dois mil e quatro, sendo que o município de Salvador entrou em Gestão  
394 Plena em dois mil e seis. Colocou que foi informado que havia uma diferença entre a proposta que a SESAB  
395 queria impor ao município de Salvador e que o recurso alocado na época em Salvador era em torno de R\$  
396 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) e que o Ministro da Saúde do ano dois mil e seis, foi muito generoso  
397 com o município de Salvador aprovando um aumento de teto no montante de R\$60.000.000,00 (sessenta  
398 milhões de reais)/ano para garantir a solicitação do Estado. Pontuou que não consegue entender como a  
399 SESAB pode pega uma resolução da CIB do ano dois mil e quatro para retirar recurso do Teto de Salvador e  
400 alocando em outros municípios. Quanto a chamada câmara técnica que foi usada pelo Estado por muitos  
401 meses não existe mais saldo porque todo o recurso foi re-allocado em tetos municipais; deu como exemplo  
402 Irecê que foi recomposto o teto, e que outros municípios como Amargosa e Cruz das Almas que foram  
403 reduzido o teto. Colocou que a proposta apresentada por Dr. Raul Molina de discussão no GT de  
404 planejamento é razoável. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Marta Rejane Montenegro que  
405 esclareceu que o dinheiro novo que veio para Salvador era o teto que a PPI arbitrava sem as relocações com  
406 mais este recurso novo que compôs o teto, salvo engano o Estado ficou com esta diferença que tinha sido  
407 retirada os municípios. Colocou que para melhor esclarecimento consulta Dra. Iracema Paim ou Cristiane  
408 Macedo que foram quem trabalhou na época com a PPI ou fazer consulta nas atas da CIB porque este  
409 recurso não foi para Salvador e sim no Teto do Estado este recurso que corresponde aos vinte e dois.  
410 Informou que o recurso de R\$ 5.180.000,00 (cinco milhões e cento e oitenta mil reais) por mês foi recurso  
411 novo que completava a serie histórica de Salvador sendo a diferença da PPI e que era a produção do  
412 município. O Senhor Coordenador esclareceu que e fácil verificar esta questão na planilha publicada com  
413 alocação de cada um porque a partir da data que Salvador entrou em Gestão Plena o Estado da Bahia só  
414 tem sobre sua gestão os recursos que são alocados como Gestão Estadual LACEN - Laboratório de Saúde  
415 Pública Professor Gonçalo Muniz, HEMOBA - *Hematologia e Hemoterapia da Bahia*, e os valores que são  
416 estabelecidos para os municípios que não estão em Gestão Plenas, e a câmara técnica não existem. O  
417 Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Humberto Torreão pontuou que o recurso de Salvador não  
418 ficou no teto do Estado e que existe um pequeno recurso na câmara técnica que foi utilizado para o projeto  
419 regional de Juazeiro que não corresponde ao recurso de Salvador, trata-se de um recurso que ainda remete  
420 aos critérios utilizados da má locação de AIH da PPI 2003 e uma parte deste recurso ficou na câmara técnica;

421 citou que este recurso não vinha sendo explicitado onde estava sendo utilizado. O Senhor Coordenador  
422 informou qualquer alteração feita no teto é publicada no Diário Oficial da União para consulta da população.  
423 Agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o  
424 dia 08 de agosto de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Candice de  
425 Almeida Rocha, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.  
426 Salvador, 10 de julho de 2007.

427

428 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_

429 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_

430 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_

431 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_

432 Washington Luís Silva Couto \_\_\_\_\_

433 Lorene Louise Silva Pinto \_\_\_\_\_

434 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_

435 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_

436 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis \_\_\_\_\_

437 Suplente: Wilson Martins Mendes \_\_\_\_\_

438 Angeli Santos Matos \_\_\_\_\_