

Aos três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e oito, 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, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luís Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias Borges dos Reis, Emerson Gomes Garcia e José Carlos Almeida. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta à sessão colocando em discussão e aprovação a ata da 156ª Reunião Ordinária, encaminhadas por e-mail aos membros, que foi aprovada à unanimidade. Dando início à ordem do dia, efetuou a leitura dos expedientes: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB – Aprovado. 3. Superintendência de Planejamento e Descentralização: 3.1 Projeto de ampliação de 02 Equipes de Saúde Bucal do município de Tancredo Neves – modalidade I - Aprovado; 3.2 Projeto de implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal do município Senhor do Bonfim – modalidade I - Aprovado; 3.3 Projeto de ampliação de 01 Equipe de Saúde da Família do município de Licínio de Almeida - Aprovado; 3.4 Projeto de ampliação de 02 Equipes de Saúde Bucal do município de Licínio de Almeida – modalidade I - Aprovado; 3.5 Projeto de ampliação de 01 Equipe de Saúde Bucal do município de Governador Mangabeira – modalidade I - Aprovado; 3.6 Projeto de expansão de 01 Equipe de Saúde Bucal modalidade I para 02 equipes no município de Arataca - Aprovado; 3.7 Projeto de Implantação de 02 equipes de Saúde da Família e 02 equipes de Saúde Bucal, nas USFS dos bairros do Largo e do Ipê no município de Irará - Aprovado; 3.8 Projeto de Implantação de 04 Equipes de Saúde da Família no município Serra do Ramalho - Aprovado; 3.9 Projeto de Implantação de ESB no município de Porto Seguro, para ampliação do número de ESB de 17 para 20 – Aprovado; 3.10 Projeto de Implantação e expansão de 02 Equipe de Saúde Bucal no município de Itaparica - Modalidade I - Aprovado; 3.11 Termo de Adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do município Brejões - Aprovado; 3.12 Habilitação de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) no município de Vitória da Conquista - Aprovado. Dando continuidade, o Senhor Coordenador convidou Dra. Karla Musto para tratar da pauta da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde: 2.1 Situação da Aquisição de Equipamentos de Comunicação e Informática referente ao recurso da Portaria 1571, que iniciou explicando que havia uma solicitação do COSEMS para apresentar um diagnóstico acerca da situação da distribuição destes equipamentos e um questionamento ao Ministério da Saúde sobre o porquê do não cumprimento da decisão da CIB sobre a distribuição dos recursos relativos aos Complexos Reguladores. Iniciou sua apresentação ressaltando que já havia sido feita pela manhã na reunião de diretoria do COSEMS e as dúvidas também já foram esclarecidas. "Implantação de Complexos Reguladores no Estado da Bahia. 1. Fontes de Financiamento, Implantação e ou Implementação de Complexos Reguladores: a) Tesouro do Estado: Oficina de trabalho; Apoio técnico; Capacitação de Médicos Reguladores. b) Projeto Saúde Bahia: Consultoria; Adequação das Centrais Municipais em municípios Pólo de Microrregião; Aquisição de Mobiliário; Aquisição de Software de Regulação. c) Ministério da Saúde: Portaria SAS/MS nº 494 de 30 de junho de 2006 – Equipamentos de Informática e de Comunicação. 2. Financiamento com Recurso do Tesouro Estadual para Implementação/Implantação de Complexos Reguladores: 2.1 Oficinas de trabalho com objetivo de fortalecer a Gestão Municipal na organização dos processos de trabalho na área de controle e regulação – Abrangência 87 municípios em 2007; 2.2 Visita técnica aos municípios; 2.3 Capacitação de Médicos Reguladores. 3. Financiamento com Recurso do Banco Mundial para Implementação/Implantação de Complexos Reguladores: 3.1 Consultoria para assessorar tecnicamente a implantação da Política de Regulação da Assistência no Estado; 3.2 Instrumentos de diagnóstico e análise do grau de implantação de RCA nos municípios Pólo de Microrregião; 3.3 Capacitação de profissionais em: implantação de processos de trabalho de RCA, sistema de informação à saúde; contratualização e avaliação de serviços de saúde, gestão clínica, protocolos de regulação e conformação das redes assistenciais; 3.4 Grades assistenciais dos serviços de saúde. Situação Atual: As empresas que manifestaram interesse, já foram avaliadas por uma comissão, gerando uma lista curta. Aguarda a não objeção do Banco Mundial. 4. Recursos da Portaria MS nº 494/06 revogada através da Portaria nº 1.571/07: Destinado à Bahia -R\$ 1.809.794,00: Aprovação na CIB nº151/06 que prevê a distribuição de recursos destinados a Implantação/Implementação de Complexos Reguladores para os municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal repassado Fundo a Fundo e para os municípios não habilitados, o Estado será responsável pela compra e distribuição dos equipamentos. Fundo Municipal – R\$ 1.135.000,00. Fundo Estadual – R\$ 674.000,00 (Empenhado pelo MS Calculo.xls). 5. Portaria nº 1.875 de 07 de Agosto de 2007: Qualifica o Estado da Bahia e os Municípios de Salvador, Barreiras, Eunápolis, Feira de Santana, Itaberaba, Itabuna, Juazeiro e Vitória da Conquista a receberem os recursos financeiros para Implantação e ou Implementação de Complexos Reguladores.

Municípios	Repasso Fundo de Saúde		Total
	Anexo I - 2006	Anexo II - 2007	
Estadual	341.698,37	521.835,85	863.534,22
Salvador	355.524,00	0,00	355.524,00
Barreiras	58.101,07	19.594,93	77.696,00
Eunápolis	58.101,07	19.594,93	77.696,00
Feira de Santana	72.986,03	24.614,96	97.600,99
Itaberaba	58.101,07	19.594,93	77.696,00
Itabuna	63.391,01	21.358,99	84.750,00
Juazeiro	58.101,07	19.594,93	77.696,00
Vitória da Conquista	72.986,03	24.614,96	97,600,00

68 6. Diferença entre o Aprovado na Resolução CIB nº 151/06 e Portaria GM nº 1.875/07:

Municípios	Quant.	Resolução CIB	Portaria 1.875
Pólo de Macrorregião	8	Fundo Municipal	Fundo Municipal
Gestão Plena	26		
Pólo de Microrregião	12	Fundo Estadual	Fundo Estadual
Com mais de 100.000 hab.	1		
Executantes/Solicitantes	288		
Solicitantes	82		

76 Fundo Municipal – Os Municípios serão responsáveis pela aquisição dos seus equipamentos. Fundo Estadual – O Estado será
77 responsável pela aquisição e distribuição dos equipamentos.

78 7. Descentralização de Recursos Fundo a Fundo para Estado e Municípios:

Município	Compet	Data da OB	Valor	Compet	Data da OB	Valor	Total
		2006			2007		
Barreiras	Dez/06	10/09/07	58.101,07	Jul/07	03/09/07	19.594,93	77.696,00
Eunápolis	Dez/06	10/09/07	58.101,07	Jul/07	03/09/07	19.595,93	77.697,00
Feira de Santana	Dez/06	10/09/07	72.986,03	Jul/07	03/09/07	24.614,96	97.600,99
Itaberaba	Dez/06	10/09/07	58.101,07	Jul/07	03/09/07	19.594,93	77.696,00
Itabuna	Dez/06	10/09/07	63.391,01	Jul/07	03/09/07	21.358,99	84.750,00
Juazeiro	Dez/06	10/09/07	58.101,07	Jul/07	03/09/07	19.594,93	77.696,00
Salvador	Dez/06	10/09/07	355.524,00	Jul/07	03/09/07	0,00	355.524,00
Vitória da Conquista	Dez/06	10/09/07	72.986,03	Jul/07	03/09/07	24.614,96	97.600,99
Fundo Estadual	Dez/06	03/09/07	341.698,37	Jul/07	03/09/07	521.835,85	863.534,22
Total							1.809.795,2

8. Encaminhamentos da DIREG para Aquisição dos Equipamentos de Informática e Comunicação aprovados na CIB nº 151/06: a) Ofício nº 108 de 08/08/07 ao Fundo Estadual de Saúde solicitando que sinalizasse a DIREG assim que o recurso entrasse na conta; b) Comunicação Interna nº 236 de 14/09/07 solicitando parecer a Diretoria de Modernização Administrativa quanto a especificação dos equipamentos a serem comprados; c) Ofício Circular nº 31/07 informando os municípios Pólo de Macrorregião, a descentralização dos recursos financeiros Fundo Nacional de Saúde para Implantação/Implementação de Complexos Reguladores; d) Acompanhamento do andamento do processo licitatório, através da Intranet/Tramitação de Processo.

9. Tabela resumida da necessidade de equipamentos a ser licitado, de acordo com o quantitativo aprovado na Resolução CIB nº 151/06: Financiamento Ministério da Saúde: Total Geral: R\$ 862.720,00.

Computador R\$ 1.800,00		Estabilizador R\$ 60,00		Impressora R\$ 420,00		Fax R\$ 400,00	
Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$	Quant	R\$
429	772.200,00	429	25.740,00	39	16.380,00	121	48.400,00

10. Situação atual da Tramitação do Processo para Compra dos Equipamentos com Recurso da Portaria nº 1.571/07: Processo nº 0300070522873

Data	Destino
20/09/07	SESAB/PROTOCOLO
20/09/07	SESAB/CMA/DGE
25/09/07	SESAB/CMP/DAM/DGE
26/09/07	SESAB/DAM/DGE
28/09/07	SESAB/CMP/DAM/DGE
16/10/07	SESAB/COLICI/DAM/DGE
07/11/07	SESAB/DGE
07/11/07	SESAB/GASEC
08/11/07	SESAB/DGE
08/11/07	SESAB/COLICI/DAM/DGE
08/11/07	SESAB/PPGE
09/11/07	SESAB/PROTOCOLO
09/11/07	PGE/PROTOCOLO

11. Situação atual da Tramitação do Processo para Compra dos Equipamentos com Recurso da Portaria nº 1.571/07: Processo nº 0300070522873:

Data	Destino
29/11/07	SESAB/PROTOCOLO
30/11/07	SESAB/RPGE
30/11/07	SESAB/COLICI/DAM/DGE
03/12/07	SESAB/CMP/DAM/DGE
03/12/07	SESAB/CMA/DGE
03/12/07	SESAB/CMP/DAM/DGE
05/12/07	SESAB/CMA/DGE

Após a apresentação, Dr. Emerson Garcia solicitou que fosse encaminhada ao Ministério da Saúde uma Moção deste colegiado, solicitando que fosse mantida a decisão anterior da CIB quanto à distribuição dos recursos dos complexos reguladores. Foi aprovado. Dando seguimento à pauta, o Senhor Coordenador solicitou a apresentação das propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Planejamento e Descentralização: 1.1 Seleção Pública de ACS e ACE – Trâmite para solicitação de apoio da SESAB e datas para a seleção de 2008 - DAB. Dr. Heider Pinto apresentou uma minuta da resolução para apreciação: "Resolução CIB nº ---/2008. Define o trâmite para solicitação do apoio da Secretaria de Saúde do Estado e as datas para realização da seleção pública de Agentes Comunitários de Saúde – ACS em 2008: A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e considerando: 1. A legislação federal em vigor referente aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias disposta na Emenda Constitucional nº 51/2006 e a Lei Federal nº 11.350/2006; 2. A Política Estadual para Desprecarização dos Vínculos de Trabalho de ACS e ACE, aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde em 29 de março de 2007. Resolve: I – Estabelecer as datas apresentadas no quadro abaixo para realização da seleção pública de ACS com o apoio técnico e logístico da Secretaria de Saúde do Estado por meio das Diretorias Regionais de Saúde, sob coordenação da Diretoria de Atenção Básica.

Data de aplicação da prova	Prazo para entrega de documentos
24/02/2008 (domingo)	17/01/2008 (quinta-feira)
02/03/2008 (domingo)	24/01/2008 (quinta-feira)
20/04/2008 (domingo)	19/03/2008 (quinta-feira)
11/05/2008 (domingo)	10/04/2008 (quinta-feira)
25/05/2008 (domingo)	24/04/2008 (quinta-feira)

II – Para obtenção do apoio da SESAB cada município deve enviar para a Diretoria de Atenção Básica o termo de Solicitação de Apoio para Seleção Pública de ACS, com os documentos relacionados abaixo até as datas limites para cada data de aplicação da prova, conforme quadro apresentado, além de preencher planilha eletrônica localizada no sítio virtual da Diretoria de Atenção Básica (www.saude.ba.gov.br/dab/acs). II.1 – Documentos para solicitação de apoio para seleção: a) Termo de Solicitação de Apoio para seleção Pública de ACS; b) Cópia da Lei Municipal criando cargos ou empregos públicos de ACS e ACE; c) Cópia dos Editais de Seleção Pública de ACS; d) Mapeamento do Município; e) Número de inscritos no processo seletivo. III – Para obtenção do apoio da SESAB nas seleções de 2008, o município deverá utilizar o modelo de edital aprovado na reunião do Grupo de Trabalho Interinstitucional da Política Estadual para Desprecarização de Vínculos de Trabalho de ACS e ACE realizada em 04/12/2007, disponível no sítio virtual da Diretoria de Atenção Básica (www.saude.ba.gov.br/dab). IV – As Secretarias Municipais de Saúde devem antes de publicar o Edital de Seleção Pública de ACS, solicitar às respectivas Diretorias Regionais de Saúde análise do Edital e do mapeamento do município, para então dar continuidade ao processo. V – Caso o número de municípios que solicitarem apoio e/ou o número de candidatos inscritos para determinada data ultrapasse a capacidade operacional de apoio da DAB e/ou DARES, o excesso de municípios será transferido para a data seguinte, respeitando-se a ordem de entrega da documentação completa. A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação." Após a apresentação, enfatizou que a mesma já foi discutida pela manhã na reunião do COSEMS havendo consenso para aprovação, no entanto, houve um questionamento sobre o porque dos Agentes de Combate às Endemias – ACE não foram contemplados juntamente. Quanto à questão dos ACE, Dra. Lorene Pinto lembrou que na reunião passada foi distribuída uma proposta de resolução desvinculando um processo do outro, até atendendo em parte algumas das demandas dos Gestores Municipais, assim ficariam duas resoluções, uma disciplinando sobre a questão dos ACS e outra disciplinando a questão dos ACE. Enfatizou que este trabalho começou em conjunto, mas depois foi avaliado tanto no grupo de trabalho quanto internamente na área de vigilância, que apesar de tentarmos tocar conjuntamente, são situações distintas, com histórias distintas e inclusive existe uma demanda dos próprios gestores para que fosse desvinculado. Em seguida efetuou a leitura de uma minuta da resolução para apreciação: "Resolução CIB nº ---/2008. Dispõe sobre recomendações técnicas para operacionalização do processo seletivo público para Agentes de Combate às Endemias (ACE) no Estado da Bahia. 1. Considerando as disposições da Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, a Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006 e a aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, em 29 de março de 2007, da Política Estadual para desprecarização dos vínculos de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE); 2. Considerando as competências da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), no que se refere à execução das ações de vigilância em Saúde pactuadas pela SESAB conforme a Portaria 91/GM de 10 de janeiro de 2007, que regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal; 3. Considerando que o planejamento, coordenação e execução técnica e operacional do processo seletivo público para os Agentes de Combate às Endemias (ACE) executado diretamente pela DIVEP até o momento, conforme deliberação anterior desta CIB, vem comprometendo progressivamente, a regularidade da realização das ações de vigilância epidemiológica sob responsabilidade do pessoal técnico da Diretoria; 4. Considerando a realização entre agosto e dezembro de 2007, dos processos seletivos em 96 (23%) municípios da Bahia, dos quais participaram 42.850 inscritos, bem com a sistemática a avaliação, em parceria com a Diretoria de Atenção Básica (DAB), quanto à viabilidade e legalidade desses processos; 5. Considerando a insuficiência e/ou inadequação dos parâmetros e de normas técnicas operacionais atualizadas para os programas de controle de doenças para atender às responsabilidades da gestão municipal no que se refere ao controle integrado de vetores; 6. Considerando a inexistência de uma política de gestão do trabalho, formação e educação permanente para o ACE, que oriente e incentive aos gestores do Sistema Único de Saúde, quanto aos procedimentos

196 administrativos requeridos pós o processo seletivo público dos ACE; 7. Considerando o que dispõe o artigo 5º da Lei Federal
197 11.350 de 2006 de que o Ministério da Saúde disciplinará as atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde, de
198 controle e de vigilância; 8. Considerando o artigo 6º da Lei Federal 11.350 de 2006 sobre as atribuições dos ACE quanto exercício
199 de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as
200 diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado; 9. Considerando o inciso XV do artigo 2º, Sessão II, Capítulo
201 I, da Portaria GM/ MS 1.172 de 15 de junho de 2004, que diz que compete aos estados a 'normatização técnica complementar à
202 do nível federal para o seu território. A Comissão Intergestores Bipartite recomenda: 1. Quanto à Seleção Pública: Que o
203 planejamento, organização e operacionalização do processo seletivo seja acompanhado e tenha apoio da SESAB através da
204 Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) independente da instituição ou órgão executor do processo seletivo, sem prejuízos
205 para a execução das ações de vigilância epidemiológica de competência desta Diretoria e desvinculada do processo seletivo dos
206 ACS; 2. Quanto aos requisitos básicos para inscrição dos candidatos: Incluir a obrigatoriedade de residência no município onde o
207 candidato deseja atuar, no momento da inscrição para a seleção pública, tendo em vista as atribuições dos ACE as quais se refere
208 o artigo 4º da Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006, bem como a importância do reconhecimento do respectivo território para a
209 eficiência e efetividade das ações de Vigilância em Saúde de competência municipal. 3. Quanto ao número de vagas: De acordo
210 com os parâmetros técnicos vigentes para os programas de vigilância e controle de doenças, sugere-se como parâmetro geral
211 para cálculo dos ACE um mínimo de um (01) ACE para cada 1.000 habitantes, até que novos parâmetros sejam estabelecidos.
212 Este contingente deverá ser redistribuído, após a seleção pública dos candidatos, de acordo com os parâmetros técnicos
213 estabelecidos pelo Ministério da Saúde com observância do perfil epidemiológico de cada município do Estado da Bahia, conforme
214 a situação das doenças de transmissão vetorial e outras cujas atividades específicas sejam desenvolvidas pelos ACE. Quanto aos
215 demais aspectos, seguir as orientações constantes da Cartilha de Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos Agentes
216 Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), atualizada em dezembro de 2007. A presente
217 resolução entrará em vigor na data de sua publicação." Após a leitura, enfatizou que são os considerando que justificam o fato de
218 desvincular estes processos já que os tempos são distintos e a falta do incentivo financeiro para desprecarização também tem
219 prejudicado, não só os agentes como a gestão municipal no processo. A intenção é caminhar num outro tempo sem prejuízo para
220 isso e depois será definido um cronograma de datas, as inscrições e ver a forma de apoio, se nós mesmos vamos executar ou se
221 vamos licitar uma empresa que faça o processo seletivo, porque trabalhamos com quarenta e cinco mil inscritos, o que significa
222 quintuplicar o número de papéis e de provas que tivemos que elaborar e a mesma equipe que executa as ações de vigilância é
223 que teve que fazer isso, tanto no nível central como no nível regional, então agora faremos, mas com uma outra lógica e em
224 tempos diferentes. Dra. Angeli Matos questionou se o município poderá fazer o seu próprio processo seletivo independente dessa
225 resolução e a partir de quando será o treinamento para contratação daqueles que já foram selecionados. Dra. Lorene Pinto
226 informou que alguns municípios já estão procurando a vigilância epidemiológica para organizar a formação e estamos tentando
227 modificar alguns módulos para essa formação, inclusive hoje Dra. Alcina Andrade esteve conversando com alguns. Orientou que é
228 necessário procurar a DIVEP para organizar os selecionados e que isso será executado através da Escola de Formação Técnica.
229 Esclareceu ainda que o município tem a liberdade de não querer fazer por aqui e atendendo à regulamentação legal ele poderá
230 fazer sim, a exemplo de Camaçari que está fazendo com o apoio e acompanhamento da DIVEP, mas eles licitaram uma empresa
231 e vão fazer a seleção lá, com o nosso acompanhamento. Dr. Emerson Garcia argumentou que como a lei municipal foi constituída
232 como uma só para ACS e ACE, alguns municípios questionaram este desmembramento onde aos ACS estariam sendo
233 selecionados primeiro e os ACE depois, o que implicaria em gastos e desgaste também no município. Dra. Lorene Pinto
234 esclareceu que uma coisa é tanto a lei municipal quanto a lei federal contemplarem os dois, mas o exercício que tentamos desde o
235 início que era organizar os processos de trabalho tanto dos ACS como dos ACE na mesma lógica, pensando na territorialização,
236 inseridos na equipe da atenção básica, inclusive com alguns municípios se candidatando a serem pilotos para este trabalho, mas
237 não tivemos esse apoio porque os próprios gestores municipais separam esses processos e sabemos que a realidade é essa, que
238 os ACE não são vistos da mesma forma que os ACS, o que também não facilita o processo, então não adianta estar na lei se na
239 prática não funciona assim. Enfatizou que a nossa tentativa era de tentar induzir um processo de trabalho diferente onde os ACE
240 seguiriam a mesma lógica, se incorporariam na equipe da atenção básica e trabalhariam com os mesmos princípios, mas sem o
241 incentivo financeiro o que aconteceu foi que o olhar se diferenciou. Colocou que estamos construindo isso nacionalmente com a
242 SVS e que o Secretário de Vigilância se comprometeu na reunião do CONASS a buscar um incentivo financeiro para facilitar o
243 processo de incorporação e desprecarização do ACE também; o que podemos é ir fazendo isso de forma mais lenta e também a
244 formação acontecer por conta do Ministério da Saúde em parceria com o Estado. Em sua opinião isso não atrapalha, mas gostaria
245 de ouvir opiniões, porque o que aconteceu este ano foi essa tentativa de induzir uma lógica para o processo de trabalho e não
246 funcionou, já que vários tem agentes selecionados e não estão desprecarizando o vínculo. Dra. Alcina Andrade esclareceu que o
247 Ministério Público vai acionar os municípios em relação ao prazo e aqueles que não se pronunciarem terão que assinar um TAC
248 junto ao mesmo. Na oportunidade, reiterou as colocações feitas por Dra. Lorene e destacou a dificuldade que a DIVEP teve de
249 conduzir este processo, já que tem um papel de executor de ação um pouco diferente da Diretoria de Atenção Básica e colocou
250 como uma questão de importância epidemiológica para o Estado, que viveu uma situação de extremo risco, em pleno início de
251 verão, onde em algumas semanas teve cinquenta pessoas da DIVEP fora dos seus campos de ação para dar conta da seleção de
252 ACE; quando parou para analisar este último período de seleção que foi no mês de dezembro, quatro semanas consecutivas de
253 seleção, percebeu que não tem condição de assumir isso porque é uma responsabilidade sua enquanto gestora da área de
254 vigilância, de estar fazendo uma coisa e deixando descoberta uma outra ação que em sua opinião é a mais importante que é o
255 papel do técnico que está no nível central da vigilância. Considerou preciso refletir sobre isso, e afirmou que não vai se eximir do
256 processo; o Estado da Bahia é o único, pelo menos do Nordeste, que iniciou este processo e hoje temos uma experiência
257 acumulada que já nos fez parar para pensar e repensar como fazer, mas quando sabemos que estamos gerando uma série de
258 problemas que podemos não resolver em curto prazo, tipo um grupo de agentes selecionados que ainda não tem garantia de que
259 serão contratados, o treinamento introdutório que queremos fazer junto com ACS e que ouvimos de vários municípios que não
260 iriam fazer junto porque não tinham o dinheiro para pagar o monitor, e para treinar o ACS tem um financiamento específico já para
261 o ACE não tem, e o mesmo instrutor não faria os dois pelo mesmo dinheiro, a contratação do agente também não tem um
262 incentivo definido, então há uma série de coisas que teremos que andar mais lentamente para poder dar conta de uma forma mais

263 organizada e mais responsável com todo esse processo. Afirmou não estar de forma alguma dizendo que não irão fazer, muito
264 pelo contrário, vai ser feito sim, mas numa outra lógica, com uma outra forma, sem romper a rotina de trabalho da vigilância e
265 também sem criar problemas para o próprio gestor municipal. Recomendou ainda que os municípios que já fizeram a seleção e já
266 tem agentes selecionados, se tiverem disponibilidade de monitor para realizar o treinamento introdutório, podem iniciar o
267 treinamento que com o pessoal das DIRES e principalmente com o pessoal da FUNASA que está descentralizado, conseguiremos
268 fazer o treinamento de campo de todos os que já estão selecionados. Informou já ter combinado isso hoje com o município de Rio
269 Real, onde o instrutor-supervisor do PACS fez também o treinamento introdutório dos ACE e agora a parte específica do controle
270 de vetores será assumido pelo pessoal da DIRES que irá capacitar e o município já poderá dar posse aos seus agentes na
271 próxima semana. A Secretária Municipal de Saúde de Sento Sé, Ednir Souza, solicitou a palavra e lembrou que a situação era
272 completamente diferente, os ACS tinham um processo seletivo realizado pela própria SESAB, o que legitimava ao município poder
273 contratar estes profissionais. Relatou que recebeu a orientação da atenção básica de que teria de fazer isso junto, abrir um
274 processo seletivo das áreas descobertas e dos ACE porque isso diminuiria custo e demanda de deslocamento do técnico da
275 SESAB ao município e acatou isso. Enfatizou que trata-se de um município pequeno, no semi-árido baiano, que investiu para fazer
276 o nivelamento dos ACS até a oitava série para que estes pudessem participar do curso técnico, foi o primeiro município pequeno
277 da macrorregião, junto com Juazeiro que é um município pleno, que tentou fazer isso e teve um custo enorme pois tem uma
278 extensão territorial maior que o Estado de Sergipe, possui localidades distantes até 240Km e trouxe os agentes comunitários,
279 colocou-os em sala de aula para começar rapidamente o curso técnico e não pode fazê-lo por conta disso e hoje tem uma briga na
280 Câmara de Vereadores porque não aceitam o modelo da Lei que está na cartilha e que foi adequado pela Procuradoria do
281 município. Como até hoje não teve essa lei aprovada, não pôde começar o curso técnico de ACS e parece que tudo o que foi dito
282 anteriormente ficou no campo da retórica, e agora o que está vendo aqui é uma volta à leitura anterior, com a qual concorda
283 plenamente. Dra. Lorene Pinto colocou que talvez a Secretária não tenha prestado atenção ao que foi dito antes e reafirmou que o
284 começo conjunto do trabalho não foi ao acaso, nem foi por retórica, foi proposital mesmo, construído para começar junto, com a
285 intenção de induzir os processos de trabalho coletivo dos ACE com os ACS, com os mesmos princípios, no mesmo território,
286 seguindo a micro localização. Informou que foi avaliado ao longo do ano que não tinha o mesmo incentivo financeiro e político,
287 inclusive a nível nacional, para que os municípios fizessem a despreciação ao mesmo tempo, então para não criar uma pressão
288 desnecessária para os municípios nem para a SESAB, observamos que é importante não deixar de fazer, mas é preciso seguir
289 tempos distintos pela história dos processos. Enfatizou que o começar junto não foi oportunismo e sim uma oportunidade de
290 induzir uma política diferente para a Atenção Básica, incorporando o controle das endemias na equipe, e considerou que valeu à
291 pena, foi um investimento importante, só que não conseguimos a mesma adesão da maioria dos gestores municipais para isso
292 porque os olhares são diferentes. Afirmou que tentamos de uma forma, mas a resposta não veio porque é importante o incentivo
293 financeiro que também não veio para vocês, por isso tivemos a humildade, a responsabilidade e o compromisso de reavaliar o
294 processo e acolher algumas das conversas que tivemos com os municípios de que separar é importante porque os tempos
295 distintos são necessários. A Secretária Municipal de Saúde de Amargosa, Joseane Bonfim, questionou se quem trabalhou nessa
296 lógica de encaminhar em conjunto os ACS e ACE vai fazer como está proposto no calendário para fevereiro. Dra. Lorene
297 esclareceu que o cronograma apresentado por Dr. Heider é para os ACS e informou que a partir deste ano de 2008 o cronograma
298 para os ACE vai ser diferente. Finalizou sua fala orientando mais uma vez de que o município que já fez junto procure a DIVEP
299 para organizar a formação e o processo de incorporação. Dr. Heider Pinto complementou colocando que esta não foi só uma ação
300 que veio a partir da SESAB, houve uma discussão logo no início do ano tanto na CIB como no Conselho Estadual de Saúde, onde
301 usuários, trabalhadores, gestores estaduais e municipais pactuaram fazer desse jeito, então a orientação até o momento era a
302 mesma que foi passada para a Secretária de Sento Sé, mas como foi colocado por Dra. Lorene, tivemos a maturidade de
303 reavaliar, perceber os tempos diferentes e chegar agora com essa nova questão. Após a discussão foi aprovada à unanimidade a
304 minuta de resolução proposta. Dando prosseguimento Dr. Heider passou para o próximo ponto da pauta: Prazo para a entrega do
305 relatório para a manutenção do recebimento do incentivo estadual para manutenção do PSF de acordo com o artigo 4º da Portaria
306 1.529/2007. Informou que na Portaria do Incentivo que atualmente está em R\$ 1.500,00 (hum mil e quinhentos reais) para cada
307 equipe de Saúde da Família, está previsto um relatório mostrando onde o dinheiro foi gasto, com uma avaliação dos avanços
308 alcançados no conjunto da Política de Atenção Básica e se esse relatório não for entregue a cada semestre, o incentivo pode ser
309 suspenso, então o relatório é uma pré-condição para a manutenção do incentivo. Esclareceu que a proposta da Resolução da CIB
310 dá um prazo para isso e disciplina como será a entrega e a característica deste relatório, e se não a aprovamos agora, estaremos
311 colocando o incentivo na irregularidade e na minuta de resolução apresentada pela manhã na reunião do COSEMS, foram
312 sugeridas algumas alterações que já foram acatadas e apresentou a nova redação conforme solicitação: "Resolução CIB nº ---
313 /2008. Define os prazos para entrega de relatório para manutenção do recebimento do Incentivo Financeiro Estadual do Programa
314 Saúde da Família – PSF, de acordo com o Artigo 4º da Portaria nº 1.529/2007. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da
315 Bahia, no uso de suas atribuições e considerando: 1. A Portaria nº 1.529 de 12 de junho de 2007 que dispõe sobre a transferência
316 regular e automática pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos estaduais relativos aos
317 incentivos ao Programa Saúde da Família – PSF; 2. O disposto no Artigo 4º da referida Portaria que refere sobre o dever das
318 Secretarias Municipais de Saúde de encaminharem à Secretaria de Saúde do Estado ao final de cada período de 06 (seis) meses,
319 relatório circunstanciado, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, contendo demonstrativo da execução das
320 ações, da execução financeira e do alcance das metas referentes à atenção básica estabelecidas no Relatório de Indicadores de
321 Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde. Resolve: I – Para fins de continuação do recebimento do Incentivo Financeiro
322 Estadual para manutenção de Equipes de PSF, o relatório citado no Artigo 4º da Portaria nº 1.529 de 12 de junho de 2007 deve
323 ser entregue impreterivelmente até 3 (três) meses após o término do semestre, com efeito, o relatório referente ao primeiro
324 semestre de cada ano deverá ser entregue até o dia 30 de setembro e o referente ao segundo semestre de cada ano até o dia 31
325 de março; II – Será publicado até o dia 31/01/2008 pela Diretoria da Atenção Básica da SESAB uma Nota Técnica orientando os
326 municípios sobre o fluxo, formato e conteúdo mínimo que deverá estar presente no referido relatório; III – A prestação de contas do
327 Incentivo Financeiro Estadual recebido ao longo do segundo semestre de 2007, deverá estar integrada como subitem no Relatório
328 de Gestão de 2007 do Município, conforme orientações da Nota técnica especificada no item II; IV – A Diretoria da Atenção Básica
329 terá um prazo de 60 (sessenta) dias após recebimento do Relatório para emitir parecer técnico referente ao acompanhamento e

330 análise das seleções pactuadas, conforme a Política Estadual da Atenção Básica vigente. A presente resolução entrará em vigor
331 na data de sua publicação.” Após a apresentação, a minuta da resolução proposta foi aprovada à unanimidade. Dando
332 prosseguimento à pauta, Dr. Heider apresentou a Avaliação e Prestação de Contas da Política Estadual da Atenção Básica:
333 “Avaliação da Política de Atenção Básica: 1. Responsabilidades do Estado na Atenção Básica: a) Apoio Institucional aos
334 Municípios para Expansão e Qualificação da Atenção Básica; b) Apoio Financeiro aos municípios; c) Articular, em parceria com as
335 SMS, a Política e Ações de Educação Permanente; d) Coordenação estadual da Política de Atenção Básica; e) Co-
336 responsabilidade na gestão sistemas de informação e no monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica; f)
337 Promoção do intercâmbio de experiências e construção de Redes Regionais de Solidariedade. 2. Situação Encontrada: I - Baixa
338 Cobertura e Estagnação da expansão da Estratégia de Saúde da Família; II - Precarização das relações de trabalho; III - Mercado
339 Predatório com alta Rotatividade de profissionais; IV - Baixa Qualidade da atenção, modelo Hegemônico e Desarticulação do
340 conjunto do Sistema; V - Inadequação do Perfil dos trabalhadores e baixo investimento em Educação Permanente; VI - Baixa
341 capacidade de Gestão Loco-Regional; VII - Pouca Potência do Controle Social. 3. Primeiras Ações: a) Realização de Oficinas e
342 Assembléias para integrar: - Projeto de Governo com Projetos Estratégicos; - Identificar problemas e estabelecer agenda de
343 mudança organizacional e de implantação de um novo modelo de gestão mais moderno, democrático e participativo; b)
344 Identificação dos convênios vigentes e adequação de planos de trabalho; c) Reformulação do Projeto Saúde Bahia; d)
345 Programação Financeira e Captação de Recursos. 4. Projetos Estratégicos: 4.1 Expansão da Saúde da Família com Inclusão
346 Social; 4.2 Desprecarização e Valorização do Trabalhador; 4.3 Carreira de Saúde da Família; 4.4 Saúde da Família Pra Valer; 4.5
347 “O SUS é uma Escola”; 4.6 Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional; 4.7 Fortalecimento da
348 Participação Popular e do Controle Social. 5. Implementação da Política: a) Apoio Institucional; b) Educação Permanente; c)
349 Coordenação da Política Estadual; d) Financiamento. 6. (4.1) Expansão com Inclusão Social: 6.1 Problemas: a) Baixa cobertura da
350 Estratégia da Saúde da Família no Estado (44,6% - menor cobertura do Nordeste) e estagnação da expansão; b) Condicionantes:
351 - dado pelo mercado de trabalho predatório e baixa capacidade financeira dos municípios; - não adequação à nova legislação dos
352 ACS; c) Exclusão histórica de determinados Grupos e Populações da Atenção; d) Baixa captação de recursos por parte dos
353 Municípios; e) Pouca capacidade de operacionalizar projetos de construção de UBS como Saúde Bahia. 6.2 Ações: a) Expansão e
354 nova Portaria do Apoio Financeiro: inclusão dos municípios > 100 mil (40% pop) e aumento do repasse p/equipe (R\$ 1500,00)
355 resultando num aumento de mais de 78,2% de recursos; b) Re-mapeamento de áreas com populações excluídas e instituição de
356 Grupo de Trabalho para atenção a essas populações; c) Desprecarização e Regularização do vínculo dos ACS; d) Elaboração de
357 projeto para Compensação das Especificidades Regionais: - populações migratórias do campo; - municípios com menor IDH e
358 menor arrecadação per capita. 6.3 Situação: a) Processo de integração do SIAB com o SCNES; b) Orientação dos Municípios ao
359 longo de 2007 para evitar quebra no financiamento; c) Perda temporária de equipes e financiamento; d) Necessidade de re-
360 pactuação e re-organização do processo de trabalho da DAB e DICON relacionado ao incentivo financeiro; e) Cobertura: de 44,6%
361 para 51,1% em outubro de 2007. 6.4 Ações: a) Programa de Captação de Recursos no Fundo Nacional de Saúde para Construção
362 de UBS: - I Rodada de Encontros Regionais da Atenção Básica com oficina de capacitação dos municípios; - I Videoconferência
363 Saúde de Todos Nós; - Suporte on line no Sítio Virtual da DAB com Passo a Passo; - Apoio Institucional Referenciado; b)
364 Resultados: 638 UBS de 213 municípios - R\$ 123.763.700,00. 6.5 Saúde Bahia: a) Ampliação para os 86 municípios com mais
365 baixo IDH do estado; b) Todos os 23 novos municípios foram visitados e já possuem projetos aprovados nos CMS; c) 43 do total já
366 licitaram obras; d) Apoio Institucional para concretização das obras nos outros 43, Oficina, Videoconferência e nova visita em 20
367 (dos 86) que não foram visitados em 2007. 6.6 Elaboração de modelo técnico para subsidiar a Planta Arquitetônica das novas
368 UBS. 7. (4.2) Desprecarização e Valorização dos Trabalhadores: 7.1 Diagnóstico: a) Agentes Comunitários de Saúde; b)
369 Problema: - Vínculos precários; - Vulnerabilidade do trabalhador; - Situação legal irregular; - Equipes com números incompletos de
370 ACS; - Não utilização do recurso para formação técnica dos ACS. 7.2 Ações: a) Constituição de um Grupo de Trabalho que
371 formulou, pactuou e criou legitimidade para a política; b) Formulação, Publicação e Distribuição de: - Cartilha 01: de Orientação da
372 Prefeituras, Câmara de Vereadores, Conselhos, Associações, Profissionais etc; - Cartilha 02: de Bolso para todos os ACS da
373 Bahia; c) De 15 para 176 municípios com Lei aprovada; d) 51% dos ACS desprecarizados e regularizados; e) 102 municípios com
374 seleção realizada (40 mil candidatos) e 1300 novos empregos; f) Curso de Formação com carga horária de 400h. 8. (4.3) Carreira
375 de Saúde da Família: 8.1 Problemas: a) Trabalho Precário em 70% dos vínculos e vulnerabilidade do Trabalhador; b) Mercado
376 Predatório, baixo investimento em educação permanente, condições de trabalho ruins, baixa resolutividade e qualidade da
377 atenção. 8.2 Ações: a) Formulação e amplo debate da proposta da Fundação Estatal; b) Impressão e Distribuição de Cartilha da
378 FESF; c) Aprovação COSEMS, CIB, CES - Conselho Estadual de Saúde e Conferência Estadual de Saúde; d) Formulação e
379 Aprovação da Lei Complementar. Retificou uma informação dada pela manhã de que a reunião do CES que foi designada para
380 discutir a Fundação Estatal de Saúde da Família não vai ser na próxima segunda-feira dia 14 e sim na outra segunda, dia 21, às
381 14 horas, aqui na SESAB. 9. (4.4) Saúde da Família Pra Valer: 9.1 Problemas: a) Baixa resolutividade; b) Não superação de
382 problemas simples e prevalentes; c) Baixa qualidade da atenção e insatisfação dos usuários; d) Hegemonia do modelo tradicional;
383 e) Processo de trabalho inadequado; f) Baixo acesso e exclusão de situações de urgências, de casos tidos como “não PSF” e de
384 determinadas populações; g) Baixa capacidade Gestão e de mudança nos Municípios e DIRES. 9.2 Ações: a) Implantação das
385 Linhas de Cuidado: - Piloto com a Linha de Cuidado Materno-Infantil; - Montagem dos Protocolos; - Guias para Territorialização,
386 Acolhimento e Processo de Trabalho das Equipes; - Implantação da Gestão do Cuidado; - Instituição da Política de Avaliação e
387 Monitoramento; - Articulação com Educação Permanente e à Distância; b) Articulação da Atenção Básica com o Medicamento em
388 Casa; c) Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); d) Articulação da Atenção Básica com a Rede de
389 Urgências; e) Articulação da Atenção Básica com Internação Domiciliar; f) Apoio Institucional mais concentrado: - Diretorias
390 Regionais de Saúde; - Oficinas com DIRES e Municípios; - Pacto, Saúde Bahia, Medicamento em Casa e Rodada de Encontros da
391 Atenção Básica; - Apoio Institucional integrado ao Curso de Especialização de Gestores da Atenção Básica para 79 municípios.
392 10. (4.5) O SUS É uma Escola: 10.1 Problemas: a) Perfil e número Inadequado do conjunto dos trabalhadores de saúde; b) Baixo
393 investimento em Educação Permanente; c) Diversos Profissionais sem Formação Técnica; d) Baixa Qualidade e Adequação
394 Clínica dos Profissionais às necessidades da população e do SUS; e) Desarticulação com Instituições formadoras e pouca
395 capacidade de Educação no SUS-BA. 10.2 Ações: a) Formação dos ACS; b) Projeto Piloto de Curso Técnico e Programa de
396 formação dos THD com re-formulação do processo de trabalho da Equipe de Saúde Bucal. Informou que o MS escolheu três

397 estados do Brasil, dentre eles a Bahia, para ser projeto piloto da formação de tutores que farão a formação técnica de THD, ACS,
 398 Técnico de Laboratório, enfim, o conjunto dos profissionais de nível técnico do SUS. Isso será desenvolvido no primeiro semestre
 399 deste ano e estaremos montando no segundo semestre um programa de transformação dos ACD em THD com esse projeto piloto
 400 do MS. c) Curso de Especialização de Gestores da Atenção Básica (79 municípios, todas as DIRES e mais de 160 pessoas); d)
 401 Articulação de IES para re-modelação do Curso Introdutório como um processo inicial de educação permanente; e) Ampliação da
 402 Capacidade Loco-regional de Educação Permanente; f) Grupo de Trabalho de Educação Permanente na DAB: - Especialização
 403 em Saúde da Família; - Mudança na Graduação, Internato Rural e PET Saúde; - Re-orientação das Residências. 11. (4.6)
 404 Descentralização Solidária e Fortalecimento da Gestão Municipal e Regional: 11.1 Ações: a) Curso de Gestores da Atenção
 405 Básica; b) Fortalecimento da Atuação das DIRES; c) Educação Permanente e Apoio Institucional como Eixos de uma Nova Gestão
 406 junto aos Municípios; d) Análise Conjunta dos Problemas, Plano de Ação e Carta de Compromisso com Definição de
 407 Responsabilidades, Cooperação, Apoio e Acompanhamento. 12. (4.7) Fortalecimento do Controle Social e da Participação
 408 Popular: 12.1 Problemas: a) Desvalorização das organizações sociais e movimentos populares; b) Cultura de pouca
 409 permeabilidade e diálogo; c) Baixa Organização e Capacitação do Controle Social. 12.2 Ações: a) Envolvimento do Controle Social
 410 e de Segmentos Populares na formulação, implementação e acompanhamento da Política através de Grupos de Trabalho; b)
 411 Transparência e convite à Responsabilização Social com a construção do SUS – Divulgação e Conjunto das Ações. 13. Avaliação
 412 do Apoio Institucional pelos Municípios: a) Uma Prática nova dentro de um novo Modelo de Gestão; b) Processo de mudança
 413 de cultural ainda em construção que exige muita avaliação, educação permanente e investimento no desenvolvimento das pessoas;
 414 c) DAB: aproximadamente 200 atividades presenciais do Apoio Institucional em 110 municípios e 29 DIRES; d) DIRES
 415 desenvolvendo o Apoio Institucional; e) Realização de uma Avaliação com os Municípios da Política da AB e do Apoio Institucional.
 416 14. Política da Atenção Básica:

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Aproximação e ampliação do diálogo entre DAB, DIRES, Municípios.	Falta de fiscalização e controle	Continuar visitas e ter mais visitas
Acompanhamento das ações e educação permanente	Falta de instrumentos norteadores das visitas de apoio	Investir no controle social
Acessibilidade, sensibilidade, segurança, inovação, acolhimento, partilha.	Descumprimento da agenda e choque de agendas	Ampliar a participação dos municípios
Mais suporte técnico e compromisso	Setores da SESAB não têm a mesma perspectiva da DAB	Maior controle, fiscalização e medidas punitivas.
	Pouco envolvimento do conjunto dos atores dos municípios	Expansão de ações de educação permanente para equipes saúde da família

417 15. Sobre a Fundação Estatal:

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS
Menos disputa entre os municípios	Possibilidade de influência política
Plano de carreira, cargos e salários; Equiparação salarial; direitos trabalhistas	Não obrigatoriedade de adesão
Disponibilidade de profissionais	Discrepância entre trabalhadores de nível superior e nível médio, não abrange todos profissionais
Mais resolutividade, qualificação da assistência e expansão da ESF	Pouco debate
Fixação dos profissionais nos municípios	Falta de mobilização e incentivo dos profissionais
Valorização do profissional; educação permanente e continuada	Centralização financeira
Cumprimento de carga horária pelas ESF	

418 16. Apoio Institucional:

PONTOS POSITIVOS	PONTOS NEGATIVOS	SUGESTÕES
Sensibilização e fortalecimento dos gestores	Não possuir instrumento de supervisão	Manter o apoio a todo custo
Orientações e esclarecimentos aos técnicos; disponibilidade em orientar.	Poucos profissionais para a demanda	Criação de instrumentos de supervisão
Acessibilidade; aproximação da DAB às realidades locais.	Não conhecer a agenda dos municípios	Ampliar o número de municípios contemplados
Motivação para mudança das práticas; estímulo a reflexões.	Equipe de apoiadores pequena	Ampliar a permanência do apoiador no município e o nº de apoiadores
Fortalecimento da AB e espaços democráticos de discussão e negociação	Pouca frequência	Ampliar ações regionais e municipais

419 17. Resultados da Política Estadual de Atenção Básica - PEAB: a) 60% responderam Coordenador da AB; b) Quase todos
 420 conhecem a PEAB (Apenas um não conhece); c) Conheceram a partir de: - Site da DAB – 79%; - Conferência de Saúde Municipal
 421 – 65%; - Oficina da DIRES – 54%; - Impressos – 38%; - Encontro macrorregional – 35%; - Conferência de Saúde Estadual – 27%;
 422 - Videoconferência – 21%; - Outros – 13%. 18. Resultados PEAB: a) Propostas mais importantes: - O SUS é uma Escola e EP –
 423 70%; - Desprecarização, Seleção e Formação dos ACS – 50%; - Carreira Saúde da Família – 40%; b) Conheceu a proposta da
 424 Fundação: - Sim - 94,2%; c) Nota da fundação: - Média – 8,1; - Nota 8 ou mais – 81,6%. 19. Resultados do Apoio Institucional - AI:
 425 a) Solicitou o AI- 43,8%; b) Solicitando ou não onde participou do AI: - Oficina regional – 58,3%; - Visita de AI da DIRES – 47,9%; -
 426 Encontro Macrorregional – 47,9%; - Visita de AI da DAB – 39,6%.” Finalizou a apresentação informando que iria encaminhar a
 427 apresentação e preparar um relatório detalhado que será encaminhado ao COSEMS. A Secretária Municipal de Saúde de Dias
 428 D'Ávila, Dra. Marta Rejane Montenegro colocou que não estão sendo apresentados os diversos relatórios para cada um dos
 429 incentivos de incorporação de teto que ocorra. Lembrou que na reunião do COSEMS pela manhã foi sugerido que tivesse apenas
 430 um Relatório de Gestão como instrumento de prestação de contas, no ponto de vista de ações, atividades e do cumprimento das
 431 metas pactuadas e que no ponto de vista financeiro fosse a prestação de contas que é encaminhada para o Tribunal de Contas do
 432 município. Ressaltou a importância de se discutir a mudança da portaria para que cada vez que se incorporar um incentivo tenha
 433 que se fazer um relatório específico, senão os gestores terão que passar o ano inteiro prestando conta de vários relatórios quando
 434 o oficial é o Relatório de Gestão. O Secretário Municipal de Amélia Rodrigues, Emílio Pontes lembrou que como no processo vai
 435 existir um fornecimento de plantas arquitetônicas para facilitar as construções, será necessário que estas estejam com o aval da

436 vigilância sanitária. Dra. Lorene informou que a DITEC já tem elaborado as plantas em acordo com a Vigilância Sanitária porque
 437 eles trabalham com a mesma resolução. Dando seguimento à pauta, o Senhor Coordenador apresentou o pleito do Município de
 438 Araci, contemplado pelo Projeto Saúde Bahia através da Resolução CIB Nº 157/2007, que propõe alteração do número de
 439 construções de Unidades de Saúde da Família, previstas na referida resolução para 06 (seis) unidades passando para 07 (sete),
 440 sem haver alteração do valor total do recurso do Projeto Saúde Bahia no Termo de Compromisso firmado entre o Município e a
 441 SESAB, e estabelecendo contrapartida municipal, conforme resumo abaixo: Aprovado.

Item	Município	Obra	Valor Total do Subprojeto	Valor Total do Recurso do Estado da Bahia/SESAB (Projeto Saúde Bahia)	Valor Total da Contrapartida (Recurso Municipal)
1	Araci	7 construções	994.000,00	935.200,00	58.800,00

442 Na seqüência apresentou as pautas do COSEMS: 1 SMS de Coaraci, Ofício nº549/2007 – solicita aprovação do Projeto
 443 Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I; e Ofício nº552/2007 – solicita aprovação para implantação 02 Equipes
 444 de Saúde da Família e 02 Equipes de Saúde Bucal. Dr. Heider informou que foi discutido pela manhã, inclusive já entraram em
 445 contato com a Secretária de Saúde do município e na verdade será aprovada apenas uma equipe de saúde bucal porque eles não
 446 estão com equipamento para a segunda equipe. Quanto ao CAPS I, Dra. Déborah do Carmo informou que o Projeto terapêutico já
 447 foi analisado pela equipe, mas falta ainda a visita técnica, pois como chegou no início de dezembro não houve condição de fazer,
 448 mas já está na programação para assim que abrir o orçamento e as viagens possam ser agendadas. 2. SMS de Feira de Santana,
 449 Ofício G.S. nº 2.760/2007 - solicitação de Credenciamento/habilitação da Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana,
 450 mantenedora do Hospital Dom Pedro de Alcântara – HDPa, para prestação de serviços na área de cardiologia de alta
 451 complexidade ambulatorial e hospitalar. O Senhor Coordenador informou que já está sendo encaminhada a avaliação técnica e
 452 comunicou que tem mais duas Santas Casas com processos semelhantes que são de Itabuna e Vitória da Conquista que também
 453 já estão sendo analisados pela área técnica da SESAB. Dra. Suzana Ribeiro colocou que está com um problema sério em relação
 454 à porta de entrada da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista e como gestora municipal acha que não podemos
 455 permitir que mais recursos do SUS sejam alocados num hospital filantrópico que não está cumprindo basicamente com a sua
 456 obrigatoriedade registrada no contrato vigente. O maior problema em Conquista por incrível que pareça chama-se porta de entrada
 457 da urgência e emergência, pois há um convênio firmado na contratualização que mantém o recurso do município para garantir o
 458 funcionamento da urgência e emergência e gostaria que pudesse ser feita uma análise desse processo estabelecendo os mesmos
 459 pesos e as mesmas medidas, porque assim poderemos uniformizar o tratamento aos três hospitais filantrópicos garantindo que a
 460 porta de urgência seja qualificada já que isso está previsto na portaria do MS para credenciamento de serviço de alta
 461 complexidade. Argumentou que se não houver uma porta de urgência por onde vai entrar o cidadão, ou seja, a Santa Casa vai
 462 ficar triando o que é melhor para colocar lá dentro e nós vamos ficar descumprindo a portaria, porque além da porta de urgência
 463 também está previsto que tem que se garantir as quinze cirurgias/mês, um determinado número de exames e consultas
 464 especializadas, a retaguarda do apoio diagnóstico terapêutico, mais leitos de UTI, mais leitos hospitalares em diversas áreas não
 465 só em cardiologia, e o pronto socorro. Contou que o paciente chega à porta do pronto socorro no final da noite ou de madrugada
 466 no final de semana e a pessoa lhe telefona porque nem a central de regulação está conseguindo atuar, os médicos não querem
 467 assinar o vaga zero e o paciente não entra, porque se não tiver leito para internar ele é rejeitado. Informou que a Santa Casa hoje
 468 tem uma dupla porta, uma de urgência credenciada ao SUS e uma da rede privada, e propôs, enquanto gestora municipal e
 469 representante do COSEMS, que possamos fazer juntos uma discussão para solucionar porque o tratamento tem que ser dado a
 470 todos os hospitais filantrópicos e concluiu que todos querem o filé, mas vão ter que dar conta de atender a população na porta de
 471 entrada, porque o pronto socorro não dá lucro para ninguém. Se fosse assim, deveria estar credenciando também um serviço que
 472 há mais de um ano funciona no município de alta complexidade em cardiovascular que não tem porta de urgência e fica no
 473 hospital privado, mas isso não interessa se a porta da urgência não estiver afinada. Enfatizou que é preciso garantir de forma
 474 institucionalizada e com as mesmas regras para qualquer hospital filantrópico porque senão fica parecendo que é uma briga que
 475 fica ao dispor do gestor municipal e os gestores não podem ficar refém dessa proposta e muito menos do discurso das Santas
 476 Casas. O Senhor Coordenador sugeriu que o assunto fosse pautado em outra reunião já que não temos ainda um parecer da área
 477 técnica. Afirmou não discordar em nada do que foi colocado por Dra. Suzana e até acha que a situação é mais complicada ainda
 478 porque está tendo o problema na Santa Casa de Vitória da Conquista de restrição do acesso na urgência. Relatou que a Santa
 479 Casa de Itabuna que era um dos melhores pronto-socorros do sul e do interior da Bahia agora está fechada e a gestão municipal
 480 não está nem aí para isso; a de Feira de Santana há muito tempo está fechada e estamos insistindo com o Dom Pedro de
 481 Alcântara para abrir a emergência. Lembrou que inclusive o termo que está na pauta foi discutido na CIB passada e negociamos
 482 que aquele aumento de teto era para viabilizar as prioridades da urgência e emergência e no dia seguinte isso não estava mais
 483 sendo cumprido e o termo que veio para ser assinado não fala nem do Dom Pedro de Alcântara, parece que não tem uma
 484 emergência fechada e que nem continua sendo o único hospital de emergência de Feira de Santana. Considerou que depois de
 485 um ano e de ter cumprido todos os compromissos que nunca o Governo do Estado cumpriu na área de saúde, pagamos dívidas
 486 com todos os municípios de dois anos ou mais, assumimos todos os compromissos de repasse dos incentivos, tivemos o maior
 487 aumento de teto federal da história do SUS negociado pelo Governo do Estado que inclusive abrimos mão de trazer grande parte
 488 desse aumento para o teto do estado para fortalecer os municípios, diante de tudo isso, não pode mais permitir, enquanto
 489 Coordenador do SUS do Estado, que se mantenham emergências fechadas como a da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna,
 490 como a Dom Pedro de Alcântara de Feira de Santana e com dificuldade em outras emergências em Santas Casas como é o caso
 491 de Ilhéus, Juazeiro, Vitória da Conquista e outras mais. É preciso tomar uma providência juntos, Secretarias Estadual e municipais
 492 em relação a essa situação e esta é a hora de pautar essa discussão da forma mais franca, mais aberta e direta possível, pois é
 493 um crime a santa casa de Itabuna continuar com o pronto socorro fechado, é um crime o Hospital Dom Pedro de Alcântara não
 494 abrir a emergência, é um crime a Santa Casa de Juazeiro ter fechado e vamos reabrir agora porque estamos pegando funcionários
 495 do estado para colocar lá dentro, então ou tomamos uma providência e discutimos isso de uma forma clara ou vamos ficar fazendo
 496 vista grossa e propôs marcar uma pauta específica para tratar deste assunto. Dra. Suzana Ribeiro concordou e acrescentou que
 497 se for preciso poderia ser feita uma discussão anterior até para traçar as nossas diretrizes em relação à política com as santas
 498 Casas, principalmente com uma maior atenção à porta de urgência que é uma prioridade que ficou clara na última reunião de

499 pactuação do novo recurso e garantir que assim possamos desenhar definitivamente diretrizes que sejam seguidas à risca por
500 qualquer gestão e por qualquer prestador filantrópico, porque não dá mais para continuar como está. A situação vem se
501 agravando, o Ministério Público fica travado com o Termo de Ajuste de Conduta, a coisa não desata e a população continua sendo
502 prejudicada e o gestor municipal fica refém das Santas Casas porque não consegue avançar porque elas fazem o que querem
503 com o recurso e manipulam a informação e a corporação médica. Após a discussão, o Senhor Coordenador solicitou colocar como
504 principal ponto de pauta na próxima CIB a situação da urgência e emergência nos principais pólos regionais do Estado da Bahia,
505 incluindo a situação das Santas Casas, dos hospitais municipais, estaduais, ou seja, toda a rede. Dra. Denise Mascarenhas,
506 Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana e membro da CIB, argumentou que estaria acontecendo algum equívoco
507 porque a Santa Casa de Feira de Santana está com a emergência em pleno funcionamento mesmo com a deficiência de
508 profissionais de saúde nos hospitais, inclusive foi visitada pela equipe técnica da SESAB; a UTI também está em pleno
509 funcionamento, atendendo até pacientes de outras regiões fora da macro e também o serviço de cardiologia. Colocou ainda que o
510 credenciamento veio desde 14 de dezembro para a SESAB, seguindo exatamente todos os parâmetros, e ressaltou a visita de
511 vários técnicos da SESAB na Santa Casa que não podem negar o que viram do funcionamento. Informou que houve uma reunião
512 com Dr. Humberto e Dra. Cláudia sobre o Termo e entendeu que não se definiu que seria para urgência, mas foi feito o que é no
513 município de urgência e emergência. Dra. Denise Mascarenhas pontuou que ficou acordado com Secretaria Municipal da Saúde
514 de Feira de Santana de encaminhar o Termo e a SESAB dá um retorno, mas foi informada que até o momento Dr. Humberto
515 Torreão não recebeu. Colocou que diante do ocorrido esta no aguardo para continuar a discussão salutar com Dr. Humberto
516 Torreão da Diretoria Programação e Apoio a Gestão Municipal de Saúde - DIPRO. Lembrou que foi acordado que o Termo
517 retornava para o município para que pudesse fazer sugestões. Chamou atenção que o município não pode fazer sugestões diante
518 dos nossos problemas; pontuou que vai ser difícil. E que não ficou pactuado na CIB que seria definido para onde iria e sim para
519 Urgência e Emergência que o município de Feira de Santana concorda e está aqui para fazer cumprir, mas a Secretaria Municipal
520 de Saúde tem que fazer vale a necessidade do município. Exclamou ser de grande importância que a Equipe Técnica da SESAB
521 que foi em Feira de Santana releva se e mostra-se o que viu. Informou que o parecer da Equipe Técnica da SESAB foi favorável e
522 que não está entendendo o posicionamento da SESAB agora; salientou é estranho. Solicitou que a SESAB retorne ao município
523 de Feira de Santana para uma visita técnica e comprove como é o atendimento da Santa Casa, porque alguns técnicos da SESAB
524 como Rosângela, Renan, Abelardo e Amauri foram ao município e comprovaram como é o funcionamento da Santa Casa de
525 Misericórdia de Feira de Santana. Colocou que concorda em dá espaço na CIB e colocou-se a disposição do COSEMS para
526 discutir as três unidades e se o município estiver errando tem que buscar a certa, mas que seja brevemente porque está
527 aguardando desde o dia quatorze de dezembro do ano dois mil e sete. O senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Amauri
528 Teixeira colocou que é tarde para discutir esta questão, e que realmente o fórum é a CIB para discutir as questões com o Gestor
529 Municipal que fica muito restrito ao local. Pontuou que o papel de determinadas entidades não é local; citou como exemplo o
530 aumento do teto ou destinação de verba porque o SUS - Sistema Único de Saúde não é algo estanque e quanto à visão tripartite
531 de financiamento, citou tem que haver um compartilhamento. Definiu que as Instituições Filantrópicas que foram financiadas e
532 equipadas com verbas públicas não pode ser permeado por interesse privado e sim por uma discussão coletiva de interesse dos
533 municípios e da população. Esclareceu que na visita a Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana pode constatar que à UTI
534 está bem equipada e funcionando, mas o Hospital tem precariedade e que na discussão entre SESAB e Santa Casa de
535 Misericórdia de Feira de Santana foi consenso que é preciso redefinir todos os papéis das Instituições no Município de Feira de
536 Santana sem nenhum extremismo. Pontuou que inclusive o papel da Santa Casa e do Hospital Pedro Alcântara, o funcionamento
537 não atende as necessidades da população de Feira de Santana e da Macrorregião que é predestinado a prestar atendimento.
538 Concordou que a CIB é o fórum de controle social apropriado para definir o perfil e fazer controle o destino dos recursos públicos,
539 porque não adianta investi em dinheiro público que a Sociedade não tenha controle. Salientou que a Sociedade Brasileira faz
540 pouco controle. Dra. Denise Mascarenhas lembrou a Dr. Amauri Teixeira que foi acordado em retomar a discussão do
541 fortalecimento, infelizmente tem o momento que Dr. Amauri esteve ausente da SESAB. E que a SESAB e Secretaria Municipal de
542 Feira de Santana esta retomando a discussão para definir alguns posicionamentos. Colocou a disposição para discutir com a
543 SESAB, Secretaria de Saúde de Feira de Santana e Prestador. O Senhor Coordenador lembrou que quando a CIB aprovou o
544 primeiro reajuste do Teto para os municípios em Gestão Plena o propósito que foi discutido era pegar as prioridades e as questões
545 cruciais de Urgência e Emergência; salientou como ficou tudo de boca. Colocou que depois de aprovado o dinheiro e publicado e
546 os municípios receberam o aumento, vários Secretários Municipais de Saúde colocaram para a SESAB que não existia nenhum
547 acordo. Pontuou que na primeira reunião com os municípios não foi gravada, mas agora tenho a gravação da reunião da CIB -
548 Comissão Intergestores Bipartite porque nenhum município não poderá dizer que não ficou claro na CIB que é para colocar Pronto
549 Socorro fechado para funcionar e a Santa Casa que tinha emergência fechada para funcionar e viabilizar porta de urgência e
550 emergência. Exclamou que não vai aceitar que um município de porte do Estado da Bahia que tenha uma Santa Casa com
551 emergência fechada, venha falar que o aumento de teto é para colocar em seu pronto atendimento próprio em detrimento de Santa
552 Casa que tem grande Emergência fechada. Informou que a SESAB já discutiu com o Secretário de Itabuna, e que não irá colocar o
553 recurso na Santa Casa. O Senhor Coordenador colocou que não irá aceita este posicionamento do Secretário de Itabuna e que irá
554 retomar esta discussão na Bipartite, e se não chegarmos ao acordo. Citou que vai propor um acordo, que o recurso saia do teto do
555 município porque teremos que viabilizar o ponto socorro da Santa Casa de Itabuna e o Ponto Socorro da HDPA a funcionar.
556 Informou que a SESAB esta colocando Médicos pagos pelo Estado no HDPA - Hospital Dom. Pedro de Alcântara e se retira os
557 médicos pago pelo Estado o peazinho que funciona no HDPA - Hospital Dom Pedro de Alcântara fecha; salientou porque aquilo
558 não é Pronto Socorro. Colocou que se Hospital Dom. Pedro de Alcântara, Santa Casa não vem a público reclamar, fica cobrando
559 da Secretaria Estadual de Saúde querendo que se faça convênio com mais recurso do Estado para viabilizar a situação. Sugeriu
560 que faça uma reunião para discutir esta questão porque está gravada em fita que o segundo aumento do teto foi negociado e
561 aprovado, mesmo que o Gestor Municipal não aceite colocar no termo que será assinado; exclamou o termo não será assinado,
562 mas está gravado fita cassette e todos os membros da CIB - Comissão Intergestores Bipartite são testemunhas que foi feita esta
563 negociação na Bipartite. Colocou como proposta que na próxima reunião da CIB coloque esta questão em ponto de pauta em
564 prioridade, porque estamos lidando com atendimento de urgência e emergência da população do Estado e não é brincadeira.
565 Chamou atenção que os compromissos assumidos em negociação na Comissão Intergestores Bipartite são para ser cumpridos,

566 apesar de que não tem força de lei, mas acordo é acordo e tem que ser cumprido. E que irá exigir que os acordos firmados com
567 Gestão estadual sejam cumpridos da mesma forma que a Gestão Estadual faz questão de cumprir os acordos que faz. O Senhor
568 Coordenador passou a palavra para Dra. Angeli Matos, a qual denunciou o Hospital do Município de Vera Cruz que é Gestão
569 Plena, sobre uma Pessoa que sofreu um acidente e ao chegar à Emergência do Hospital de Vera Cruz, se quer tinha gases, então
570 encaminharam para o Hospital de Itaparica e também não tinha como atender; sugeriu ao paciente ir para Salvador. Exclamou o
571 paciente vai ser necessário perder o dedo para alguém me socorrer, foi quando veio uma ambulância do SAMU e a Equipe foi
572 quem resolveu o problema deste paciente. Solicitou da SESAB que tome providência em relação aos Hospitais de Vera Cruz que o
573 proprietário é o Prefeito, o de Itaparica sendo Filantrópico e o outro terceirizado. Chamou atenção que é época de veraneio e a
574 demanda na Ilha é muito grande e a população esta totalmente desassistida. O Senhor Coordenador solicitou a Dra. Angeli Matos
575 que encaminhe a SESAB a denuncia por escrito. Dando continuidade. Dra. Suzana Ribeiro concordou com o encaminhamento
576 proposto pelo Coordenador da CIB em relação às Urgências e Emergências e que na verdade a situação de Feira Santana não é a
577 única porque quando colocamos para discutir em conjunto é por que nosso papel como Gestor Municipal e COSEMS que tem uma
578 abrangência Estadual são garantir que fique muito claro e transparente, e que as pactuações sejam postas no papel com as
579 Entidades Filantrópicas. Colocou que Feira de Santana pode não ter estes problemas com porta de Urgência, mas em Vitória da
580 Conquista tem e sabemos muito bem onde aperta o sapato. Pontuou que não dá para ficarmos colocando recurso dentro da Santa
581 Casa que não está cumprindo com o previsto na contratualização; salientou que esta amarrando a necessidade porque não dá
582 apenas para o Hospital Geral de Vitória da Conquista e o Hospital Municipal Ezaú Matos garantirem toda a assistência a
583 população do Sudoeste até porque a Santa Casa tem papel estratégico neste processo, e não esta cumprindo adequadamente
584 sendo necessário rever o processo exigindo e a partir daí colocar recurso. Chamou atenção que a Santa Casa tem um convênio
585 no valor de R\$ 243.000,00 (duzentos e quarenta e três mil reais) que é o único na Bahia para funcionamento da Urgência e
586 Emergência da Santa Casa de Misericórdia. Pontuou que a Santa Casa tem dificuldade de fazer prestação no Conselho Municipal
587 de Saúde porque não tem organização administrativa; citou que não dá para ficarmos fazendo de conta que há entidades
588 Filantrópicas porque não é um caso isolado a situação da Casa de Itabuna e Vitória da Conquista com relação ao credenciamento
589 cardiovascular. Pontuou que as Santas Casas estão sendo loteadas, e se organizando para financiamento e obviamente para o
590 Serviço privado e quando é necessário dá o atendimento que foi terceirizado a Santa Casa se nega porque é valor de tabela SUS -
591 Sistema Único de Saúde. Exclamou que os Gestores não podem ficar reféns deste processo porque tem recurso público a Santa
592 Casa tem que prestar conta. O Senhor Coordenador mencionou que a Santa Casa só quer ficar com filé Mignon. Dra. Suzana
593 Ribeira colocou que os Gestores Municipais têm dificuldades para garantir uma vaga no Hospital Espanhol, São Rafael e Santa
594 Isabel ao acesso na Rede neurologia e oncologia; lembrou que varias vezes houve questionamentos na CIB em gestões anteriores
595 e que inclusive esta vaga era muitas vezes loteada e garantida por interferência política. E que depois saiu a conversa que foi a
596 Secretária de Vitória da Conquista teve esta fala na CIB, negou, foi registro da própria SESAB. Citou que é difícil assumir o que se
597 diz e cumprir o que está proposto e previsto nas pactuações; salientou que nas Gestões anteriores foram feitas muitas pactuações
598 que não foram cumpridas pela própria Secretaria do Estado; deu como exemplo o SAMU 192. Pontuou que os Gestores
599 Municipais e COSEMS têm que exigir, porque se os gestores exigiram da SESAB o pagamento das dívidas; exclamou que não irá
600 trabalhar com dois pesos e uma medida, e que Gestão Municipal vai ter trabalhar como a Gestão Estadual. Informou que foi
601 pactuado e afirmado em reunião que a prioridade seria Urgência e Emergência que estava em estado caótico com o recurso que
602 saiu de R\$ 150.000.000,00 (cento e cinquenta milhões de reais) para o Estado da Bahia. Pontuou que os Gestores Municipais tem
603 que cumprir o que foi pactuado; exclamou que o COSEMS e a SESAB não pode trabalhar com dois pesos e uma medida.
604 Lembrou que foi proposto ao Secretário do Estado Dr. Jorge Solla em construir o Termo e o Estado colocar em que irá investir;
605 salientou que nós não iríamos aceitar só exigência do Município. Colocou que feito isto o Estado estará informando a cada
606 Município e Região quanto é o seu recurso e em que será investido nesta estrutura da rede própria garantindo a retaguarda da
607 urgência e emergência; pontuou que os Gestores Municipais não podem ficar com brancos cruzado, temos que fazer a nossa
608 parte. Chamou atenção que para prestar assistência a dois milhões de habitantes é necessário que na próxima reunião seja ponto
609 de pauta Urgência e Emergência garantindo que as coisas aconteçam no Estado da Bahia; citou que é ano eleitoral e com certeza
610 tudo rebate dentro do Pólo Regional e as prefeituras pactuadas obviamente vão ter uma cobrança maior, principalmente ao Estado
611 e ao Município Pólo. Pontuou que os Gestores assumem as responsabilidades. O Senhor Coordenador solicitou para incluir na
612 pauta da próxima reunião da CIB uma discussão sobre Urgência e Emergência. Em seguida passou a palavra para Dra. Stela,
613 Secretária Municipal de Saúde de Jequié colocou que a reunião na sala do Gabinete foi uma pactuação que foi firmado um acordo
614 com os Gestores Municipais e todos têm que garantir a palavra. Deu como exemplo o município de Jequié que trabalhou em cima
615 dos valores com o primeiro 10% na Urgência e Emergência, como foi garantido no documento encaminhado para SESAB. Pontuou
616 que é importante o Termo porque hoje estamos Gestores e amanhã podemos não está e é importante ter uma garantia.
617 Concordou em incluir como pauta na próxima CIB toda a Rede de Urgência e Emergência; sugeriu que os Diretores da Rede
618 participam-se da reunião. O Senhor Coordenador passou a palavra para Secretário de Pojuca, Dr. Heires Mendes, falou como
619 Médico plantonista de Emergência, pólo REDA no Hospital João Batista Caribe, e questionou ao Secretário do Estado ou a sua
620 Equipe da SESAB porque como Médico obstetra e ginecologista e chamado de forma corriqueira para assumir a assistência do
621 Clínico, pediatra, cirurgião e nos dois últimos meses o Médico Obstetra foi chamado para atender pacientes de clinica geral e
622 procedimentos cirúrgicos acarretando um risco para especialidade do Ginecologista, tendo que atender para não deixar o paciente
623 sucumbir. E quando o Médico Ginecologista não consegue atender houve alguns atritos, como uma Médica que foi agredida por
624 paciente na Unidade. Questionou ao Secretário do Estado tem alguma solução para isto, porque vai dá plantão sábado. Salientou
625 que no município de Dias D'Ávila, a Secretária de Saúde, Dra. Marta Rejane, se preocupa para que esta situação não aconteça
626 em Dias D'Ávila. O Senhor Coordenador esclareceu ao colega que felizmente têm profissionais como ele que dão plantão e
627 assumem seus compromissos porque cada dia infelizmente está mais difícil vê profissionais que honram seus compromissos,
628 pactuados e acordos verbais. Exclamou que até o escrito está sendo difícil serem cumpridos quanto mais os verbais. Informou que
629 no Hospital Batista Caribé todos os dias têm profissionais contratados escalados, mas infelizmente tem tido uma ocorrência grande
630 de faltas especialmente no mês de dezembro aconteceu muito. Colocou que o profissional quando falta tem penalidade financeira,
631 mas para muitos profissionais esta perda de parte do salário não pesa muito porque representa 10% ou 15% da receita mensal
632 dele. Pontuou que o profissional não vê que sua falta penaliza os pacientes e colegas que esta contando com a presença e o

633 profissional falta e de última hora arrumar um substituto. Dando continuidade. O Senhor Coordenador colocou que os Termos de
634 Compromisso com expansão da qualificação da urgência e emergência. Dra. Maria Consuelo Brandão colocou que o Gestor de
635 Itabuna não esta ausente nas discussões em qualificar a Santa Casa de Itabuna. Concordou com colocação da Dra. Suzana
636 Ribeiro em haver uma discussão e criar diretrizes para poder cobrar legalmente até porque o município não dispõe disto. Colocou
637 que com relação ao recurso que foi colocado neste momento que Itabuna bateu o ponto e que este recurso não irá ser destinado
638 para Santa Casa. Esclareceu que não foi assim, o Secretário foi surpreendido por existir um recurso a ser destinado para o
639 município, mas não destinado a Santa Casa; salientou que este foi o acordo. Mencionou que em conversa com Dr. Humberto
640 Torreão foi informada da proposta de abrir para que este recurso seja destinado para Santa Casa. Colocou que o Secretário de
641 Itabuna está aberto para discussão com a SESAB sobre esta questão. O Senhor Coordenador reiterou que a Santa Casa de
642 Itabuna não pode pedir credenciamento Cardiovascular por mais que seja necessário para região e manter a emergência fechada;
643 pontuou que a SESAB irá trabalhar junto com o Secretário de Itabuna para resolver. Comparou que com o aumento de teto que
644 não pode usar aumento de teto colocado no município para qualificar um pronto atendimento e deixar de lado uma emergência
645 fechada. Registrou que os municípios de Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Catu, Cruz das Almas, Ilhéus, Jequié,
646 Itaberaba, Paulo Afonso, São Félix, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Santo Antônio de Jesus e Vera Cruz já têm os Termos
647 negociados; citou os municípios que estão faltando Alagoinhas, Amargosa, Barra do Choça, Camaçari, Eunápolis, Feira de
648 Santana, Guanambi, Irecê, Itabela, Itabuna, Juazeiro, Iaje, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Medeiros Neto, Porto Seguro,
649 Salvador, Santa Cruz de Cabrália, São Sebastião do Passé e Vitória da Conquista. O Senhor Coordenador propôs aos municípios
650 que não fecharam este processo, formalizarem até a próxima reunião da CIB. Deu procedimento a reunião. Convidou Dra. Suzana
651 Ribeiro para tratar da solicitação da revisão do percentual dos recursos destinados para pagamento de Recursos Humanos
652 referente ao CEREST no município de Vitória da Conquista. Informou que em conversa com Letícia, da CESAT, e ficou de pautar
653 esta discussão na próxima CIB porque estava fazendo algumas discussões interna, e montar um grupo por que o percentual da
654 saúde do trabalhador destinado a recurso é em torno de 40%, que foi estabelecido pelo Estado na Gestão anterior e pactuado na
655 CIB. Pontuou que os municípios estão tendo uma serie de dificuldade porque o município recebe R\$ 30.000.000,00 (trinta mil
656 reais) para o financiamento do CEREST e o município de Vitória da Conquista tem uma equipe completa, além do previsto na
657 portaria. Colocou que existe a exigência do Auxiliar de Enfermagem e que Vitória da Conquista entende que Saúde do
658 Trabalhador, é na área de Vigilância, é atendimento curativo e a Secretaria Municipal de saúde Vitória da Conquista tem
659 atendimento curativo nas diversas unidades de saúde e pronto socorro. Informou que havia tentado negociar com CESAT e o
660 Ministério, mas não abre mão da equipe completa mesmo com Técnico de Segurança do trabalho como esta prevista em portaria,
661 mas mesmo assim é exigida a presença do Auxiliar. Colocou que em Vitória da Conquista tem uma folha de pessoal que vai acima
662 dos 40% e para ampliar as ações de vigilância da saúde do trabalhador tem que ter mais pessoal, e com isto o município fica
663 estrangulado e não consegue avançar. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Lorene Pinto, a mesma colocou que na
664 Portaria Nacional que define como utilizar os recursos à saúde do trabalhador não dá limites e o recurso destina-se ao custeio de
665 todas e qualquer ações do CEREST, inclusive pagamento de pessoal de acordo com as normas vigentes. Pontuou que devido a
666 isto para nós definirmos neste fórum tem causado um conflito e na hora a prestação e nos relatórios o próprio Ministério questiona,
667 por que normativa o uso do recurso. Sugeriu que a Comissão Intergestores Bipartite encaminhe a Coordenação Nacional da
668 Saúde do Trabalhador as sugestões e limites, porque o CEREST já fez a solicitação e não teve resposta. Colocou que como é
669 feito os municípios do Estado da Bahia fica em desacordo porque um usa 40% outro 60% e quando a SESAB encaminha é
670 questionada pelo Ministério, mas ele não delimita. Pontuou que o Ministério define ou então dá autonomia para que a CIB possa
671 definir no Estado da Bahia até quanto pode usar com pessoal. O Senhor Coordenador lembrou que na primeira normatização do
672 CEREST tinha a questão do percentual de gasto com Recursos Humanos e na Portaria posterior não delimitou e não delimitando
673 pode se compreender que não há nenhuma barreira. Dra. Lorene Pinto relata é o que a SESAB entende, mas quando
674 encaminhamos para o Ministério as Saúde, somos questionados. O Senhor Coordenador informou que já houve discussão com
675 Coordenador de Saúde do Trabalhador, Secretário de Atenção a Saúde, com o atual Diretor do Departamento e com Ministro da
676 Saúde porque existia o problema com três municípios do Estado da Bahia, Camaçari, Vitória da Conquista e Feira de Santana. E
677 que a interpretação consensual de todos é que a partir da data da ultima portaria do ano dois mil e cinco, não haveria mais a
678 exigência do percentual. Lançou uma proposta reiterando a interpretação da Portaria, republicar uma Resolução da CIB na
679 perspectiva da não cobrança de percentual mínimo ou máximo de alocação de recurso e encaminhar para Coordenação de Saúde
680 do Trabalhador no Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Marta Rejane que colocou em relação
681 ao CEREST que estamos atendendo bem, metas cumpridas e usuários sendo atendidos com dignidade e resolutividade,
682 avançando no Pacto de Gestão para ter blocos de financiamentos porque agora esta restringindo se a Secretaria Municipal paga
683 Recurso Humanos, água, luz, telefone ou custeio; salientou que não importa, o que realmente importa é que o serviço funcione
684 dentro das normas que regula o funcionamento do serviço dentro do SUS - Sistema Único de Saúde. O Senhor Coordenador
685 concordou com a colocação Dra. Marta Rejane. Em seguida passou a palavra para Dr. Edna coordenadora da Rede do RENAT no
686 CESAT. Colocou que é preciso que haja no plano de ação da saúde do trabalhador, esteja especificado qual o percentual e seja
687 aprovado no Conselho Municipal de Saúde. E em relação às metas e serviços funcionando este é o grande foco e o CESAT já
688 esta prevendo para o ano dois mil e oito uma avaliação de toda implantação da RENAST no Estado da Bahia e assim podemos
689 ver como o recurso está sendo utilizado. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que leva em consideração que em nenhum momento esta
690 discussão foi posta com clareza em relação a quanto utilizar; lembrou que foi dito em uma reunião com RENAST depois do ano
691 dois mil e cinco, que o percentual seria 40%. E enquanto isto o município de Vitória da Conquista ficou o ano dois mil e seis sem
692 receber o recurso do CEREST porque o município estava utilizando muito com pessoal. Salientou que a técnica que veio do
693 Ministério da Saúde veio trabalhando como se estivesse trabalhando com Política Sindical e não com Política de Saúde; pontuou
694 que foi dito para técnica e acha que talvez o município de Vitória da Conquista tenha sido cerceado com a suspensão do recurso.
695 Exclamou que não dá para entender que Saúde do Trabalhador seja desenvolvida de uma forma tão corporativa, ou seja, um
696 centro de excelência se atende o trabalhador em qualquer espaço no sistema único de saúde do município, fica parecendo que é
697 uma coisa específica para isto. Explicou que uma coisa é vigilância e a outra é assistência e que não estão sabendo separar, e por
698 conta disto o município não avança. Pontuou que pesa a necessidade de rediscutir e sair portaria no bloco de financiamento e tem
699 como trabalhar o recurso remanejando no mesmo bloco; exclamou que o recurso do CEREST é intocável. Pontuou que vamos

700 trabalhar como DST Aids fazendo um PAN e executar como a política do DST Aids; salientou aí sim é o programa nacional que
701 esta fora do bloco e que o CEREST esta no programa da média e alta. Colocou que existe uma confusão ou uma dificuldade de
702 compreensão de que é de fato Saúde do Trabalhador. Dra. Lorene Pinto reiterou o encaminhamento do Coordenador da CIB, o
703 município não ter o limite da utilização e constar no Plano da Saúde do Trabalhador do Município quanto vai aplicar independente
704 do percentual; salientou se a norma da Portaria é aberta. O Senhor Coordenador propôs publicar uma Resolução da CIB na
705 perspectiva de que não haja cobrança de percentual mínimo ou máximo para alocação de recurso e encaminhar para
706 Coordenação de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde, que independe do Plano de Saúde do Município. Dando
707 continuidade. Secretaria Municipal Saúde de Caravelas, solicita implantação de uma Unidade de Saúde da Família. Dr. Hêider
708 Pinto informou que a Dires em acordo com Secretária de Caravelas resolveram colocar para próxima CIB porque não tem
709 condições para a equipe funcionar. E a Secretaria Municipal de Saúde de Vereda, solicita para transmitir os dados do município de
710 Vereda via transmissor DATASUS. O Senhor Coordenador colocou em aprovação, sendo aprovados por unanimidade. Em
711 seguida leu a solicitação da Secretaria Municipal de Barreiras, da aprovação do Serviço de Saúde Auditiva no município de
712 Barreiras. O Senhor Coordenador informou que Dra. Débora do Carmo solicitou a retirada da pauta. Dra. Suzana Ribeiro solicitou
713 que seja revisto o processo de Vitória da Conquista com relação ao Serviço de Saúde Auditiva que foi aprovado na CIB no mês de
714 outubro do ano dois mil e sete e de lá para cá o município não esta conseguindo lançar as APAC e agora complicou porque é novo
715 ano e não temos como lançar retroativo; salientou que significa que perdemos tudo que produzimos e a Coordenação do
716 Ministério, a pessoa Sra. Odília informou que não chegou. E a SESAB informou que encaminhou. O Senhor Coordenador leu a
717 solicitação da Secretaria de Saúde de Inhambuque que solicita mudança na forma de repasse dos recursos referentes à assistência
718 farmacêutica Assistência Farmacêutica Básica, Hipertensão e Diabetes – HD, e Asma e Renite – AR. Dra. Gisélia Souza colocou
719 que está tudo correto com a solicitação do município de Inhambuque apenas solicita que seja alimentado o sistema SISFAB. Dr.
720 Emerson Garcia, Secretário Municipal de Saúde de Inhambuque, elogiou a equipe técnica da Diretoria de Assistência Farmacêutica
721 que foi cordial e gentil com o município. O Senhor Coordenador informou que o Estado da Bahia cumpriu a contrapartida do
722 Estado para a Farmácia Básica, com isto a SESAB teve que alugar um almoxarifado no CIA – Centro Industrial de Aratu porque
723 não coube no nosso almoxarifado todo o estoque de medicamentos. Lembrou que no ano de dois mil e seis o Governo do Estado
724 da Bahia gastou R\$ 4.418.000,00 (quatro mil quatrocentos e dezoito reais) do tesouro estadual com medicamentos básico.
725 Pontuou que este ano o Governo da Bahia gastou aproximadamente R\$ 14.000.000,00 (quatorze milhões de reais) e alcançou a
726 meta R\$ 1,00 por um habitante ano e esta programando para o ano dois mil e nove, passarmos da barreira de R\$ 20.000.000,00
727 (vinte milhões de reais) e alcançou a meta R\$ 1,50 por um habitante ano, conforme acordado com CONAS, CONASEMS e
728 Ministério na CIT. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Gisélia Souza agradeceu o esforço grande e particular feito
729 pelo Secretário do Estado e o Diretor do FESBA para conseguir recurso para alocar e conseguir a contra partida do Estado da
730 Bahia, enfim parabenizou toda equipe. Solicitou a parceria do COSEMS para fazer o sistema de distribuição funcionar. O Senhor
731 Coordenador deu continuidade a reunião. Convidou Dr. Humberto Torreão para apresenta a Pactuação dos recursos a serem
732 incorporados ao Limite Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados e do
733 Distrito Federal, estabelecidos segundo a Portaria nº 3.173, de 12 de dezembro de 2007. Informou que o Ministério da Saúde
734 Publicou nas últimas semanas do mês de dezembro, três portarias de números 3173, 3174 e 3175 que demanda da CIB
735 deliberação quanto a distribuições dos recursos que foram alocados. Destacou que foi um processo mais árduo porque foi um
736 processo novo porque o Ministério fez todo procedimento de incluir e excluir na tabela SIA e SIH estabelecendo um mecanismo de
737 cálculo e em determinado momento teve que decifrar a metodologia que o Ministério está utilizando. Apresentou a portaria 3173
738 considera as portarias 204 do mês janeiro do ano dois mil e sete, que regula financiamento, a Portaria 2917 que inclui o
739 procedimento na tabela do sistema de informação ambulatorial referente ao paciente após cirurgia cardíaca; salientou que inclui
740 um procedimento de acompanhamento ao paciente de implante de marca passo. E a Portaria 2918 do mês de novembro do ano
741 dois mil e sete, exclui alguns procedimentos e altera a denominação de outros e inclui alguns procedimentos que não existia na
742 tabela do sistema de informação do SAI/SUS e SIH. Pontuou que estes procedimentos são todos referentes ao diagnóstico de
743 câncer de mama e colo uterino. E que o recurso da portaria 3173 que considera todas estas portarias aloca o recurso no valor R\$
744 1. 230.000,00 (um milhão e duzentos e trinta mil reais). Informou que deste valor o Ministério repassa R\$ 59.010,00 (cinquenta e
745 nove mil e dez reais), e demais procedimentos, para os quais o Ministério repassa recurso. Apresentou os procedimentos, a
746 biópsia de colo uterino. O Senhor Coordenador questionou se podemos encaminhar os 348 pacientes para o município de Tucano
747 para fazer a biópsia. Pontuou que gostaria de saber se podemos ocupar estas vagas porque duvida que alguns municípios do
748 Estado da Bahia tenha oferta deste procedimento mesmo. Dr. Humberto Torreão sugeriu que seja feito com os municípios que
749 estão sobre Gestão Estadual, podermos colocar o recurso na câmara técnica e redefinir a alocação da PPI e os municípios em
750 Gestão Plena receberem o recurso. Dr. Humberto Torreão deu continuidade a apresentação. Punção de mama com agulha grossa
751 é procedimento que existia antes, que é punção biopsia de mama e o Ministério mudou o nome para punção aspirativa por agulha
752 fina e cria o procedimento por punção de mama por agulha grossa e estabelece que toda produção de punção ou biopsia de
753 mama corresponde a 55% de punção de mama por agulha grossa. Estabeleceu o valor com base nestes quantitativos, com base
754 nos municípios que tenham estas produções como Camacan, Formosa de Rio Preto. O Senhor Coordenador solicitou a Auditoria
755 Estadual destes serviços que faz estes procedimentos neste ano para fazer uma avaliação. Ficou aprovado na CIB a resolução em
756 que a distribuição dos recursos financeiros estabelecidos para o Estado da Bahia pela portaria GM n ° 3173/2007 referentes ao
757 Acompanhamento de pacientes para cirurgia cardíaca e ao procedimento diagnóstico de cânceres de mama e de colo uterino,
758 estabelecendo os seguintes critérios; solicitar à Auditoria da SES a realização de auditoria nos municípios “suspeitos” que
759 apresentam produção nos procedimentos da portaria 3173; criada Comissão composta por COSEMS e SESAB para reavaliar a
760 distribuição do procedimento “Segmentectomia de mama”.

761
762
763
764
765
766

767

Cod IBGE	Município	Especialidade	TOTAL	GESTÃO ESTADUAL	GESTÃO MUNICIPAL	TCEP
290070	ALAGOINHAS	ONCOLOGIA	9.634,43	-	9.634,43	189,26
290320	BARREIRAS	ONCOLOGIA	1.856,93	-	1.856,93	
290460	BRUMADO	ONCOLOGIA	14.477,33	-	14.477,33	
290560	CAMACAN	ONCOLOGIA	2.430,74	2.430,74	-	
290570	CAMAÇARI	ONCOLOGIA	785,04	-	785,04	
290830	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA	ONCOLOGIA	2.360,15	2.360,15	-	
290840	CONCEIÇÃO DO COITÉ	ONCOLOGIA	1.657,48	1.657,48	-	
291080	FEIRA DE SANTANA	ONCOLOGIA	79.111,32	-	79.111,32	50,14
291110	FORMOSA DO RIO PRETO	ONCOLOGIA	4.786,22	4.786,22	-	
291360	ILHÉUS	ONCOLOGIA	9.657,95	-	9.657,95	
291480	ITABUNA	ONCOLOGIA	32.830,37	-	32.830,37	
291840	JUAZEIRO	ONCOLOGIA	5.864,86	-	5.864,86	167,32
291992	MADRE DE DEUS	ONCOLOGIA	200,10	-	200,10	
292740	SALVADOR	CARDIOLOGIA	59.010,00	-	59.010,00	
292740	SALVADOR	ONCOLOGIA	946.094,25	-	946.094,25	338.430,67
292800	SANTALUZ	ONCOLOGIA	1.057,14	1.057,14	-	
292870	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	ONCOLOGIA	20.262,37	-	20.262,37	
292900	SÃO FÉLIX	ONCOLOGIA	469,36	-	469,36	
293190	TUCANO	ONCOLOGIA	1.169,87	1.169,87	-	
293290	VALENÇA	ONCOLOGIA	7.594,66	7.594,66	-	
293330	VITÓRIA DA CONQUISTA	ONCOLOGIA	6.101,39	-	6.101,39	
290000	CÂMARA TÉCNICA ESTADUAL	ONCOLOGIA	23.331,96	23.331,96	-	

TOTAL GERAL**1.230.743,92 44.388,22 1.186.355,70 338.837,39**768
769

Quanto à Portaria 3174 ficou aprovado a realocação dos recursos financeiros referentes à redefinição do valor unitário para remuneração do procedimento diária de UTI – tipo I e da diária de acompanhante definidas pela portaria GM 3.174/2007.

Cod IBGE	Município	TOTAL	GESTÃO ESTADUAL	GESTÃO MUNICIPAL	TCEP
290020	ABARÉ	3.044,15	3.044,15	-	-
290040	ÁGUA FRIA	3.477,50	3.477,50	-	-
290060	AIQUARA	1.765,50	1.765,50	-	-
290070	ALAGOINHAS	9.464,15	-	9.464,15	6.719,60
290080	ALCOBAÇA	3.707,55	3.707,55	-	-
290100	AMARGOSA	13.519,45	-	13.519,45	-
290120	ANAGÉ	5.965,25	5.965,25	-	-
290130	ANDARAÍ	3.514,95	3.514,95	-	-
290160	ANTAS	18.489,60	18.489,60	-	-
290190	APORÁ	1.241,20	1.241,20	-	-
290205	ARAÇÁS	1.765,50	1.765,50	-	-
290200	ARACATU	10.384,35	10.384,35	-	-
290210	ARACI	7.372,30	7.372,30	-	-
290240	AURELINO LEAL	3.547,05	3.547,05	-	-
290250	BAIANÓPOLIS	5.483,75	5.483,75	-	-

290260	BAIXA GRANDE	3.691,50	3.691,50	-	-
290270	BARRA	3.707,55	3.707,55	-	-
290280	BARRA DA ESTIVA	11.267,10	11.267,10	-	-
290300	BARRA DO MENDES	7.880,55	7.880,55	-	-
290310	BARRA DO ROCHA	5.831,50	5.831,50	-	-
290320	BARREIRAS	48.545,90	-	48.545,90	26.284,55
290323	BARRO ALTO	7.147,60	7.147,60	-	-
290330	BARRO PRETO	411,95	411,95	-	-
290327	BARROCAS	3.959,00	3.959,00	-	-
290340	BELMONTE	3.766,40	3.766,40	-	-
290350	BELO CAMPO	11.481,10	-	11.481,10	-
290360	BIRITINGA	2.840,85	2.840,85	-	-
290390	BOM JESUS DA LAPA	1.514,05	-	1.514,05	-
290395	BOM JESUS DA SERRA	2.707,10	2.707,10	-	-
290400	BONINAL	1.540,80	1.540,80	-	-
290420	BOTUPORÃ	9.095,00	9.095,00	-	-
290430	BREJÕES	963,00	963,00	-	-
290460	BRUMADO	7.885,90	-	7.885,90	-
290470	BUERAREMA	4.638,45	4.638,45	-	-
290490	CACHOEIRA	1.947,40	1.947,40	-	-
290500	CACULÉ	7.120,85	7.120,85	-	-
290520	CAETITÉ	6.634,00	6.634,00	-	-
290550	CALDEIRÃO GRANDE	3.060,20	3.060,20	-	-
290560	CAMACAN	14.124,00	14.124,00	-	-
290570	CAMAÇARI	31.570,35	-	31.570,35	31.511,50
290600	CAMPO FORMOSO	24.042,90	24.042,90	-	-
290610	CANÁPOLIS	155,15	155,15	-	-
290630	CANAVIEIRAS	9.785,15	9.785,15	-	-
290650	CANDEIAS	8.271,10	8.271,10	-	-
290660	CANDIBA	492,20	492,20	-	-
290670	CÂNDIDO SALES	18.543,10	18.543,10	-	-
290680	CANSANÇÃO	3.044,15	3.044,15	-	-
290682	CANUDOS	4.852,45	4.852,45	-	-
290685	CAPELA DO ALTO ALEGRE	4.954,10	4.954,10	-	-
290687	CAPIM GROSSO	9.030,80	9.030,80	-	-
290690	CARAVELAS	4.847,10	4.847,10	-	-
290710	CARINHANHA	3.894,80	3.894,80	-	-
290720	CASA NOVA	4.354,90	4.354,90	-	-
290730	CASTRO ALVES	5.735,20	5.735,20	-	-
290750	CATU	4.927,35	-	4.927,35	-
290780	CÍCERO DANTAS	8.554,65	8.554,65	-	-
290790	CIPÓ	5.649,60	5.649,60	-	-
290800	COARACI	2.455,65	2.455,65	-	-
290810	COCOS	5.114,60	5.114,60	-	-
290840	CONCEIÇÃO DO COITÉ	24.663,50	24.663,50	-	-
290850	CONCEIÇÃO DO JACUIPE	7.495,35	7.495,35	-	-
290890	CORAÇÃO DE MARIA	4.360,25	4.360,25	-	-
290910	CORIBE	3.841,30	3.841,30	-	-
290930	CORRENTINA	5.232,30	5.232,30	-	-
290950	CRAVOLÂNDIA	3.097,65	3.097,65	-	-
290980	CRUZ DAS ALMAS	15.322,40	-	15.322,40	-

290990	CURAÇA	3.290,25	3.290,25	-	-
291005	DIAS D'ÁVILA	3.734,30	-	3.734,30	-
291010	DOM BASÍLIO	1.273,30	1.273,30	-	-
291030	ELÍSIO MEDRADO	3.819,90	3.819,90	-	-
291040	ENCRUZILHADA	31.720,15	31.720,15	-	-
291060	ESPLANADA	8.618,85	8.618,85	-	-
291070	EUCLIDES DA CUNHA	29.526,65	29.526,65	-	-
291072	EUNÁPOLIS	4.258,60	-	4.258,60	-
291080	FEIRA DE SANTANA	241.785,93	-	241.785,93	185.536,03
291085	FILADÉLFIA	1.642,45	1.642,45	-	-
291100	FLORESTA AZUL	572,45	572,45	-	-
291110	FORMOSA DO RIO PRETO	3.097,65	3.097,65	-	-
291120	GANDU	19.506,10	19.506,10	-	-
291130	GENTIO DO OURO	2.546,60	2.546,60	-	-
291150	GONGOGI	3.103,00	3.103,00	-	-
291170	GUANAMBI	23.791,45	-	23.791,45	11.732,55
291180	GUARATINGA	5.687,05	5.687,05	-	-
291190	IAÇU	24.684,90	24.684,90	-	-
291200	IBIASSUCÊ	6.580,50	6.580,50	-	-
291210	IBICARAÍ	2.129,30	2.129,30	-	-
291230	IBICÚÍ	2.263,05	2.263,05	-	-
291270	IBIRAPITANGA	5.451,65	5.451,65	-	-
291290	IBIRATAIA	21.507,00	21.507,00	-	-
291300	IBITIARA	6.869,40	6.869,40	-	-
291310	IBITITÁ	10,70	10,70	-	-
291320	IBOTIRAMA	6.409,30	6.409,30	-	-
291340	IGAPORÃ	3.942,95	3.942,95	-	-
291350	IGUAÍ	5.681,70	5.681,70	-	-
291360	ILHÉUS	56.355,92	-	56.355,92	7.912,65
291370	INHAMBUPE	3.177,90	3.177,90	-	-
291390	IPIAÚ	29.660,40	29.660,40	-	-
291400	IPIRÁ	3.054,85	3.054,85	-	-
291420	IRAJUBA	11.058,45	11.058,45	-	-
291430	IRAMAIA	957,65	957,65	-	-
291440	IRAQUARA	4.403,05	4.403,05	-	-
291450	IRARÁ	3.220,70	3.220,70	-	-
291460	IRECÊ	21.528,40	-	21.528,40	-
291465	ITABELA	7.634,45	-	7.634,45	-
291470	ITABERABA	6.521,65	-	6.521,65	-
291480	ITABUNA	102.158,25	-	102.158,25	-
291490	ITACARÉ	12.310,35	12.310,35	-	-
291510	ITAGI	2.252,35	2.252,35	-	-
291520	ITAGIBÁ	9.416,00	9.416,00	-	-
291550	ITAJUÍPE	10,70	10,70	-	-
291560	ITAMARAJU	28.585,05	-	28.585,05	-
291570	ITAMARI	6.500,25	6.500,25	-	-
291580	ITAMBÉ	9.838,65	9.838,65	-	-
291600	ITANHÉM	8.988,00	8.988,00	-	-
291610	ITAPARICA	20.715,20	20.715,20	-	-
291640	ITAPETINGA	34.914,10	34.914,10	-	-
291660	ITAPITANGA	1.535,45	1.535,45	-	-
291670	ITAQUARA	16,05	16,05	-	-
291680	ITARANTIM	3.755,70	3.755,70	-	-
291685	ITATIM	492,20	492,20	-	-

291690	ITIRUÇU	7.500,70	7.500,70	-	-
291710	ITORORÓ	5.745,90	5.745,90	-	-
291720	ITUAÇU	4.017,85	4.017,85	-	-
291730	ITUBERÁ	1.530,10	1.530,10	-	-
291735	JABORANDI	1.342,85	1.342,85	-	-
291740	JACARACI	5.676,35	5.676,35	-	-
291750	JACOBINA	37.615,85	37.615,85	-	-
291760	JAGUAQUARA	19.516,80	19.516,80	-	-
291800	JEQUIÉ	57.571,35	-	57.571,35	14.621,55
291810	JEREMOABO	4.055,30	4.055,30	-	-
291820	JQUIRIÇÁ	8.297,85	8.297,85	-	-
291840	JUAZEIRO	95.941,55	-	95.941,55	502,90
291850	JUSSARA	26,75	26,75	-	-
291855	JUSSARI	2.391,45	2.391,45	-	-
291860	JUSSIAPE	4.365,60	4.365,60	-	-
291880	LAJE	3.215,35	-	3.215,35	-
291920	LAURO DE FREITAS	8.404,85	-	8.404,85	8.404,85
291940	LICÍNIO DE ALMEIDA	3.252,80	3.252,80	-	-
291950	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	23.582,80	23.582,80	-	-
291960	MACAJUBA	4.606,35	4.606,35	-	-
291970	MACARANI	8.650,95	8.650,95	-	-
291980	MACAÚBAS	6.264,85	6.264,85	-	-
291992	MADRE DE DEUS	160,50	-	160,50	-
292000	MAIQUINIQUE	3.333,05	3.333,05	-	-
292010	MAIRI	2.418,20	2.418,20	-	-
292050	MARACÁS	7.158,30	7.158,30	-	-
292060	MARAGOGIPE	7.704,00	7.704,00	-	-
292080	MARCIONÍLIO SOUZA	690,15	690,15	-	-
292100	MATA DE SÃO JOÃO	3.980,40	-	3.980,40	-
292105	MATINA	2.872,95	2.872,95	-	-
292130	MILAGRES	4.435,15	4.435,15	-	-
292150	MONTE SANTO	8.784,70	8.784,70	-	-
292170	MORRO DO CHAPÉU	23.780,75	23.780,75	-	-
292180	MORTUGABA	3.108,35	3.108,35	-	-
292190	MUCUGÊ	995,10	995,10	-	-
292200	MUCURI	9.218,05	9.218,05	-	-
292210	MUNDO NOVO	3.654,05	3.654,05	-	-
292230	MURITIBA	256,80	256,80	-	-
292240	MUTÚIPE	6.494,90	6.494,90	-	-
292250	NAZARÉ	28.344,30	28.344,30	-	-
292270	NOVA CANAÃ	4.895,25	4.895,25	-	-
292290	NOVA SOURE	4.494,00	4.494,00	-	-
292300	NOVA VIÇOSA	9.945,65	9.945,65	-	-
292330	OURIÇANGAS	1.583,60	1.583,60	-	-
292340	PALMAS DE MONTE ALTO	6.757,05	6.757,05	-	-
292360	PARAMIRIM	10.737,45	10.737,45	-	-
292370	PARATINGA	5.424,90	5.424,90	-	-
292390	PAU BRASIL	4.130,20	4.130,20	-	-
292400	PAULO AFONSO	35.096,00	-	35.096,00	-
292430	PIATÁ	625,95	625,95	-	-
292450	PINDAÍ	3.900,15	3.900,15	-	-
292460	PINDOBAÇU	5.103,90	5.103,90	-	-
292465	PINTADAS	1.535,45	1.535,45	-	-

292480	PIRITIBA	5.189,50	5.189,50	-	-
292490	PLANALTINO	1.433,80	1.433,80	-	-
292510	POÇÕES	12.128,45	12.128,45	-	-
292520	POJUCA	2.493,10	-	2.493,10	-
292530	PORTO SEGURO	43.260,10	-	43.260,10	43.260,10
292550	PRADO	5.467,70	5.467,70	-	-
292575	PRESIDENTE TANCREDO NEVES	4.151,60	4.151,60	-	-
292580	QUEIMADAS	3.514,95	3.514,95	-	-
292595	RAFAEL JAMBEIRO	1.626,40	1.626,40	-	-
292600	REMANSO	13.037,95	13.037,95	-	-
292620	RIACHÃO DAS NEVES	6.216,70	6.216,70	-	-
292630	RIACHÃO DO JACUIPE	12.155,20	12.155,20	-	-
292640	RIACHO DE SANTANA	21,40	21,40	-	-
292650	RIBEIRA DO AMPARO	481,50	481,50	-	-
292660	RIBEIRA DO POMBAL	22.619,80	22.619,80	-	-
292690	RIO DO PIRES	3.065,55	3.065,55	-	-
292700	RIO REAL	4.996,90	4.996,90	-	-
292720	RUY BARBOSA	19.500,75	19.500,75	-	-
292740	SALVADOR	900.697,72	-	900.697,72	414.116,56
292750	SANTA BÁRBARA	3.493,55	3.493,55	-	-
292770	SANTA CRUZ CABRÁLIA	2.305,85	-	2.305,85	-
292790	SANTA INÊS	3.493,55	3.493,55	-	-
292810	SANTA MARIA DA VITÓRIA	15.424,05	15.424,05	-	-
292840	SANTA RITA DE CÁSSIA	4.943,40	4.943,40	-	-
292850	SANTA TERESINHA	283,55	283,55	-	-
292800	SANTALUZ	3.563,10	3.563,10	-	-
292820	SANTANA	10.732,10	10.732,10	-	-
292830	SANTANÓPOLIS	4.044,60	4.044,60	-	-
292860	SANTO AMARO	10.625,10	10.625,10	-	-
292870	SANTO ANTÔNIO DE JESUS	27.408,05	-	27.408,05	-
292880	SANTO ESTÊVÃO	13.171,70	13.171,70	-	-
292890	SÃO DESIDÉRIO	4.365,60	4.365,60	-	-
292895	SÃO DOMINGOS	10,70	10,70	-	-
292910	SÃO FELIPE	2.177,45	2.177,45	-	-
292900	SÃO FÉLIX	497,55	-	497,55	-
292905	SÃO FÉLIX DO CORIBE	5.157,40	5.157,40	-	-
292925	SÃO GABRIEL	3.370,50	3.370,50	-	-
292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	6.810,55	6.810,55	-	-
292940	SÃO MIGUEL DAS MATAS	2.038,35	2.038,35	-	-
292950	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	3.365,15	-	3.365,15	-
292960	SAPEAÇU	1.407,05	1.407,05	-	-
292970	SÁTIRO DIAS	6.537,70	6.537,70	-	-
292975	SAUBARA	2.878,30	2.878,30	-	-
292980	SAÚDE	4.863,15	4.863,15	-	-
292990	SEABRA	12.369,20	12.369,20	-	-
293000	SEBASTIÃO LARANJEIRAS	2.947,85	2.947,85	-	-
293010	SENHOR DO BONFIM	10.389,70	-	10.389,70	-

293020	SENTO SÉ	1.284,00	1.284,00	-	-
293015	SERRA DO RAMALHO	3.161,85	3.161,85	-	-
293050	SERRINHA	6.607,25	6.607,25	-	-
293060	SERROLÂNDIA	3.771,75	3.771,75	-	-
293070	SIMÕES FILHO	7.361,60	7.361,60	-	-
293077	SOBRADINHO	834,60	834,60	-	-
293080	SOUTO SOARES	4.119,50	4.119,50	-	-
293090	TABOCAS DO BREJO VELHO	1.423,10	1.423,10	-	-
293110	TANQUINHO	2.696,40	2.696,40	-	-
293120	TAPEROÁ	3.857,35	3.857,35	-	-
293130	TAPIRAMUTÁ	4.087,40	4.087,40	-	-
293135	TEIXEIRA DE FREITAS	23.684,45	-	23.684,45	-
293160	TEOLÂNDIA	4.938,05	4.938,05	-	-
293180	TREMEDAL	19.468,65	19.468,65	-	-
293190	TUCANO	10.395,05	10.395,05	-	-
293200	UAUÁ	4.911,30	4.911,30	-	-
293210	UBAÍRA	6.741,00	6.741,00	-	-
293230	UBATÁ	1.471,25	1.471,25	-	-
293250	UNA	7.377,65	7.377,65	-	-
293260	URANDI	4.162,30	4.162,30	-	-
293290	VALENÇA	43.934,20	43.934,20	-	-
293300	VALENTE	10.486,00	10.486,00	-	-
293310	VÁRZEA DO POÇO	3.477,50	3.477,50	-	-
293315	VÁRZEA NOVA	2.364,70	2.364,70	-	-
293320	VERA CRUZ	3.258,15	-	3.258,15	-
293325	VEREDA	2.230,95	2.230,95	-	-
293330	VITÓRIA DA CONQUISTA	84.005,70	-	84.005,70	246,10
293340	WAGNER	7.211,80	7.211,80	-	-
293345	WANDERLEY	4.098,10	4.098,10	-	-
293350	WENCESLAU GUIMARÃES	26.958,65	26.958,65	-	-
293360	XIQUE-XIQUE	11.561,35	11.561,35	-	-
TOTAL GERAL		3.429.227,82	1.482.907,65	1.946.320,17	750.848,94

770
771
772

Quanto à portaria 3175 ficou aprovada a realocação dos recursos financeiros referentes à portaria GM 3.175/2007 que exclui e inclui procedimentos da tabela SIA e SIH/SUS para o grupo de Fisioterapia.

Cod IBGE	Município	TOTAL	GESTÃO ESTADUAL	GESTÃO MUNICIPAL	TCEP
290070	ALAGOINHAS	40.980,93	-	40.980,93	-
290100	AMARGOSA	6.888,87	-	6.888,87	-
290240	AURELINO LEAL	1.525,18	1.525,18	-	-
290290	BARRA DO CHOCA	12.615,73	-	12.615,73	-
290310	BARRA DO ROCHA	173,78	173,78	-	-
290320	BARREIRAS	47.329,06	-	47.329,06	-
290390	BOM JESUS DA LAPA	22.634,19	-	22.634,19	-
290460	BRUMADO	9.038,16	-	9.038,16	-
290490	CACHOEIRA	18,51	18,51	-	-
290500	CACULÉ	1.033,97	1.033,97	-	-
290510	CAÉM	3.480,85	3.480,85	-	-
290560	CAMACAN	20.767,87	20.767,87	-	-
290570	CAMACARI	33.268,93	-	33.268,93	3.717,33
290590	CAMPO ALEGRE DE LOURDES	1.806,03	1.806,03	-	-
290630	CANAVIEIRAS	9.813,76	9.813,76	-	-

290650	CANDEIAS	35.949,17	35.949,17	-	-
290670	CÂNDIDO SALES	10.980,64	10.980,64	-	-
290687	CAPIM GROSSO	7.732,18	7.732,18	-	-
290690	CARAVELAS	291,95	291,95	-	-
290720	CASA NOVA	4.694,14	4.694,14	-	-
290750	CATU	21.723,36	-	21.723,36	-
290850	CONCEIÇÃO DO JACUIPE	2.706,72	2.706,72	-	-
290860	CONDE	1.110,22	1.110,22	-	-
290980	CRUZ DAS ALMAS	3.308,13	-	3.308,13	-
290990	CURAÇÁ	3.064,54	3.064,54	-	-
291010	DOM BASÍLIO	123,09	123,09	-	-
291040	ENCRUZILHADA	5.342,83	5.342,83	-	-
291070	EUCLIDES DA CUNHA	14.672,06	14.672,06	-	-
291072	EUNAPOLIS	12.203,99	-	12.203,99	-
291080	FEIRA DE SANTANA	181.272,53	-	181.272,53	5.533,97
291110	FORMOSA DO RIO PRETO	144,10	144,10	-	-
291120	GANDU	4.937,33	4.937,33	-	-
291170	GUANAMBI	45.090,28	-	45.090,28	45.090,27
291200	IBIASSUCÊ	397,47	397,47	-	-
291290	IBIRATAIA	10.320,22	10.320,22	-	-
291320	IBOTIRAMA	42.702,69	42.702,69	-	-
291340	IGAPORÃ	110,18	110,18	-	-
291360	ILHEUS	13.913,07	-	13.913,07	-
291390	IPIAÚ	51.145,41	51.145,41	-	-
291400	IPIRÁ	41.609,42	41.609,42	-	-
291450	IRARÁ	6.484,07	6.484,07	-	-
291460	IRECE	29.484,81	-	29.484,81	-
291465	ITABELA	14.684,94	-	14.684,94	-
291520	ITAGIBÁ	1.237,39	1.237,39	-	-
291610	ITAPARICA	1.187,29	1.187,29	-	-
291640	ITAPETINGA	1.249,05	1.249,05	-	-
291670	ITAQUARA	2.381,72	2.381,72	-	-
291680	ITARANTIM	6.916,53	6.916,53	-	-
291690	ITIRUÇU	5.543,65	5.543,65	-	-
291700	ITIÚBA	8.060,28	8.060,28	-	-
291710	ITORORÓ	5.012,25	5.012,25	-	-
291730	ITUBERÁ	1.358,07	1.358,07	-	-
291750	JACOBINA	20.893,08	20.893,08	-	-
291760	JAGUAQUARA	16.973,37	16.973,37	-	-
291840	JUAZEIRO	15.121,26	-	15.121,26	-
291850	JUSSARA	6.625,38	6.625,38	-	-
291880	LAJE	21.612,07	-	21.612,07	-
291970	MACARANI	8.994,87	8.994,87	-	-
291992	MADRE DE DEUS	13.596,82	-	13.596,82	-
291995	MAETINGA	2.571,38	2.571,38	-	-
292110	MEDEIROS NETO	21.605,54	-	21.605,54	-
292170	MORRO DO CHAPÉU	12.652,23	12.652,23	-	-
292180	MORTUGABA	2.490,15	2.490,15	-	-
292230	MURITIBA	4.002,18	4.002,18	-	-
292250	NAZARÉ	8.991,94	8.991,94	-	-
292370	PARATINGA	2.859,41	2.859,41	-	-
292400	PAULO AFONSO	5.761,75	-	5.761,75	-
292500	PLANALTO	345,78	345,78	-	-
292510	POÇÕES	8.020,60	8.020,60	-	-

292525	PONTO NOVO	349,09	349,09	-	-
292530	PORTO SEGURO	29.590,39	-	29.590,39	11.984,71
292560	PRESIDENTE DUTRA	228,60	228,60	-	-
292720	RUY BARBOSA	7.241,98	7.241,98	-	-
292740	SALVADOR	3.229.277,43	-	3.229.277,43	226.033,18
292750	SANTA BÁRBARA	1.254,24	1.254,24	-	-
292770	SANTA CRUZ CABRALIA	8.412,56	-	8.412,56	-
292840	SANTA RITA DE CÁSSIA	27,77	27,77	-	-
292860	SANTO AMARO	49.495,81	49.495,81	-	-
292870	SANTO ANTONIO DE JESUS	18.760,39	-	18.760,39	-
292910	SÃO FELIPE	11.472,56	11.472,56	-	-
292900	SAO FELIX	9.292,12	-	9.292,12	-
292930	SÃO GONÇALO DOS CAMPOS	1.026,66	1.026,66	-	-
292950	SAO SEBASTIAO DO PASSE	1.604,04	-	1.604,04	-
293010	SENHOR DO BONFIM	31.793,89	-	31.793,89	-
293050	SERRINHA	15.061,69	15.061,69	-	-
293070	SIMÕES FILHO	16.507,22	16.507,22	-	-
293105	TANQUE NOVO	1.242,72	1.242,72	-	-
293110	TANQUINHO	3.007,76	3.007,76	-	-
293120	TAPEROÁ	1.048,43	1.048,43	-	-
293135	TEIXEIRA DE FREITAS	32.651,30	-	32.651,30	-
293180	TREMEDAL	2.373,16	2.373,16	-	-
293190	TUCANO	268,19	268,19	-	-
293210	UBAÍRA	6.041,74	6.041,74	-	-
293220	UBAITABA	64.693,81	64.693,81	-	-
293260	URANDI	3.619,46	3.619,46	-	-
293290	VALENÇA	60.225,76	60.225,76	-	-
293300	VALENTE	6.663,96	6.663,96	-	-
293320	VERA CRUZ	3.358,01	-	3.358,01	-
293330	VITORIA DA CONQUISTA	34.312,22	-	34.312,22	1.466,66
293350	WENCESLAU GUIMARÃES	4.961,83	4.961,83	-	-
293360	XIQUE-XIQUE	23.618,73	23.618,73	-	-
290000	CÂMARA TÉCNICA ESTADUAL	45.104,89	45.104,89	-	-
	TOTAL GERAL	4.708.227,81	737.041,04	3.971.186,77	293.826,12

773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793

Dr. Humberto Torreão pontuou que a Portaria 3.174, tem um impacto que cobra a remuneração de diária de acompanhante. Trouxe à baila a tabela com o nome dos municípios e os seus respectivos valores:

861
862
863
864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927

Esclareceu que a Portaria 3.175 considera as seguintes Portarias: Portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, nas formas de blocos de financiamento, com os respectivos monitoramentos e controle; Portaria 2.916/GM, de treze de novembro de dois mil e sete, que exclui e inclui procedimentos na tabela do sistema de informação ambulatorial e tabela do sistema de informação hospitalar para grupos de fisioterapia. Trouxe à baila uma série de procedimentos que o MS exclui e inclui:

SIHSUS

Excluído	Descrição Anterior	%	Incluído	Nova Descrição
1908104	Massagem prostática por sessão	50%	18061010	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós cirurgias uroginecológicas
		50%	18061028	Atendimento fisioterapêutico de paciente com disfunções uroginecológicas
4003101	Dor especificada/Não especificada (Algias)	100%	18062016	Atendimento fisioterapêutico de paciente com cuidados paliativos
1906101	Exercício Ortóptico (por sessão)	100%	18063020	Atendimento fisioterapêutico em paciente com alterações oculomotoras periféricas
1804108	Sequela de traumatismo torácicos/abdominais	100%	18064019	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas.
1803101	Assistência respiratório pré/pós operatório com ou sem equipamento	70%	18064027	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas.
1803102	Reeducação ventilatória em doenças pulmonares	70%		
1907102	Reeducação funcional respiratória (por sessão)	70%		
1805101	Paciente com doença isquêmica do coração	100%	18064035	Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular.
1805102	Pré e pós cirurgia cardíaca, inclusive transplante de órgão	100%	18064043	Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia Cardiovascular
1802101	Disfunções decorrentes de distúrbios circulatórios, arterio, venoso e linfático	100%	18064051	Atendimento fisioterapêutico nas disfunções vasculares periféricas
1804102	Disfunções decorrentes de amputação de membro	100%	18065015	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas.
1804107	Recuperação funcional pós cirúrgica ou após imobilização	100%		
4003301	Sequela fratura/luxação traumática	100%		
1801101	Atendimento a alterações motoras	60%		

SIASUS

Excluído	Descrição Anterior	%	Incluído	Nova Descrição
1804102	Disfunções decorrentes de amputação de membro	100%	18065015	Atendimento fisioterapêutico em pacientes no pré/pós-operatório nas disfunções músculo esqueléticas.
1804107	Recuperação funcional pós cirúrgica ou após imobilização	100%		
4003301	Sequela fratura/luxação traumática	100%		
1801101	Atendimento a alterações motoras	60%	18065023	Atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras
1804101	Alterações do eixo da coluna vertebral	60%		
1804105	Doenças de origem reumática de membros ou coluna vertebral (degenerativa ou inflamatória)	60%		
1804106	Doenças tendinosas e musculares por lesões ligamentares	60%		
4003302	Doenças degen. Sistema músculo esquelético	100%		
4003303	Artrogripose	100%		
1801107	Parkinson	80%	18066011	Atendimento fisioterapêutico em paciente com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas
1801109	Processos distróficos	80%		
4003103	Lesão cerebral Vascular	100%		
1801102	Alterações sensitivas	100%	18066020	Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético funcionais com complicações sistêmicas.
4003201	Lesão nervos periféricos / traumática ou não traumático	100%		
1801105	Paralisia Cerebral e retardo do desenvolvimento motor	100%	18066038	Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor
4003105	Erro inato do metabolismo	100%		
4003106	Síndromes	100%		
1801103	Ataxias	100%	18066046	Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo
4003102	Lesão Cerebral traumática	100%	18066054	Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós-operatório de neurocirurgia.
4003104	Mielomeningocele/disrafismo medular	100%		

928
929 Mencionou que existem procedimentos que são excluídos da tabela e que não existem procedimentos incluídos. Esclareceu que
930 os recursos existentes no teto dos municípios do Estado, para realização desses procedimentos, teoricamente não teriam mais
931 essa finalidade e o MS considera para efeito de cálculo, que são recursos que estariam sobrando. Ponderou que quando o MS
932 pega esses recursos que estão sobrando, fica definido que no teto do município existe um valor negativo referente aos
933 procedimentos que foram excluídos. Disse que quando é somado todos os recursos dos procedimentos, originados de um ou mais
934 procedimentos, se obtém um pacto dos recursos que cada município receberia com isso. Ponderou que existem municípios com
935 procedimentos excluídos que estavam com a produção maior do que o somatório do que os procedimentos que foram criados e
936 teoricamente, esses, perderiam os recursos da Portaria. Explicou que para os municípios plenos, como no caso de Itabuna e mais
937 outros dois municípios, o MS cobre isso e não deixa ficar negativo. Citou que no caso de Belo Campo, Pojuca e Mata de São João,
938 o MS não cobriu porque não estava considerando como municípios plenos, mas que já são municípios plenos. Falou que foi
939 preciso ser feita uma redistribuição. Proferiu que essa redistribuição foi feita da seguinte forma: os recursos do procedimento
940 1801101 foram aplicados os mesmos parâmetros que foram aprovados na CIB para aquela redistribuição. Disse que sobrou um
941 recurso e que parte desse recurso foi utilizado para ser feita a correção para que nenhum município ficasse com valor negativo. O
942 Senhor Coordenador salientou que aqueles casos de procedimentos que todos sabem que não são realizados, a sugestão é que a
943 proposta fosse aprovada, mas que o processo de auditoria fosse feito. Arrazouo que sobre UTI tipo I, pelo que percebeu,
944 considerou que são serviços que já poderiam ser credenciados com UTI tipo II; solicitou que fossem tomadas providências para
945 que fossem credenciadas como UTI tipo II. Esclareceu que quando à última proposição da outra Portaria, não havia objeções a
946 serem feitas. Dra. Lorene Louise salientou que poderia haver um encaminhamento para casar essas informações com o perfil
947 epidemiológico. Citou que os procedimentos de oncologia poderiam ser casados com o registro de câncer de base populacional
948 que já existe ativo no Estado. O Senhor Coordenador salientou que no caso no oncologia isso era muito evidente, porque
949 anatomia patológica são trinta e poucos profissionais. Disse que da última vez que viu a relação de quem tem anatopatologistas
950 são: Salvador, Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Vitória da Conquista e Juazeiro. Mencionou que fora disso, quem se
951 encontra na série histórica é fraude. O Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus salientou que tem um profissional só para fazer
952 biopsia de colo de útero, que faz no mínimo umas dez a vinte por semana e não apareceu nada na explanação. O Senhor
953 Coordenador salientou que se não houvesse divergências, poderia haver o encaminhamento. Mencionou que a proposta seria
954 aprovada, que o processo de auditoria seria feito e que onde ficasse evidenciado que não existe a oferta, seria retirado na CIB
955 posterior. Disse que na primeira Portaria a proposta era de fazer a alocação apresentada, o processo de avaliação e que se for
956 configurado que tem oferta de procedimento, mantém, e que se ficar configurado que não tem, o recurso é suspenso na CIB
957 seguinte. Esclareceu que em UTI estava tudo bem e que havia o adendo de haver o avanço quanto à questão de UTI tipo II. Citou
958 que no terceiro bloco não houve nenhuma proposta de alteração. Dra. Marta Rejane pontuou que foi acrescido um outro critério.
959 Perguntou qual a argumentação técnica para esse critério ser acrescido. Dr. Humberto Torreão explicou que o MS quando coloca
960 a proposta de distribuição, não se é estabelecida uma regra de jogo e existe uma liberdade de seguir ou não. Disse que o MS
961 pega a produção e que as vezes tem município que realiza um procedimento no ano todo e pegava um pedaço no recurso.
962 Mencionou que ficou definido um por mês para que fosse feita uma peneira. Mencionou que se for observado um município pleno
963 que realiza um procedimento, não existe o acesso às informações para saber a capacidade instalada desse município. Ponderou é
964 preciso pactuar de que essas informações sejam acessíveis pela gestão estadual, para que possa, pelo menos, através de um
965 cálculo de capacidade instalada, para saber o que o município tem. Disse que por outro lado, as vezes o município até realiza o
966 procedimento, mas que na lógica da SESAB de concentração de recurso de distribuição de construção da rede, é prioridade alocar
967 o recurso no município muito menor, que não referência, para que se possa continuar realizando isso. Disse que concordava com
968 a proposta de sinalizar para a auditoria auditar os procedimentos em relação à Portaria 3.173 e em relação à 3.174. Dra. Marta
969 Rejane mencionou que temporariamente fosse mantida a sugestão da série histórica, que fosse dado um tempo, a depender do
970 cronograma do que cada município, que está estabelecido que é referência, UNACON ou CACON na rede oncologia terá para
971 implantar. Esclareceu que dentro desse prazo seria formado um grupo técnico com um pessoal de oncologia, com representação
972 do COSEMS, com critérios de alocação em cima da proposta da rede de oncologia, para que no futuro exista um desenho mais de
973 acordo com o ideal que está sendo proposto. Falou que deixaria os critérios do jeito que estavam, e que, quando fosse mudar,
974 mudasse tudo em definitivo. O Senhor Coordenador disse que estava entendendo foi que não houve mudança transposição dessa
975 programação. Mencionou que quem faz cirurgias oncológicas são: Salvador e Itabuna. Dr. Humberto Torreão ponderou que pela
976 série histórica, pelo critério que o MS utilizou para fazer essa distribuição, foi definido que o procedimento para referenciar a
977 alocação, seria a extirpação de tumor ou o adenoma de mama. Esclareceu que a diretoria de programação incluiu o critério
978 cirurgia oncológica, porque achou que esse critério é mais sensível para visualizar quais os municípios que realizam um
979 determinado procedimento que faz parte da rede de oncologia. Pontuou que Dra. Marta Rejane estava propondo que fosse
980 retirado esse critério de cirurgia oncológica, que fosse mantido o critério do MS e que fosse avaliado com a equipe de oncologia do
981 Estado. Dra. Marta Rejane lembrou ainda da auditoria. Dr. Humberto Torreão disse que a contraproposta que faria, seria que fosse
982 mantida a proposta e que junto com a equipe de oncologia fosse avaliado se existe algum outro critério mais justo. Dra. Marta
983 Rejane salientou que todos esses procedimentos que são relativos a diagnóstico ou tratamento de câncer, valem à mesma regra.
984 Informou que a regra deve ser a mesma para todos e que não entende o porquê de destacar um no meio de tantos. Proferiu que
985 em relação à Portaria 3.175, em fisioterapia, quando foi feita a re-alocação, foi dito que foi encaminhado para ser feito auditoria de
986 todos aqueles que estavam acima da Portaria 1.101 e que até a data vigente, não foi recebida a devolutiva dessas auditorias,
987 sobre o que ocorreu com aqueles municípios que estavam muito acima do parâmetro da 1.101. Dra. Denise Mascarenhas falou
988 que se houve um parâmetro para todas as demais, que fosse mantido e fosse feita uma auditoria, mas que era preciso
989 permanecer como estava. Disse que votava em que não tivesse. Dr. Humberto Torreão insistiu na questão, dizendo que esse
990 procedimento não era qualquer procedimento. Esclareceu que cirurgia oncológica é um procedimento de muito mais qualidade
991 para poder utilizar como parâmetro para definir um critério de alocação de recursos para segmentectomia de mama. Disse que
992 concordava plenamente que fosse feita a discussão e em um tempo fosse feita a avaliação disso, mas que fosse incluído o critério
993 cirurgia oncológica. O Senhor Coordenador salientou que esse procedimento é diferente dos outros, já que é cirurgia oncológica e
994 os outros são procedimentos ambulatoriais. Dra. Marta Rejane proferiu que era preciso que ficasse claro na resolução que era

995 temporário até que fossem definidos novos critérios de redistribuição de acordo com o que o grupo de trabalho de oncologia
996 colocasse. O Senhor Coordenador convidou Dra. Graziela Araújo para apresentar a agenda de ações do pacto de indicadores.
997 Dra. Graziela Araújo disse que essa agenda do pacto de indicadores é uma ação que é desenvolvida todos os anos, no período de
998 março e abril. Mencionou que foi criado um grupo chamado GT (Grupo de Trabalho) do Pacto Integrado, que envolve vários
999 setores da SESAB. Elucidou que já vem sendo realizadas reuniões desde a segunda quinzena de dezembro, para ser organizado
1000 esse evento de pactuação. Informou que estava sendo proposto que fosse feita uma apresentação das áreas técnicas com o
1001 COSEMS, para avaliar os indicadores de dois mil e sete e apresentar as metas estaduais de dois mil e oito. Citou que apesar da
1002 portaria ministerial ainda não ter sido publicada, por não ter tido reunião da CIT em dezembro, já está sendo feita a avaliação dos
1003 indicadores e por conta disso existem condições de em fevereiro haver a apresentação das metas estaduais. Esclareceu que outra
1004 atividade seria a oficina com as DIRES e os técnicos de nível central para tratar da operacionalização do pacto e nivelamento dos
1005 indicadores e a agenda das pré-oficinas. Salientou que existe um pensamento de ser realizada uma videoconferência com as
1006 áreas técnicas da SESAB, DIRES e municípios, no dia dezoito de fevereiro. Pontuou que as pré-oficinas regionais, que serão
1007 coordenadas pelas DIRES com os municípios, acontecerão nos dias dezoito a sete de março. Ponderou que as oficinas, de fato,
1008 estão previstas para ter início no dia dez de março. O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dra. Maria Izabel lembrou que no
1009 dia dezoito de fevereiro havia o encontro presencial do curso de especialização. Dra. Graziela Araújo disse que poderia ser
1010 negociado isso e então seria realizada a videoconferência. Disse que a importância de ser feito isso, é de que a comunicação
1011 entre a SESAB e os municípios melhore. Dra. Suzana Cristina esclareceu que não poderia ser esquecido dos termos de
1012 compromisso de pacto de gestão. Disse que achava mais do que necessário que começasse a ser garantida a discussão dos
1013 pactos municipais. Dr. Emerson Gomes arrazouo que havia conversado com a Dra. Suzana Cristina, que iria deflagrar o processo
1014 na região macro nordeste. Esclareceu que fez o evento em dezembro, convidou o Estado, mas que o Estado na pode comparecer
1015 por causa da agenda. Informou que foi decidido no Colegiado, que os representantes do Estado no Colegiado de Gestão seriam
1016 os diretores das DIRES. Pontuou que a região de Alagoinhas já está com os pactos aprovados no CMS, está havendo uma
1017 reunião com os diretores das DIRES e os municípios, no dia onze, para aprovar lá e trazer para a CIB de fevereiro para conseguir
1018 a aprovação. Dr. Geraldo Magela citou que a questão de Teixeira de Freitas solicitando credenciamento da neurocirurgia não foi
1019 colocada na demanda do COSEMS. Proferiu que fosse solicitada a vistoria do CAPS AD de Teixeira de Freitas, que foi colocado
1020 ad referendum, mas que a vistoria não aconteceu até o momento e já faz seis meses. Dr. Humberto Torreão disse que alguns
1021 municípios colocam a questão da urgência, entre outras coisas. Disse que o processo de adesão dos municípios tem que ser
1022 mediante um processo real de pactuação. Proferiu que municípios que compõem uma determinada região de saúde - existe o PDR
1023 que permite organizar isso, estabelecem pactuações entre si, onde essas significam a própria discussão da organização da rede
1024 regional, das responsabilidades de cada município nessa rede e dos compromissos que cada um estabelece para atender a
1025 população referenciada, além de cuidar das suas necessidades locais. Mencionou que esse processo de pactuação foi colocado
1026 na CIB anterior, no sentido de garantir que a adesão ao pacto seja feita mediante esse processo de discussão. Esclareceu que as
1027 DIRES ainda não estão preparadas para poder fazer esse processo. Salientou que no seminário foi defendida a composição de
1028 uma equipe de apoio integrado mais ampliada, onde todos concordaram. Informou que nada impede que o calendário possa ser
1029 feito nesse início de ano e que não considera que o processo está lento. Dra. Stela Souza citou que cabia a questão da discussão
1030 do colegiado naquele momento. Mencionou que foram estabelecidas datas para a criação dos colegiados. Perguntou se irá seguir
1031 caminhando sozinha ou se será feito um calendário contando com o apoio da SESAB. Dr. José Carlos pontuou que houve uma
1032 mudança quanto à secretaria do colegiado, que passaria a ficar no município pólo ao invés de ficar na DIRES, e que haveria uma
1033 resolução sobre isso, a qual não foi publicada. Disse que não estava claro qual o papel da CIB regional. Informou que ficaram de
1034 ser instaladas as CIB macrorregionais, as quais até esta data não foi implantada. Dr. Emerson Gomes mencionou que o COSEMS
1035 fez um seminário de planejamento, definindo quem era CIB, quem era CONER e quem era Colegiado de Gestão. Falou que não
1036 concordava com essa forma de avaliação, de que o pacto tem que ser em bloco por região, tem que ter não só autonomia como
1037 também capacidade técnica, com a representatividade dos municípios, do Estado, das DIRES através das regionais e do nível
1038 central, para formatar suas pactuações e avançar nos consensos. O Colegiado de Gestão não é uma instância paritária, e o
1039 estado não vai ter vinte e sete representantes num colegiado de gestão se uma determinada micro tem vinte e sete municípios.
1040 Enfatizou a necessidade de otimizar as agendas e as atividades, eliminando algumas coisas que acabam sendo superposição
1041 como câmara técnica, grupo técnico, muita coisa que nos faz perder tempo. O Senhor Coordenador completou uma sugestão de
1042 encaminhamento que Dr. Humberto Torreão veja com o COSEMS o que é preciso ajustar nessa agenda para dar conta das
1043 preocupações dos gestores. Dr. Humberto Torreão destacou que uma ação imediata é que na próxima reunião de
1044 superintendentes já se defina a equipe de apoio integrado que é que atenderá a essa necessidade. Em seguida, o Senhor
1045 Coordenador franqueou a palavra no que ocorrer, informando uma demanda apresentada pela área de Saúde Mental e a SMS de
1046 Salvador solicitando habilitação com pendências de quatro CAPS nas seguintes localidades: Centro Histórico, Boca do Rio, Rio
1047 Vermelho e Cabula/Beirú. Dra. Déborah do Carmo informou que já foram feitas as visitas/supervisão aos CAPS que já estão em
1048 funcionamento e informou que as pendências restantes dizem respeito à alimentação dos usuários. A Secretaria Municipal
1049 solicitou que passasse na CIB porque amanhã ocorre o pregão para contratação do serviço de fornecimento de refeição e
1050 considerou que não há problema em aprovar a solicitação com essa pendência e logo após a solução das mesmas, serão
1051 encaminhados a resolução da CIB e os documentos necessários para habilitação no MS – Aprovado. O Senhor Coordenador
1052 registrou a solicitação do Secretário Municipal de Teixeira de Freitas, Geraldo Magela, para habilitação do CAPS e do processo de
1053 habilitação de neurocirurgia e solicitou que as respectivas áreas técnicas tomassem as providências. Dra. Suzana Ribeiro relatou
1054 que pela manhã na reunião do COSEMS foi apresentada a Rede de Neurologia do estado e acabou não entrando na pauta porque
1055 ainda tinha algumas alterações que não foram consideradas, e enfatizou que não dá para pensar apenas no caso isolado de
1056 Teixeira de Freitas. Informou ainda uma situação referente à Assistência Farmacêutica, pois têm sido procurada por alguns
1057 especialistas na área de gastroenterologia e o medicamento Mesalazina que está sendo fornecido pelo Estado e é usado para
1058 Doença de Crohn - Doença inflamatório-intestinal. Está sendo eliminado o comprimido inteiro pelos pacientes, então não está
1059 havendo nenhuma absorção. Como temos aqui em Salvador a assistência no município, e quem fornece a mesalazina são as
1060 DIRES, é preciso fazer o encaminhamento em conjunto. Dra. Gisélia Souza orientou que pode ser notificado com uma queixa
1061 técnica no Sistema de Farmacovigilância no próprio site da ANVISA, pois, isso significa que não está havendo dissolução, então o

1062 comprimido deve estar com problema no processo de fabricação e ao mesmo tempo encaminhar um relatório à Assistência
1063 Farmacêutica com estes fatos e com relação ao fornecedor, o mesmo será desqualificado. Será preciso identificar o lote e
1064 comunicar à Vigilância Sanitária do Estado para ir ao local verificar. Então, o gestor municipal deve fazer o relato, registrar e
1065 encaminhar para a assistência farmacêutica com uma cópia para a Dires. Dr. Amauri Teixeira lembrou da importância de três
1066 pareceres técnicos desqualificando o produto para que este deixe de ser lícitado. Dra. Gisélia lembrou que este nome Mesalazina
1067 é o princípio ativo da droga e pode ser que tenha mais de um fabricante que se inscreva e registre o preço, porém, adquirimos o
1068 mais barato, e para justificar que não vamos mais adquirir deste fornecedor temos que ter todas as notificações, para apreender
1069 uma amostra do lote e encaminhar para uma análise fiscal no INCQS que vai atestar esse problema de dissolução. Dra. Suzana
1070 Ribeiro informou que o medicamento é o Cronasa. Com relação à questão do PDR, informou que o município de Capela do Alto
1071 Alegre que está sendo deslocado para Ipirá, solicitou permanecer na região de Feira de Santana devido à questão do difícil
1072 acesso para a população, e que o município de Riacho de Santana também solicitou revisão. Colocou que na discussão quanto à
1073 resolução da CIB de Oncologia, foi pactuado que a região sudoeste, mais especificamente Vitória da Conquista, o prazo fosse
1074 dezembro de 2007 e saiu como dezembro de 2008, solicitou então que fosse retificado para fevereiro de 2008, uma vez que essa
1075 pactuação já foi refeita com o MS com este prazo. Dr. Humberto Torreão esclareceu que o município de Capela do Alto Alegre fica
1076 praticamente ao lado de Ipirá e a uma distância de quase 150 km de Feira de Santana, a questão é que tem um trecho da estrada
1077 para Ipirá que é de barro, mas a principal alegação é de que é um fluxo natural; do ponto de vista técnico, a alegação de que a
1078 estrada de barro é plausível, no entanto, a distância para Feira de Santana é quase a mesma para Serrinha e com relação à
1079 distribuição dos municípios fica algo extremamente destoante, portanto, considerou tecnicamente complicado fazer a mudança
1080 desse município para uma outra microrregião. Em relação a Riacho de Santana, manteve o posicionamento técnico anterior da
1081 CIB de que o município permaneça na microrregião de Bom Jesus da Lapa. Na sequência, informou que estamos em processo de
1082 municipalização dos hospitais de Itamaraju e Macaúbas, numa negociação já avançada, e solicitou aprovação da CIB para o
1083 processo de descentralização de recursos para estes dois municípios, referente à contrapartida estadual. Esclareceu que essa
1084 descentralização de Itamaraju significa um aporte de cem mil reais/mês que dá um milhão e duzentos mil reais/ano de
1085 contrapartida estadual para efeito de municipalização do hospital, além das outras contrapartidas como é o caso de reforma e
1086 equipamentos que são pontuais nestes valores citados e no caso de pessoal, esse valor é de cento e sessenta e oito mil reais/mês
1087 e dois milhões e dezesseis mil reais/ano, então, para efeito de descentralização, o valor é de cem mil reais/mês e um milhão e
1088 duzentos mil reais/ano para Itamaraju como contra partida estadual. Para macaúbas, a descentralização será o valor do contrato
1089 menos o valor da PPI mensal que é de cento e trinta e quatro mil reais, excluímos desse valor o TFD de sessenta e três mil reais
1090 porque não poderia ser considerado como recurso para funcionamento do hospital, então o recurso que o município vai receber
1091 referente à PPI, debitado do valor do contrato com a empresa hoje, dá duzentos e cinquenta e três mil reais/mês e três milhões e
1092 quarenta e sete mil reais/ano que é o recurso de contrapartida estadual para o município. O Prefeito de Riacho de Santana, Paulo
1093 Castro, lembrou que o município sempre pertenceu à microrregião de Guanambi e que existia uma relação anterior a essa de mais
1094 ou menos uns vinte anos, pois quando existia a Fundação CESP lá já era um pólo regional e havia a funcionalidade daquela
1095 unidade, mas houve uma desintegração no sistema de saúde em que ocorreu essa vinculação da população e este novo centro
1096 médico que foi uma unidade também estadual, não é o hospital municipal, em que hoje é um pólo regional e que tem a capacidade
1097 resolutividade dos problemas do município, a diferença de distância que é o único ponto que poderia se apegar para poder
1098 fortalecer essa mudança de posição, é porque Guanambi fica a 100 km de Riacho de Santana e Bom Jesus da Lapa fica a 65 km.
1099 Relatou que hoje mesmo esteve com o Secretário Municipal de Saúde de Bom Jesus da Lapa e ele mesmo colocou uma situação
1100 de que seu município está pactuando alta complexidade com Guanambi e enfatizou que o município de Riacho de Santana investe
1101 na saúde e na verdade o que precisa na maioria das vezes é o serviço de alta complexidade porque os de baixa e média
1102 complexidade estão sendo resolvidos, então não entende a análise técnica feita por Dr. Humberto e sabe que ele não tem dados
1103 para poder definir melhor, mas quem está lá, que conhece a região e vivencia os problemas, se sente na responsabilidade de
1104 defender esta solicitação. Elogiou que o governo Wagner está sendo participativo na elaboração de projetos, a SESAB, e o próprio
1105 Secretário da Saúde que há tempo luta pelas mudanças que estão ocorrendo em nosso país, mas ressaltou que os gestores
1106 municipais precisam ser ouvidos nessa questão, pois tem informações que não chegam aos gabinetes. Colocou ainda que Bom
1107 Jesus da Lapa hoje tem muitos problemas com a assistência dentro do próprio município, por isso não concorda em transferir uma
1108 situação que já está estabelecida, inclusive dentro da cultura do seu povo e frisou que a identidade regional nesse momento
1109 histórico não seria com Bom Jesus da Lapa onde já existe uma unidade que já absorve todo o fluxo do município que é drenado
1110 para lá espontaneamente pela credibilidade que adquiriu ao longo dos anos. O Secretário Municipal de Saúde de Riacho de
1111 Santana, Geraldo Souza, manifestou surpresa ao saber que o município deixaria de pertencer à microrregião de Guanambi macro
1112 de Vitória da Conquista e iria para a microrregião de Bom Jesus da Lapa macro de Barreiras, até a Dires que era Caeté
1113 passaria a ser Santa Maria da Vitória e argumentou que historicamente não possuem nenhum vínculo com aquela região;
1114 mencionou a questão estrutural de Bom Jesus da Lapa até por ser um hospital municipal e frisou que Guanambi tem outra
1115 estrutura com um hospital estadual, assim solicitou uma revisão dessa questão levando em consideração o transtorno que será
1116 causado à sua população. Dra. Suzana Ribeiro observou que hoje a microrregião de Bom Jesus da Lapa tem quatro municípios,
1117 foi esvaziada por conta da saída dos municípios, então é preciso avaliar também se ela é também viável tecnicamente enquanto
1118 micro, se o problema é garantir o investimento no município de Bom Jesus da Lapa, talvez valesse apenas reintegrar Bom Jesus
1119 da Lapa e os municípios que estariam alocados a ela à micro de Guanambi, traçar no PDI investimento para Bom Jesus da Lapa,
1120 criar condições para o município se fortalecer, não perder em investimento por deixar de ser sede de micro e investir para que a
1121 população passe a ter um fluxo que não existe porque não tem serviço, e quando o município se ver diante de um outro que passa
1122 a ser sua referência e que não tem capacidade instalada ainda, ele dificilmente vai crer que isso vai ser dado em algum momento.
1123 Dr. Humberto Torreão questionou que isso seria uma mudança oficial do PDR ou se deixaríamos a micro existindo e na prática
1124 seria incorporado Bom Jesus da Lapa à Guanambi e colocou que nesse momento não seria viável, então propôs acatar a
1125 solicitação do município de passar para a micro de Guanambi e remeter essa discussão para a próxima reunião da CIB. O Senhor
1126 Coordenador concordou em apresentar essa proposta para a próxima reunião, tendo em vista que no momento já não havia
1127 quorum para aprovação, mas com a ressalva feita por Dra. Suzana de que isso não invalide os projetos de investimento que já
1128 estão sendo construídos para Bom Jesus da Lapa e observou que não é só o fluxo para Bom Jesus enquanto sede de micro,

1129 realmente conforme colocado pelo Prefeito e pelo Secretário Municipal, não há uma relação com Barreiras enquanto sede de
1130 macro, todo o fluxo da sudoeste passa por Guanambi e vem para Vitória da Conquista, ou seja, não vem daquela região para
1131 Barreiras que está no meio oeste, historicamente o fluxo rodoviário, transporte, cultural e econômico, inclusive Santa Maria da
1132 Vitória, Bom Jesus da Lapa, toda aquela região passa por Vitória da Conquista, então não se muda esses fluxos de uma hora para
1133 outra. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião extraordinária para
1134 o dia 07 de fevereiro de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Candice de Almeida Rocha
1135 Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 03 de janeiro de 2008.

1136
1137 Jorge José Santos Pereira Solla _____
1138 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____
1139 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
1140 Lorene Louise Silva Pinto _____
1141 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
1142 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
1143 Andrés Castro Alonso Filho _____
1144 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
1145 Washington Luís Silva Couto _____
1146 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
1147 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
1148 Denise Lima Mascarenhas _____
1149 Angeli Santos Matos _____
1150 Suplente: José Carlos Almeida _____