

Aos quatro dias do mês de outubro do ano de dois mil e sete, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Carlos Alberto Trindade, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Isabela Cardoso de Matos Pinto e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta à sessão colocando em discussão e aprovação as atas das 152ª, 153ª Reuniões Ordinárias e 2ª Extraordinária de 2007, encaminhadas por e-mail aos membros, que foram aprovadas à unanimidade. Dando início à ordem do dia, informou uma inversão de pauta e convidou Dr. Fernando Vasconcelos para apresentação do novo Termo de Compromisso e da adesão de novos municípios de acordo com as regras nele contidas do Projeto Saúde Bahia. Dr. Fernando esclareceu o procedimento feito em relação ao repasse aos municípios que aderiram ao Projeto Saúde Bahia, que era a assinatura de um termo de compromisso que dava respaldo para que esse repasse aconteça. Informou que obtivemos a extensão do prazo do Projeto até meados de 2009 para concluir; há um número pequeno dos oitenta e seis municípios já concluídos e foi realizado um seminário onde participaram setenta e sete municípios e fizemos uma série de alterações no Termo de Compromisso de maneira a agilizar a realização das obras de unidades de saúde da família e aquisição de equipamentos para as mesmas, nesses municípios que compõem o Projeto Saúde Bahia. Uma outra característica é que agora seremos mais específicos com a prestação de contas, pois foram identificados muitos problemas por parte dos municípios e agora isso ficará ainda mais explicitado no novo Termo de Compromisso que já foi encaminhado ao COSEMS e apresentado ao Banco Mundial e a discussão em relação aos critérios com o acordo de empréstimo com o próprio Banco Mundial. O aspecto mais importante apresentado agora é o critério do IGDS – Índice Geral de Desenvolvimento Social em relação a vinte municípios que já deveriam ter aderido desde o ano passado, inclusive a CIB já aprovou a inclusão deles no Projeto, mas agora trazemos a especificação de quantas unidades e qual valor de acordo com parâmetros financeiros que vamos repassar para estes municípios. A proposta de Resolução para publicação e o Anexo II explicitam estes valores. :

Subprojeto	Item	Município	Obra	Construção				Adequação		Equipamento				Valor total		
				quant 1 ESF	quant 2 ESF	Valor Un. Para 1 ESF	Valor Un. Para 2 ESFs	atualizado INCC	quant	atualizado (INCC)	Valor Un. para reforma 1ESF	Valor Un. para reforma 2ESF	Valor Un. para constr. 1 ESF	constr. 2 ESFs	Valor total	R\$
Subprojetos elaborados	1	Pedro Alexandre	04 reformas	0		-		-	4	122.686,91	4	24.500,00			98.000,00	220.686,91
	2	Helópolis	1 construção e 3 reformas	1		107.000,00		107.000,00	3	171.085,11	4	24.500,00	27.850,00	35.000,00	111.850,00	389.935,11
	3	Abaíra	02 construções	2		107.000,00		214.000,00	0		2			35.000,00	70.000,00	284.000,00
	4	Diano Meira	04 construções	4		107.000,00		428.000,00	0		4			35.000,00	140.000,00	568.000,00
	5	Gongogi	01 construção e 02 reformas	1		107.000,00		107.000,00	2	67.958,25	3	24.500,00		35.000,00	84.000,00	258.958,25
	6	Ibiquera	01 construção	1		107.000,00		107.000,00	0		1			35.000,00	35.000,00	142.000,00
	7	Igrapiúna	04 construções	4		107.000,00		428.000,00	0		4			35.000,00	140.000,00	568.000,00
	8	Itagbá	04 construções	4		107.000,00		428.000,00	0		4			35.000,00	140.000,00	568.000,00
	9	Jacuruçá	03 construções	3		107.000,00		321.000,00	0		3			35.000,00	105.000,00	426.000,00
	10	Lafaiete Coutinho	01 construção	1		107.000,00		107.000,00	0		1			35.000,00	35.000,00	142.000,00
	11	Matina	03 construções	3		107.000,00		321.000,00	0		3			35.000,00	105.000,00	426.000,00
	12	Mulungu do Morro	02 construções e 02 reformas	2		107.000,00		214.000,00	2	44.550,89	4	24.500,00		35.000,00	119.000,00	377.550,89
	13	Nova Redenção	02 construções	2		107.000,00		214.000,00	0		2			35.000,00	70.000,00	284.000,00
	14	Oliveira dos Brejinhos	02 construções	1	1	107.000,00	123.000,00	230.000,00	0		2			35.000,00	39.800,00	304.800,00
	15	Pilão Arcado	07 construções e 01 reforma	7		107.000,00		749.000,00	1	13.620,52	8		27.850,00	35.000,00	272.850,00	1.035.470,52
	16	Pindaí	03 construções	3		107.000,00		321.000,00	0		3			35.000,00	105.000,00	426.000,00
	17	Ribeirão do Largo	03 construções	3		107.000,00		321.000,00	0		3			35.000,00	105.000,00	426.000,00
	18	Ouroândia	01 construção e 03 reformas	1		107.000,00		107.000,00	3	150.444,84	4	24.500,00		35.000,00	108.500,00	365.944,84
	19	Rafael Jambeiro	02 construções e 04 reformas	2		107.000,00		214.000,00	4	179.709,17	6	24.500,00		35.000,00	168.000,00	561.709,17
	20	Itapicuru	01 construção e 05 reformas	1		107.000,00		107.000,00	5	224.740,68	6	24.500,00	27.850,00	35.000,00	160.850,00	492.590,68

Citou como exemplo de alterações importantes que foram feitas com relação aos critérios: Primeiro também buscando agilidade, todos os municípios que tinham um grande número de construções e uma ou duas reformas, foram excluídas as reformas que em geral implicavam em uma perda de tempo muito grande para revisão de projeto, cálculos que foram feitos há muito tempo, então nestes casos houve esta exclusão. Quando a maior parte das obras representava reforma, ou a reforma eram na sede do município, elas foram mantidas. A partir desta redefinição tivemos condição em relação aos recursos de fazer ajustes no projeto; o antigo projeto tinha uma série de inconsistências, a exemplo do projeto arquitetônico que dizia que a pia tinha o encanamento

34 externo e na especificação dizia que era interno e obviamente a construtora fazia o que era mais barato, então o projeto foi todo
35 revisto, com toda a especificação dos projetos em relação a isso, que somado à questão do INCC deu um aumento no custo da
36 obra. Basicamente é isso que consta na planilha, mas em algumas situações poderemos voltar à CIB, pois como se trata de
37 projetos que foram discutidos no ano passado, há situações que precisaremos rediscutir valores. Exemplificou que na região norte
38 aconteceu um caso anterior real, Campo Alegre de Lourdes tinha direito pelo tamanho da população e pela distribuição do território
39 a doze unidades de saúde da família só que foi analisado que o município não tinha recurso para manter estas unidades, então só
40 foram feitas cinco obras que era o que tinha condições de manter, inclusive estará sendo inaugurada esta semana. Por isso
41 usamos na resolução “parâmetros financeiros” e “desde que passe pela qualificação e pré-qualificação”, porque podem acontecer
42 casos em que junto com o município chegemos à conclusão de que não há sustentabilidade para tantas unidades e pode haver
43 aditivo para reduzir valor, como também pode ter aditivo para ampliar valor, no caso especificamente em relação a reforma, de
44 municípios que apresentaram a um ano atrás um determinado valor em relação a reforma, serão visitados e verificaremos o custo
45 atual da reforma, nestes casos precisaremos voltar à CIB para dizer que o parâmetro utilizado precisa ser ajustado e em que valor.
46 Outros exemplos, no município de Pedro Alexandre a maioria não é construção e sim reforma, então não mechemos nele, que
47 está num valor estimado atualizado num total de cento e vinte e dois mil reais em relação a obra; o município de Gongongi tem
48 uma construção e duas reformas, então o padrão para uma unidade de saúde da família que estava em oitenta e nove mil reais e
49 agora com os ajustes relativos a INCC e ajuste de projeto, uma unidade de saúde da família para uma equipe fica por cento e sete
50 mil reais, uma unidade para duas equipes fica no valor de cento e vinte e três mil reais. Estes são os valores que estamos
51 praticando; sabemos que se constrói muita unidade por aí com duzentos e trezentos mil reais, então são unidades simples, mas
52 que realmente atendem às especificações mínimas da vigilância sanitária. São estes parâmetros de construção de cento e sete mil
53 por cada unidade de uma equipe e de cento e vinte e três mil por cada unidade de duas equipes, considerando o quantitativo
54 populacional e os parâmetros aqui mencionados que dá o total da última coluna da tabela acima. Observamos que tem sido
55 possível adquirir os equipamentos todos com o valor de trinta e cinco mil reais, desde que façamos a aquisição com o apoio da
56 nossa unidade aqui, pois se deixar o município fazer lá sozinho em geral o custo aumenta, pela realidade local de que os custos
57 são maiores e aí chegamos aos valores totais que são os valores que aprovaríamos como parâmetros financeiros e que irão
58 constar em cada Termo de Compromisso, exatamente que era feito anteriormente, só que aqui especificando e constando de uma
59 resolução da CIB com um detalhamento que antes não existia. Após a apresentação o Senhor Coordenador colocou em
60 discussão. Dr. Raul Molina questionou sobre as reuniões que foram feitas com os municípios contemplados, se houve algum que
61 não se habilitou já que teria que cumprir alguns requisitos. Dr. Fernando Vasconcelos respondeu que a maior parte dos municípios
62 já cumpriu os requisitos de pré-qualificação e qualificação, mas o que está contido na proposta de resolução é que a CIB resolver
63 se aprova a redação do Termo junto com o Anexo I, e aprovar a adesão dos municípios, desde que sejam cumpridos os requisitos
64 da pré-qualificação e qualificação do Projeto até 30 de novembro de 2007, por exemplo, municípios que estiverem com dívida de
65 prestação e contas junto ao Fundo Estadual de Saúde, se até o prazo não conseguirem sanar a situação, não serão incluídos no
66 Projeto não assinarão o Termo e não receberão nenhum recurso. A aprovação aqui será de um parâmetro de referência para
67 conter no Termo, é preciso ainda complementar a documentação, assinar o termo de Compromisso, para poder começar a
68 execução. Dra. Lorene Pinto sugeriu que a Coordenação do projeto encaminhasse a lista dos municípios com pendências para o
69 COSEMS para que este pudesse ajudar de alguma forma. Dr. Fernando Vasconcelos concordou com a sugestão. Após a
70 discussão o ponto de pauta foi considerado aprovado por todos. Em seguida o Senhor Coordenador efetuou a leitura dos
71 expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para discussão e aprovação: 1. Aprovação das solicitações dos
72 servidores da FUNASA cedidos à SESAB - Aprovado; 2. Termo de Compromisso do Pacto de Gestão Municipal: Vera Cruz e Dias
73 D'Ávila - Aprovados; 3. Credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD vinculado ao Centro de
74 Especialidades Odontológicas do município de São Félix do Coribe e Credenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas
75 - CEO do município de Cândido Sales, com parecer favorável da área técnica – O Senhor Coordenador lembrou que foi acordado
76 que a CIB não aprovaria mais nenhum credenciamento na área de Saúde Bucal, antes de discutir e aprovar os critérios, inclusive
77 foi estabelecida uma comissão da SESAB com o COSEMS, mas até o momento nada foi apresentado, portanto, sugeriu que esta
78 solicitação não fosse aprovada e que na próxima reunião ordinária da CIB entre na pauta a apresentação desses critérios. Dra.
79 Fátima da área técnica da Saúde Bucal informou que o LRPD de São Félix do Coribe já está em funcionamento, porém não tem a
80 Portaria de habilitação não estando credenciado ainda; o LRPD de Cândido Sales foi aprovado na CIB passada e ficou faltando o
81 credenciamento do CEO que também já está em funcionamento, inclusive já tem portaria do MS, mas não foi passado na CIB
82 porque o município encaminhou diretamente para o Ministério. Informou ainda que realmente existe um grupo de trabalho,
83 inclusive os critérios já foram apresentados, mas como não foi do agrado de todos então estão sendo refeitos para apresentação
84 na CIB. Dr. Alfredo Boa Sorte considerou que estamos tendo muita dificuldade por conta da burocracia, então se o CEO e o LRPD
85 já estão em funcionamento e a única coisa que vai mudar desta reunião para a próxima é a apresentação de critérios, mas isso
86 não vai interferir em nada no funcionamento, apenas haverá o credenciamento, então como a área técnica já deu parecer
87 favorável, não entende porque adiar para por um mês para esta deliberação. Sugeriu que esta solicitação fosse aprovada para que
88 os municípios não fiquem prejudicados, mas que as próximas realmente passassem pelo crivo dos critérios, conforme sugestão do
89 Senhor Coordenador. Dr. Raul Molina concordou com Dr. Alfredo Boa Sorte e o Senhor Coordenador aceitou excepcionalmente a
90 reivindicação, mas deixou claro que e a segunda vez que solicita que não seja feito credenciamento de CEO e LRPD sem
91 definição de critérios, portanto não haverá uma próxima vez, até a definição objetiva dos critérios para que possamos fazer o
92 credenciamento do serviço. Chamou atenção também de que a maior parte dos Centros de Especialidades Odontológicas do
93 Estado da Bahia, estão virando ambulatório de odontologia básica, fazendo o que deveria ser feito na rede básica, então a falta de
94 critérios tem estimulado para que isso ocorra, porque credenciar um CEO num município com dez mil habitantes é colocar
95 ambulatório de odontologia básica. Dr. Alfredo Boa Sorte considerou que quem credencia pode descredenciar, por isso não
96 concorda em abrir precedente, mas sim em tomar a decisão pela aprovação no caso apenas desta solicitação, porém se não se
97 adequar aos critérios de necessidade de funcionamento, que seja submetido a nova reavaliação para permanência ou não do
98 credenciamento. Após a discussão, foi decidido pela aprovação do pleito. Dando prosseguimento à pauta o Senhor Coordenador
99 seguiu com a leitura dos expedientes para discussão e aprovação: 4. Proposta Implantação/Expansão das Equipes de Equipes de
100 Saúde Bucal e Saúde da Família:
101

Implantação de três equipes de Saúde da Família (Sede I, Sede II e Povoado de Mandassaia)	Município Monte Santo
Implantação de duas equipes de Saúde Bucal modalidade I	Município Monte Santo
Implantação de três equipes de Saúde Bucal (Salvador Costa, Clodoaldo Magalhães Avelino e Admilson Figueiredo)	Município de Xique-Xique
Implantação de duas equipes de Saúde Bucal, modalidade I (localidades de Cabeça de Vaca e Jacaré)	Município de Filadélfia
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF NH1/NH2/NH3	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF NH4/Bonita	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF CAJ	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF Antônio Guilhermino	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF Dom Thomaz	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF Piranga/Jardim Flórida	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF Palmares/Pedra do Lorde	Município de Juazeiro
01 Equipe de Saúde Bucal Mod. I – ESF Alagadiço	Município de Juazeiro

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

Aprovado sem questionamento. Em seguida, o Senhor Coordenador convidou Dra. Isabela Pinto para apresentar a Pactuação dos Projetos de Educação Permanente em Saúde, a serem desenvolvidos no Estado da Bahia, com a utilização dos recursos oriundos da Portaria 1996. Dra. Isabela colocou que faria uma síntese do que foi apresentado pela manhã ao COSEMS, inclusive incorporando algumas sugestões que foram debatidas na ocasião. Iniciou dizendo como foi feita a construção e como foi o processo de elaboração dos Projetos, a Portaria N° 1996 que define a Política Nacional de Educação Permanente foi aprovada no dia 20 de agosto e numa das reuniões da CIB foi tirado um grupo de trabalho para pensar como seria encaminhada para a CIT a utilização dos recursos de 2007. Apresentação: "Construindo a Política Estadual de Educação Permanente. 1. Reuniões: Dados - 25 de setembro, 27 de setembro e 01 de outubro. Participantes: Bonito, Camaçari, Salvador, Irecê, Itaberaba, Juazeiro, Itabuna, Feira de Santana, Alagoinhas, Jequié, Camamú, Barreiras, SESAB e COSEMS. 2. Introdução: Portaria 1996 - A política de educação permanente deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Planos Regionais de Educação Permanente (colegiados de gestão e comissões de integração ensino-serviço). 3. Objetivo: Pactuação dos projetos para educação permanente em saúde no estado da Bahia. 4. Responsabilidades/Pacto: a) Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde; b) Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos Humanos à política de educação permanente no âmbito do Estado. 5. Critérios: fortalecer o pacto de gestão, ampliar, em larga escala, as capacidades profissionais e institucionais, ampliar a capacidade e qualidade da gestão do SUS, envolver o maior número de pessoas, ampliar o potencial formador das escolas e núcleos formadores, fortalecer a articulação entre estado e municípios, fortalecer ao mesmo tempo o município e as regionais, ter capilaridade e aumentar o acesso. 6. Construção da Proposta: Eixos: 1. Elaboração, formulação, monitoramento e avaliação da Política de Educação Permanente; 2. Investimento nas qualificações que foram consolidadas a partir das demandas dos municípios nas conferências municipais de saúde e conferência estadual de gestão do trabalho e educação na saúde; 3. Investimento nas Equipes de Saúde da Família, incluindo o Introdutório (acolhimento pedagógico). 7. Eixo 1: a) Oficinas de planejamento para conformação das conexões de integração; b) Seminários internos para discussão do plano regional da política; c) Oficinas regionais para realização das discussões, incluindo os pólos; d) Capacitação técnico-político-pedagógica para docentes; e) Seminários sobre novas práticas político-pedagógicas. 8. Eixo 2: Fortalecimento da gestão, através de atualizações, especializações e mestrado profissionalizante, considerando a possibilidade de organizar estas formações em estruturas modulares progressivas, prioritariamente para formação de gestores para o SUS: Gestão de Sistemas e Serviço, Gestão da Educação e Gestão Hospitalar. 9. Eixo 3: Investimento na Atenção Básica/Estratégias de Saúde da Família, incluindo o Introdutório (acolhimento pedagógico). 10. Cursos:

NOME DO PROJETO	OBJETIVOS	PÚBLICO ALVO	VALOR (R\$)
Oficina de planejamento para conformação das comissões permanentes de integração ensino-serviço.	Formular e pactuar os planos regionais de Educação Permanente em Saúde - EPS com os profissionais de saúde, instituições formadoras, usuários e movimentos sociais vinculados à saúde para implantação de políticas de educação permanente em saúde nos seus municípios articulada com a estratégia de regionalização do Pacto (39 oficinas cobrindo as 9 macro regiões e as 30 micro).	Gestores e trabalhadores da saúde e da educação, das DARES e DIRECS, Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, movimentos sociais e instituições de ensino.	300.000,00
Curso de qualificação e/ou especialização para gestores municipais de saúde.	Desenvolver competências e habilidades essenciais de gestão nas áreas de planejamento, avaliação, regulação, políticas de saúde, financiamento e capacitação pedagógica voltadas para educação permanente em saúde.	Secretários municipais de saúde e técnicos ou representantes de instituições de interesse para a área da saúde sendo prioritária a participação do secretário de saúde e equipe gestora.	144.000,00
Curso introdutório (acolhimento pedagógico) e qualificação para as equipes de saúde da família.	Realizar atualização e/ou formação pedagógica de facilitadores que atuem junto aos gestores municipais na execução do curso introdutório e implantação de plano de qualificação das equipes.	60 profissionais das DARES (2 por DARES) e 400 gestores municipais da Atenção Básica e colaboradores das instituições de ensino 01 pessoa de cada um dos 417 municípios e das 31 DARES.	320.000,00
Seminário de Implantação da política de humanização.	Realizar 9 seminários macro-regionais de implantação da política de humanização no estado da Bahia.	900 gestores e trabalhadores do SUS.	170.000,00
Formação de facilitadores de	Formar multiplicadores para	180 (6 pessoas por micro) representantes	80.000,00

educação permanente para o controle social.	desenvolvimento das práticas de educação permanente para o controle social.	de movimentos sociais, de trabalhadores municipais, estaduais e de técnicos do SUS Bahia.	
Qualificação de profissionais nos processos e procedimentos administrativos para gestão de pessoal	Qualificar profissionais de RH para gerir com efetividade os processos relativos à gestão de pessoal, atuando como multiplicadores na capacitação dos municípios sempre que necessário.	112 pessoas envolvendo as 31 DIRES, profissionais da SESAB e Unidades da Rede própria.	50.000,00
Especialização em gestão do trabalho e da educação na saúde para profissionais que atuam nestas áreas.	Qualificar profissionais para formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.	Gestores e trabalhadores, do SUS-BA.	150.000,00
Especialização em gestão de sistemas e redes de saúde.	Qualificar profissionais para desenvolvimento, implantação e gestão de sistemas e redes de saúde.	Gestores e trabalhadores, do SUS-BA.	150.000,00
Curso de especialização em gestão hospitalar.	Capacitação de gestores da rede hospitalar do SUS-BA.	Gestores da rede hospitalar estadual/municipal do SUS (diretores, administradores).	150.000,00
Oficina para proposição de mudanças na formação superior de profissionais de saúde.	Analisar a formação superior a luz das novas diretrizes curriculares, definir estratégias para implementação do processo de mudanças, articulando as experiências de mudança dos diversos atores, através da problematização de suas próprias práticas e incentivo a adequação dos currículos aos princípios e diretrizes do SUS. 09 oficinas (1 por macro)	Gestores e técnicos do SUS/BA, coordenadores de cursos, docentes e estudantes dos cursos de graduação em saúde das Universidades e Faculdades do estado da Bahia.	90.000,00
Mestrado profissionalizante em gestão pública na área de saúde.	Qualificar profissionais responsáveis pela gestão das políticas públicas relacionadas à otimização do SUS Bahia.	Gestores e trabalhadores, do SUS-BA	250.000,00
Vídeos didáticos.	Produzir material didático sobre o SUS para fins político-pedagógicos com os seguintes enfoques: informação e educação em saúde, trajetória histórica do SUS, controle social etc. 10 vídeos	Municípios, instituições de ensino, conselhos municipais, DIRES e outras instituições pertencentes à Rede SUS.	100.000,00
Formação de tutores e facilitadores de educação permanente – EPS.	Formar de tutores e facilitadores de EPS para implantar e/ou implementar ações de EPS à distância (EAD)	50 tutores multiplicadores para formação de 8000 facilitadores de EPS (profissionais de instituição de ensino, trabalhadores dos serviços, da gestão das Secretarias municipais e DIRES	80.000,00
Proteção radiológica e qualidade da imagem.	Requalificar trabalhadores da área de radiodiagnóstico e bio-imagem da rede SUS - Ba	Qualificar 30 Técnicos de radiodiagnóstico inseridos na rede hospitalar do SUS –B, contemplando as macrorregionais.	76.000,00
Informação e saúde.	Qualificar os profissionais de nível médio da rede própria cujas atividades têm interface com as áreas de informação, comunicação e tecnologias relacionadas e, preparar facilitadores para atuarem nas turmas subsequentes.	Qualificar 30 profissionais de nível médio do SAME, arquivo, vigilante, higienização e outros. Formar 06 facilitadores para o curso.	50.000,00
Gestão de equipamentos médicos.	Qualificar profissionais da área técnica e administrativa para a gestão das tecnologias de equipamentos médicos.	Qualificar 30 profissionais para a gestão de equipamentos em saúde, sendo 15 das macrorregionais que serão referencia para as referidas áreas.	74.000,00
Capacitação técnico-pedagógica para docentes.	Capacitar Técnico e pedagogicamente os profissionais de saúde para atuarem nos cursos de educação profissional.	Capacitar 220 profissionais para atuarem como docentes e/ou coordenadores do curso técnicos propostos.	340.000,00
Seminário de novas práticas político pedagógicas.	Refletir sobre as práticas pedagógicas aplicadas nos processos de educação permanente	Envolver 200 técnicos das da SESAB e municípios que atuam em processos políticos pedagógicos Educação permanente em Saúde.	60.000,00
Habilitação profissional em técnico de higiene dental.	Habilitar trabalhadores de nível médio do SUS Ba que atuam na área de saúde bucal sem qualificação específica.	Habilitar 300 técnicos em higiene dental distribuídos nas macro regiões do Estado.	1.100.000,00
Complementação da qualificação profissional de auxiliar de enfermagem para técnico de enfermagem.	Habilitar em Técnico os auxiliares de enfermagem que atuam no SUS-Ba.	Habilitar 500 técnicos de enfermagem nas macro regiões do Estado.	233.000,00
Qualificação pedagógica para o desenvolvimento de ações educativas e comunicação social em saúde.	Qualificar profissionais de nível médio para desenvolverem atividades de educação em saúde nas áreas estratégicas no SUS (Vigilância, ESF).	Capacitar 150 facilitadores da estratégia de Saúde da Família.	70.000,00
Atualização em biossegurança.	Atualizar em biossegurança os	Capacitar 200 trabalhadores de saúde em	

	trabalhadores de nível médio que atuam na atenção básica.	biossegurança com ênfase em vacina, esterilização e curativo.	31.000,00
--	---	---	-----------

132
133
134

11: Projeção Orçamentária:

NÍVEL	VALOR EPS DO MS	TOTAL DAS PROPOSTAS	DIFERENÇA
Superior	1.516.774,00	2.034.000,00	-517.226,00
Médio	2.166.000,00	2.166.000,00	-----

135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176

Finalizou a apresentação colocando que as oficinas definirão os Planos Regionais e afirmando que uma das grandes vantagens dessa Portaria é a força que o gestor passa a ter nas decisões no processo de construção dessa política. Informou que em novembro será realizado um seminário onde serão discutidos o plano e a metodologia de realização dessas oficinas que terão como produto os Planos Regionais de Educação Permanente, aí então, a partir desse elenco iremos definir o que acontece primeiro e então teremos um Plano para os próximos três anos. Dra. Lorene Pinto esclareceu que este é um Plano que está sendo apresentado para captação de recurso por essa Portaria, pois existem outras demandas na educação permanente com outras fontes de recurso que deverão compor o Plano Estadual. Dr. Raul Molina parabenizou Dra. Isabela pela apresentação e enfatizou que de alguma forma os municípios foram contemplados com essa nova postura de formação, entretanto, isso seja apenas uma parte do que gostaríamos, mas é realmente necessário definir o perfil dos novos profissionais. Colocou ainda que a academia tem sido muito boa para nos apresentar alguns projetos, mas não nos entregam os resultados, nos entregam apenas a metodologia que está sendo usada, o que para os gestores tem pouca importância, o que importa mesmo é o resultado deste trabalho. É preciso começar a construir de uma forma definitiva um novo modelo para o SUS, e principalmente um novo perfil para aquelas pessoas que fazem o SUS, e é por isso que trabalho que foi realizado pela equipe técnica tem uma responsabilidade muito grande para o início da nova cara que o SUS deverá ter na Bahia. Dr. Emerson Garcia lembrou que também foi discutido pela manhã na reunião do COSEMS a questão da residência médica, mais especificamente a formação do profissional médico já que essa é a raiz do problema, no que tange a atender as políticas de governo, a exemplo de vários problemas no PSF, a falta de psiquiatras nos CAPS, entre outros. Um outro grande problema, já debatido por várias vezes, é que o profissional médico que passa pela escola pública, não tem a visão de formação do SUS e quando sai não presta nenhum serviço e é fundamental que estes profissionais também prestem serviços pelo SUS. Dra. Isabela complementou colocando que o estudante que se forma numa universidade pública passa por uma residência com uma bolsa do estado e depois não dá nenhum retorno ao serviço. O Senhor Coordenador considerou extremamente oportuna a colocação de Dr. Emerson, pois essa questão já vem sendo pautada em vários momentos e é preocupação há muito tempo no SUS, e enfatizou que precisamos começar a criar alternativas para viabilizar algum retorno garantido à população. Solicitou que este assunto fosse incluído na pauta da próxima reunião ordinária da CIB e que fosse feito um grupo de trabalho para iniciar uma discussão sobre a questão da residência; lembrou que houve esta semana uma reunião com a Comissão Estadual de Residência Médica e já está marcada outra para a próxima terça-feira com a presença da Escola de Saúde Pública, da Superintendência responsável, e algumas consultas preliminares já nos levaram a sinalizar algumas alternativas: primeiro - não há nenhum impedimento legal de um médico residente com bolsa da SESAB ter um contrato de prestação de serviço em paralelo com a própria SESAB, havendo compatibilidade de carga horária; segundo - quem paga a bolsa pode fazer exigências além daquelas que a Comissão Nacional de Residência Médica coloca desde que não sejam incompatíveis com a sua legislação, ou seja, se não temos ainda como controlar o que vai ser feito depois que ele terminar a residência, pelo menos durante, podemos fazer certas exigências não como coordenação do programa, mas como pagador da bolsa. Este é um caminho interessante que pode exigir que pelo menos durante a residência este profissional efetivamente cumpra uma contrapartida, inclusive houve uma época em que a residência médica fazia isso como parte da carga horária e hoje não faz mais. Após a discussão foi aprovada a Pactuação dos Projetos de Educação Permanente em Saúde à unanimidade. Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador convidou Dr. Humberto Torreão para apresentação do Cronograma das reuniões das CIB's regionais e criação dos trinta colegiados regionais, que lembrou que o calendário já tinha sido apresentado anteriormente por Dr. Andrés Alonso, mas teve que ser refeito por conta da modificação dos desenhos territoriais do PDR. A proposta é ter um calendário intensivo de um dia de reunião para re-implementação das CIB's macro com uma pauta específica que foi aprovada aqui na CIB que é a revisão pontual de algumas necessidades urgentes da PPI. Proposta de Calendário para as reuniões das CIB's Macrorregionais.

Dia da Semana	Data	Macrorregião
Segunda-feira	22/10/2007	Nordeste
Terça-feira	23/10/2007	Sul
Quarta-feira	24/10/2007	Leste
Quinta-feira	25/10/2007	Centro-Leste
Sexta-feira	26/10/2007	Oeste
Segunda-feira	29/10/2007	Centro-Norte
Terça-feira	30/10/2007	Norte
Quarta-feira	31/10/2007	Sudoeste
Quinta-feira	01/11/2007	Extremo-Sul

177
178
179
180
181
182
183
184

Proposta para a Reunião dos Coordenadores das CIB's Macro: Coordenadores das CIB Macro SESAB e Vice-Presidentes dos CONER - Data: 19/10/07 Hora: 09:00h Local SESAB. Dr. Raul Molina solicitou um tempo em nome do COSEMS já que houve mudanças no PDR e naturalmente os CONER's também mudam, e aproveitando o seminário de planejamento do COSEMS onde poderão discutir melhor, até porque será necessário mudar o estatuto. O Secretário Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, Emílio Rodat, solicitou que a reunião de posse da macro centro-leste fosse antecipada para o dia 15 de outubro, pois o Senhor Secretário estará presente em Feira de Santana e seria uma boa oportunidade. O Senhor Coordenador concordou, contanto que não houvesse problemas com ao COSEMS. Diante do exposto, Dr. Humberto Torreão propôs remarcar a reunião da macro

185 sudoeste para o dia 25 de outubro e a da extremo-sul para a semana anterior. Após breve discussão foi aprovado à
 186 unanimidade. Em seguida Dr. Humberto Torreão prosseguiu falando necessidade da implantação das instâncias de gestão
 187 microrregionais após a aprovação do novo desenho do PDR, que são trinta colegiados microrregionais compostos de todos os
 188 gestores municipais e o estado representado pelas DIRES, portanto é necessária uma resolução da CIB com esta aprovação. Dr.
 189 Emerson Garcia colocou a necessidade de esclarecer como os colegiados vão funcionar nas microrregiões e como será o papel
 190 junto ao CONER. A Secretária Municipal de Saúde de Mutuípe, Izabel Ramos, solicitou um melhor esclarecimento quanto à
 191 composição e a função destes colegiados e se está ligado só diretamente ao Pacto ou a todas as ações. Dr. Humberto Torreão
 192 reafirmou que é um colegiado da microrregião composto por todos os gestores municipais e as DIRES, não sendo um colegiado
 193 representativo como a CIB Macro, e fará toda a discussão da regionalização da microrregião; tem a ver com o Pacto no sentido
 194 ampliado, de que toda a pactuação é pelo SUS Regional, então envolve, por exemplo, a discussão da política de educação
 195 permanente, o planejamento regional, a revisão da PPI, também são espaços que cabem dentro do colegiado, é claro que essas
 196 decisões são remetidas à CIB macro e à CIB estadual e como foi colocado por Dr. Emerson, será necessário neste processo, até
 197 com a própria revisão do regimento da CIB, definir quais são os papéis dos colegiados de gestão microrregionais, das CIB's macro
 198 e da CIB estadual, para não superpor nenhuma função. Após breve discussão foi aprovado à unanimidade. Em seguida o Senhor
 199 Coordenador franqueou a palavra no que ocorrer, informando que nos próximos dias estará sendo realizado um processo de
 200 credenciamento é bastante inusitado que estaremos experimentando para resolver algumas das dificuldades que estamos
 201 enfrentando relacionada à substituição dos contratos intensivistas; aquele contrato com a COPAMED encerra dia 14 de outubro, é
 202 o terceiro e último contrato do estado com a cooperativa e como não podemos renová-lo estudamos várias alternativas e
 203 resolvemos tentar o modelo de credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços médicos em hospitais públicos. É
 204 uma coisa que se funcionar direito pode ser uma referência para alguns municípios utilizarem em hospitais municipais também; o
 205 SUS utiliza em larga escala o credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços de saúde em unidades privadas, o
 206 que vamos experimentar agora é credenciar uma pessoa jurídica privada para prestar serviço dentro de unidade pública, ou seja,
 207 vamos contratar pessoas jurídicas privadas para prestarem serviços de intensivistas nas UTI's públicas e realizarem
 208 procedimentos anestésicos e cirúrgicos em unidades públicas de saúde. O Senhor Coordenador apresentou a proposta de
 209 aumento de teto expondo a tabela que o Estado estará praticando para que a CIB discuta. Informou que no aumento de teto
 210 constam dois procedimentos para atendimento médico intensivista em U.T. I sendo um para adulto ou pediátrico e outro para
 211 neonatologia, como uma discriminação de valores que diferencia o procedimento nos dias da semana de segunda a sextas dos
 212 finais de semana. Colocou que o procedimento de acompanhamento em medicina intensiva corresponde à atuação de um médico
 213 no máximo de dez pacientes seguindo a norma do Ministério da Saúde que estabelece parâmetro de um médico para no máximo
 214 dez pacientes em unidades terapia intensiva. Ressaltou que para procedimento anestésico foi feita uma diferenciação entre
 215 procedimentos de anestesia, cirurgia em regime de urgência e emergência em hospitais desta especialidade, e em procedimentos
 216 obstétrico como cesariana e curetagem; salientou sobre a diferencia dos tempos anestésico co-relatos aos respectivos tempos
 217 cirúrgicos. Explicou que em doze horas de trabalho um anestesista no hospital de emergência realizando cirurgias de urgência e
 218 emergência terá a possibilidade de realizar cinco procedimentos anestésicos por turno de doze horas. Quanto ao cinto
 219 procedimentos de cirurgias em regime de urgência e emergência também com diferencial sábado e domingo. Colocou que foram
 220 criados valores que se cria certa isonomia entre a remuneração dos profissionais intensivista, anestesista e cirurgiões; citou que
 221 esta trabalhando com parâmetro de que toda a pessoa jurídica contratada para o turno de doze horas teria a remuneração mínima
 222 de R\$ 550,00 (quinhentos e cinqüenta reais) por turno e no final de semana seria de R\$ 650,00 (seiscentas e cinqüenta reais).
 223 Informou que o Edital estará sendo publicado no Diário nos próximos dias. O Senhor Coordenador abriu para discussão.
 224

	2ª a 6ª	Sábado e Domingo
Atendimento médico por intensivista em UTI geral ou pediátrica (turno de 12 horas – máximo de 10 pacientes)	550,00	650,00
Atendimento médico por intensivista em UTI neonatal (turno de 12 horas – máximo de 10 pacientes)	550,00	650,00
Anestesia em cirurgias em regime de urgência e emergência	110,00	130,00
Anestesia em procedimentos obstétricos (cesáreas e curetagens)	55,00	65,00
Cirurgia em regime de urgência e emergência	110,00	130,00

225
 226
 227 Dra. Lorene Pinto pontuou que é uma alternativa que se tem para repara a uma necessidade, sendo interessante que se entregue
 228 a gestão da unidade para não correr o risco de criar de núcleo isolado dentro das unidades públicas criando uma categoria
 229 diferenciada de profissionais nas unidades. Enfatizou é um risco que se corre, mas é uma alternativa legal de corrigir uma
 230 deficiência. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Gisélia Souza que pontuou ser esta a melhor alternativa no
 231 momento, devido à necessidade de resolver em curto prazo, para suprir todos profissionais que as unidades precisam. Salientou
 232 que tem que ser uma medida de curto prazo e não perdendo de perspectiva os projetos de médio e longo prazo como a questão
 233 da Fundação com um processo mais duradouro e seguro da Gestão de Saúde e do trabalho médico. Colocou que como uma
 234 proposta emergencial é interessante, mas não se deve constituir para sempre. Dr. Washington Couto pontuou que além do
 235 concurso público que é uma saída para atender todas as demandas do Recurso Humano que esta exigindo deste novo Governo
 236 um novo olhar com novas opções e alternativas que não venha de encontro como a Lei criando alternativa para que o trabalho
 237 seja desenvolvido com os profissionais mais valorizados, não perdendo espaço para as entidades privadas e particulares.
 238 Reforçou a colocação que Dra. Gisélia Souza que não é algo eterno e sim uma questão de alternativa com o processo de seleção
 239 REDA que esta cumprindo o seu papel de assistência à atenção saúde. Quanto a Fundação Estatal que para a saúde da família
 240 não esta englobando esta área e sim a rede hospitalar, mas temos que engrossa as fileiras com uma força necessária para o
 241 processo de discussão no centro reforçando toda informação com pessoas que iram esta discutindo não só no Bahia como em

242 outros Estados. Concordeu com todo processo do REDA, e que a SESAB com compromisso, mas do que nunca a certeza de
243 realizar em breve concurso público. Dr. Raul Molina colocou sua preocupação quanto profissional e médico porque as dificuldades
244 das urgências e emergências são de conhecimento público, fazendo com que se faça outro análise da situação, sair da
245 terceirização que é exploração do trabalho pelo capital. Pontuou que a saída da do processo da seleção REDA é inteligente e
246 rápida. Dr. Alfredo Boa Sorte ressaltou que todos os dias nós construímos a história e que se a SESAB chegou a esta proposta, é
247 porque dentro dos marcos da legislação atual e da administração pública, e como as coisas são feitas no mercado selvagem,
248 tivemos que abrir um leque de possibilidade única, porque temos uma responsabilidade e compromisso com a população usuária
249 do SUS. Não era possível permanecer com a situação atual, faltando profissionais intensivista, anestesista e cirurgiões nos
250 plantões nas emergências dos hospitais. Lembrou que o concurso público realizado no ano dois mil e seis, e muitas destas
251 categorias explicitadas na abertura desta possibilidade com autorização da Procuradoria Geral do Estado. O Senhor Coordenador
252 colocou que a observação feita por Dr. Alfredo é correta, mas fica no contrato. Dr. José Raimundo Mota salientou que a tabela do
253 SUS o Estado tem que garantir que o recurso seja pelo recurso próprio e não pelo Fundo a Fundo para não gera uma ilegalidade
254 no final no processo. O Senhor Coordenador agradeceu a lembrança e à colocação do Dr. José Raimundo. Informou que o contrato
255 será feito com o recurso da fonte do tesouro Estadual. Dando continuidade. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.
256 Alfredo Boa Sorte que informou sobre o Encontro Regional da Bolsa Família no Estado da Bahia com a presença do Ministério do
257 Desenvolvimento Social e combate à pobreza e a Secretaria do Desenvolvimento Social do Estado da Bahia e a SESAB esteve
258 presente com a Secretaria de Educação. Salientou duas questões que chamaram atenção, que foram o elogio feito a Secretaria de
259 Saúde do Município de Senhor do Bonfim Dra. Angeli Matos pela forma de acompanhamento nas condicionalidade da Bolsa
260 Família, ou seja, com acompanhamento do pré-natal, vacinação, desenvolvimento e crescimento das crianças e acompanhamento
261 das mães gestantes, adolescentes e crianças; vigilância nutricional da alimentação que foi feito pelos municípios Baianos e o
262 município de Senhor do Bonfim ficou em destaque ao que atingiu uma média de 90% de cobertura quando a média Nacional no
263 índice mais alto são 80%. Salientou que o Estado da Bahia tem 1.400.000(um milhão e quatrocentos mil) famílias que são
264 cobertas pelo Bolsa Família. Colocou que tem chamado atenção da Diretoria de Atenção Básica que precisamos traçar uma
265 prioridade para cobertura e acompanhamento de hiper-tensão arterial, diabetes méritos e pré-natal e que isto reflète na melhora de
266 desempenho das famílias no programa bolsa família que são as pessoas mais pobres do nosso Estado. Chamou atenção que a
267 SESAB foi muito cobrada nestas questões no Encontro Regional da Bolsa Família no Estado da Bahia e que precisamos reverter
268 esta situação. Dr. Raul Molina reforçou as palavras de Dra. Angeli Matos e que os municípios pequenos sabem o quanto as
269 Secretarias Municipais estão envolvidas no Bolsa Família e que devemos nos empenha nesta questão. Dando continuidade a
270 pauta do COSEMS. Colocou que houve uma reunião com a Diretoria de Atenção Básica para trata das portarias especificidade;
271 lembrou que na CIB ficou acordado que alguns municípios contemplados com a proposta dos componentes I 50% dos recursos
272 iriam para o fundo de reserva da Fundação Estatal, II e III sendo 42,5% era destinado aos municípios com IDH mais baixo e, além
273 disto, foram colocados 7,5% para as populações do campo. Solicitou que a equipe técnica apresenta-se ao COSEMS o apêndice
274 deste projeto que foi encaminhado para o Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Hêider Pinto
275 Diretor da Atenção Básica informou distribuição dos recursos financeiros correspondentes aos 9% (nove por cento) do valor
276 mínimo do PAB fixo, multiplicado pela população do Estado, para a Compensação das Especificidades Regionais, sendo esse
277 valor será utilizado nos três componentes I, II e III que compõem o Projeto de Compensações das Especificidades Regionais da
278 Bahia com os apêndices, componentes I com cinquenta por cento (50%) do valor total do recurso financeiro será repassado ao
279 Fundo Estadual de Saúde, em conta específica relacionada à Compensação de Especificidades Regionais, arbitrada pela CIB,
280 para ser utilizado no Componente I que prevê um Fundo de recursos para a Atenção Básica do estado com a finalidade principal
281 de instituir e implementar a Fundação Estatal Saúde da Família e Sete vírgula cinco por cento (7,5%) do valor total do recurso
282 financeiro será repassado à conta específica referida no artigo anterior para ser utilizado no Componente II que prevê um
283 Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo, coordenado pela CIB. Colocou que o Grupo de Trabalho desse
284 Programa, composto por representação da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, pelo Conselho de Secretários Municipais de
285 Saúde da Bahia e por representação de organizações e movimentos de trabalhadores rurais, apresentará o detalhamento do
286 programa para aprovação da CIB respeitando os seguintes critérios. Quanto aos componentes III ficaram com os 42,5% quarenta
287 e dois vírgula cinco por cento do valor total do recurso compõe o Componente III e será repassado diretamente aos fundos
288 municipais de saúde conforme os critérios. Pontuou que cada um dos Municípios que serão contemplados nesse componente se
289 enquadra em uma das duas condições seguintes. Colocou que o município deve estar compreendido dentre o terço de municípios
290 com menor arrecadação per capita e dentre o terço de menor IDH do estado da Bahia. Salientou que o município deve estar
291 compreendido dentre o terço de municípios com menor arrecadação per capita ou dentre o terço de menor IDH e possuir uma
292 população menor ou igual a 30 mil habitantes e uma densidade demográfica menor ou igual à média do estado da Bahia 24,7
293 habitantes por quilômetro quadrado. Informou que para esta competência houve uma reunião com o Ministério da Saúde em Natal
294 no estado do Rio Grande do Norte onde ficou estabelecido por causa da portaria do Pacto não pode o dinheiro do bloco da
295 atenção básica ir para o fundo Estadual de Saúde. Pontuou que o Ministério fez uma interpretação um pouco normativa desta
296 questão; Argumentou para o Ministério que tanto para um Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo quanto a
297 discussão da Fundação Estatal a política que reforça a descentralização das regionais que neste caso é mais importante aos
298 municípios precisa ser articuladas regionalmente e que não adianta encaminha para o Fundo Municipal, tendo que manda para o
299 Fundo sobre o controle da CIB para contempla dentro da lógica que foi debatido No Grupo de trabalho formado pelo COSEMS e
300 SESAB. Informou até que o Ministério ter uma posição da CIT com relação a isto não pode autoriza o repasse de recurso da
301 Atenção Básica para o Fundo Estadual de Saúde. A Comissão Intergestores Bipartite/BA ficará responsável pelo monitoramento e
302 acompanhamento dos municípios contemplados em qualquer um dos três componentes selecionados, os municípios
303 contemplados em qualquer um dos componentes deverão apresentar prestação de contas do recurso utilizado e avaliação de
304 resultados alcançados a cada 5 meses para seu respectivo Conselho Municipal de Saúde e, exclusivamente através de relatório
305 escrito à CIB, à Dires e à Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. E que os recursos não
306 utilizados no Componente II e III deverão compor o Fundo previsto no Componente I. O Senhor Coordenador passou a palavra
307 para Dr. Raul Molina como representante do COSEMS aprova os critério exposto na resolução CIB 106. O Senhor Coordenador
308 informou que sai a portaria do Ministério da Saúde que aumenta a tabela do SUS e que a consulta médica especializadas de
309 urgência e emergência passou para R\$ 11,00(onze reais) e as demais R\$10,00 (dez reais). Dr. Raul Molina questionou sobre a

310 recomposição dos tetos dos municípios Plenos que foi apresentado a princípio no valor de R\$21.000.000,00 (vinte e um milhões
311 de reais) e que na última portaria Ministerial um valor de R\$ 70.000.000,00(setenta milhões de reais). Com isto os Secretários
312 Municipais fizeram um questionamento a que se refere este mudança de valor de R\$ 70.000.000,00(setenta milhões de reais). O
313 Senhor Coordenador explicou que a portaria que esta sendo referida não é específica da correção dos tetos dos municípios porque
314 o Ministério aprovou um aumento do teto do Estado e que esta portaria onde consta o valor de R\$ 70.000.000,00(setenta milhões
315 de reais) e referente ao aumento do teto do Estado incluindo tudo, aumento dos Plenos, federalização do Hospital Ana Nery e que
316 este recurso ira para o Teto de Salvador que é o contratante, recurso que esta sendo adicional que esta sendo incorporado a
317 contratualização dos hospitais Santo Isabel e São Rafael um valor menor e outro na câmara técnica; citou que tudo esta exposta
318 na portaria em uma tabela. Informou que foi publicada a portaria Ministério do aumento da tabela e que em breve estará saindo o
319 impacto do aumento do teto. Lembrou que a SESAB terá que fazer as planilhas para traduzir o aumento na mudança do teto de
320 diverso serviço; propôs que para facilitar o processo não fosse necessário espera a próxima CIB e que autorize a SESAB junto
321 com a diretoria COSEMS tome as medidas necessárias para agilizar o processo; e que o mesmo percentual que seja aplicado ao
322 aumento dos tetos municipais se reproduzam os termos de Entes Públicos. Pontuou que com estas medidas, caso seja aprovada
323 não iremos perde muito tempo com o processo. Solicitou que A Diretoria de Programação Dr. Humberto Torreão e o COSEMS se
324 reúnam para discutir este processo e tomar as medidas necessárias para atualização dos tetos e apresente na próxima CIB. Dr.
325 Washington Couto solicitou atenção na data do dia trinta e um do mês outubro para encaminha ao Ministério da Saúde as
326 propostas de projetos. Informou que o Ministério da Saúde encaminhou um relatório com os municípios da Bahia tem poucos
327 projetos; explicou que a forma de como fazer esta solicitação e que o sistema trava quando a esta incluindo três projetos ao
328 mesmo tempo ou quando não está com toda documentação correta. Chamou atenção na necessidade de agiliza porque o prazo
329 não será prorrogado porque o Ministério tem pouco recurso, e quando menos projeto para o Ministério melhor porque estará
330 acatando uma quantidade maior de municípios os que conseguiram implementar os projetos. Lembrou que existe uma Portaria do
331 SAS onde coloca algumas regras como projeto abaixo de R\$100.000,00 (cem mil reais) o Ministério da Saúde não irá atender. O
332 Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Héider Pinto Diretor da Atenção Básica. Colocou que no Encontro de Atenção
333 Básica foi feito um dia de oficina com os municípios para discutir a questão dos convênios e foram distribuídos materiais que
334 orientava como cadastrar os projetos, este material consta na site da atenção básica www.saude.ba.gov.br/dab. E, além disto, as
335 DIRES estão em contato com os municípios para obter informação se o município conseguiu cadastra os projetos de expansão e
336 construção de unidades, e vendo quais as dificuldades que estão tendo, os municípios que não conseguiu a DAB - Diretoria de
337 Atenção Básica estará incluindo na página da intranet da SESAB um powerpoint já com a cópia de cada página do fundo nacional
338 de saúde orientando o passo a passo para o cadastro. Informou que o ministério esta trabalhando com unidade básica de saúde
339 maior que as unidades que o Estado da Bahia tem atualmente, com isto o valor de referência do Ministério é de uma unidade para
340 uma equipe é de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), uma unidade para duas equipes o valor de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil
341 reais), multiplicando o número de equipe por R\$ 200.000,00. Informou que a DAB estará disponibilizando futuramente no decorre
342 do processo plantas com várias sugestões que os municípios poderão esta utilizando para quando for necessário utilizar o projeto
343 para planta a SESAB fossa ajuda os municípios. Dra. Denise Mascarenhas solicitou um esclarecimento no que se refere a
344 Resolução n. 103 da CIB e sua relação com a publicação pelo Ministério da Saúde da portaria que ampliou o teto do Estado da
345 Bahia em um montante de R\$ 78milhões de reais, e que segundo o MS foi baseada na supra citada resolução da CIB. Pede que
346 seja feito um esclarecimento, pois o valor discutido nesta CIB foi de apenas R\$ 21 milhões, assim não entende com que base foi
347 dividido o restante do valor que não passou por esta Comissão. O Senhor Coordenador pontuou que o Estado não pode exigir do
348 Ministério da Saúde publicar as suas portarias no formato que a CIB publicar as resoluções da CIB - Comissão Intergestores
349 Bipartite, e que a resolução da CIB foi feita sobre um aumento de teto dos Municípios em Gestão Plena nesta discussão foi
350 também colocado que iríamos reivindicar recurso para Federalização do Hospital Ana Nery e colocamos que no caso de Salvador
351 não seria contemplado com os mesmo critérios dos municípios em Gestão Plena e as questões dos hospitais de Ensino e que
352 Santo Isabel estava para ser contratualizado como hospital de ensino e Hospital das Clínicas e Faculdade Clímério Oliveira da
353 UFBA, baseado nestas questões Salvador ficaria com hospitais de ensino Ana Nery, HUSP, Santa Isabel e Clímério Oliveira da
354 UFBA ficando claro para todos. Explicou que a resolução da CIB publicada no D.O.E. falava a respeito do aumento de teto dos
355 municípios em Plena e não foi citado Salvador porque não foi definido o critério percentual para Salvador apenas foi definido o
356 objeto que é a questão dos hospitais universitários. Salientou quando o ministério publicou a portaria de aumento foi uma portaria
357 só incluindo um aumento referente aos municípios em plena de 10% e recurso que seria locado a federalização Ana Nery e Santo
358 Isabel. Dando continuidade. Informou que o aumento de teto de TRS - foi aprovado e o Ministério irá pagar retroativo ao mês de
359 março ou abril. Explicou como o Ministério analisou baseado no período da solicitação. Sugeriu que a SESAB faça uma reunião
360 com os municípios que estão com serviço de TRS e respectivos prestadores para conversar para que não tenha dúvidas. O
361 Senhor Coordenador solicitou registro em ata da satisfação e agradecimento da SESAB com a equipe do Ministério da Saúde que
362 aprovou os pedido de aumentos, teto, tabela e aumento de TRS. Dr. Raul Molina convidou o Secretário de Saúde do Estado Dr.
363 Jorge Solla para o Planejamento Estratégico do COSEMS, em Camaçari e a todos os presentes. O Senhor Coordenador passou a
364 palavra para Secretário de Saúde de Salvador Dr. Carlos Trindade colocou que esta existindo uma ação forte e orquestrada contra
365 o SUS - Sistema Unido de Saúde no país como todo pela questão CPMF sendo a definidora de comportamento da mídia. Lembrou
366 que este comentário foi feito com o Ministro da Saúde esteve no Estado da Bahia, e governador fizemos um compromisso de
367 enfrenta este ataque; solicitou que todos os profissionais da saúde devem estar empenhados na defesa do sistema. Colocou que
368 Salvador entrou nesta discussão em virtude do comportamento que foi assumido pelo setor privado representado pelas
369 associações de hospitais e sindicato dos hospitais. Informou que o sindicato apresentou uma pauta de negociação envolvendo
370 Secretário do Município e Secretário do Estado com cinco pontos de pauta que foram discutidos e ao terminar a reunião sai com
371 acordo firmado. Logo depois foram para uma assembléia e então inverteram toda negociação. Observou que este movimento não
372 alcançou o conjunto dos prestadores de serviço pelo contrario uma adesão muito pequena sendo muito mais alimentado pela
373 mídia, sendo um movimento muito mais político, dentro desta situação a Secretaria de Saúde posicionou em defesa do SUS -
374 Sistema Único de Saúde. O Senhor Coordenador parabenizou a atuação de Dr. Carlos Trindade em ter enfrentado muito bem esta
375 pressão política do que uma pressão efetiva de assistência de algumas clínicas que fazem basicamente atendimento fisioterápico
376 e ortopédico não tendo participação de peso como internação, e os procedimentos resolutivos mesmo na questão do trauma, não
377 empacando no aumento da demanda dos pontos socorros e procedimentos públicos. Colocou que a rede de fisioterapia e

378 ortopedia tem reforça a oferta pública. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a
379 próxima reunião ordinária para o dia 01 de novembro de 2007 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu,
380 Candice de Almeida Rocha Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
381 Salvador, 04 de outubro de 2007.

382

383 Jorge José Santos Pereira Solla _____

384 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____

385 Lorene Louise Silva Pinto _____

386 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

387 Alfredo Boa Sorte Júnior _____

388 Suplente: Gisélia Santana Souza _____

389 Andrés Castro Alonso Filho _____

390 Washington Luís Silva Couto _____

391 Suplente: Isabela Cardoso de Matos Pinto _____

392 Carlos Alberto Trindade _____

393 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____

394 Denise Lima Mascarenhas _____

395 Angeli Santos Matos _____

396