

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) 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) 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 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:

PERÍODO	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 contratar 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 cinquenta 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 _____