

1  
2  
3 Aos vinte dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e oito, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª  
4 Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças  
5 dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana  
6 Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Andrés Castro Alonso Filho, Carlos Alberto  
7 Trindade, Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios,  
8 José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Emerson Gomes Garcia e Wilson Martins Mendes. Às 14h30min, havendo  
9 número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão registrando a presença da Dra. Itana Viana, representante do  
10 Ministério Público e informando que a Ata da 157ª Reunião Ordinária será entregue aos membros para discussão e aprovação na  
11 próxima CIB de março. Dando início à ordem do dia, efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da  
12 CIB para informes e aprovação/homologação: a) Informes: 1. Relatório de Gestão – Portaria GM/MS 1229/2007 – Determina que  
13 os Municípios, após apreciação e aprovação do Relatório Anual de Gestão pelo Conselho Municipal de Saúde, devem encaminhar,  
14 para conhecimento da Comissão Intergestores Bipartite, a resolução de aprovação do respectivo relatório até 30 de abril de cada  
15 ano. Quando o processo de apreciação e aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde ultrapassar o prazo do  
16 primeiro trimestre do ano, os Municípios devem encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite ata da reunião do Conselho de  
17 Saúde que formalize essa situação. 2. Foram encaminhados à Secretaria Executiva da CIB os relatórios de auditoria e pareceres  
18 conclusivos, referentes às auditorias de gestão realizadas nos municípios de Várzea Nova e Eunápolis, para conhecimento deste  
19 Colegiado. Informamos que os Gestores Municipais e autoridades competentes já foram notificadas. 3. Consta no site da SESAB  
20 ([www.saude.ba.gov.br/dab](http://www.saude.ba.gov.br/dab)) a Nota Técnica Nº 01/2008 de 31/01/08, referente à Resolução CIB Nº 22/2008 que define os prazos  
21 para entrega de relatório para manutenção do recebimento do Incentivo Financeiro Estadual do Programa Saúde da Família –  
22 PSF, de acordo com o Artigo 4º da Portaria nº 1.529/2007. 4. O Curso de Capacitação do PlanejaSUS será realizado no período  
23 de 25 a 29 de fevereiro com representantes dos municípios (01 técnico por microrregião, totalizando 30 técnicos) e do nível central  
24 da SESAB (10 técnicos), conforme acordado com as instâncias cabíveis (Colegiado Gestor da SESAB e COSEMS). 5. Foi  
25 publicada no DOE de 19/02/08 a Resolução ad referendum nº 24/2008 sobre a Extensão do Prazo do Termo de Compromisso do  
26 município de Anagé oriundo Projeto Saúde Bahia. b) Homologação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde –  
27 SUVISA: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB – Aprovado. 2.  
28 Superintendência de Planejamento e Descentralização – SUPLAN: 2.1 Implantação de 02 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I  
29 – UFS's de Francisco Marçal da Silva e Izídio Alves Bessa, no município de Xique-Xique; 2.2 Implantação de 01 Equipe de Saúde  
30 Bucal – Modalidade I – ESF de Serrotinho, no município de Coronel João Sá; 2.3 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal –  
31 Modalidade I – PSF de Bairro Novo, no município de Una; 2.4 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal – Modalidade I – PSF  
32 Valdenor José da Costa, no município de Mascote; 2.5 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal – Modalidade I – PSF Lia  
33 Nascimento, no município de Itacaré; 2.6 Implantação de 02 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I – ESF's de Canabrava e  
34 Neto, sendo uma Equipe de Saúde Bucal vinculada a uma Equipe de Saúde da Família, no município de Coração de Maria; 2.7  
35 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal – Modalidade I – ESF's de Olindina Silva e Adelino Dórea, sendo uma Equipe de Saúde  
36 Bucal vinculada a duas Equipes de Saúde da Família, no município de Tanquinho; 2.8 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal  
37 – Modalidade I – USF Francisco Marchesine Nunes, localizada no bairro Asa Branca, no município de Candiba; 2.9 Implantação de  
38 02 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I, sendo uma na USF Sede e uma na USF Núcleo III, no município de Sebastião  
39 Laranjeiras; 2.10 Implantação de 01 Equipe de Saúde Bucal – Modalidade I – USF Paris do Matias, Zona Rural, no município de  
40 Aracatu; 2.11 Implantação do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo II e Laboratório Regional de Prótese Dentária –  
41 LRPD, no município de Itamaraju – Aprovados. 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde: 3.1  
42 Credenciamento de Laqueadura Tubária e Vasectomia no Município de Lauro de Freitas, Hospital Municipal Professor Jorge Novis  
43 – Prefeitura Municipal de Lauro de Freitas, CNPJ 13927819/0001-40 – Aprovado. 3.2 Credenciamento do Centro de Atenção  
44 Psicossocial: CAPS I de Tucano – Prefeitura Municipal de Tucano, CNPJ 13810312/0001-02 e CAPS I de Pojuca – Prefeitura  
45 Municipal de Pojuca, CNPJ 13806237/0001-06 – Aprovados. 3.3 Habilitação do Serviço de Terapia Renal Substitutiva – TRS de  
46 Serrinha - Aprovado; 3.4 Homologação da Adesão ao Pacto pela Saúde de Municípios da Microrregião de Alagoinhas e de Ribeira  
47 do Pombal – Aprovado. O Secretário Municipal de Saúde de Pojuca, Erismendes Ferreira dos Santos, relatou ter participado dessa  
48 discussão e lembrou que ficou acertada uma outra data para a entrega dos municípios restantes. Dr. Andrés Alonso informou que a  
49 reunião aconteceu na sexta-feira dia 15, e de acordo com uma pactuação realizada com o COSEMS na ocasião da implantação do  
50 próprio colegiado da microrregião, tanto para Alagoinhas como para Ribeira do Pombal, iríamos também fazer a aprovação dos  
51 municípios que já tivessem em condições de fazer a adesão ao Pacto, e assim foi feito; os municípios que ficaram com pendências  
52 serão analisados após a entrega da documentação exigida no protocolo para adesão ao Pacto pela Saúde. O Senhor  
53 Coordenador parabenizou o Secretário Municipal de Saúde de Inhambupe e membro da CIB, Emerson Garcia, pelo processo de  
54 adesão ao Pacto pela Saúde e propôs que a SUREG e o COSEMS façam o acompanhamento dos outros municípios e aqueles  
55 que cumprirem os requisitos e estejam com a documentação em ordem sejam encaminhados para o Ministério da Saúde – MS; os  
56 que tiverem pendências ficam de fora para um próximo momento e na próxima CIB a SUREG apresenta a relação daqueles que  
57 conseguiram concluir o processo. Dando continuidade à ordem do dia, comunicou uma inversão de pauta e passou para a  
58 pactuação dos pontos encaminhados pela Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde/DIREG: 4.2  
59 Transmissão dos Arquivos SIA/CNES/SIH – Deise Barbosa da DICON informou que trata-se de uma solicitação de retificação da  
60 Resolução CIB Nº 175/07 sobre os municípios que pactuaram a transmissão dos banco de dados do SIA/CNES/SIH, incluindo o  
61 SIAB, pois o módulo de transmissão é um só, ou transmite os quatro sistemas ou não transmite nenhum, porque se o município  
62 estiver com o pacto na CIB ele não pode usar o transmissor simultâneo para transmitir nenhum sistema. Lembrou que na reunião  
63 da CIB de novembro de 2007 foi acordado que seria prorrogada até março de 2008 a transmissão dos municípios que aderiram ao  
64 pacto para que o Estado continuasse transmitindo, entretanto, a referida resolução citou apenas o sistema SIAB que estaria  
65 passando a ser transmitido a partir de janeiro de 2008; o MS questionou sobre os outros sistemas que não estavam constando, daí  
66 a solicitação de retificação da mesma, incluindo a atualização, manutenção e envio do banco de dados SIAB/SIA/CNES/SIH com o  
67 prazo até março de 2008 e a inclusão dos últimos municípios que solicitaram adesão ao pacto para que o Estado continuasse

68 transmitindo seus dados. Observou ainda que os municípios que já se encontram aptos e têm interesse em passar a utilizar o  
 69 pacto devem encaminhar suas solicitações diretamente para a Superintendência de Regulação através da Diretoria de Controle,  
 70 para que sejam encaminhados ao MS, possam ser liberados do pacto e possam passar a utilizar o módulo de transmissão  
 71 simultânea do DATASUS. O Senhor Coordenador colocou em discussão, como não houve nenhuma manifestação contrária, foi  
 72 aprovada a solicitação de retificação da Resolução CIB Nº 175/07. Em seguida passou para o ponto seguinte: 4.3 Programa de  
 73 Renovação das Frotas Municipais de Ambulâncias – SESAB/DESENBÁHIA registrando a presença da Dra. Yonara Fonseca,  
 74 Gerente de Médios Negócios do Desenbahia. Iniciou colocando que a questão central que motivou esse trabalho com o  
 75 Desenbahia foi a dificuldade de grande parte dos municípios em relação tanto ao déficit quanto à precariedade de boa parte da  
 76 frota de ambulâncias. Informou ter buscado apoio junto ao MS, mas não foi possível em seu orçamento do ano passado viabilizar  
 77 esse aporte de recurso e também não temos essa disponibilidade dentro do próprio orçamento da SESAB, pois no ano passado  
 78 tivemos um gasto a mais de cento e oitenta milhões de pagamento de dívidas deixadas de 2006, portanto, não houve oportunidade  
 79 de comprarmos um quantitativo de veículos. Em nossa busca por alguns parceiros, o Desenbahia se mostrou sensibilizado e  
 80 manifestou a possibilidade de abrir uma linha de financiamento que pudesse viabilizar um aporte de recurso para os municípios  
 81 comprarem ambulâncias e pagarem de forma parcelada em muitos meses, já que eles não poderiam fazer a fundo perdido pelas  
 82 características da instituição. Buscamos uma forma de captar também recurso do estado para que pudéssemos com esse recurso  
 83 do tesouro estadual, apoiar esse projeto de renovação da frota; obviamente não podemos repassar o recurso do estado para o  
 84 Desenbahia para essa finalidade, na medida em que o ente que viabiliza o processo da compra seria o município, então foi  
 85 montada uma engenharia de várias instituições que foi formatada sobre a forma de dois programas e no site do Desenbahia  
 86 ([www.desenbahia.ba.gov.br](http://www.desenbahia.ba.gov.br)) podemos encontrar a apresentação do Programa Pró-saúde para financiamento de ambulâncias para  
 87 prefeituras, que tem como objetivo financiar a aquisição de ambulâncias para municípios do estado da Bahia. São ambulâncias de  
 88 transporte que podem ser adquiridas pelos municípios; o item financiável são ambulâncias com especificações a serem  
 89 estabelecidas pela SESAB e que devem ter a aquisição feita mediante o município avocar um registro de preço que vai ser feito  
 90 também pela SESAB, ou seja, ao invés de comprar cada um com um preço e sujeito a preços mais caros e especificações  
 91 diferentes, haverá um grande registro de preço que o município utilizará para comprar a ambulância solicitando o financiamento ao  
 92 Desenbahia. Para isso foram estabelecidos parâmetros para a quantidade de ambulâncias que o município pode ter o  
 93 financiamento de acordo com o tamanho da população; após o financiamento liberado tem seis meses de carência só começando  
 94 a pagar no sétimo mês, ficando quarenta e oito meses para os pagamentos restantes que serão realizados com recurso do Fundo  
 95 Municipal de Saúde mediante a retenção de transferência do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde que  
 96 serão repassadas ao Desenbahia. Foi entregue aos membros o material impresso sobre o referido Programa. O Senhor  
 97 Coordenador observou ainda que eles possuem um aporte que para os padrões de preços que praticamos atualmente, permite a  
 98 aquisição de cento e cinquenta ambulâncias de transporte o equivalente a mais ou menos sete milhões e meio de reais e que se  
 99 tiver sucesso poderá ser ampliada e apresentou uma minuta da resolução para apreciação: “Resolução CIB nº ---/2008. Aprova a  
 100 criação do Programa de Apoio Financeiro aos Municípios para aquisição de Ambulâncias de Transporte a ser regulamentado por  
 101 Portaria da SESAB. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições, tendo em vista o  
 102 decidido na Reunião Ordinária do dia 20 de fevereiro de 2008, e: Considerando a necessidade de renovar a frota de ambulâncias  
 103 de transporte para melhoria na prestação dos serviços de saúde municipal; Considerando a Portaria MS nº2048/02, que dispõe  
 104 sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, Resolve: 1 - Criar o Programa de Apoio  
 105 Financeiro aos Municípios para aquisição de ambulâncias de transporte, a ser regulamentado por Portaria da SESAB. a) Entende-  
 106 se por ambulância de transporte o veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal, para remoções simples. b) O Programa  
 107 vigorará por um ano, período em que se dará a adesão pelos Municípios. 2 - A transferência de recursos financeiros decorrentes do  
 108 Programa a que se refere o item anterior se dará através de repasse fundo a fundo, mediante assinatura do Termo de Adesão. 3 -  
 109 As ambulâncias referidas deverão ser adquiridas preferencialmente por meio do registro de preços a ser implementado pela  
 110 SESAB. 4 - O referido apoio financeiro observará os seguintes parâmetros:

População Municipal	Percentual a ser transferido pelo Estado	Quantitativo máximo de ambulâncias adquiridas através do Programa
Igual ou inferior a 50.000 hab.	90%	01 ambulância para cada 25.000 hab.
Superior a 50.000 hab. e inferior ou igual a 100.000 hab.	85%	Até 03 ambulâncias
Superior a 100.000 hab.	80%	Até 04 ambulâncias

111 a) O recurso a ser transferido limitar-se-á ao percentual estabelecido na tabela acima, variável de acordo com o quantitativo  
 112 populacional, aplicado sobre o valor de aquisição através do registro de preços da SESAB, o qual servirá como parâmetro; b) A  
 113 transferência dos recursos financeiros dar-se-á em 48 parcelas mensais iguais, sendo a primeira liberada a partir do 7º mês, a  
 114 contar da data de aquisição do veículo. A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.” Chamou atenção  
 115 quanto ao item b) “O Programa vigorará por um ano, período em que se dará a adesão pelos Municípios” e lembrou que em função  
 116 da legislação eleitoral, teremos até os dias 03 ou 04 de julho para firmar os Termos de Adesão. Dra. Yonara Fonseca acrescentou  
 117 que em relação ao financiamento do Desenbahia é necessário juntar toda a documentação que será submetida à Secretaria do  
 118 Tesouro Nacional que vai autorizar a contratação do financiamento até o final do semestre. Esclareceu ainda que o prazo começa  
 119 a contar 90 dias após a assinatura do contrato; 48 meses é o prazo total, dentro dele está incluso 6 meses de carência, então na  
 120 verdade são 6 mais 42 e durante a carência são pagos juros trimestrais, sendo duas parcelas trimestrais passando depois a contar  
 121 a amortização e juros mensais. O Senhor Coordenador propôs que seja feito este ajuste para que não haja diferença de  
 122 cronograma, já que nesta minuta de resolução trabalhamos com a proposta de 6 meses de carência mais quarenta e oito parcelas.  
 123 Assim ficou acordado. Dra. Yonara Fonseca comentou um pouco mais sobre o fluxo do processo, informando que existe  
 124 inicialmente um limite disponível de sete milhões e meio de reais para o programa e lembrando que a distribuição das ambulâncias  
 125 está relacionada ao número de habitantes; quanto ao prazo, como houve essa divergência, ainda chegaremos a um consenso.  
 126 Acrescentou que além da forma de pagamento com o Fundo Municipal de Saúde, existe também uma garantia complementar, pois  
 127 dentro do departamento jurídico da Desenbahia isso é entendido como forma de pagamento, só que toda operação tem que ter  
 128

129 uma garantia, e esta vai entrar como consignação ou do ICMS ou do FPM, assim como outras modalidades que já operamos na  
130 Desenhahia dessa forma. Em termos de fluxo, a idéia é que o primeiro passo seria aqui mesmo na SESAB; já existe um  
131 documento próprio e a prefeitura tem que se manifestar fazendo a adesão aqui na SESAB, como um primeiro enquadramento, de  
132 posse desta informação. A prefeitura tem que providenciar o cadastro do município juntamente com a documentação da Secretaria  
133 do Tesouro Nacional – STN, inclusive consta no site [www.stn.fazenda.gov.br](http://www.stn.fazenda.gov.br) o manual de instrução de pleitos que é igual para  
134 qualquer tipo de financiamento, este tem que ser encaminhado a Desenhahia para submeter à STN para autorização. A partir daí é  
135 que entra a parte interna de deliberação da Desenhahia que é muito rápida, no máximo em uma semana após receber a  
136 informação da STN, já aprovamos o processo. Para fazer a contratação é que entra novamente a questão do sistema de registro  
137 de preço que a prefeitura também tem que fazer a adesão, e o recurso é liberado diretamente ao fornecedor do equipamento,  
138 então como tem uma contrapartida do município que terá que comprovar antecipadamente esta parcela, o restante é liberado  
139 diretamente para o fornecedor. Dr. Salvador Brito informou que a Secretaria já recebeu aproximadamente trezentas solicitações de  
140 veículos que serão encaminhadas posteriormente para a Desenhahia, uma vez que o município ainda vai ser avaliado, então  
141 sugeriu que o termo de adesão no caso do programa da SESAB deva ser firmado no momento de aprovação do município; a  
142 princípio será encaminhada uma relação destes municípios incluindo a população e a quantidade de ambulâncias que cada um  
143 está solicitando. Dra. Suzana Ribeiro questionou se os municípios poderiam financiar em parcelas menores já que o financiamento  
144 é em até 48 meses. O Senhor Coordenador respondeu que infelizmente isso não é possível, pois temos que fazer um  
145 planejamento plurianual devido ao fato de estarmos trabalhando com um recurso que vamos disponibilizar do orçamento da  
146 SESAB num período de quatro anos e se cada município pudesse fazer no prazo quisesse, terminaríamos comprometendo mais o  
147 orçamento de um ano do que de outro e não haveria viabilidade de planejamento. Apesar de a Desenhahia ter a flexibilidade de  
148 poder financiar em menos tempo, para fazermos um planejamento do repasse do Estado para os municípios, é preciso  
149 necessariamente uma padronização de tempo única. Dra. Suzana Ribeiro questionou ainda se o município que tivesse recurso  
150 próprio e pudesse diminuir este parcelamento, se de qualquer maneira ficaria inviabilizado porque a proposta do Estado está  
151 atrelada a Desenhahia, ou se seria possível o município fazer de acordo com suas possibilidades, garantindo com recurso próprio  
152 e continuar no financiamento da SESAB. O Senhor Coordenador lembrou que são dois programas completamente independentes,  
153 porém complementares, o município pode contrair e negociar o empréstimo em 12 parcelas, o problema é que a participação do  
154 Estado vai se dar em 48, se o município tiver dinheiro para pagar em 12 e receber em 48 não tem problema nenhum. Dra. Yonara  
155 Fonseca colocou que se tiver alguma incompatibilidade em relação ao valor do Fundo, o ICMS e o FPM podem servir também  
156 como forma de pagamento, a questão é que do Fundo já é uma proposta de dentro do Estado, uma maneira que ele achou de  
157 auxiliar os municípios. Dr. Raul Molina calculou que o estado vai custear aí de 80 a 90% e lembrou que já foi feito com a  
158 Desenhahia um contrato para compactadores e é o mesmo projeto; o que precisa ficar claro é que o município para aderir a este  
159 projeto tem que estar em dia, ou seja, adimplente, no entanto, mais de duzentos municípios no estado da Bahia estão  
160 inadimplentes. Colocou que os sete milhões e meio de reais da Desenhahia correspondem a umas cento e setenta ambulâncias, e  
161 sugeriu que a princípio fosse priorizada uma ambulância por município a fim de contemplar também os pequenos municípios que  
162 dispõem de pouco recurso e geralmente são aqueles que mais precisam. Dra. Yonara Fonseca concordou que muitos municípios  
163 não estão aptos a solicitar o financiamento, e citou alguns requisitos fundamentais como a questão do endividamento em que o  
164 município não pode comprometer x% da receita corrente líquida; a questão dos relatórios que têm que estar publicados  
165 regularmente; não pode ter problema com nenhum convênio do Estado; não pode estar inadimplente com a SERB nem o  
166 CONDER, ou seja, é realizada uma varredura, pois a Desenhahia está ligada dentro do Sistema Financeiro Nacional e tem que  
167 cumprir regras do Banco Central. Enfatizou que existem outros programas disponíveis na Desenhahia como aquisição de  
168 máquinas e equipamentos, financiamento para infra-estrutura, e apesar de ter o recurso não há uma grande demanda porque as  
169 prefeituras infelizmente não conseguem atender na documentação. Dra. Marta Rejane Montenegro questionou sobre os critérios  
170 de adesão, pois se for restrito, irá concordar com Dr. Raul Molina na sugestão de priorizar os municípios mais carentes. O Senhor  
171 Coordenador considerou justa essa preocupação com os pequenos municípios, o problema é que dificilmente vamos conseguir  
172 daqui para o meio do ano, viabilizar as cento e cinquenta ambulâncias que eles podem financiar primeiro porque temos muitos  
173 municípios inadimplentes que não vão poder pegar o financiamento, segundo porque tem todo um processo de documentação,  
174 habilitação e aprovação, terceiro porque este orçamento que a Desenhahia está disponibilizando é do ano passado que ficou  
175 disponível, então se tivermos sucesso na proposta e até julho conseguirmos viabilizar umas cento e poucas ambulâncias, quando  
176 passar do prazo eleitoral, no novo orçamento, com certeza a Desenhahia vai poder alocar mais recursos e poderemos viabilizar  
177 um outro quantitativo. Dra. Suzana Ribeiro enfatizou que a adimplência acaba se tornando um critério importante e por si só já vai  
178 eliminar uma boa parte dos municípios, inclusive uma parte dos que já chegaram aqui conforme Dr. Salvador colocou. Quanto à  
179 taxa de juros, Dra. Yonara informou que essa taxa é divulgada trimestralmente e que já vem há uns dois anos com tendência de  
180 queda, mas a expectativa é de que agora fique estável e desça a 6%. O Senhor Coordenador esclareceu que a participação do  
181 estado, o percentual de 80 a 90% é sobre o valor do registro de preço, então a contrapartida do município vai variar de 10 a 20%  
182 do registro de preço mais os juros do financiamento. Dra. Itana Viana questionou se este plano de aquisição de ambulâncias com  
183 a participação do estado está vinculado com alguma necessidade específica da população ou alguma finalidade da sua utilização,  
184 porque há uma preocupação muito grande e um trabalho intenso sendo realizado nas centrais regionais de regulação para evitar o  
185 que se chama por aí de “ambulancioterapia”; o paciente que chegar aqui sem regulação, o Ministério Público através do seu  
186 promotor local irá questionar além dessa falta de regulação, as condições desse transporte que os coloque em segurança para a  
187 vida e para a saúde, pois tem havido muitos casos de pacientes vindo apenas com os motoristas, desrespeitando completamente  
188 as regras de transporte de pacientes em ambulância. Justificou sua preocupação por observar essa possibilidade de um programa  
189 louvável de ampliação do número de ambulância, mas preocupa-se com a finalidade, até porque além do investimento do  
190 município, também há um investimento do Estado, e os impactos que isso pode acarretar no sistema como um todo interessa ao  
191 trabalho que o Ministério Público desempenha no momento. Em relação à observação de Dra. Itana Viana, o Senhor Coordenador  
192 registrou que ainda na pauta de hoje, caso haja tempo, haverá uma apresentação da SUREGS/DIREG sobre Regulação de  
193 Ambulâncias em Transferências Intermunicipais, uma proposta para viabilizar uma regulamentação desse processo. Ressaltou  
194 que na minuta de resolução, no item 1º “Criar o Programa de Apoio Financeiro aos Municípios para aquisição de ambulâncias de  
195 transporte, a ser regulamentado por Portaria da SESAB”, um dos pontos dessa regulamentação terá que ser incorporar o vier a ser

196 estabelecido do ponto de vista da regulação de Ambulâncias em Transferências Intermunicipais. Informou ainda que após  
 197 ajustarmos essas questões de cronograma e finalizarmos os encaminhamentos para o registro de preço, iremos preparar um  
 198 material de orientação para encaminhar às prefeituras e secretarias municipais de saúde e posteriormente fazer o lançamento  
 199 oficial destes dois programas. Em seguida agradeceu a presença de Dra. Yonara Fonseca, da Desenhahia, que colocou seus  
 200 telefones de contatos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos: 3103-1374, 3103-1240 (Cristina) e 3103-1346 (Luis  
 201 Fernando). Dando prosseguimento à ordem do dia, o Senhor Coordenador passou para os pontos de pauta solicitados pela  
 202 SUREGS/DIREG: 4.1 Repasse de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Macaúbas e  
 203 Paramirim devido à municipalização das unidades hospitalares, conforme Decreto do Governador nº 10334/04-2007). Lembrou  
 204 que o município de Macaúbas teve aprovado o Pacto de Gestão, mas ficou um hiato de tempo dos meses de dezembro e janeiro  
 205 em que não houve reunião da Tripartite e o Fundo Estadual está fazendo um repasse único correspondente ao custeio do hospital  
 206 que foi municipalizado nestes dois meses e a partir da competência de fevereiro isso já será regularizado. Quanto ao município de  
 207 Paramirim, o Fundo Estadual fará o repasse mensalmente, até que seja regularizado porque ainda não está firmado o Pacto de  
 208 Gestão. 4.4 Tabela de Valores para contratação de Leitos de Retaguarda pela SESAB. Lembrou que já foi discutida aqui em vários  
 209 momentos a situação que vem sendo enfrentada na rede, especialmente nos grandes hospitais de emergência, a exemplo do HGE  
 210 que tem dezoito anos de construído e nunca sofreu uma ampliação, ou seja, estamos há dezoito anos sem ampliar a oferta de  
 211 leitos de emergência, então entre os diversos problemas que esta rede enfrenta, precisamos obviamente e estruturalmente fazer  
 212 uma ampliação. Informou que o Estado vai viabilizar um novo hospital geral que será construído no subúrbio, mas isso é coisa  
 213 para uns dois anos e meio, além disso, estão sendo tomadas medidas para ampliação de leitos. Já conseguimos aumentar  
 214 sessenta e cinco leitos no Hospital Clériston Andrade, há um projeto para aumentar o número de leitos no Hospital de Base em  
 215 Vitória da Conquista e no Hospital Luiz Viana em Ilhéus, temos também alguns projetos aqui em Salvador, todos também em  
 216 processos que vão ser progressivos. Entretanto, temos que dar respostas mais imediatas para reduzir o problema nas nossas  
 217 grandes emergências que recebem pacientes de quase todo o Estado da Bahia; são emergências que têm caráter estadual e  
 218 algumas têm um caráter regional importantíssimo a exemplo do Hospital Clériston Andrade que além de ser a única emergência de  
 219 Feira de Santana atende a vários outros municípios e o Hospital de Base em Vitória da Conquista que é uma referência importante  
 220 para todo o sudoeste. Colocou ainda que há alguns meses estamos tentando negociar um mecanismo que permita contratar  
 221 alguns leitos no setor privado para viabilizar aqueles pacientes que chegam numa situação aguda na emergência, sofrem uma  
 222 intervenção necessária e depois entram num estágio de recuperação que não precisam mais ficar no leito no hospital de  
 223 emergência, então possamos desafogar e rodar mais rápido os leitos dessas grandes emergências. Antecipou que a grande  
 224 expectativa não é contratar um grande número de leitos porque não há hoje em Salvador no setor privado a capacidade instalada  
 225 disponível para que possamos fazer uma contratação grande, então, a idéia é garimpar o que conseguimos para viabilizar essa  
 226 ampliação de oferta. Algumas medidas já foram tomadas aonde poderíamos fazer essa ampliação, a exemplo do Hospital  
 227 Carvalho Luz que aumentou vinte leitos aqui em Salvador, reativamos quarenta leitos de UTI que estavam parados nos hospitais  
 228 estaduais, mais vinte leitos de UTI no Hospital das Clínicas da UFBA, e na contratualização com os hospitais filantrópicos  
 229 acompanhamos de perto o trabalho junto com a Secretaria Municipal de Saúde e conseguimos aumentar também alguns leitos.  
 230 Assim, para dar conta deste desafio, estamos apresentando uma proposta do Estado fazer um credenciamento de um quantitativo  
 231 de leitos para funcionar como retaguarda para os hospitais do Estado. Chamou atenção de que a proposta é usar a modalidade de  
 232 credenciamento, mas não o credenciamento SUS que normalmente trabalhamos, na medida em que esses leitos só poderão ser  
 233 acessados a partir de determinados hospitais de emergência da rede SESAB, ou seja, não serão de acesso direto, o paciente não  
 234 pode em qualquer lugar da rede ter acesso a esses leitos. O paciente tem que entrar no HGE, superar a necessidade aguda para  
 235 que o HGE e a equipe médica identifiquem que ele pode ser transferido para uma unidade que possa dar um suporte intensivo de  
 236 fisioterapia, acompanhamento de enfermagem e nutrição, para o seu posterior acompanhamento. Apresentou uma minuta de  
 237 resolução com a proposta de uma tabela de valores que o Estado vai contratar e fazer o pagamento com recursos estaduais, como  
 238 se fosse um paciente dentro de um hospital próprio, lembrando que não iremos trabalhar nem com o valor, nem com a lógica da  
 239 tabela normal do SUS, pois, não serão usados os parâmetros de tempo de internação nem os parâmetros de acesso, nada de um  
 240 credenciamento normal, vamos usar apenas o mecanismo do credenciamento. "Resolução CIB nº ---/2008. Aprova a tabela  
 241 SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados.  
 242 A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo em vista o decidido na Reunião  
 243 Ordinária do dia 20 de fevereiro de 2008, Resolve: Aprovar a tabela SESAB para pagamento de prestação de serviços hospitalares  
 244 de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados oriundos de hospitais públicos da rede da Secretaria da Saúde  
 245 do Estado da Bahia (SESAB), mediante credenciamento de pessoas jurídicas hospitalares, a ser regulamentada por portaria da  
 246 SESAB, conforme tabela abaixo: Valores da Diária/Leito Hospitalar:

PERIODO	VALOR (R\$)
Do 1º ao 30º dia consecutivo, do leito ocupado pelo mesmo paciente.	190,00/dia
Do 31º ao 60º dia consecutivo, do leito ocupado pelo mesmo paciente.	170,00/dia
Do 61º ao 75º dia consecutivo, do leito ocupado pelo mesmo paciente.	150,00/dia
Do 76º dia consecutivo em diante, do leito ocupado pelo mesmo paciente.	130,00/dia

247  
 248 A análise e avaliação dos requisitos de habilitação ao credenciamento serão procedidas pela Superintendência de Gestão e  
 249 Regulação da Saúde (SUREGS) da SESAB. A unidade credenciada deverá obedecer aos princípios e diretrizes do Sistema Único  
 250 de Saúde - SUS, observando as políticas públicas voltadas para assistência à saúde, atendendo, nos leitos contratados, aos  
 251 pacientes da demanda referenciada pela Central Estadual de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os leitos que a  
 252 unidade credenciada disponibilizará não poderão ser leitos credenciados ao SUS através da gestão plena do sistema municipal de  
 253 saúde, assim como a unidade credenciada não poderá reduzir a oferta de leitos contratados pela gestão plena do sistema. As  
 254 internações sob cuidados prolongados deverão ser previamente autorizadas pela Central Estadual de Regulação do Sistema  
 255 Único de Saúde (SUS). As internações geradas mediante estes processos de credenciamento serão registradas para fins de  
 256 produção das unidades hospitalares da rede da SESAB, sendo consideradas nos cálculos dos Termos de Compromisso entre  
 257 Entes Públicos formalizados entre a SESAB e as gestões municipais respectivas. A presente resolução entrará em vigor na data

258 de sua publicação.” Ressaltou que a intenção é desestimular o hospital contratado a manter o mesmo paciente, pois se passar de  
259 75 dias estará perdendo quarenta reais por dia em cada leito disponibilizado; a idéia é dar a alta do paciente o mais rápido  
260 possível ou à medida que vamos também em paralelo começar nos próximos meses a implantação do programa de internação  
261 domiciliar, esse paciente poderá sair de um leito de agudo no hospital de emergência, ir para um leito de retaguarda e  
262 posteriormente ser transferido para a internação domiciliar. Esclareceu também que não se trata do ponto de vista financeiro e sim  
263 do ponto de vista físico, por exemplo, o HGE tem uma meta de internar X pacientes/mês, estes pacientes que ele alocar nestes  
264 leitos é como se fossem pacientes internados no HGE; o Hospital Clériston Andrade em Feira de Santana tem uma meta de X  
265 internações/pacientes-mês, os pacientes que estiverem nos leitos contratados fora, a partir da internação no HGE, contam como  
266 pacientes que estavam internados pelo Clériston Andrade. Complementou afirmando que o objetivo é credenciar leitos em  
267 Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista que são as três maiores cidades do Estado, os três maiores pólos da região que  
268 tem um alcance muito grande e os hospitais da rede SESAB nessas três cidades possuem uma demanda superior à sua  
269 capacidade instalada e após tais colocações colocou em discussão. Dra. Suzana Ribeiro reconheceu a importância do projeto por  
270 conta da necessidade de leitos existentes no Estado, mas afirmou ter várias dúvidas. Lembrou a colocação do Senhor  
271 Coordenador de que esses leitos além de regulados pela Central Estadual de Regulação, seriam como uma etapa antes de  
272 encaminhar para a internação domiciliar e questionou como anda aquele Projeto de Internação Domiciliar que foi aprovado na CIB  
273 no segundo semestre do ano passado, pois pelo menos em Vitória da Conquista, o diretor do hospital desconhece o mesmo.  
274 Assim, disse que gostaria de saber se depende de um projeto do hospital, de algum movimento do gestor municipal como uma  
275 provocação para viabilização ou se depende de alguns processos internos da própria SESAB. Colocou que sua maior angústia  
276 com essa proposta é entender a necessidade que é um conflito óbvio, mas por outro lado, quando foram apresentados os valores,  
277 percebemos que obviamente ficam infinitamente maiores do que os valores da AIH do SUS. Afirmou ter entendido os critérios que  
278 são para além dos leitos credenciados pelo município e que são exatamente uma oferta mais ampla e reconheceu a limitação dos  
279 prestadores, pois sabe a disponibilidade de leitos em seu território e as possibilidades de contratualizar para além do que já  
280 possui. Manifestou preocupação e ponderou se a relação direta do gestor estadual nesse movimento de credenciamento não vai  
281 dificultar o processo de interlocução do gestor municipal com o prestador, pois em vitória da Conquista, por exemplo, trabalha  
282 diretamente com 100% dos prestadores contratualizados, licitados inclusive e seguindo toda a tramitação da lei de contratação e  
283 de serviço de saúde. Em sua opinião isso poderá criar um desequilíbrio na balança interna de relação prestador/gestor; é claro que  
284 eles não poderão fechar os leitos que estão contratualizados no sistema central de regulação, mas sabemos que o prestador  
285 quando quer tem mil e uma maneiras de inviabilizar, inclusive há um processo em curso com a Santa Casa de Misericórdia de  
286 Vitória da Conquista que está sendo acompanhado pela SESAB e pelo Ministério Público, em que pesa a necessidade de se fazer  
287 um TAC (Termo de Ajuste de Conduta), mas está havendo dificuldade inclusive de formatar o TAC pelo entendimento enviesado  
288 que tem a Santa Casa. Foi necessário partir para os meios legais que por serem burocráticos e administrativos são lentos, e teme  
289 que isso possa complicar ainda mais as relações, até porque existe um outro balizador na relação, afinal de contas somos o SUS  
290 independente de ser gestor estadual ou municipal. Outra dúvida é em relação aos valores físicos que serão negociados através do  
291 termo de entes públicos e considerou que de alguma maneira é como se a proposta estivesse ampliando a capacidade instalada  
292 do hospital estadual. Dra. Suzana Ribeiro colocou que os valores financeiros estivessem pactuados e jogados para dentro do  
293 TCEP porque a Secretaria trabalha com a tabela do SUS - Sistema Único de Saúde, e quando entra em valores fixo, ou seja, meta  
294 física obviamente irá pactuar para uma negociação próxima de um Termo de Compromisso; salientou que trabalha sempre em  
295 cima da produção da série histórica anterior e negocia com base na FPO e se foi atingida ou não. Pontuou que isto implica em  
296 resolutividade no Sistema Estadual. Exclamou que tem dúvidas, já que é a Central Reguladora do Estado que irá operar e  
297 disponibilizar estes leitos; questionou como irá ficar a Central Municipal de Regulação e o Gestor Municipal neste processo, porque  
298 obviamente o contato e a necessidade serão demandados pelo Prestador que é de gerência Estadual dentro do território do  
299 Município, o Prestador irá mobilizar direto a Central Estadual. Interrogou onde é que o Gestor Municipal com a Regulação vai  
300 entrar neste processo. Pontuou que é necessário analisar de acordo com as realidades de cada Município, Hospital e Gerência.  
301 Colocou que estas questões que foram mencionadas são porque considera a importância de ampliar a oferta e de ter mais  
302 resolutividade; salientou a angústia em ver os Hospitais Regionais com as dificuldades operacionais que se encontra. Solicitou que  
303 estas questões sejam compartilhadas e clarificadas dentro das possibilidades. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.  
304 Andrés Alonso Filho que esclareceu que de acordo com o perfil do paciente, com base no que foi colocado como critério no tempo  
305 de internação para paciente crônico, há dentro do sistema a maior dificuldade de absorção e resolutividade destes pacientes.  
306 Chamou atenção em relação às dificuldades e têm pacientes que muitas vezes têm patologias que têm um custo relativamente  
307 alto de manutenção, o que é de conhecimento de todos. Portanto, dentro inclusive da própria rede o custo de manutenção destes  
308 é extremamente alto. Colocou que do ponto de vista do município a SUREGS – Superintendência de Gestão e Regulação da  
309 Atenção a Saúde esta colocando que o físico entraria no TCEP que contaria na negociação, mas o orçamentário esta sendo  
310 absorvido pelo Estado, então o impacto na verdade não é uma compensação pequena; explicou que retira do município  
311 travando vários leitos que inclusive os da retaguarda da Urgência e Emergência que estão travados por conta destes pacientes  
312 que hoje estão dentro da Rede na porta de entrada da Urgência e Emergência impedindo que tenha uma resolutividade dentro do  
313 perfil a que se propõem atender. Pontuou que todos estes aspectos têm que ser considerados. E com relação aos prestadores  
314 SUS - Sistema Único de Saúde, em uma projeção inicial, a SESAB irá avaliar durante o processo de credenciamento, mas a  
315 tendência maior é parceiros/instituições que hoje não tenham credenciamento direto ao SUS, do que os próprios que já estejam  
316 credenciados com SUS. Deu como exemplo, quem é 100% SUS, ou o parceiro faz um aumento da capacidade instalada para  
317 receber, ou não tem como incorporar. Colocou que os prestadores mistos não têm mostrado interesse de retirar seus leitos de  
318 convênio para disponibilizar para o SUS. Argumentou que a tendência é que realmente se avance dentro deste processo, na  
319 grande maioria com Prestadores que não têm vínculo nenhum com SUS. Colocou que não tem lógica de competitividade de  
320 credenciamento com os Municípios com relação ao teto físico e orçamentário feitos com parceiros. Dr. Wilson Mendes colocou que  
321 a proposta é muito interessante. Dra. Stela Souza Secretária de Saúde do Município de Jequié complementou que é interessante  
322 que os municípios tenham uma parceria com a Central de Regulação porque é preocupante a utilização dos leitos SUS;  
323 questionou como é que o Estado vai controlar estes leitos deste quando quem faz este controle é a Gestão Municipal. Fez outro  
324 questionamento com relação ao município de Jequié que não faz parte deste processo, está em Vitória da Conquista e Feira de

325 Santana. Questionou ainda como irá proceder com os pacientes de Jequié, vão para Salvador ou Feira de Santana, e estes  
326 municípios como irá encaminhá-los. Dra. Marta Rejane Montenegro solicitou esclarecimento quanto o valor R\$190,00 (cento e  
327 noventa reais), se cobre todo pacote de serviços hospitalares, SADT e serviços profissionais e caso um paciente necessite de  
328 algum exame se está dentro dos R\$190,00 (cento e noventa reais). O Senhor Coordenador afirmou que está dentro do elenco  
329 previsto. Dra. Marta Rejane Montenegro questionou se em relação ao perfil do paciente crônico ou sob cuidados prolongados, será  
330 faturado isto, ou em um sistema a parte, destacando que não poderá ser faturado pelo SUS conforme entendimento. E questionou  
331 ainda se seria um sistema de controle a parte dos hospitais apresentado ao Município Pleno o que ele internou nestes leitos de  
332 retaguarda. Pontuou como será o processo da Regulação já que será feito pelo Estado sugeriu no mínimo uma co-gestão neste  
333 processo já que os três são Plenos questionando como será o mecanismo de supervisão direta; chamou atenção que é de  
334 conhecimento de todos que tem muito Prestador esperto. Exclamou que é importante ter supervisão direta porque ao longo do  
335 prazo podemos ter prejuízo no SUS na contra partida Estadual. Pontuou que só deve usar este leito quando esgotada todas as  
336 possibilidades de alocar paciente no leito SUS; salientou e aí sim será utilizado este leito sendo a última opção dentro do processo  
337 de Regulação do Município, podendo economizar o dinheiro do Estado. O Senhor Coordenador pontuou que todas as questões  
338 são pertinentes, mas gostaria de chamar atenção quanto ao recurso e mostrar a vantagem que vai ser esta ação para o SUS –  
339 Sistema Único de Saúde. Ressaltou que o leito/dia no HGE - Hospital Geral do Estado custa mais de R\$700,00 (setecentos reais),  
340 porque é um Hospital de alta incorporação tecnológica e há vários profissionais de diferentes especializações de atenção a  
341 pacientes agudo. Colocou que deixa um paciente no HGE que não deveria está lá e isso representa um prejuízo de R\$ 700,00  
342 (setecentos reais) por leito/dia ao sistema. Informou que o Hospital Estadual que foi montado com este perfil de pacientes com  
343 cuidados prolongados e é terceirizado que é o Hospital Carvalho Luz custa para SESAB hoje R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais)  
344 por leito/dia. Salientou que se esta proposta funcionar o Estado não só irá economizar nos gastos nos Hospitais, nas Emergências,  
345 como também vamos trabalhar com valor inferior ao contrato atual do Hospital Carvalho Luz que é unidade própria do Estado.  
346 Informou que foi realizada uma pesquisa com valores praticados pela saúde suplementar e foi encaminhado proposta a  
347 prestadores, e consultando os valores que os prestadores se propoiam a trabalhar, com base nesta pesquisa chegamos a este  
348 patamar. Informou que a internação domiciliar no Estado já esta com um processo de implantação bastante avançado com a  
349 compra dos equipamentos em curso e está no aguardo da autorização da Procuradoria para fazer licitação dos veículos que serão  
350 utilizados pela equipes de internação domiciliar. Pontuou que os Profissionais já foram selecionados e que o processo está  
351 bastante avançado. Colocou que a questão está entre licitação e credenciamento; esclareceu que este não é um procedimento  
352 licitatório porque o Estado vai absorver toda oferta disponível não havendo competitividade entre prováveis ofertas porque a  
353 demanda por estes tipos de leitos é muito maior que a oferta. Deixou claro que a distribuição da demanda deverá se dar de forma  
354 equitativa entre aqueles que forem credenciados e, aquelas instituições que tiverem problemas e pendências com Auditoria do  
355 SUS não poderão ser credenciadas. Lembrou quanto a Regulação destes leitos, é como se fosse um anexo do Hospital Estadual,  
356 não são leitos de acesso direto. Explicou que o paciente tem que esta internada em um Hospital Estadual para fazer uso do leito.  
357 Chamou atenção que não é um leito de acesso direto. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Stela Souza, Secretária  
358 de Jequié, tendo colocado que quem oferta leito deste processo, também oferta leito do SUS; questionou quem irá garantir se não  
359 está usando leito do SUS. O Senhor Coordenador pontuou que o Estado e Município terão que trabalhar juntos analisando o  
360 pedido de credenciamento e dar o parecer técnico sobre a viabilidade deste credenciamento e atestar que estes leitos são  
361 excedentes. E que o processo de acesso do paciente não pode ser direto tem que ser via Hospital Estadual e que este paciente  
362 não poderá ficar definitivamente porque além de ter uma tabela regressiva onde diz que nos primeiros meses autorização é para  
363 trinta dias, segundo mês para trinta dias e a partir daqui a autorização cai a cada quinze dias e o valor reduz, com isto terá um  
364 trabalho de médicos reguladores da central estadual para ver a autorização disto. Informou que o registro da informação é o  
365 sistema a parte que provavelmente será uma guia de internação da SESAB que será a parte do SIH. Deu como exemplo: um  
366 paciente que agudizar sai deste leito e gera uma nova internação SUS, seja no Hospital Estadual ou Credenciado. Quanto à  
367 questão do Jequié a idéia da SESAB é não estender a todos os municípios inicialmente porque trata-se de uma idéia nova no  
368 momento vamos fazer experiência com os três maiores município: Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista. O Senhor  
369 Coordenador passou a Dra. Itana Viana que colocou sobre algumas preocupações do ponto de vista jurídico administrativo porque  
370 é uma matéria para se apreciar da ótica jurídica administrativa, e o cabimento legal desta medida, e que certamente o staf da  
371 SESAB já deve ter analisado, mas é algo que levanta algumas preocupações. Colocou que a Regulação ira virar uma super  
372 Regulação quando ainda está precisando de muito fortalecimento e poder. Informou que passou o plantão do carnaval muito  
373 próximo da Regulação e do SAMU inclusive o dia inteiro tendo a oportunidade de verificar e até intermediar como Autoridade do  
374 Ministério Público, verdadeiras agressões que os Médicos reguladores sofrem dos hospitais e de outros profissionais que estão  
375 pedindo regulação, e algo que inclusive viola direitos destas pessoas que estão ali, como ameaça vou lhe denunciar no CREMEB.  
376 E a relação de Regulação não é uma relação afável, e não há respeito do Profissional que solicita com o Profissional que regula e  
377 nem do profissional que deve receber o paciente. Chamou atenção de um episódio que teve que resolver como Autoridade  
378 infelizmente no final da tarde porque o SAMU estava com um adolescente de quinze anos de idade com surto psicótico  
379 acompanhado com o Pai que mora no bairro de Pirajá e o Hospital Juliano Moreira não recebia porque dizia que aquela não é área  
380 do Hospital Juliano Moreira e que seria do Mario Leal, isto era 17hs e o Hospital Mario Leal dizia que só receberia depois das 19h  
381 30 min ou 20h; exclamou claro troca de plantão, ninguém é criança, enquanto isto o SAMU com o equipamento retido, que faz falta  
382 para outras utilizações, nesta hora infelizmente lamenta muito que ainda estamos neste país num estagio que isto precisa  
383 acontecer o Ministério Público ter que chegar e dizer ou faz ou eu lhe processo. Pontuou que é assim que alguns Hospitais tem  
384 recebido alguns pacientes, inclusive durante o carnaval o Hospital Edgar Santos com vagas disponíveis e não queria receber  
385 pacientes do HGE - Hospital Geral do Estado que precisava ser transferidos para que os leitos fossem liberados. Colocou que o  
386 Projeto se não houver obses legais e obses de gestão; salientou que não quer ser um Secretário Municipal nesta negociação, mas  
387 tem muita preocupação como foi colocado por Dra. Suzana Ribeiro da exposição do Gestor e como ficará nesta negociação, até  
388 como no interesse da negociação não interessando mais conveniente porque talvez seja melhor ter uma reserva técnica para fazer  
389 esta oferta. Salientou que os Hospitais conveniados Filantrópicos e os contratados na rede privada sem expor na realidade à  
390 regulação a disponibilidade de leitos; pontuou que no entendimento e pela legislação a Regulação teria que ter um mapa na sua  
391 tela do computador todos os leitos do Estado da Bahia da Rede própria, conveniada e contratada. Destacou: não é o dono do

392 Hospital que faz esta regulação, a lei diz que é o Estado, e que não é o paciente do atendimento ambulatorio. Pontuou que temos  
393 muita coisa para ajustar nesta questão da Regulação e inclusive formalizar. Mencionou ter ficado muito feliz com o lançamento do  
394 livro Leny, uma jurista respeitada nacionalmente, e Odorico, na Cidade de Campinas, quando viu que eles confirmaram algo que  
395 vem dizendo há muito tempo que é a necessidade da formalização das relações do SUS - Sistema Único de Saúde. Pontuou que  
396 tem preocupações de todas estas ordens, inclusive dos hospitais que conveniam e que não oferece os profissionais necessários;  
397 deu exemplo do Hospital Santo Antônio que tem determinados pacientes que não pode receber porque não tem determinado o  
398 profissional. Pontuou que estes ajustes precisam estar o preto no branco, porque nós precisamos ter o controle; colocou que  
399 quando se refere a nós é porque é cidadão independente do Ministério Público e se sente um pouco dono integrante deste  
400 sistema, fez um apelo do fortalecimento da Regulação fazendo um trabalho junto ao CREMEB, aos Gestores do respeito aos  
401 Profissionais que estão na regulação tendo uma transparência maior. Pontuou que fez um pedido para Dr. Ricardo do controle de  
402 todos os leitos do Estado da Bahia que estejam contratados ou conveniados, além dos da Rede Própria para tornar possível a  
403 regulação ter uma visualização do que realmente está ocupado pelo SUS ou não; pediu perdão porque ainda tem suspeita que  
404 exista alguma caixa preta naquilo que não conseguimos ver ou saber. Questionou por que às vezes é tão difícil em determinados  
405 Hospitais se conseguir colocar pacientes SUS. Lembrou do artigo 37 da constituição sobre a publicidade dos atos e a  
406 impessoalidade; citou que esta regulação interna feita por alguns Hospitais viola o princípio da impessoalidade e inclusive a  
407 equidade, porque a fila esta lá esperando e entra um via ambulatorio. Chamou atenção que é preciso verificar se todos os  
408 Hospitais estão em ordem com as comissões de controle de infecções hospitalares, em fim os pacientes crônicos principalmente  
409 quando for idoso como Dra. Marta Rejane Montenegro questionou se há controle, fiscalização e responsabilização da Gestão.  
410 Pontuou no momento que o Gestor Privado atende o SUS ou via convenio ou contrato ou reserva técnica passa a ser Agente  
411 Público e responde por todas as imposições da lei ao Agente Público, do higienizador ao médico. Chamou atenção quanto à lei  
412 8080 que consta: o Gestor Privado quando atende o SUS é Agente Público. O Senhor Coordenador agradeceu a Dra. Itana Viana  
413 pelas intervenções colocadas que foram extremamente pertinentes e que provavelmente não terá nenhum nível de discordância  
414 pelo que conhece da posição dos Secretários Municipais de Saúde e Gestão Estadual presente, são preocupações que estão na  
415 agenda de todos os Gestores e desafio que tem que enfrentar com apoio do Ministério Público viabilizar um acesso adequado e  
416 fortalecimento das ações de Regulação e processo de contratação formal dos Prestadores, é uma agenda permanente do SUS -  
417 Sistema Único de Saúde que a SESAB está tentando assegurar. Questionou se há alguma observação ou já podemos viabilizar  
418 este processo. Dra. Suzana Ribeiro colocou que infelizmente não se sente contemplada e segura para avançar com este processo  
419 e que as questões colocadas por Dra. Itana Viana reitera muito as minhas dúvidas. Esclareceu quando fala da disputa, não é a  
420 disputa da questão da relação da licitação e credenciamento porque isto está posto e que de alguma maneira isto pode  
421 obrigatoriamente criar um mecanismo no prestador de reduzir a oferta por conta e outra forma de negociação que ele possa ter.  
422 Quanto a questão da co-gestão na Regulação é fundamental porque quem vai avaliar se paciente agonizou e se o paciente  
423 realmente precisa permanecer para além dos vinte ou trinta dias obviamente tem que ter uma parceria com o município; colocou  
424 que os municípios que tem seu sistema de controle e regulação devidamente instalado e funcionando tem condição de  
425 acompanhar, até porque faz parte do processo o município acompanhar todo leito SUS. Solicitou que faça outra discussão  
426 do processo com mais cuidado, para podermos esclarecer e criar alternativas ou sugestões até porque é a primeira vez que a  
427 proposta está sendo apresentada. Sugeriu ao Secretário de Saúde do Estado da Bahia, Dr. Jorge Solla que permita ao Município  
428 de Vitória da Conquista para avançar com o processo de Internação Domiciliar, sabendo a necessidade de equipamentos, o  
429 município pode viabilizar a questão de veículos para equipe de internação domiciliar porque sabemos o quanto a ação da Equipe  
430 no Hospital Regional vai facilitar a liberação de leitos. Dr. Emerson Garcia Colocou: o projeto é ótimo, mas vê a necessidade de  
431 ampliar a discussão, até porque temos que rever o processo de Regulação do Estado no sentido de reorganizar, apesar de  
432 destacar saber que está avançando pelo que Dr. Ricardo vem colocando e parabenizou a toda equipe. Colocou que tem uma  
433 preocupação com os municípios pequenos, pois, portaria da internação domiciliar só abrange população acima de cem mil  
434 habitantes. Solicitou que faça uma readequação deste projeto por região. Dr. Humberto Torreão pontuou que está sendo feito um  
435 diagnóstico bem detalhado e global da situação para ver quais são os pontos importantes para ser pactuados. Mas destacou que  
436 não podemos perder de vista, apesar de sabermos e concordarmos e toda pertinência do processo da regulação dos Hospitais  
437 Estaduais, que o que gerou esta proposta foi o fato de nas principais unidades Estaduais, principalmente aquelas com perfil de  
438 urgência e emergência, existir uma demanda muito intensa. Concordou que tem que ter meio termo quanto à proposta porque  
439 enquanto isto as unidades estão lotadas. Dr. Raul Molina pontuou que algumas ponderações que foram colocadas são bastante  
440 pertinentes e devemos avançar. Questionou que os pequenos municípios não estão sendo contemplados com a internação  
441 domiciliar e têm pacientes que estão com cuidados especiais e permanência prolongada. Fez uma proposta que se crie uma  
442 comissão da SESAB e COSEMS para que possa alinhar essa parte nevrálgica. Dr. Andrés Alonso pontuou que com relação ao  
443 operacional a absorção desta responsabilidade nos traz um tipo de regulação de leito que do ponto de vista operacional é muito  
444 mais resolutivo e fácil do que o "modos operandis" que a regulação tem hoje; salientou que os leitos são competidos com os  
445 laboratórios. E com isto são leitos exclusivos da regulação, e por tanto operacionalmente leitos fáceis de serem geridos. Colocou  
446 que do ponto de vista de critério a Regulação tem vivido um experiência recente da implantação das Comissões de Supervisões  
447 Hospitalar para definir a ocupação de leitos na Rede Própria e já em alguns credenciados como Hospital Santo Antonio e Santa  
448 Isabel. Informou que está em fase final de conclusão de um projeto de Gestão horizontal de leito que vai contemplar e permitir ter  
449 um subsídio técnico forte para definição dos pacientes que vão está ocupando estes leitos. afirmou que tecnicamente a SESAB  
450 tem condição de está avançando dentro deste processo e assumindo responsabilidade deste já. Quanto à responsabilidade do  
451 Gestor temos de ponderar bastante o tipo de encaminhamento a ser dado. Pois, está se propondo uma solução não  
452 necessariamente definitiva para uma situação de um nó existente no Estado da Bahia, e o atraso desta decisão, no sentido de  
453 permitir a concretização disto neste momento, irá impedir pacientes de terem acesso ao sistema da forma que deveria. Exclamou  
454 que devemos usar esta experiência no sentido de está avaliando o seu resultado e monitorando continuamente em parceria com  
455 os municípios, e que nada impede de estarmos encaminhando no sentido de aprovar a formação de uma Comissão de avaliação  
456 permanente que acompanhe a evolução deste processo. Dr. Jose Raimundo concordou com a colocação de Dr. Andrés que não  
457 pode ser uma proposta definitiva na medida em que se consiga abrir leitos próprios e vá assumindo estas questões. Colocou que  
458 pacientes de urgência e emergências depois de estabilizado é difícil para transferir porque são pacientes que demandam um

459 cuidado que nem sempre adapta a situação de internação domiciliar. O Senhor Coordenador pediu atenção quanto à colocação de  
460 Dr. Andrés e Dr. José Raimundo e que devemos colocar os pés no chão e que não estamos falando de uma Rede Pública de que  
461 tem oferta adequada e suficiente de leitos; salientou pelo contrário é uma Rede que tem falta de leitos resolutivos. Pontuou que  
462 temos excesso de leitos baixo taxa de ocupação na maioria dos hospitais no interior do Estado porque não tem resolutividade,  
463 cirurgião todos os dias, profissionais suficientes e especialidade, com isto o paciente do interior vem para Salvador. Lembrou não  
464 ser a primeira vez que o Estado da Bahia contrata bloqueia e reserva leitos em Hospitais e que as Gestões anteriores já fizeram  
465 isto, mas atualmente tem diferença porque consideramos que é mais adequado para gestão do SUS fazer um processo de  
466 credenciamento e discutindo com os Gestores Municipais. Chamou atenção que não tem como se ampliar para cem ou duzentos  
467 leitos na cidade de Salvador hoje, no prazo muito curto, porque tem que construir capacidade instalada. Destacou que o Estado  
468 herdou um sistema que tem um déficit grande; salientou que o paciente lá fora não irá ficar esperando, temos que garantir e acho  
469 que podemos amadurecer esta proposta até o dia seis de março na próxima reunião da CIB. Pontuou que devemos ter a clareza  
470 que não podemos esperar construir o hospital do subúrbio ferroviário ou construir mais cem leitos no Heládio Lacerda ou ampliar  
471 os leitos que estão sendo viabilizados em Vitória da Conquista. Respondeu o questionamento feito por Dr. Emerson que não é  
472 nenhum processo de exclusão dos pequenos municípios e dos menores pólos regionais e que onde o problema tem a menor  
473 dimensão e onde estão os hospitais de maior complexidade como Clériston Andrade de Feira de Santana é um único apesar de ter  
474 aprovado na CIB no ano dois mil e sete um aumento de recurso vultoso para o teto do município de Feira de Santana para  
475 contrata leitos e abrir outra porta de emergência, e até o momento o Termo de Compromisso que foi aprovado na CIB e o  
476 município de Feira de Santana não assinou até hoje. E que tem Engenheiro Federal do SUS que está no teto do município de  
477 Feira de Santana aprovado na CIB além do histórico de acréscimo feito ano passado, com aumento nos meses de agosto e  
478 novembro para resolver o problema na segunda porta de entrada de emergência em Feira de Santana que até o momento não foi  
479 feito. Pontuou que temos de viabilizar Salvador e Feira de Santana a ampliação da contratação de leitos para resolver esta  
480 situação. Colocou que o Estado já fez de tudo para Feira de Santana assumir a responsabilidade de aumentar a oferta Hospitalar  
481 colocando dinheiro, cobrando responsabilidade há um ano e dois meses e o município de Feira nada fez. O Senhor Coordenador  
482 passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro colocou que dada à complexidade do sistema é preciso que o Gestor seja mais  
483 criativo; citou a questão central e como foi colocado por Dr. Solla que estamos arrastando a varias CIB uma serie de questões que  
484 envolvem a porta de urgência e emergência. Quanto à proposta é a primeira vez que é apresentada na Bipartite tendo a  
485 oportunidade de conhecer e debater e não colocamos que tenha que amarrar o programa de internação domiciliar a proposta  
486 porque são duas coisas que se potencializam e uma não exclui a outra, ao contrario, são propostas diferenciadas que tendem a se  
487 potencializar. Pontuou que quando fala da internação domiciliar, da necessidade que realmente comece a acontecer no Estado da  
488 Bahia, e o COSEMS se coloca a disposição da urgência de resolver o problema. E quanto a proposta de discutir e criar uma  
489 comissão é exatamente por entender que temos condições de dialogar de forma madura os conceitos e preposições por que não  
490 entende que a proposta é definitiva; pontuou não pode ser definitiva esta proposta. Porque conhece o perfil do Secretário de  
491 Saúde do Estado Dr. Jorge Solla que teve uma experiência no Ministério da Saúde e antes em Vitória da Conquista e sabemos por  
492 onde passa os princípios que conduz seu trabalho e norteia sua Gestão, e que isto não implica em que nós enquanto município  
493 não tenha dúvidas em debater esta matéria. Colocou que não vê nenhum problema em remeter esta questão para próxima CIB. O  
494 Senhor Coordenador encaminhou a proposta para a próxima CIB, dia seis do mês de março e que o COSEMS e SESAB  
495 representada por Dr. Andrés Alonso agende uma discussão para apresentar na próxima reunião. Dando continuidade convidou Dr.  
496 Humberto Torreão para apresentar a proposta do PDR. Colocou que na reunião da CIB do mês de Janeiro foi feita uma discussão  
497 dos municípios de Capela do Alto Alegre e Riacho de Santana de mudança de microrregião pela distância de deslocamento era  
498 mais próximo do local em relação do pólo da microrregião estava localizado em relação onde o município solicitava o seu  
499 descolamento. Informou que foi analisada a solicitação dos municípios Capela do Alto Alegre e Riacho de Santana e a CIB  
500 aprovou a solicitação. Apresentou as alterações que foram aprovadas. Apresentou a proposta de desfazer a microrregião  
501 temporariamente e os municípios de Serra do Ramalho e Sítio do Mato iria para região de Santa Maria da vitória e o município de  
502 Bom Jesus da Lapa para microrregião de Guanambi. Colocou que foi analisado que havendo a mudança de Capela do Alto Alegre  
503 e outras mudanças apresentadas pelo CONER e outras pelos próprios municípios. Apresentou as solicitações da microrregião de  
504 Ipirá, inicialmente eram dez municípios: Anguera, Nova Fátima, Riachão de Santana, Serra Preta, Capela do Alto alegre e Pé de  
505 Serra, todas pertinentes considerando o critério estabelecido pela CIB. Pontuou que diante disto apresentou a proposta de integrar  
506 os municípios nas microrregiões adjacentes, desfazendo a microrregião e os municípios de Ipirá e Pintadas iriam para micro Feira  
507 de Santana e Baixa Grande e Mundo novo para micro de Jacobina. Dr. Humberto Torreão salientou que uma vez que uma  
508 microrregião com esse número de municípios ficaria inviável. Mencionou que essa é a proposta de alteração do PDR. Mencionou  
509 que em sendo aprovada, resultaria em vinte e oito microrregiões, automaticamente, vinte oito colegiados de gestão  
510 microrregionais. Falou que o recurso da portaria para a secretaria executiva também seria redistribuído. Dra. Suzana Cristina  
511 colocou em discussão e perguntou se haveria alguma observação. Perguntou ao Dr. Humberto Torreão se os encaminhamentos  
512 foram formalizados diretamente para as diretorias. Dr. Humberto Torreão esclareceu que os municípios de Mundo Novo, Ipirá,  
513 Pintadas e Baixa Grande que sobram, também não haviam solicitado. O Secretário Municipal de Saúde de Pojuca falou que foi  
514 feita uma solicitação para que fosse mudado o município de Pojuca para Camaçari e não para Alagoinhas, mas que foi negada.  
515 Disse que os pacientes do seu município terão que subir para Alagoinhas, por questão de três ou quatro quilômetros de distância  
516 para Camaçari, onde tem tido mais resolutividade. Esclareceu que na verdade esses pacientes não são encaminhados para  
517 Alagoinhas, são encaminhados para Camaçari ou Salvador. Informou que existe uma grande dificuldade para se resolver os  
518 problemas dos pacientes enviados para Alagoinhas. Mencionou que foi feita essa solicitação, para que fosse evitado esse  
519 desgaste. Dr. Humberto Torreão citou que na microrregião de Bom Jesus da Lapa, os municípios de Sítio do Mato e Serra do  
520 Ramalho já haviam feito a solicitação, ficou resolvido. Disse que em relação aos municípios de Ipirá, Pintadas, Baixa Grande e  
521 Mundo Novo, seria para ser estabelecido um período para se manifestarem e resolverem se concordam com a proposta de  
522 alocação, sendo que está mantido o critério da distância e acesso que foi estabelecido na CIB. Sugeriu que um representante do  
523 COSEMS participasse dessa discussão, para avaliar a solicitação desses quatro municípios e a do município de Pojuca. Dr.  
524 Edilson Rodrigues ponderou que quando olhou no SITE da SESAB, notou que houve algumas mudanças no PDR que muita gente  
525 não estava sabendo. Proferiu que quando foi fechada a resolução da CIB, havia alguns municípios que estavam no PDR de

526 Guanambi, mas que no SITE da SESAB não estavam. Solicitou que o SITE da SESAB disponibilizasse também essas alterações.  
 527 Dr. Humberto Torreão arrazoou que os municípios podem ligar para a SESAB que a mesma passa as informações. Proferiu que  
 528 essa situação é transitória, que não irá ficar no SITE da SESAB por muito tempo. Dra. Orlandina Silva mencionou achava  
 529 complicado o município de Baixa Grande e Mundo Novo irem para Jacobina. A Secretária Municipal de Saúde de Mata de São  
 530 João perguntou se poderia, diante de uma portaria que nomeia Mata de São João como região metropolitana de Salvador, fazer o  
 531 pleito de mudança. Dr. Humberto Torreão disse que acrescentaria o caso de Mata de São João para que fosse feita a análise. Dr.  
 532 Emílio Rodat perguntou que visando o PlanejaSUS, com quem ficaria essas duas vagas, COSEMS ou SESAB. Dra. Suzana  
 533 Cristina respondeu que isso não teria problema, manteria com o COSEMS. Solicitou que essa pauta fosse vista enquanto  
 534 COSEMS. Dr. Humberto Torreão salientou que como o treinamento seria na segunda feira seguinte à esta reunião, deveria ser  
 535 mantido e que nos próximos eventos se encaixariam dentro da nova disposição. A Coordenadora Adjunta convidou Dr. Humberto  
 536 Torreão para fazer a apresentação das etapas de adesão ao pacto pela saúde na Bahia. Dr. Humberto Torreão trouxe à baila que  
 537 a primeira etapa corresponde a: o município faz debate interno sobre as responsabilidades sanitárias municipais no âmbito da  
 538 gestão da atenção à saúde e no âmbito da gestão do sistema de saúde, considerando as suas inserções na rede municipal e nas  
 539 redes micro/macrorregional de saúde; salientou que a segunda etapa corresponde a: o conselho municipal de saúde aprova a  
 540 documentação que formaliza as pactuações, compromissos e responsabilidade do pacto pela saúde, quais sejam – termo de  
 541 compromisso de gestão e seus anexos, bem como as planilhas de pactuações de metas e objetivos do pacto pela vida. Ponderou  
 542 que a terceira etapa corresponde a: o município protocola o processo na SESAB, para a secretaria executiva da CIB, solicitando  
 543 adesão ao pacto pela saúde, incluindo na documentação a ata do CMS aprovando as pactuações e compromissos constantes nos  
 544 documentos do pacto. Mencionou que posteriormente a secretaria executiva da CIB checa o recebimento de todos os documentos  
 545 necessários à adesão e só então registra a data de entrada do processo de adesão. Lembrou que em caso de pendência de  
 546 alguma documentação, a secretaria executiva da CIB irá comunicar ao município solicitante, o qual, após apresentar  
 547 documentação pendente terá a data de entrada contabilizada. Arrazoou que na próxima etapa a secretaria executiva da CIB  
 548 encaminha os processos à DIPRO, a qual, irá agrupar os processos por microrregião, reunirá as áreas técnicas de outras  
 549 diretorias envolvidas no processo e procederá com as mesmas, uma análise prévia do TCGM e das planilhas de metas e objetivos  
 550 do pacto pela vida. Disse que posteriormente a DIPRO analisa, preenche e encaminha às demais áreas técnicas responsáveis,  
 551 para análise e preenchimento do TLFG. Informou que na etapa seguinte, a DIPRO encaminha o processo à DICON/SUREGS para  
 552 o parecer quanto à assunção pelo município do comando único. Ponderou que após a chegada de processos de adesão de, pelo  
 553 menos, quarenta por cento dos municípios da microrregião, a DIPRO organiza os pareceres em relatório síntese e encaminha  
 554 cópias à secretaria executiva dos respectivos CGMR. Trouxe à baila que posteriormente a secretaria executiva dos respectivos  
 555 CGMR tem o prazo de quarenta e oito horas para divulgar a cada município da sua microrregião o seu respectivo relatório síntese.  
 556 Mencionou que posteriormente o CGMR reúne, debate os papéis e responsabilidades dos municípios e do estado nas redes  
 557 municipais e micro/macrorregionais; debate os relatórios síntese; procedem as pactuações intergestores, as formaliza em ata, que  
 558 será assinada, que será assinada em ato por todos os gestores presentes, respeitando o regimento interno dos CGRM. Disse que  
 559 posteriormente a secretaria executiva do CGRM encaminha os processos à CIB para homologação, a CIB homologa os processos  
 560 e posteriormente os encaminha para a CIT. Citou que essa é a proposta de fluxo e apresentou o calendário de adesão:

Até o dia 29/02/2008	Os municípios enviam à Secretaria Executiva da CIB os documentos <u>completos</u> para adesão
Até o dia 14/03/2008	A DIPRO e demais Diretorias responsáveis analisam e emitem os Relatórios-Síntese (RS)
Até o dia 18/03/2008	A Secretaria Executiva encaminha os RS aos municípios
Até o dia 25/03/2008	Os municípios analisam os RS
De 25/03 a 17/04/2008	Realização das Oficinas do Pacto

561  
 562 Disse que os critérios para a assunção do comando único é uma outra discussão que está sendo feita, que se resume aos  
 563 municípios que solicitam adesão ao pacto e passam a receber fundo a fundo o recurso de média e alta complexidade, esses  
 564 municípios precisam, a medida que recebem esse recurso no teto, ter algumas ações de gestão, que necessitam de uma equipe e  
 565 uma estrutura para poderem ser feitas. Pontuou que feito isso, o Estado se compromete a definir, caso o município não assuma o  
 566 comando único, um período para que venha a assumir e que nesse mesmo período o Estado organiza as capacitações para  
 567 preparar as equipes dos municípios. Esclareceu que ao invés – do colegiado reunir, para o município dizer que quer aderir para  
 568 depois o estado analisar e posteriormente voltar para o colegiado para ser discutido – a proposta é que o município dê a entrada,  
 569 já sai o parecer das áreas técnicas do estado e é remetido ao colegiado para pactuar. Dra. Jácea Santiago falou que existem  
 570 municípios que não têm condições de fazer isso sozinho sem uma orientação técnica. Dr. Humberto Torreão informou que estava  
 571 sendo proposto que no terceiro dia de oficina se faça a discussão da adesão ou os esclarecimentos. Arrazoou que o prazo de vinte  
 572 e nove de fevereiro é para o caso de algum município já tenha se adiantado, com tudo pronto, para que não necessite esperar  
 573 mais, poderá dar entrada já para discutir nessas oficinas, mas que caso isso não tenha acontecido, poderá pegar os  
 574 esclarecimentos nas oficinas e na reunião seguinte do colegiado, já poderá entrar com o processo de adesão se já estiver feito  
 575 toda a etapa. Dr. Wilson Mendes perguntou se as comissões de gestão ainda não estão formadas, como é que iriam analisar o  
 576 pacto. Dr. Humberto Torreão mencionou que tem uma equipe na SESAB, que fará parte dos colegiados e que irão fazer esses  
 577 esclarecimentos. Informou que essa equipe irá se reunir previamente às reuniões dos colegiados para analisar. Dra. Orlandina  
 578 Silva disse que encaminhou a sua documentação, mas que recebeu uma resposta da CIB dizendo que todos os processos  
 579 estariam parados por conta do colegiado. Falou que tem um grupo que se reuniu e estava fazendo uma nova adesão. Perguntou  
 580 se na sua região poderia ser feito isso. Dr. Andrés Castro salientou que esse prazo é um prazo para as microrregiões que já se  
 581 sentem prontas para aderir ao processo, o que significa que este é o prazo. Falou que esse é um processo dinâmico e  
 582 permanente. Esclareceu que existe a compreensão que a adesão ao pacto não é um mero instrumento cartorial, é um processo de  
 583 assumir responsabilidades. Dr. José Abelardo disse que a questão do comando único, foi estabelecido como critério ter condições  
 584 técnicas de processamento. Salientou que a questão do gestor ser ou não o secretário de saúde, poderia ser um critério reforçado,  
 585 já que mesmo com a lei oito mil e oitenta, os prefeitos é quem tem capacidade de fazer isso. Dra. Marta Rejane perguntou como  
 586 está a implantação dos colegiados de gestão microrregional. Disse que no seminário que foi feito no ano passado, ficou um  
 587 cronograma de que em janeiro isso estaria sendo encaminhado. Disse que a sua preocupação é de que se isso não acontece, o

588 cronograma quadrimestral apresentado já estava completamente prejudicado porque no fluxo é obrigado a ver o pacto a nível do  
589 colegiado de gestão microrregional. Mencionou que o município de Ipirá estava com o termo de gestão municipal na SESAB a  
590 bastante tempo, mas que está parado o processo porque os outros municípios não se movimentaram para assinar o seu termo de  
591 compromisso. Elucidou que é preciso haver outros movimentos de sensibilização de gestor, de prefeito, de esclarecimento quanto  
592 a importância do pacto para a qualificação da gestão do SUS no estado da Bahia. O Senhor Coordenador disse que é preciso que  
593 seja definido quais são os critérios que serão trabalhados para orientar no que diz respeito a decisão do município assumir o  
594 comando único ou não. Mencionou que não pode ser uma decisão unilateral da gestão municipal e que é preciso definir os  
595 critérios. Colocou que estava olhando os termos e percebeu que tem município que coloca o prazo para fevereiro de dois mil e  
596 nove, o outro coloca para dezembro de dois mil e oito, outro para outubro de dois mil e oito. Disse que é preciso, antes de  
597 continuar esse processo e concluir o cronograma, definir os critérios. Dra. Itana Viana falou que solicitou um espaço para expor o  
598 planejamento estratégico do Ministério Público do ano de dois mil e oito. Elucidou que fruto de exames das auditorias, depois de  
599 diálogo com vários setores da gestão, foi feito um planejamento estratégico para esse ano, afinado com o pacto, com as questões  
600 que reclamam uma atenção maior como a do fundo de saúde. Mencionou que possui nos formulários, o que os promotores irão  
601 fazer vendo junto ao banco se a conta existe quem é o ordenador de despesa que movimenta a conta, para que se faça cumprir a  
602 lei. Disse que o MP na área da saúde é orientado para antes de tudo ter uma parceria e um diálogo. Elucidou que isso acontece  
603 em muitos municípios e que Vitória da Conquista é um exemplo. Citou que nesse diálogo, os promotores não são “experts” em  
604 saúde e que todo mundo está aprendendo, já que é uma coisa muito nova para o pessoal do direito, mas que existem muitos  
605 profissionais com boa vontade e compromisso de que dialogando com o secretário encontrem meios de errar menos. Elucidou que  
606 em um determinado momento irá expor o planejamento estratégico do município, até o do MP, para que seja visto quais são as  
607 ações que serão desenvolvidas. Salientou que todas as ações estão voltadas para ajudar a gestão a se fortalecer e cumprir o seu  
608 papel. Disse que podem procurar o promotor da COMARCA que trabalha com a área da saúde para estabelecer esse diálogo.  
609 Mencionou que é possível que se construa junto e que se tire até dúvidas de questões jurídicas relativas à saúde. Dr. Humberto  
610 Torreão comunicou que era em muito boa hora que a CIB estava fazendo a discussão do comando único que é a sua maior  
611 preocupação com toda essa discussão do pacto desde o início. Propôs que fosse considerada uma comissão SESAB e COSEMS,  
612 para pegar todas as considerações que foram citadas e que fosse montada uma proposta; além de analisar as solicitações de  
613 adesão que deram entrada neste dia, juntamente com as que darão entrada com a luz desses critérios. Salientou que após isso se  
614 chegaria à homologação desses municípios. O Senhor Coordenador perguntou se a proposta poderia ser aprovada. Foi aprovada.  
615 Dra. Alcina Andrade solicitou que fosse apenas feito uma fala sobre o plano de investimentos, já que na reunião do COSEMS já  
616 havia sido apresentado. Houve acordo de todos. O Senhor Coordenador mencionou que como havia sido apresentado pela manhã  
617 e havia acordo de todos, o plano de investimentos estava aprovado. Trouxe à baila o plano de ação para aplicação dos recursos  
618 de incentivo à portaria três mil e sessenta. Perguntou se houve essa discussão pela manhã e se poderia haver o mesmo  
619 encaminhamento do ponto de pauta anterior. Houve acordo e todos e foi considerado aprovado. Mencionou que alguns pontos de  
620 pauta teriam que ficar para a próxima reunião devido ao horário. Perguntou se os dois pontos de pauta da assistência farmacêutica  
621 poderiam ficar para próxima reunião. Dr. Raul Molina disse que não porque estava se perdendo recurso e que a portaria era para  
622 ter sido aprovada desde dezembro e que já havia sido apresentada na reunião na COSEMS. Dra. Gisélia Santana salientou que  
623 seria importante a apresentação porque envolvia aplicações operacionais e que não poderia ser uma coisa ligeira. Arrazou que  
624 seria necessária uma resolução aprovando o termo de medicamento em casa e que o termo de compromisso poderia ficar para  
625 depois. Mencionou que o que foi decidido de manhã foi de aprovar a resolução de implantação do programa e que ficaria para a  
626 próxima reunião a discussão do termo de compromisso. O Senhor Coordenador informou que o programa de medicamento em  
627 casa já havia sido apresentado e aprovado no ano de dois mil e sete. Disse que se o COSEMS concordasse, seria considerado  
628 que já havia sido feita essa apresentação e seria reportada à secretaria executiva da CIB que fosse feita a resolução referente a  
629 isso. Citou sobre questionamento do Dr. Raul Molina sobre a perda de recursos. Dr. Emerson Garcia salientou que enquanto os  
630 municípios não aderirem a esse termo, não terão repasse financeiro da assistência farmacêutica nesse ano. Dra. Gisélia Santana  
631 disse que o efeito da portaria era retroativa à janeiro e que já existia uma programação de atendimento, prevendo inclusive do  
632 ponto de vista da contrapartida estadual, contemplando a portaria a partir de primeiro de janeiro e que esses três meses que estão  
633 aí. Mencionou que esse débito seria cumprido no segundo semestre e que o saldo referente ao ano passado, de alguns  
634 municípios, já está sendo previsto nesse cronograma. Informou o repasse da contrapartida estadual não terá nenhum prejuízo com  
635 relação a isso e que o federal ainda não repassou do ponto de vista da nova portaria. O Senhor Coordenador pontuou que estava  
636 entendendo que haveria necessidade de aprovar uma resolução da CIB, para que a contrapartida federal aumente. Perguntou se  
637 havia alguma discordância da CIB em essa resolução ser aprovada. Todos concordaram e essa resolução foi aprovada. Pontuou  
638 que na próxima reunião será discutida a questão da regulamentação que a CIB vai aprovar para aplicar o que está estabelecido.  
639 Esclareceu que no ano passado foi o primeiro ano que SESAB cumpriu a contrapartida da assistência farmacêutica básica e  
640 estava na programação. Dra. Suzana Cristina disse que na próxima CIB poderia ser discutida a questão do elenco. O Senhor  
641 Coordenador sugeriu que na próxima reunião da manhã, do dia seis de março, ficasse com um ponto de pauta necessário essa  
642 discussão. Dra. Suzana Cristina disse que por conta das demandas crescentes da CIB, a reunião da diretoria será feita na quarta à  
643 tarde e que no dia posterior será a pauta da CIB. Mencionou que tudo que a SESAB tiver de apresentação para ter que ser feito  
644 pactuado na reunião da CIB, será feito na reunião da manhã do COSEMS para que fosse dada celeridade na CIB. O Senhor  
645 Coordenador perguntou sobre a unidade de saúde da família no município de Caravelas. Dr. Heider Araújo mencionou que houve  
646 um erro e que essa unidade já havia sido aprovada. Citou que foi feita uma discussão pela manhã e que seria colocada no sítio  
647 virtual uma proposta com relação ao fluxo de credenciamento dos NASF, que será similar ao saúde da família. Proferiu que ficou  
648 acordado que na próxima CIB será feita a discussão dos NASF e até a CIB do dia seis, será feita a visita técnica dos municípios  
649 que solicitaram. O Senhor Coordenador perguntou sobre a saúde penitenciária de Jequié. Dra. Stela Souza falou que na verdade  
650 esse é um programa que já está atendendo à comunidade penitenciária por necessidade. Salientou que um comprimido de  
651 aspirina era vendido por vinte reais dentro do presídio. Elucidou que o município vem arcando desde o final de agosto com esse  
652 programa. Proferiu que o município está arcando com isso sozinho e precisa da contrapartida urgente. Dra. Zaida ponderou que  
653 existe um plano estadual para ser implantado, que já passou pela CIB em dois mil e quatro. Elucidou que a SMS de Jequié precisa  
654 da aprovação da CIB para cadastrar as equipes, para que comece a receber o financiamento das equipes de saúde, que é a

655 contrapartida do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça. Pontuou que já se encontra no planejamento de março, uma  
 656 reunião com os prefeitos, secretários de saúde dos municípios onde tem esse sistema prisional, para que sejam esclarecidos  
 657 alguns pontos do plano estadual, trazendo para a responsabilidade de cada nível hierárquico, deixando claro e criando alguns  
 658 critérios para que possa haver a contrapartida. O Senhor Coordenador perguntou se o parecer era favorável. Foi dito que sim. O  
 659 Senhor Coordenador considerou aprovado. Trouxe à baila o ponto de pauta referente à aprovação do projeto de uma unidade de  
 660 CAPS para atender aos municípios de Igaraporã e Matina. Perguntou se havia parecer da diretoria. Dr. Vitorio Nascimento  
 661 mencionou que no caso dos municípios de Igaraporã e Matina, é uma questão de consórcio e que é remetido para Brasília para ser  
 662 feita uma consulta. Disse que somente depois dessa consulta, é que é dado o andamento do processo. Elucidou que como ainda  
 663 não havia o retorno de Brasília, não haveria como aprovar. Dra. Suzana Cristina informou que o COSEMS levantou uma questão  
 664 quanto ao fluxo do credenciamento. Esclareceu que existe o movimento de encaminhar o projeto à Brasília para receber recurso  
 665 de implantação e aprovação do projeto. Proferiu que as duas coisas poderiam ser feitas para não perder tempo. Dr. Vitorio  
 666 Nascimento comunicou que existem duas situações, sendo a primeira quando o município solicita incentivo, aonde vai direto para  
 667 Brasília. Arrazouo que na segunda situação, que é o credenciamento, que é feito via SESAB. Dr. Suzana Cristina mencionou que a  
 668 proposta era de agilizar para não ficar um hiato muito grande. O Senhor Coordenador salientou que a solicitação não estava  
 669 aprovada e que estaria aguardando o parecer. Trouxe à baila o ponto de pauta “pactuar comissão para discussão e análise dos  
 670 indicadores do pacto pela vida”. Dra. Suzana Cristina mencionou que isso já existe e que a comissão do ano de dois mil e sete  
 671 poderia ser resgatada para ser feita a discussão. Disse que seria necessário ver com a atenção básica, se já receberam do MS os  
 672 indicadores estaduais que ficou de ser remetido no dia dezoito. O Senhor Coordenador solicitou que a diretoria da atenção básica  
 673 depois analisasse isso. Dr. Heider Araújo disse trouxe à baila as datas da seleção dos agentes comunitários de saúde:

Datas	Anterior Seleção	Nova Data	Entrega Documentos
I	24-02	24-02	prazo expirado
II	02-03	02-03	prazo expirado
III	20-04	18-05	31-03
IV	11-05	01-06	08-05
V	25-05	08-06	08-05

674 Mencionou que a resolução do tribunal superior eleitoral coloca que os municípios podem fazer a contratação dos agentes, desde  
 675 que a seleção pública tenha sido homologada até noventa dias antes do pleito eleitoral. Salientou que as datas já haviam sido  
 676 aprovadas, mas que ficou no dias das mães e em um feriado e que por conta disso as datas estavam sendo modificadas. O  
 677 Senhor Coordenador perguntou se estava de acordo. Foi aprovado. Dra. Suzana Cristina elucidou que os critérios da portaria de  
 678 especificidades regionais. Esclareceu que são os cinqüenta por cento que o MS suspendeu em relação à reserva da fundação  
 679 estatal. Arrazouo que quanto à questão do mutirão de eletivas, gostaria do apoio do Estado, porque os municípios que  
 680 apresentaram e tiveram os projetos aprovados na CIB e que até o momento, não houve nenhum posicionamento do MS. O Senhor  
 681 Coordenador esclareceu que todos os projetos que foram aprovados na CIB, nenhum foi aprovado. Dra. Suzana Cristina disse que  
 682 deveria ser feito um movimento da SESAB, para que seja visto junto ao MS, para haver uma posição concreta quanto a isso.  
 683 Proferiu que existe uma informação veiculando em algumas regionais, de que se o município tem um teto de cem agentes  
 684 comunitários para serem selecionados, mas que só selecionou oitenta, a diferença dos vinte, a partir de então, será custeada pelo  
 685 próprio município. Dr. Heider Araújo mencionou que não tem nenhuma lógica em uma informação desse tipo. Explicou que o MS  
 686 custeia até o teto do município. Dr. Geraldo Mazela citou que na última reunião, no dia vinte e nove, do CONER da região extremo  
 687 sul, foi sugerida mudança na forma de administração do Hospital Luiz Eduardo Magalhães, no município de Porto Seguro.  
 688 Esclareceu que a sugestão foi aprovada por unanimidade e que a idéia é de haver uma comissão entre COSEMS e SESAB, para  
 689 estudar a sugestão. O Senhor Coordenador disse que a sugestão estava sendo registrada, para que fosse discutida em uma outra  
 690 oportunidade. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião  
 691 extraordinária para o dia 06 de março de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes  
 692 Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de  
 693 fevereiro de 2008.

694  
 695  
 696 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
 697 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
 698 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
 699 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
 700 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_  
 701 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
 702 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
 703 Carlos Alberto Trindade \_\_\_\_\_  
 704 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
 705 Denise Lima Mascarenhas \_\_\_\_\_  
 706 Suplente: Wilson Martins Mendes \_\_\_\_\_  
 707 Angeli Santos Matos \_\_\_\_\_