

1
2
3 Aos vinte dias do mês de setembro 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 da Bahia,
5 com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e
6 Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene
7 Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Carlos Alberto
8 Trindade, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos
9 Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Emerson Gomes Garcia,
10 João Alberto Viana Amaral, Wilson Martins Mendes e José Carlos Almeida. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor
11 Coordenador declarou aberta à sessão e dando início à ordem do dia, colocando em discussão e aprovação as atas da
12 152ª Reunião Ordinária e 2ª Extraordinária de 2007 que foi encaminhada por e-mail aos membros. Dra. Suzana Ribeiro
13 argumentou que as atas e a pauta chegaram apenas ontem e não houve tempo hábil para apreciação; solicitou à secretaria
14 da CIB que ambos sejam enviados com um prazo maior. O Senhor Coordenador sugeriu que as atas ficassem para
15 aprovação na próxima reunião ordinária e todos concordaram. Dando início à ordem do dia, efetuou a leitura dos
16 expedientes: 1. Termos de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento dos Municípios de Candiba,
17 Itaberaba, Jiquiriçá e Nova Itarana – Aprovado; 2. Aprovação do parecer da Diretoria de Planejamento e Gestão da
18 Educação e do Trabalho na Saúde – DPGET, dos Projetos Municipais de Fortalecimento da Gestão do Trabalho e da
19 Educação na Saúde – PROGESUS, Etapa III, das Secretarias de Saúde dos municípios de Paulo Afonso e Itaberaba -
20 Aprovado; 3. Aprovação da certificação do município de Sebastião Laranjeiras nas ações de Epidemiologia e Controle de
21 Doenças - Aprovado; 4. Aprovação das solicitações dos servidores da FUNASA cedidos à SESAB - Aprovado; 5. Termo de
22 Compromisso do Pacto de Gestão Municipal: Salvador, Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Mata de São João, Pojuca –
23 Aprovados e Vera Cruz que estava com pendências. Foi sugerido que se aprovasse ad referendum já que ficou faltando
24 apenas um documento não havendo nenhuma pendência técnica. O Senhor Coordenador colocou que Salvador, Porto
25 Seguro, Teixeira de Freitas e Vera Cruz já estavam em gestão plena, portanto basta cumprir os requisitos estabelecidos e
26 concordou com a aprovação ad referendum de Vera Cruz. Concordou com a aprovação de Mata de São João e Pojuca
27 porque entraram na pauta, mas propôs que a CIB não homologasse mais nenhum Termo de Compromisso do Pacto de
28 Gestão Municipal de municípios que não estejam em gestão plena, antes de definirmos o processo para tal, pois em
29 nenhum momento ficou estabelecido entre a SESAB e os municípios o fluxo para isso, ainda não foram negociados os
30 parâmetros a serem definidos. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que é preciso agilizar o processo de discussão do Pacto, pois
31 foi suspensa aquela metodologia de realizar seminários regionais, e como houve as conferências municipais e a
32 conferência estadual, ficou pactuado que após estes eventos o COSEMS e a SESAB discutiriam essa proposição, até
33 porque ainda existem pendências inclusive com relação à PPI. O Senhor Coordenador enfatizou que os municípios plenos
34 estão com o teto já definido e o Termo de Compromisso não altera a programação financeira nem a PPI, quando é um
35 município que não está em gestão plena, ele passa a ter um teto definido com a PPI hoje vigente, por isso agora vamos
36 esperar definir como conduzir estes aspectos que estão diretamente relacionados com a questão do Termo de
37 Compromisso de Entes Públicos para os municípios que não estão em plena. Dra. Suzana Ribeiro em nome do COSEMS,
38 solicitou à SESAB que possamos definir brevemente toda essa metodologia e esses encaminhamentos para que os
39 municípios não sejam prejudicados, inclusive aqueles que já estão se mobilizando para encaminhar seus Termos. Lembrou
40 que algumas regionais como a Sudoeste e a Nordeste ficaram com suas revisões de PPI 2006 comprometidas e seria o
41 caso de resolver emergencialmente estas macros que estão com pendências para depois começarmos a debater o pacto,
42 senão poderemos comprometer aqueles que tem urgência em estar assinando. Em seguida, o Senhor Coordenador
43 prosseguiu com os encaminhamentos da pauta: 6. Proposta Implantação/Expansão das Equipes de Saúde da Família e/ou
44 Equipes de Saúde Bucal nos municípios: Jiquitaia - Povoado de Campo Alegre de Lourdes -02 Equipes de Saúde da Bucal
45 – Mod. I, Povoado Levada - Campo Alegre de Lourdes - 02 Equipes de Saúde da Bucal – Mod. I, Povoado Serrotinho -
46 Coronel João Sá - 01 Equipes de Saúde Família - Mod. I, PSF Sede II Povoado Gasparino - Coronel João Sá - 02 Equipes
47 de Saúde Bucal – Mod. I e Belo Campo - 01 Equipe de Saúde da Família. – Aprovado. 7. Credenciamento do Laboratório
48 de Prótese Regional Dentária – LPRD no município de Guanambi – Aprovado. 8. Credenciamento do Laboratório de
49 Prótese Regional Dentária – LPRD, serviço Público vinculado ao Centro de Especialidades Odontológicas no município de
50 Candido Sales – Aprovado. Dra. Suzana Ribeiro informou que foi discutida no COSEMS essa questão das equipes de
51 saúde bucal e dos laboratórios e surgiu um questionamento, pois soube que aconteceu uma reunião com alguns
52 coordenadores de CEO dos municípios e foi informado que houve uma capacitação de coordenações para gestores de
53 CEO, portanto, gostaria de confirmar esta informação e saber quais foram os critérios porque alguns municípios que tem
54 CEO em seus municípios não foram comunicados e o COSEMS não tem informações para esclarecimento. Dando
55 prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador convidou Dra. Cláudia Almeida para apresentação da Avaliação
56 SIAB/CNES, conforme Portaria SAS/MS 311, de 14 de maio de 2007, que informou ter estado no COSEMS fazendo
57 esclarecimentos sobre o que está ocorrendo na questão do processamento. Esclareceu que temos hoje duas realidades, a
58 primeira delas diz respeito às informações que foram dadas e que houve perdas no banco de dados, principalmente quando
59 se transforma o nível de gestão – município/estado - estado/município; os municípios que fizeram a opção dele mesmo
60 transmitir pelo modo simultâneo também perderam todo o material, então as equipes ficaram zeradas e isso foi em todo o
61 Brasil, a estimativa é de que tenhamos uma perda de 20% do PAB variável, então já estamos entrando em contato com o
62 MS, com a DAB, e discutindo isso para tentar que eles paguem aos municípios ainda nesta competência. Uma outra coisa
63 foi a portaria que saiu ontem que na realidade não tem a ver com as inconsistências do programa, tem a ver com alguns
64 municípios que continuavam com suas equipes de saúde bucal e saúde da família com duplicidade de profissionais e essa

65 portaria está sinalizando quinze municípios em gestão plena, então precisamos corrigir estas questões do profissional,
66 estamos analisando o sistema e inclusive identificamos ACD com quarenta horas em PSF e quarenta horas no CEO, ou
67 corrigimos isso ou teremos problemas no próximo processamento. É preciso entender que hoje o CNES é uma prioridade
68 ou teremos que ficar o tempo todo correndo atrás do prejuízo, o que põe em cheque a estrutura do município, de uma
69 equipe da família, porque não vai ter dinheiro mesmo. Já baseado na nova portaria, identificamos no sistema em um
70 município pleno que uma enfermeira está fazendo parte de duas equipes, essa é a leitura que o sistema está fazendo.
71 Resumindo, são dois problemas, a questão da transmissão de dados e o outro são a questão das informações diárias dos
72 recursos de cada equipe de saúde. O Sr. Luciano Gomes chamou atenção para uma diferença que está ocorrendo, pois
73 quando a mudança do sistema do cadastro de profissionais sai do SIAB para o CNES, muda uma lógica que estava há
74 anos operando na atenção básica. Como a Portaria 648 dava um prazo de noventa dias para as equipes sem profissionais
75 poderem estar recebendo o repasse e a partir de noventa dias se não tivesse a equipe completa o MS iria cortar e o
76 acompanhamento disso era via SIAB, acontecia que os municípios continuavam mantendo o profissional cadastrado porque
77 se tirasse e a equipe ficasse como incompleta cortaria o recurso, então a própria orientação do MS era de manter o
78 profissional na equipe até conseguir outro, se após os noventa dias não conseguir e tiver duplicidade seria cortado. Tinha
79 essa possibilidade de ficar duplo o profissional durante noventa dias no SIAB sem haver o corte, no CNES a lógica do
80 funcionamento é diferente, por isso é preciso muita atenção porque se no CNES for identificada alguma inconsistência de
81 um dia, bloqueia o repasse do município, então é extremamente importante que quando o profissional sair do município seja
82 colocado como inativo no CNES. Outra coisa importante é uma maior falta de frequência de profissionais médicos até pela
83 característica do mercado, e após noventa dias com inativação de médico, tende-se a cortar o bloqueio; uma sugestão do
84 MS é que havendo falta de médico especificamente numa equipe de saúde da família após noventa dias, o interessante é
85 que no octogésimo nono dia se mude o cadastro daquela equipe no CNES como sendo equipe de PACS porque aí o MS
86 repassa o referente ao incentivo de PACS enquanto o profissional médico não é contratado, e após a contratação, volta-se
87 ao cadastro como sendo equipe de PSF. Este é um mecanismo para que o município embora tenha agentes comunitários,
88 enfermeiros e outros profissionais que continuem atuando, não fiquem sem o repasse qualquer do governo federal. O
89 Senhor Coordenador solicitou ao COSEMS, à Diretoria de Atenção Básica e à Diretoria de Controle e Avaliação que
90 tentassem viabilizar uma reunião antes da próxima CIB para fazer uma avaliação de como foi este processo nos próximos
91 dias para que não venhamos a ter problemas desta natureza no próximo mês. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu que as
92 orientações de Luciano fossem passadas ao COSEMS para que este possa repassar em mala direta aos municípios para
93 orientar os secretários municipais e gostaria também de definir os membros do COSEMS que estarão disponíveis para
94 participar desta reunião solicitada pelo Secretário. Dando prosseguimento à pauta, o Senhor Coordenador convidou Dr.
95 Renan Araújo para apresentação do Projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar na rede de hospitais da
96 SESAB: "Internação Domiciliar SESAB – Setembro 2007. 1. Base Legal - Portaria GM 2529/2006 que institui a Internação
97 Domiciliar no âmbito do SUS: Define internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas
98 clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima da modalidade ambulatorial, mas que possam ser
99 mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim. 2. Salvador: Macrorregião Nordeste - Microrregião Salvador - Área:
100 706 km2 - População estimada em 2.754.950 hab (IBGE/2006). 3. Diagnóstico Situacional: a) Aspectos Demográficos:
101 Concentração na faixa de jovens, Crescimento da população idosa e Maior expectativa de vida da população. b) Agravos à
102 saúde segundo faixa etária: Doenças do aparelho respiratório e digestivo na faixa etária de 0-14 anos, Alto índice de
103 gravidez na clientela de 15-19 anos, Lesões devido à causas externas população de 10-49 anos, Doenças do olho e anexos
104 na faixa etária acima de 60 anos e Doenças do aparelho circulatório na faixa etária acima de 60 anos. 4. Justificativa: a)
105 Concentração de unidades hospitalares de grande porte, com maior capacidade de resolutividade aos agravos de saúde,
106 sendo referência para a rede hospitalar de todo o Estado; b) Demanda não compatível com a oferta de leitos hospitalares;
107 c) Sobrecarga dos serviços de urgência/emergência. 5. Objetivos: a) Objetivo Geral: Disponibilizar para a população um
108 conjunto de ações de saúde prestadas no município destinadas ao paciente, cujo quadro clínico exija cuidados e
109 tecnologias acima dos oferecidos pela modalidade ambulatorial, mas que possam ser assistidos em casa por equipe de
110 saúde específica para este fim. b) Objetivos Específicos: Desospitalização precoce dos pacientes internados nos hospitais
111 de Salvador, Evitar hospitalização desnecessária, Reduzir taxas de re-internações, Minimizar riscos de infecção hospitalar e
112 Humanização do atendimento realizado por equipe interdisciplinar no domicílio. 6. Critérios de Inclusão: Prioridade: a)
113 Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas; Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos;
114 Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente; Possuir cuidador em condições de prestar os cuidados
115 orientados pela equipe da ID; Residir em domicílio que disponha de suprimento de água potável, energia elétrica, meio de
116 comunicação, ambiente específico para o paciente com dimensões mínimas para um leito e equipamentos e com
117 facilidades de acesso para veículos. 7. Critérios de Exclusão: Pacientes com: Necessidade de ventilação mecânica;
118 Necessidade de monitorização contínua; Necessidade de enfermagem intensiva; Necessidade de propedêutica
119 complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência;
120 Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; Que não tenham cuidador contínuo identificado; Pacientes em
121 uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração. 8. Modelo
122 Operacional: a) Será implantado a partir da delimitação de um território de abrangência do domicílio do paciente, tomando
123 como base os Distritos Sanitários de SSA e o município de Lauro de Freitas; b) Número de serviços: 06; c) Total de
124 equipes: 14; d) Horário de funcionamento: 07 às 19h (seg a sex); e) Capacitação inicial das equipes e educação
125 permanente; f) Fornecimento ao paciente de medicação e insumos; g) 01 veículo de passageiro/equipe; h) 01
126 ambulância/serviço. 9. Distribuição de Equipes por Serviço:
127
128

Serviços de ID	Distritos Sanitários de SSA e Município de Lauro de Freitas	População	Nº de Equipes
HCRS	Cabula - Beirú, Boca do Rio, Cajazeiras e Pau da Lima.	984.836	04
HGE	Barra-Rio Vermelho, Brotas.	572.530	02
HGESF	Liberdade e Centro Histórico	241.391	02
S. JORGE	São Caetano, Valéria e Itapagipe.	415.448	02
HJBC	Subúrbio Ferroviário	329.298	02
HMF	Itapuã e Lauro de Freitas	357.597	02

Fonte: SUPLAN/SESAB SET/2007 Pop: SMS/SSA – IBGE – 2006.

10. Equipe Básica: 01 médico, 01 enfermeiro, 02 técnicos de enfermagem e 01 motorista. 11. Equipe Matricial: 01 Assistente Social, 01 Fisioterapeuta, 01 Nutricionista, 01 Técnico Administrativo. OBS: Para cada serviço haverá 01 equipe matricial. 12. Solicitação de Inclusão: Unidades Básicas de Saúde, Equipes do PSF, Hospitais de Referência, Unidades de Emergência ou pelo SAMU. Através de contato com a Central de Regulação que acionará a equipe do PID responsável pela área do domicílio do paciente. 13. Fluxograma de Atendimento: Solicitação de inclusão no PID (PSF/UBS/SAMU/HOSPITAL) – Central de Regulação – Avaliação Inicial (Equipe do PID): a) Se for Indicado Inclusão – Discussão do caso pela equipe/cadastramento – Plano de Assistência – Reavaliação – Alta. b) Se não for Indicado Inclusão – Orientação à família. 14. Modelo Assistencial: a) Cada equipe deverá atender 30 pacientes/mês; b) Média de permanência: 30 dias; c) Atendimento baseado em protocolos administrativos/assistenciais; d) Plano terapêutico multidisciplinar; e) Cuidador; f) Prontuário em 02 vias; g) Atendimento às situações de emergência pelo SAMU; h) Prioridade para re-internação no hospital de referência; i) Referência pós-alta: unidade básica/PSF; j) Articulação com a rede de Proteção Social. 15. Impactos Esperados: a) Otimização dos leitos dos Serviços de Emergência, com maior rotatividade e redução de suas médias de permanência; b) Economia para o Sistema, com a otimização dos recursos; c) Maior cobertura assistencial da população idosa; d) Redução dos índices de infecção hospitalar; e) Humanização da Atenção e melhoria da qualidade de vida; f) Maior satisfação da equipe devido às práticas humanizantes. 16. Previsão Orçamentária:

ITENS	QUANTIDADE NECESSARIA	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO MENSAL	CUSTO ANUAL
Equipe Básica (Salários) ¹	23	6.369,67	146.502,41	1.758.028,52
Equipe Matricial (Salários) ²	6	9.973,71	59.842,26	718.107,12
Veículo de Passeio ³	23	31.500,00	-	724.500,00
Ambulância ⁴	11	42.840,00	-	471.240,00
Material Diverso ⁵	-	15.602,69	358.861,96	4.306.343,54
Material Permanente ⁶	-	82.264,93	-	1.892.093,34
Medicamentos ⁷	-	-	146.461,70	1.757.540,40
Capacitação das Equipes ⁸	-	-	-	30.000,00
Contrato O ₂	-	-	5.730,00	68.760,00
TOTAL	-	188.551,00	734.371,64	11.726.613,33

Fonte: SESAB/SAIS

16.1 - Equipe constituída por 1 Médico; 1 Enfermeiro; 1 Motorista e 2 Técnicos em Enfermagem. 16.2 - Equipe constituída por 1 Assistente Social; 1 Fisioterapeuta; 1 Nutricionista; 1 Coordenador; 1 motorista e 1 Técnico Administrativo. 16.3 - Valor do custo unitário estimado para um veículo de passageiro, consulta realizada no SIMPAS. 16.4 - Valor do custo unitário estimado de uma ambulância, consulta realizada no SIMPAS. 16.5 - Valor do custo anual definido pelo total de equipes previstas (23). 16.6 - Valor do custo anual definido pelo total de equipes previstas (23). 16.7 - Preço da ABCFARMA P.F. - Agosto/2007 (R\$). 16.8 - Valor do custo estimado para treinamento das 23 equipes somente no 1º mês. 16.9 - Valor do custo anual definido pelo total de equipes prevista (23). 17. Indicadores de Acompanhamento e Avaliação:

Nº	INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQ. DE PROD.
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
2	Taxa de reinternação hospitalar após ID	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
5	Taxa de readmissão no ID	Pacientes readmitidos no ID X 100 / nº de altas no ID	Mensal

OBS: Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.

Fonte: RDC Nº11/ANVISA – 26/01/2006.

176 18. Previsão para implantação de novos serviços:

MUNICÍPIO	HOSPITAL DE REFERÊNCIA	Nº DE EQUIPES
Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade	03
Ilhéus	Hospital Luis Viana Filho	02
Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista	02
Jequié	Hospital Prado Valadares	02

177

178 19. Equipe responsável pela elaboração do Projeto: Ana Neri dos Reis Silva – Técnica/DAE/CAH, Dulce Mary Lima –
179 Coordenadora/DAE/CAH, Fernanda Paula – TÉCNICA/DAE/CAH e Maria Alcina Boullosa – Técnica/DAE/CAH.
180 Colaboradores: Aline Santos – DAE/CAH, Fátima – SUREG, Nívia Menezes – Assessoria DAE, Renato Sena –
181 Orçamentário SAIS, Vitor Cardoso – Orçamentário SAIS e GT de Internação Domiciliar. 20. Contatos: Superintendência de
182 Atenção Integral à Saúde – SAIS: Alfredo Boa Sorte Júnior – Superintendente SAIS, Renan Araújo – Diretor de Atenção
183 Especializada, Dulce Mary Lima - Coordenadora/DAE/CAH - e-mail: dmary@saude.ba.gov.br, Ana Neri - Técnica/DAE/CAH
184 - e-mail: ansilva@saude.ba.gov.br, Alcina - Técnica/DAE/CAH - e-mail: mboulhosa@saude.ba.gov.br, Fernanda Paula -
185 Técnica/DAE/CAH -e-mail: fpbrito@saude.ba.gov.br. Finalizou informando que esta Proposta foi aprovada numa oficina
186 com participação ampla da SESAB e vem sendo aperfeiçoada, tendo passado inclusive por discussão no coletivo de
187 Superintendentes e Diretores da SESAB”. Após a apresentação, o Senhor Coordenador registrou a presença do Dr.
188 Fernando Lavadeira - Banco Mundial, responsável pelo acompanhamento do Projeto Saúde Bahia em nosso Estado. Na
189 seqüência, lembrou que no ano passado o MS publicou uma Portaria criando o Programa de Internação Domiciliar; no
190 entanto, até o momento não foi regulamentada e não há nenhuma sinalização do MS se isso se dará ainda este ano, então
191 ainda não tem financiamento estabelecido pelo MS, nem tem um processo de credenciamento para habilitação das equipes
192 estabelecido. Como desde o início do ano já havia intenção de que os hospitais estaduais incorporassem ações de
193 internação domiciliar e como há uma pressão muito forte no sentido inclusive de leitos de retaguarda, ou seja, ainda temos
194 muitos pacientes em hospitais estaduais que poderiam ser imediatamente incorporados em programas de internação
195 domiciliar, julgamos por bem não aguardar mais o MS e montar um programa da própria SESAB com recursos exclusivos
196 da SESAB, sediado nos hospitais estaduais para dar conta deste desafio. Quando o MS vier a regulamentar o programa de
197 Internação Domiciliar, aí teremos que rediscutir para adequar essas equipes à proposta que vier a ser regulamentada. Isso
198 se dá em relação à gestão, através do mesmo processo do hospital respectivo, então aqui em Salvador essas equipes
199 estão ligadas aos hospitais estaduais, que estão sob gerência estadual e gestão do município de Salvador. Estas equipes
200 vão se integrar na programação de cada hospital respectivo a exemplo do Clériston Andrade, Hospital de Base em Vitória
201 da Conquista, Prado Valadares em Jequié, Luis Viana em Ilhéus, os demais hospitais aqui em Salvador e o Menandro de
202 Farias em Lauro de Freitas. Todo o abastecimento de medicamentos e insumos vai ser feito a partir do respectivo hospital,
203 a sede das equipes vai ser feita baseada nos respectivos hospitais e a programação de atividades vai se dar por dentro da
204 programação de atividades de cada um destes respectivos hospitais. Em relação ao prazo de implantação, estamos
205 tentando viabilizar para este ano ainda, e estamos dependendo basicamente de duas coisas, primeiro a seleção pública
206 para contratação temporária que vai incorporar enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, que provavelmente
207 estará sendo feita no mês de outubro e com isso deveremos contratar estes profissionais no início de novembro e
208 viabilizando também a implantação. Do outro lado, a aquisição de veículos e equipamentos que já foi iniciada e se for
209 possível também concluir no início de outubro, conseguiremos viabilizar a implantação no mesmo período ou no mais tardar
210 no mês de dezembro. Após suas colocações o Senhor Coordenador abriu para as considerações dos membros da CIB. Dr.
211 Carlos Alberto Trindade considerou a propriedade desta proposta para o município de Salvador totalmente adequada à
212 realidade do município, principalmente na questão do suporte de atendimento hospitalar já que Salvador é referência para
213 todo o estado e a rede de hospitais da SESAB está mesmo precisando ter este aporte adicional de estratégia de
214 atendimento. Enfatizou que serão necessários alguns ajustes na disponibilidade do Projeto em termos de equipes e de
215 recursos para a realidade da proposta estratégica de Salvador, a exemplo da possibilidade de redistribuição, de
216 concentração de equipes em um ou outro distrito sanitário da cidade, de forma talvez um pouco diferente da que foi
217 colocada e acha que existem questões estratégicas na gestão do município de Salvador que poderão ajudar na montagem
218 final desse Projeto. Dr. Renan Araújo considerou que a internação domiciliar poderia se basear mais fortemente na Atenção
219 Básica, no Programa de Saúde da Família, mas sabemos que a cobertura de Saúde da Família em Salvador ainda é baixa.
220 O Senhor Coordenador colocou que vamos levar na melhor das hipóteses, dois meses para começar o processo de
221 implantação, então temos este tempo para fazer um debate entre a SESAB e os respectivos municípios já que tem uma
222 série de ajustes a serem feitos, precisamos negociar articulação com o SAMU, pois um processo desses não funciona se
223 não estiver bem casado com o SAMU, temos que fazer também articulação com o funcionamento das centrais de
224 regulação, e muitas outras coisas que precisam ser ajustadas. Esta foi uma apresentação inicial para que possamos a partir
225 daqui realizar os ajustes necessários enquanto estaremos fazendo seleção de pessoal, aquisição de equipamentos, para
226 que se tudo der certo possamos implantar ainda este ano. Foi aprovada a proposta do programa de internação domiciliar.
227 Dando Prosseguimento à pauta, convidou Dra. Suzana Ribeiro, para tratar das pautas do COSEMS: 1. Implantação de uma
228 equipe de Saúde Bucal, com visita técnica pela 31ª Dires no município de Governador Mangabeira; 2. Qualificação e
229 implantação de uma Equipe de Saúde da Família e três Equipes de Saúde Bucal para o município de Ipirá, que segundo o
230 município foi encaminhado duas vezes à Dires e ainda não obtiveram resposta; 3. Aprovação do projeto do Mutirão de
231 Cirurgias Eletivas do Município de Juazeiro, Laje e São Sebastião do Passe – Apresentação Glória Pestana: “1. Projeto de
232 Cirurgias Eletivas de Laje: Municípios de Abrangência/População: Laje - 20.536 hab, Mutuípe - 20.441 hab, Jiquiriçá -
233 15.005 hab e São Miguel das Matas - 10.537 hab. Total - 66.519 hab. Total de Procedimentos – 45. Recursos Financeiros:

234 Valor Semestral - R\$ 74.833,88 e Valor Mensal - R\$ 12.472,31. 2. Projeto de Cirurgias Eletivas de São Sebastião do Passe:
235 Municípios de Abrangência/População: São Sebastião do Passé - 42.278 hab. Total de Procedimentos – 132. Recursos
236 Financeiros: Valor Semestral - R\$ 47.562,75 e Valor Mensal - R\$ 7.927,12. 3. Projeto de Cirurgias Eletivas de Juazeiro:
237 Municípios de Abrangência/População: Juazeiro - 208.299 hab, Campo Alegre de Lourdes - 28.699 hab, Casa Nova -
238 62.279 hab, Curaçá - 31.747 hab, Pilão Arcado - 29.803 hab, Sobradinho - 21.411 hab e Uauá - 27.208 hab. Total - 409.446
239 hab. Total de Procedimentos - 1.124. Recursos Financeiros: Valor Semestral - R\$ 460.626,75 e Valor Mensal - R\$
240 76.771,13.” Dr. Emerson Garcia questionou se todos estes municípios assinaram a pactuação com os outros, conforme
241 determinação desta CIE e se a documentação está toda correta e foi respondido afirmativamente. Dra. Suzana questionou
242 se a SESAB teria alguma informação quanto a previsão do MS, pois tem uma série de projetos que já foram aprovados e
243 ainda não houve liberação de recurso, inclusive tem projeto datado de abril e os municípios estão na expectativa de uma
244 resposta do MS. Dra. Angeli Matos questionou porque Sento Sé não estava no projeto se faz parte da Micro de Juazeiro.
245 Dra. Glória Pestana informou que não dispunha dessa informação porque Juazeiro encaminhou apenas os municípios
246 supracitados e quanto ao recurso, o MS ainda não sabe quando vai liberar. Após breve discussão foram aprovados os
247 Projetos. 4. Aprovação de CEO Tipo 3 do PAN-Roma de Salvador. Dr. Carlos Alberto Trindade colocou que trata-se da
248 apropriação de um espaço que pertence ao estado, dentro do Hospital São Jorge e está sendo destinado, inclusive com
249 registro próprio pela SMS para instalação deste CEO e conforme visita realizada pelo próprio Secretário, o local está
250 totalmente adequado para esta necessidade. Dra. Débora do Carmo lembrou que há também uma solicitação de
251 implantação de um CEO da UFBA em parceria do Estado com a Faculdade de Odontologia que por um equívoco da área
252 técnica acabou não entrando na pauta, mas o projeto já está com parecer favorável da área técnica. Quanto ao CEO de
253 Salvador não entrou porque a área técnica ainda não tem uma definição por tratar-se de um espaço do estado e porque
254 havia ainda uma pendência com o MS que Salvador já resolveu de um CEO que já era para ter sido inaugurado, mas
255 estava com problemas de licitações, entretanto já foi resolvido e a obra já iniciou, sendo assim o parecer será dado o
256 parecer do CEO do PAN Roma em substituição ao CEO do Dique do Tororó que também não foi iniciado ainda, mas
257 também não recebeu recurso então receberia o recurso do Dique do Tororó. Assim, solicitou aprovação ad referendum, sob
258 a condição de a área técnica dar o parecer que ainda está pendente. Dra. Débora do Carmo disse que o CEO da UFBA era
259 em parceira com o Estado. Ponderou que a área de saúde bucal estava sendo reformulada no que diz respeito aos
260 recursos humanos que existem no Estado. Mencionou que com a municipalização, uma série de serviços que são de
261 atenção básica, foram passados para os municípios e existe uma quantidade grande de profissionais nas unidades
262 hospitalares e que estão sendo sub-aproveitados. Proferiu que o tipo de serviço que é prestado nos hospitais, não
263 contempla a capacidade toda que os profissionais têm de atendimento. Arrazoou que por isso foi feita uma parceira com a
264 UFBA e que nessa parceria está sendo cedido os profissionais para a UFBA e a mesma irá, em contrapartida, montar esse
265 CEO e servir de campo de informação e educação permanente para os profissionais da região metropolitana e Estado. Dra.
266 Suzana Cristina trouxe à baila o credenciamento do CAPS I, no município de Miguel Calmon. Foi citado que foi
267 encaminhado para a área técnica e que já havia sido dado o encaminhamento. Dra. Suzana Cristina perguntou se não
268 sairia nesta data com resolução, já que havia pendência da área técnica. Foi respondido que se não foi encaminhado, foi
269 porque ou a área técnica não conseguiu fazer a visita ainda ou houve alguma pendência. Dra. Suzana Cristina disse
270 então a pendência não era do município e que poderia ser encaminhado com ad referendum, tendo a pendência somente
271 da visita. Trouxe à baila a pactuação do envio das informações através do modo de transmissão simultânea do sistema de
272 atenção básica municipal, nos municípios de Cocos, Palmeiras, Piatã e Wanderley. Falou que esses municípios pediram um
273 prazo e foi pactuado em outra CIB que essa transmissão se daria até dezembro sob responsabilidade do Estado, e que os
274 municípios que tivessem condição técnica de fazer sozinho, que fosse remetido para o Estado. Ponderou que esteve
275 conversando com a Dra. Cláudia, onde estavam propondo encaminhar uma decisão de que todos as solicitações que
276 chegassem dos municípios, fossem feitos ad referendum para facilitar o trabalho e não prejudicar o município. Mencionou
277 que a partir de dois mil e oito, prazo que a CIB estabeleceu, os municípios assumissem essa transmissão. Ponderou que
278 existem as equipes de saúde bucal dos municípios de Governador Mangabeira e Ipirá: uma de Governador Mangabeira
279 com a visita técnica pela trigésima primeira DIRES e três do município de Ipirá. Proferiu que existe uma de saúde da família
280 e três de saúde bucal. Dr. Luciano ponderou que existia uma interpretação que vinha sendo feita por parte das diretorias
281 regionais, por parte de várias pessoas da diretoria de atenção básica e do conjunto dos municípios, sobre a resolução cento
282 e sessenta e sete de dois mil e seis da CIB, que aprovou as diretrizes da política da atenção básica para o estado da Bahia.
283 Explicou que essa resolução valida o fluxo das informações da Portaria seiscentos e quarenta e oito e define, entre outras
284 coisas, com relação à qualificação/implantação de equipes. Menciono que existia uma prática de que mesmo as equipes
285 que já haviam sido qualificadas pela CIB, para serem implantadas estavam passando novamente o processo pelo fluxo de
286 enviar informação para a diretoria regional, depois enviar para a CIB regional para aprovação ou para CIB estadual, caso a
287 regional não estivesse funcionando. Ponderou que havia todo um fluxo definido, que não era necessário para a maior parte
288 dos municípios. Salientou que quando é observado, a maior parte dos municípios atualmente, tem uma quantidade de
289 equipes qualificadas, maior do que implantadas. Disse que se já está qualificada, isso quer dizer que por algum momento já
290 passou por uma aprovação pela CIB. Mencionou que desses muitos processos que estão passando pela CIB, não existe a
291 necessidade de estar passando novamente. Informou que em Ipirá existem quatro qualificadas e somente três implantadas.
292 Mencionou que se ainda tiver equipe qualificada suficiente, é implantada automaticamente. Esclareceu que a situação que
293 houve foi que solicitação de visita e a DIRES não fez, mas que foi solicitado e que no processo enviado para a SESAB, está
294 faltando a documentação do CMS aprovando a qualificação das equipes. Sugeriu que fosse aguardado para a outra CIB,
295 toda a documentação referente a aprovação pelo CMS. Arrazoou que pela resolução da CIB, uma das documentações
296 exigidas, é a aprovação do CMS. Informou que como o documento recebido não tinha essa documentação, foi solicitado à
297 DIRES que fosse feita a visita e está sendo demandado ao município que seja anexada essa documentação, comprovando

298 que o CMS aprovou. A Secretária Municipal de Saúde de Ipirá, Orlandina Silva, solicitou que fosse aprovada ad
 299 referendum, com vista para ser encaminhada a ata. Dr. Luciano disse que a outra questão foi que a Dires não fez a visita.
 300 Dra. Orlandina Silva mencionou que a visita foi solicitada, mas que a Dires não teve como ir. Dr. Luciano disse que
 301 deixava isso para a CIB decidir, porque faltava a aprovação do CMS. Dra. Suzana Cristina proferiu que existia uma
 302 proposta que a Dra. Orlandina Silva havia colocado, somente com a pendência do CMS. A proposta foi aceita por todos.
 303 Informou que a Dra. Débora do Carmo poderia fazer esclarecimentos sobre a questão da capacitação dos gestores e dos
 304 CEO. Ponderou que houve a informação no dia anterior, que estaria acontecendo em Salvador, uma capacitação para os
 305 gerentes dos CEO. Disse que muitos municípios e o COSEMS não tiveram informações e que gostariam de
 306 esclarecimentos em relação a essa capacitação. Dra. Débora do Carmo proferiu essa capacitação já era a terceira.
 307 Mencionou que houve a primeira e que os CEO onde não houve alterações de gerentes, seria a mesma capacitação e por
 308 isso não foram convocados. Informou que houve uma em Montes Claros, que foi feita pelo MS e que teve um critério de
 309 distância, que era para pegar a Bahia e Minas Gerais. Salientou que o custo ficaria muito alto para os municípios poderem
 310 se deslocar e que por isso foi solicitado para o MS, fazer uma outra na Bahia. Arrazoou que todos os municípios que têm
 311 CEO habilitado e possuem coordenador, foram convidados. Dra. Suzana Cristina perguntou se o primeiro curso foi feito em
 312 gestão anterior. Dra. Débora do Carmo disse que foi no ano passado. O Senhor Coordenador apresentou o novo diretor da
 313 Fundação Hemoba, Dr. Roberto Soares, que era o coordenador nacional do sistema de transplante no MS. Convidou Dr.
 314 Humberto Torreão para fazer a apresentação do PDR. Dr. Humberto Torreão deu início a apresentação, ponderando que o
 315 objeto de trabalho era a regionalização das ações e serviços de saúde com garantia de acesso à saúde resolutivo e com
 316 qualidade. Proferiu que os problemas que existem no Estado e que são consensuais, são: as desigualdades regionais;
 317 muitos pólos com baixa capacidade resolutiva das necessidades de saúde de sua microrregião; pólos com baixa
 318 capacidade de expansão da rede assistencial; ausência de PDI – estado na teve capacidade de investir em todas as
 319 microrregiões que criou; acesso – concentrado na capital e mais quatro cidades do interior do estado; diversos níveis de
 320 desorganização – não se cumprem as pactuações e quando seguem as pactuações, as mesmas não refletem as
 321 necessidades de saúde da população; resolutividade – universalização medíocre do acesso, sem garantia de qualidade, e
 322 consequentemente, de resolutividade; cadeia progressiva de falta de resolutividade e desperdício – a peregrinação dos
 323 usuários pelos serviços; pólos regionais não têm garantido resolutividade; regiões de saúde na se consolidaram enquanto
 324 instância regional de gestão do SUS; as Dires não vinham sendo atores no cenário da regionalização. Ponderou que as
 325 premissas são: Norte Ético-Político – a defesa do SUS enquanto sistema público e participativo, enquanto política de
 326 estado-dispositivo para inclusão social e garantia da saúde como direito de todos. Mencionou que os objetivos são:
 327 contribuir para o desenvolvimento de regiões sanitárias com maior grau de autonomia e maior resolutividade; integrar
 328 regiões sanitárias e administrativas; contribuir para construção da integralidade das ações e serviços de saúde na região.
 329 Proferiu que feita a primeira etapa que contextualiza bem a construção da proposta, seria apresentado os conceitos
 330 utilizados. Economia de escala: ocorre quando determinadas necessidades de saúde demandam uma organização do
 331 processo de trabalho e de gestão em saúde de forma tal que justificam uma concentração da sua oferta por conseguir
 332 garantir, desta forma, maior resolutividade e menor custo; os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que
 333 aumenta e volume das atividades e os custos fixos por um maior número dessas atividades; são mais prováveis de ocorrer
 334 quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção. Trouxe à baixa os conceitos de
 335 economia de escopo: ocorre quando uma determinada unidade de saúde ou quando um município de referência aumenta a
 336 variedade dos serviços que oferece; é um potencializador da economia de escala na medida em que, aumentando escopo,
 337 permite ofertar um leque de procedimentos que, quando integrados no processo de atenção a determinadas necessidades
 338 de saúde ganham também em resolutividade e custo. Citou o conceito de capacidade de investimento: refere-se a
 339 capacidade do estado de garantir investimento para os municípios de referência, de forma a construir a integralidade da
 340 atenção à saúde e varia em função do estágio de desenvolvimento sócio-econômico do estado e dos municípios. Proferiu a
 341 conceito de sustentabilidade econômica: refere-se à capacidade do município de sustentar uma ampliação da rede estadual
 342 ou futura de maneira a não limitar a economia de escopo. Ponderou que aplicando os conceitos na construção dos critérios,
 343 na economia de escala, o critério definido foi de que a definição média para compor a microrregião é uma variação de cento
 344 e cinquenta mil a trezentos mil habitantes. Informou que os conceitos de economia de escopo e sustentabilidade
 345 econômica, que são dois conceitos associados, que como critério ficou definido que o número mínimo de setenta mil
 346 habitantes para o município ser referência de microrregião. Salientou que para o conceito de acesso, o critério definido foi:
 347 raio máximo de deslocamento de cem quilômetros dos municípios de referência. Proferiu sobre as relações entre os
 348 conceitos: economia de escala e acesso – numa área de baixa densidade demográfica, a escala trabalha dificultando o
 349 acesso e é preciso priorizar o acesso. Informou sobre a relação entre economia de escala, acesso e capacidade de
 350 investimento: quando o acesso for priorizado em relação à escala, deve incluir a variável capacidade de investimento na
 351 análise do caso, e um número elevado de microrregiões pode limitar a construção da integralidade por diluir mais os
 352 investimentos. Explanou sobre a tabela dos municípios com mais de setenta mil habitantes no Estado:
 353

Município	População 2006
SALVADOR	2.714.018
FEIRA DE SANTANA	535.820
VITÓRIA DA CONQUISTA	290.042
ILHÉUS	220.932
JUAZEIRO	208.299
ITABUNA	205.070
CAMAÇARI	197.144

JEQUIÉ	148.992
LAURO DE FREITAS	146.150
PORTO SEGURO	140.692
ALAGOINHAS	139.818
BARREIRAS	138.037
TEIXEIRA DE FREITAS	123.557
SIMÕES FILHO	109.930
PAULO AFONSO	103.776
EUNÁPOLIS	94.118
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	86.970
VALENÇA	85.300
CANDEIAS	83.295
JACOBINA	76.473
GUANAMBI	76.247
SERRINHA	75.544
SALVADOR	2.714.018

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

Proferiu que Lauro de Freitas, Simões Filho e Candeias foram destacados, porque estão muito próximos de Salvador e Camaçari que têm população maior do que a deles, o que não justificaria a criação de uma nova microrregião. Falou que foi construído com base na análise do trajeto rodoviário e foi compondo as microrregiões usando seguintes critérios: nas microrregiões em que o número de habitantes for superior a seiscentos mil habitantes, dividi-se a microrregião em duas, sendo a referência o município com o maior número de habitantes; nos vazios territoriais de raio maior do que cem quilômetros, admite-se a construção de microrregião partindo do município de maior número de habitantes; se numa microrregião houver mais de um município com população superior a setenta mil habitantes, prevalece o maior; nos casos referidos acima, quando a diferença de população entre os municípios maiores for inferior a dez mil habitantes, é considerado como MR o que tiver a maior capacidade instalada. Mencionou que os critérios para definir os municípios referência de microrregião são: município de referência de microrregião, será aquele que o pólo de microrregião tiver o maior número de habitantes; quando a diferença de habitantes entre os pólos for menor que vinte mil habitantes, utilizam-se os critérios da capacidade instalada. Elucidou que os municípios de referência de microrregião, na proposta, ficaram da seguinte maneira: microrregião leste: Salvador, Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, com Salvador sendo o pólo de macro; microrregião nordeste: Alagoinhas e Ribeira do Pombal, sendo Alagoinhas o pólo de microrregião; microrregião centro leste: Feira de Santana, Ipirá, Serrinha, Itaberaba e Seabra, sendo Feira de Santana o pólo de microrregião; microrregião sul: Itabuna, Valença, Ilhéus e Jequié, sendo Itabuna o pólo de microrregião; microrregião sudoeste: Vitória da Conquista, Itapetinga, Brumado e Guanambi, sendo Vitória da Conquista o pólo de microrregião; microrregião oeste: Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Santa Maria da Vitória e Ibotirama, sendo Barreiras o pólo de microrregião; microrregião centro norte: Jacobina e Irecê, sendo Jacobina o pólo de microrregião; microrregião norte: Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso, sendo Juazeiro o pólo de microrregião; microrregião extremo sul: Teixeira de Freitas e Porto Seguro, sendo Teixeira de Freitas o pólo de microrregião. O Senhor Coordenador parabenizou o Dr. Humberto Torreão e toda a equipe da diretoria de programação e franqueou a palavra acerca da proposta apresentada. Dra. Suzana Cristina registrou que o COSEMS fez uma reunião no dia anterior a esta CIB, onde se debruçou sobre a proposta do PDR, apresentada em vinte e três de agosto. Elucidou que quando a proposta foi apresentada nesta CIB, foi encaminhado para cada vice-regional, toda a proposta, os arquivos, o desenho e os critérios que foram definidos com o primeiro grupo de trabalho. Mencionou que dessas vice-regionais vieram alterações que culminaram na alteração final dessa proposta três. Informou que até o dia anterior a esta reunião, a região de Santa Maria da Vitória fez pleitos para alterações em relação ao desenho da microrregião. Ponderou que foram feitas novas discussões, onde foram retirados novos encaminhamentos de aprovar o PDR apresentado com as microrregiões, as microrregiões desenhadas, considerando apenas a necessidade de alguns fluxos que os municípios possam apresentar, mas que, em nenhum momento que possa estar modificando a microrregião de uma determinada microrregião. Pontuou que a possibilidade de algum município nesses próximos anos, se apresente, potencialmente como município que venha fortalecer a regionalização, se a microrregião decidir, poderá ser remetido à SESAB e ser feita uma discussão dentro da respectiva microrregião. Elucidou que o PDR retrata a realidade em um determinado momento e que o investimento que o PDI estará trazendo para essas microrregiões, poderá surgir vetores de crescimento da área da atenção à saúde e do fortalecimento regional. Proferiu que a questão da divisão da macronordeste, acaba sendo estratégica, porque resultará em quatro sedes de micro, que terão um investimento do Estado e haverá um fortalecimento dessa região. Arrazoou que a decisão do COSEMS era de aprovação do PDR e que estava sendo aberto para algumas considerações. Dra. Denise Mascarenhas colocou que os municípios de Quijingue e Euclides da Cunha, fizeram pleitos através de fax. Solicitou que na resolução fosse definido como seria a questão das migrações, para que não ficasse uma coisa muito solta. Disse que existem dúvidas sobre os critérios de sair de São Félix para Cruz das Almas, porque não ficou muito bem definido. Dr. Humberto Torreão elucidou que o que ficou decidido foi que mudanças de microrregião não seriam feitas. Falou que o que poderia ser estabelecido seria um prazo para o deslocamento de um município que estava em uma microrregião e gostaria de pertencer a outra, desde que, o mesmo apresentasse a justificativa. Ponderou que esse prazo poderia ser de trinta a sessenta dias, para serem definidas essas alterações, com a definição com o critério do acesso. Citou que em relação a Euclides da Cunha e Quijingue, esses municípios estavam solicitando a saída da microrregião de Ribeira do Pombal, para a microrregião de Serrinha, mas que no ofício não explicitava o município. Dra. Denise Mascarenhas mencionou que foi explicitado no ofício. Salientou que seria por causa da questão da distância, do transporte. Dr. Humberto Torreão disse que

403 a distância seria mais perto de Ribeira do Pombal. Dra. Denise Mascarenhas pediu que isso fosse visto. Dra. Suzana
404 Cristina salientou as dificuldades do ofício encaminhado de Euclides da Cunha e Quijingue e disse que não estava vendo
405 dificuldades. Dr. Andrés Castro parabenizou toda a equipe da diretoria de programação, ressaltando o esforço de construir
406 os critérios técnicos que contemplem o processo e a necessidade da discussão do novo desenho territorial dentro da Bahia.
407 Parabenizou também o COSEMS no processo da construção da proposta. O Senhor Coordenador perguntou se poderia ser
408 considerado aprovado. Não houve manifestação. O Senhor Coordenador colocou no que ocorrer. Dra. Denise Mascarenhas
409 disse que foi erro de digitação na resolução cento e seis de dois mil e sete, onde foi aprovado ad referendum as
410 especificidades regionais, mas que na resolução não saiu, bem como os apêndices também não saíram. O Senhor
411 Coordenador falou que em função dos prazos para extensão dos termos de compromisso dos municípios com projeto
412 Saúde Bahia, estava sendo levado para esta CIB, uma proposta, que era basicamente a autorização da extensão de prazo
413 dos termos de compromisso nos municípios incluídos para a efetivação das ações referente ao financiamento de obras,
414 aquisição de equipamentos e custeio de bolsas. Disse que no anexo havia a relação dos municípios. Fez a leitura dos
415 seguintes municípios: Água Fria, Anagé, Antônio Cardoso, Barro Preto, Boa Nova, Bom Jesus da Serra, Caatiba, Caetanos,
416 Campo Alegre de Lourdes, Caraibas, Caturama, Coronel João Sá, Encruzilhada, Érico Cardoso, Fátima, Guajeru, Ibiquera,
417 Ipecaetá, Itabela, Lamarão, Macururé, Maetinga, Manoel Vitorino, Maráu, Mirante, Novo Triunfo, Piatá, Planaltino,
418 Quijingue, Ribeiro do Amparo, Rio do Antônio, Sítio do Quinto, Tabocas do Brejo Velho, Tanque Novo, Tremedal,
419 Umburanas e Várzea da Roça. Mencionou que essas prorrogações vão desde três meses até doze meses, em função do
420 prazo necessário para conclusão das ações para com os municípios. Dr. Fernando Vasconcelos salientou que foi realizado
421 um seminário, no início de setembro, que participaram setenta e sete municípios incluídos no Saúde Bahia. Proferiu que
422 naquela oportunidade já foi apontado para a necessidade de aditivo de prazo, em função das ações específicas. Elucidou
423 que foi deixado bastante claro que não haveria aditivo de valor, como de fato não há. Arrazoou que além das ações
424 engenharia, obra e aquisições de equipamentos, os aditivos de prazo em relação à bolsa, se referem ao saldo de alguns
425 municípios em relação a bolsas. Ponderou que nesses casos, essas bolsas iniciais, pagas para alguns municípios, não
426 serão aditivadas além do limite que foi estabelecido no termo de compromisso na origem. Mencionou que se o município
427 não contemplou o período de dois anos que estava no aditivo, estará somente completando esse período e finalizando, mas
428 que não haverá acréscimo de bolsa para mais nenhuma situação, porque não há recurso nesse sentido. Elucidou que será
429 solicitada pauta na próxima CIB, para que seja encaminhada a aprovação formal, dos quarenta novos termos de
430 compromisso dos municípios que irão iniciar o projeto Saúde Bahia. Proferiu que todos esses municípios tiveram sua
431 listagem apresentada e aprovada na CIB, mas, será formalizado, inclusive, com o anexo do termo de compromisso, no
432 sentido de reforçar ainda mais a atitude desse colegiado. O Senhor Coordenador perguntou se poderia ser considerado
433 aprovado. Não houve manifestação. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que na reunião passada da CIB foi discutido o
434 condicionamento do SIFAB – Sistema de Informação da Assistência Farmacêutica para liberação dos medicamentos
435 porque neste primeiro momento não seria um critério rigoroso por conta das dificuldades que os municípios tiveram ao
436 decorrer dos anos em receber medicamentos. Solicitou esclarecimento a Dra. Gisélia Souza sobre a situação e qual a
437 previsão da regularização da entrega dos medicamentos. Dra. Gisélia Souza informou que quando assumiu a
438 Superintendência da Assistência Farmacêutica foi encontrado um orçamento sub-dimensionado tendo que retira orçamento
439 de outras fontes para medicamentos de alto custo. Quanto a medicamento para Saúde Mental foi encontrado um orçamento
440 de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) e que a SESAB já foi utilizado todo o orçamento. Colocou que já foi utilizado R\$
441 3.000.000,00 (três milhões reais) com medicamento da Farmácia Básica exigindo um grande esforço para garantir os
442 medicamentos básicos. Informou que foi liberado o valor de R\$ 8.200.000,00 (oito milhões e duzentos mil reais) para
443 compras de mais medicamentos, além do, mas o Secretário do Estado da Saúde conseguiu juntos o Governo do Estado e a
444 Secretaria de Planejamento liberação para suplementação orçamentária na área de assistência farmacêutica e outras áreas
445 que estão precisando de suplementação orçamentária. Pontuou que as faltas dos Medicamentos Básicos que estão
446 acontecendo se deram não só pela questão orçamentária, mas os Editais que tinha vigência de um ano se extinguirão e a
447 SESAB fez novo Edital para registro de preço e alguns medicamentos como capritopil houve três ações de paginação em
448 cima do edital, com isto a SESAB teve que recorrer os parceiros a Fio Cruz, Farmanguinho que irá entrega dentro de quinze
449 dias 13.000(treze milhões) de comprimidos para emergencialmente; salientou que irá atender um mês. E que o laboratório
450 Lafeto já foi negociado e a resposta obtida é que irá fornecer mais 13.000(treze milhões) de comprimidos. Informou que já
451 esta sendo negociado contrato com Fio cruz através do Farmanguinho para atender nos nove itens que está em falta.
452 Informou que dentro de alguns dias estará recebendo os medicamentos dibemcamida, propolonor, arca Bose,
453 becametazona, paracetanor, biperideno, caramazepina, diasipam e fenogasipal e que estará articulando com os municípios
454 para recebimento e que irá altera o prazo. Quanto ao SIFAB as providencias estão sendo tomadas orientando a todos os
455 municípios para que não tenha mais problemas e cumprimos a flexibilidade que a SESAB quer. Dra. Suzana Ribeiro na
456 condição de Presidente do COSEMS questionou sobre o recurso dos municípios plenos na questão dos 10% da Portaria
457 GM/MS que foi publicada sem o detalhamento do repasse do recurso. E qual o valor para cada município e a previsão de
458 repasse para os municípios. Citou também com relação ao complexo reguladores para os municípios que ficaram de
459 receber a faixa entre seis mil reais e oito mil reais de acordo com o projeto que foi apresentado na CIB, qual a previsão dos
460 municípios receberem. Informou que o município de Amélia Rodrigues solicitando apoio e investimento na Unidade de
461 Saúde da Família. Colocou que se trata de investimento não se pode utilizar recurso da atenção básica que é para custeio,
462 então os municípios foi orientado em apresenta a proposta de convenio para reforma e ampliação da unidade de saúde.
463 Pontuou que diante desta demanda o COSEMS apresenta um Plano de Investimento pela Secretaria de Saúde do Estado
464 no ano dois mil e oito para que o COSEMS possa fazer a programação tendo como base o Plano de Investimento. Dando
465 continuidade. Questionou as questões do HPP - Hospital de Pequeno Porte que ficou pendente qual o encaminhamento
466 que esta sendo dado aos municípios que tiveram seus projetos aprovados, porque o Ministério não está dando informação

467 aos municípios sobre este encaminhamento. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Conceição Benigno
 468 informou que a Portaria 1875 que substitui portaria 494 GM entrou no dia cinco de setembro do ano dois mil e sete no fundo
 469 dos Municípios e Estado. Apresentou os valores para cada município.

Municípios	Valor
SALVADOR	365.524,00
BARREIRAS	58.101,00 (2 anexos dos anos 2006 e 2007)

470 Informou que o recurso depositado no Fundo do Estado já foi feito processo de licitação de compra dos equipamentos para
 471 repasse dos municípios. Salientou que todos sabem que não podemos lançar Editais porque a minuta do Edital não é
 472 liberada pela procuradoria enquanto não houve datação orçamentária. Colocou que o processo se encontra na área técnica
 473 do DMA para adequação das configurações porque tem um ano que foi feito. O Senhor Coordenador passou a palavra para
 474 Raul Molina. Solicitou esclarecimento quanto à dos HPP - Hospital de Pequeno Porte. O Senhor Coordenador informou que
 475 foi publicado no dia vinte de setembro a Portaria 509 da SAS com distribuição do novo teto financeiro do Estado da Bahia
 476 para competência do mês de agosto, conforme foi aprovado na CIB, e que o Ministério informou que será paga a diferença
 477 em um pagamento complementar provavelmente na próxima semana. Esclareceu que a questão do HPP - Hospital de
 478 Pequeno Porte o Ministério da Saúde informou que estão fazendo o levantamento dos Hospitais e Cirurgias Eletivas que
 479 tem um projeto grande do estado que foi aprovado na CIB. O Secretário se comprometeu em levantar todas as pendências e
 480 tenta no final do mês de setembro a liberação. Lembrou da questão do TRS - Terapia Renal Substitutiva que o Ministério da
 481 Saúde se comprometeu em aprova um aumento para TRS para o Estado da Bahia. Informou que foi comunicado que este
 482 aumento irá sair, só não tem a data prevista e que não será os 100% do recurso solicitado. Comunicou e convidou todos os
 483 membros da CIB que no dia vinte e sete de setembro de dois mil e sete o Ministro da Saúde José Guerra Temporão estará
 484 em Salvador para realizar o lançamento da campanha Doação de Órgão. Pontuou que além da abertura da Campanha irá
 485 fazer a assinatura do termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria da Saúde Estadual e as principais universidades do
 486 Estado para implantação do módulo de transplantes nos cursos da área de Saúde; citou em especial nos cursos de
 487 medicina, Enfermagem e Serviço Social. Convidou a todos para comparecer ao Farol da Barra às 15 horas no dia vinte e
 488 dois que irá acontecer um ato ecumênico em memória dos doadores de órgão do Estado da Bahia. Informou que os times
 489 de futebol Esporte Clube Vitória e Galícia estarão entrando em campo apoiando a campanha de Doação de Órgão. Chamou
 490 atenção que o prazo para encaminha pré-projeto para Ministério da Saúde vence no dia trinta do mês de outubro.
 491 Esclareceu que no sistema quando o município é lançado o pré-projeto solicita aprovação da CIB, foi verificado com o
 492 Ministério da Saúde e comunicaram que este requisito não existe, mas, apesar de consta no sistema. Propões e publicar de
 493 uma Resolução da CIB número 129 onde Aprova que seja delegado aos municípios a possibilidade de pleitearem,
 494 diretamente, junto ao Ministério da Saúde, convênios e projetos, sem a necessidade de aprovação desta CIB. Abriu para
 495 discussão, sendo aprovado por todos os membros da CIB. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada
 496 a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 04 de outubro de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não
 497 havendo mais o que tratar, eu, Candice de Almeida Rocha Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores
 498 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de setembro de 2007.

500
 501 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 502 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____
 503 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 504 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
 505 Lorene Louise Silva Pinto _____
 506 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
 507 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
 508 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
 509 Andrés Castro Alonso Filho _____
 510 Washington Luís Silva Couto _____
 511 Carlos Alberto Trindade _____
 512 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
 513 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
 514 Suplente: João Alberto Viana Amaral _____
 515 Denise Lima Mascarenhas _____
 516 Suplente: Wilson Martins Mendes _____
 517 Angeli Santos Matos _____
 518 Suplente: José Carlos Almeida _____