

1  
2  
3 Aos quinze dias do mês de maio 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, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte  
7 Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito,  
8 Denise Lima Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia  
9 Santana Souza, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, Dra. Suzana  
10 Ribeiro declarou aberta a sessão informando que a ata da 160ª Reunião Ordinária foi encaminhada por e-mail aos membros, no  
11 entanto, devido à problemas no expresso alguns não receberam em tempo hábil, assim, foi entregue uma cópia a cada membro  
12 ficando a discussão e aprovação para a próxima reunião. Dando início à ordem do dia, passou a palavra para a Secretária  
13 Executiva da CIB, Nanci Nunes Sampaio Salles que efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da  
14 CIB para informes: 1.1 Relação dos 108 municípios que já encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB: Abaíra,  
15 Alagoinhas, Alcobaça, Amargosa, Amélia Rodrigues, Angical, Antas, Antônio Cardoso, Aporá, Aratuípe, Baixa Grande, Barreiras,  
16 Boa Nova, Boa Vista do Tupim, Bom Jesus da Lapa, Brotas de Macaúbas, Bonito, Barra da Rocha, Camaçari, Campo Alegre de  
17 Lourdes, Candéias, Canudos, Catolândia, Coaraci, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Dias D'Ávila, Dom Macedo Costa,  
18 Elísio Medrado, Erico Cardoso, Feira de Santana, Filadélfia, Firmino Alves, Gandú, Ibiassucê, Ibicuí, Ibitiara, Igaporã, Igrapiúna,  
19 Iguai, Ilhéus, Inhambupe, Irecê, Iraquara, Itaguaçu da Bahia, Itajuípe, Itapitanga, Ipujiara, Ituberá, Jaguaquara, Juazeiro,  
20 Jacobina, Lagoa Real, Lajedinho, Livramento de Nossa Senhora, Macajuba, Madre de Deus, Maiquinique, Malhada, Maragogipe,  
21 Mirangaba, Muquém do São Francisco, Medeiros Neto, Muniz Ferreira, Nazaré, Nova Ibiá, Nova Redenção, Nova Soure, Nova  
22 Viçosa, Olindina, Palmeiras, Paratinga, Paramirim, Piatã, Pindobaçu, Poções, Porto Seguro, Quijingue, Rafael Jambeiro,  
23 Remanso, Riacho de Santana, Ribeira do Amparo, Salinas das Margaridas, Santa Cruz Cabralia, Santa Cruz da Vitória, Santa  
24 Terezinha, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Desidério, São Domingos, São Felipe, São Miguel das Matas, São  
25 Sebastião do Passé, Sapeaçu, Saubara, Sento Sé, Serra Dourada, Simões Filho, Sítio do Mato, Tabocas do Brejo Velho,  
26 Tapiramutá, Teixeira de Freitas, Teolândia, Tremedal, Uruçuca, Várzea da Roça, Vitória da Conquista, Varzedo, Vereda e  
27 Wenceslau Guimarães; 1.2 Relação dos 06 municípios que enviaram apenas a ata de aprovação do Relatório de Gestão 2007  
28 pelo Conselho Municipal de Saúde para a CIB: Érico Cardoso, Itaetê, Jequié, Rio do Antônio, São Félix, Tanquinho; 1.3 Relação  
29 dos 32 municípios que já encaminharam o Relatório de Incentivo Financeiro Estadual do Programa Saúde da Família 2007 para a  
30 CIB: Água Fria, Alcobaça, Amélia Rodrigues, Aporá, Baixa Grande, Catolândia, Canudos, Coaraci, Érico Cardoso, Feira de  
31 Santana, Glória, Igaporã, Ilhéus, Inhambupe, Itaetê, Itapetinga, Itapicuru, Lagoa Real, Madre de Deus, Mirangaba, Nova  
32 Redenção, Olindina, Paratinga, Piatã, Pindobaçu, Rafael Jambeiro, Santa Cruz da Vitória, Santa Terezinha, Serra Dourada,  
33 Simões Filho, Tremedal, Varzedo; 1.4 A SMS de Itabuna encaminhou ofício à CIB, solicitando prorrogação do prazo de entrega do  
34 Relatório de Gestão 2007, devido à infecção das máquinas por vírus; 1.5 Portaria nº 91, de 2 de maio de 2008, estabelece  
35 diretrizes para o Prêmio Nacional da Gestão Pública. Dando Continuidade, Dra. Suzana Ribeiro efetuou a leitura dos expedientes  
36 encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da  
37 Saúde – SUVISA: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB – Lista encaminhada  
38 – **Aprovado.** 2. Superintendência de Planejamento e Descentralização – SUPLAN:

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – <b>APROVADO</b>	01 NASF 1	Remanso
	01 NASF 2	Campo Alegre de Lourdes
	08 NASF	Feira de Santana
	01 NASF	São Sebastião do Passé
	01 NASF	Catú
	01 NASF	Simões Filho
ESB – Equipe de Saúde Bucal – <b>APROVADO</b>	01 ESB – Mod. I – USF Jucurici da Leste	Itiúba
	01 ESB – Mod. I – USF Piasus	Itiúba
	01 ESB – Mod. I – USF Nossa Senhora de Fátima	Paulo Afonso
	01 ESB – Mod. I – USF Herbert de Souza	Paulo Afonso
	01 ESB – Mod. I – USF Jardim Bahia	Paulo Afonso
	01 ESB – Mod. I – USF Perpétuo Socorro	Paulo Afonso
	01 ESB – Mod. I – USF Senhor do Bonfim	Paulo Afonso
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Centro I	Rio Real
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Centro II	Rio Real
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Maré Mansa	Rio Real
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Puba	Rio Real
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Ildenfonso Guedes	Jequié
	01 ESB/02ESF – Mod. I – USF Milton Rabelo I e II	Jequié
	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Odorico Mota	Jequié
	01 ESB/02ESF – Mod. I – USF Armando Borges I e II	Jequié
01 ESB/02ESF – Mod. I – USF José Maximiliano I e II	Jequié	
01 ESB/02ESF – Mod. I – USF Virgílio T. Neto I e II	Jequié	
01 ESB/01ESF – Mod. I – USF Waldomiro Borges	Jequié	
01 ESB/02ESF – Mod. I – USF Aurélio Schiarreta I e II	Jequié	

	01 ESB/01ESF – Mod. I – USF José de Anchieta	Itajuípe
	01 ESB/02ESF – Mod. I – USF de Anuri 01 ESB/02ESF – Mod. I – USF de Pratas	Arataca Arataca
ESF – Equipe de Saúde da Família – <b>APROVADO</b>	01 ESF – Rua do Sol 01 ESF – São Francisco – com 01 ESB Mod. I 01 ESF – Santa Quitéria – com 01 ESB Mod. I	Paulo Afonso Paulo Afonso Paulo Afonso
	01 ESF – USF Alto do Campim	Quixabeira
	01 ESF – USF Centro I 01 ESF – USF Centro II	Rio Real Rio Real
ACS – Agente Comunitário de Saúde – <b>APROVADO</b>	02 ACS	Quixabeira
	22 ACS	Eunápolis
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas – <b>APROVADO</b>	Alteração de tipologia – CEO Tipo I para CEO Tipo III	Juazeiro (Bairro João Paulo II)
	Implantação - CEO Tipo I	Remanso

39 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde - SUREGS: 3.1 Credenciamento de CAPS I nos municípios de  
40 Belo Campo, Capim Grosso e Encruzilhada - **Aprovado**; 3.2 Credenciamento de CAPS AD nos municípios de Paulo Afonso e  
41 Porto Seguro - **Aprovado**. 4. COSEMS: 4.1 Credenciamento de 05 novas Equipe de Saúde Bucal do município de Serra Preta –  
42 **Aprovado**; 4.2 Implantação de CAPS I no município de Mucugê – Não foi aprovado por falta de parecer técnico. Em seguida,  
43 apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Vigilância e  
44 Proteção da Saúde – SUVISA: 1.1 Projeto de Estruturação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia -  
45 Apresentação Dra. Edna Pagliarini da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do LACEN. “Projeto de Estruturação da  
46 Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia: 1. Objetivo: Garantir a descentralização das ações laboratoriais  
47 visando fortalecer a atenção básica e subsidiar as intervenções sobre os fatores de risco e agravos a saúde coletiva. 2.  
48 Diagnóstico da Situação Atual: a) Número insuficiente de unidades laboratoriais; b) Alta rotatividade de profissionais; c)  
49 Precariedade da estrutura física das unidades existentes; d) Equipamentos obsoletos (procedimentos manuais); e) Inexistência de  
50 recursos financeiros específicos. 3. Organização da Rede: Portaria 2031/2004 – SISLAB e Portaria 2606/2005 – FINLACEN. a)  
51 Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN; b) Laboratórios Regionais (gestão municipal). 4. Plano Diretor de Regionalização  
52 - PDR/2007: a) População de abrangência; b) Infra-estrutura existente; c) Distância/ trajeto da amostra e do usuário; d) Malha  
53 viária de fácil acesso; e) Freqüência de solicitação dos exames; f) Problemas de saúde mais freqüentes; g) Rendimento dos  
54 equipamentos; h) Otimização dos reagentes; i) Disponibilidade de profissionais. 5. Requisitos: a) Alvará Sanitário; b) SCNES e  
55 Cadastro Estadual; c) Responsável técnico; d) Equipe mínima de profissionais qualificados; e) Estrutura física adequada; f) Plano  
56 de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde; g) Sistema informatizado para gerenciamento das amostras e laudos; h)  
57 Termo de compromisso. 6. Competências: a) Atender a população da sua área de abrangência (mínimo 10.000 exames/mês); b)  
58 Organizar os Postos de Coleta nos municípios; c) Definir fluxo das amostras; d) Encaminhar ao LACEN amostras para o controle  
59 de qualidade e complementação diagnóstica; e) Participar do programa de avaliação da qualidade; f) Socializar informações. 7.  
60 Diagnóstico: Meningite\*, diarreias bacterianas, leptospirose, brucelose, mononucleose, sífilis, tuberculose\*, hansen, micoses –  
61 exame direto, hepatite A, B e C\*, rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose, dengue\*, herpes, rotavírus, brucelose, HTLV I e II\* e HIV  
62 I e II. 8. Características:

Laboratório	População do município	População da área de abrangência	Equipamentos	Equipe mínima	Exames	Número mínimo de exames
Laboratório Regional	>60.000 hab.	>200.000 hab.	Automatizado	03 Nível Superior 04 Nível Médio 03 Serviços gerais	Análises clínicas e Saúde Pública	10.000 exames/mês

63 9. Laboratórios Regionais: a) Centro Leste: Itaberaba, Feira de Santana e Serrinha; b) Centro Norte: Irecê e Jacobina; c) Extremo  
64 Sul: Porto Seguro, Eunápolis e Teixeira de Freitas; d) Leste: Camaçari, Santo Antônio de Jesus e LACEN; e) Nordeste: Alagoinhas  
65 e Ribeira do Pombal; f) Norte: Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim; g) Oeste: Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Ibotirama e  
66 Santa Maria da Vitória; h) Sudoeste: Brumado, Guanambi e Vitória da Conquista; i) Sul: Jequié, Ilhéus e Itabuna. 10. Cronograma  
67 de Implantação: a) Implantação em 2008: Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Irecê, Senhor do Bonfim, Teixeira de Freitas, Vitória da  
68 Conquista, Feira de Santana, Juazeiro, Itabuna, Jacobina, Jequié, Paulo Afonso e Alagoinhas; b) Implantação em 2009: Itaberaba,  
69 Ibotirama, Ilhéus, Brumado, Guanambi, Santo Antônio de Jesus, Serrinha e Porto Seguro; c) Implantação em 2010: Santa Maria da  
70 Vitória, Eunápolis, Camaçari e Ribeira do Pombal. 11. Avanços/2008: a) Inauguração do Laboratório de Senhor do Bonfim; b)  
71 Adequação e reformas (Teixeira de Freitas, Bom Jesus da Lapa, Barreiras, Alagoinhas, Irecê, Juazeiro, Paulo Afonso); c)  
72 Contratação de recursos humanos; d) Alocação dos equipamentos nos laboratórios; e) Aquisição de insumos; f) Assinatura do  
73 Termo de Compromisso; g) Repasse de recursos financeiros. 12. Laboratórios Regionais Sub-Rede Meningite: Irecê, Teixeira de  
74 Freitas, Vitória da Conquista, Senhor do Bonfim, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Feira de Santana, Itabuna, Jacobina,  
75 Jequié, Alagoinhas e Paulo Afonso. Todos esses municípios já estão executando o exame de Meningite (coleta LCR, cultura e  
76 teste de sensibilidade, citológico, citoquímico e látex.) e encaminhado ao LACEN para realização dos exames de maior  
77 complexidade: CIE, Sorogrupos, PCR e Controle de Qualidade. 13. Laboratórios Regionais Sub-Rede HIV/Hepatite: Irecê, Teixeira  
78 de Freitas, Vitória da Conquista, Senhor do Bonfim, Barreiras, Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Feira de Santana, Itabuna, Jacobina,  
79 Jequié, Alagoinhas e Paulo Afonso. Todos esses municípios já estão executando exames de HIV e Hepatite A e B e  
80 encaminhando ao LACEN para confirmação e complementação do diagnóstico confirmatório de Hepatite C e HIV, carga viral, PCR  
81 quantitativo / qualitativo e genotipagem. 14. Grupo de Trabalho Intersetorial: LACEN/SUVISA, DIVEP/SUVISA, DIVISA/SUVISA,  
82 DAB/SAIS, DIPRO/SUREGS, DAE/SAIS, COSEMS e Regulação.” Dra. Edna Pagliarini finalizou sua apresentação informando que  
83 em paralelo à Rede de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica, também estão sendo estruturados, os Laboratórios de  
84 Antomologia, Endemias e Água que formam a Rede de Laboratórios da Vigilância Ambiental, que estão passando pelo mesmo

85 processo de adequação, estrutura física, capacitação e supervisão dentro das regionais. Em seguida Dra. Suzana Ribeiro colocou  
86 em discussão e aprovação. Dra. Lorene Pinto complementou informando que a lógica que permeou essa proposta, além dos  
87 critérios apresentados, foi descentralizar os procedimentos e as análises laboratoriais de forma a agilizar alguns diagnósticos  
88 mesmo que do ponto de vista clínico, mas que subsidiam as ações de controle de doenças a exemplo de HIV, Hepatite e  
89 Meningite. Colocou que isso não tem que estar necessariamente num laboratório do porte do LACEN numa regional, mas pode  
90 estar como alguns, dentro de hospitais de gestão municipal já que a Rede de Entomologia e Água vai estar toda vinculada às  
91 Diretorias Regionais porque é toda de gestão estadual e já está sendo estruturado com as DARES, que não tinha e vai passar a ter.  
92 afirmou que isso terá um impacto importante no momento da pactuação de média e alta complexidade porque teremos como  
93 garantir todos os insumos para os procedimentos que subsidiam os programas da área de saúde pública pela portaria do  
94 FINLACEN, passar os kits, treinar e repassar alguns recursos para adequação do espaço físico como já está sendo feito com  
95 alguns. Para os outros do grupo de patologia clínica, no momento de revisão da PPI a sugestão é rever nessa lógica da rede  
96 porque para o município que vai assumir um laboratório para atender uma determinada região, teremos que rever essa locação em  
97 função de supri-lo do recurso do SUS necessário para que ele realmente atenda a região a qual está se propondo. Informou ainda  
98 que o Termo de Compromisso citado na apresentação está sendo elaborado e será complementar à pactuação porque o pacto vai  
99 ter que existir e o compromisso dele se firmar como referência para aqueles procedimentos, naquela região. Dra. Denise  
100 Mascarenhas questionou se já existe um cronograma para os outros municípios elencados para 2008. Dra. Edna esclareceu que o  
101 LACEN está visitando cada município para ver o que já existe de infra-estrutura e o que ainda é necessário, pois existe uma  
102 planilha para este diagnóstico que contempla todos os aspectos; os outros já aconteceram porque mais de 50% já estava em fase  
103 de andamento, só complementamos com os municípios citados e os outros que estão propostos para este ano já é em função  
104 também de um levantamento prévio de que já existem algumas referências estabelecidas. Dra. Suzana Ribeiro registrou a  
105 importância da descentralização, lembrando que tivemos um exemplo agora com a Dengue em todo o Estado onde pudemos  
106 perceber essa necessidade porque a centralização no nível de LACEN dificulta a agilidade do diagnóstico e obviamente o  
107 tratamento precoce. Colocou ainda que alguns municípios já possuem uma estrutura de laboratório municipal que já tem uma ação  
108 regional, então de alguma forma o investimento vai ser muito maior, mesmo sabendo que temos pouco recurso e que a portaria já  
109 vem no sentido de viabilizar o investimento para os kits principalmente na área de epidemiologia, alguns municípios já tem ações  
110 desenvolvidas e isso potencializa inclusive não só a ação do LACEN como também o investimento estadual porque isso já abre  
111 um leque muito grande de possibilidades de avançar rapidamente. Considerou que em alguns casos seria necessário fazer alguns  
112 ajustes, a exemplo do município de Vitória da Conquista onde existe um laboratório com grande estrutura e tem condição de  
113 assumir alguns serviços, inclusive que poderiam estar centralizados na regional e que numa parceria seria possível dispor do  
114 espaço físico. Ressaltou que isso vai demandar investimento nas regionais até para construção e observou que algumas situações  
115 podem se potencializar, no caso da sub rede de meningite, por exemplo, lá funciona no hospital regional, então algumas coisas  
116 precisam ser ajustadas do ponto de vista de equipamento porque tem comprometido o pacto de indicadores, então quando  
117 trabalhamos na questão do diagnóstico das meningites e de fazer o alcance das metas, acabamos tendo dificuldade por conta de  
118 alguns detalhes que podem ser ajustados que minimizam também o investimento e dentro da dificuldade do recurso é possível  
119 otimizar e viabilizar para outros centros que estão com dificuldades maiores. Ressaltou a importância do GT dar conta também  
120 desse diagnóstico do que existe nos municípios que serão referência para que o Estado possa se concentrar e fortalecer. Lembrou  
121 ainda a existência uma pactuação anterior da PPI da Média Complexidade que garante que esse laboratório que é municipal tenha  
122 uma abrangência regional. Dra. Rosane Will informou que já existe o diagnóstico de como estes laboratórios estão funcionando,  
123 quais as suas dificuldades e em que precisam ser potencializados. Após a discussão Dra. Suzana Ribeiro observou que pelo  
124 desenho do GT caberia também ao COSEMS encaminhar sua representação, e colocou em votação o Projeto de Estruturação da  
125 Rede de Laboratórios de Saúde Pública do Estado da Bahia que foi aprovado à unanimidade. Em seguida passou para o próximo  
126 ponto de pauta da SUVISA com apresentação de Dra. Márcia Sampaio: "Relatório Anual de Monitoramento das atividades  
127 desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) que compõem a Rede de Referência do Subsistema Nacional  
128 de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Estado da Bahia. "Monitoramento dos Núcleos Hospitalares de  
129 Epidemiologia (NHE) no Estado da Bahia: 1. Legislação Federal: a) Portaria nº 2529 (23/11/04) - institui o Subsistema Nacional de  
130 Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e  
131 define critérios para qualificação de estabelecimentos; b) Portaria nº 1/SVS (17/01/05) - regulamenta a implantação,  
132 monitoramento e avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar, integrando o Sistema  
133 Nacional de Vigilância. 2. Rede Hospitalar de Referência: a) Constituída por 190 hospitais subdivididos em três níveis (I, II, III); b)  
134 No Estado da Bahia é formada por: 14 hospitais, 8 (Nível I), 4(Nível II), 2 (Nível III); c) Para a seleção desses Hospitais foi  
135 conferida prioridade: - Especializados em Doenças Infeciosas, Universitários ou de Ensino, - Integrantes da Rede de Referência  
136 para a SARS, - Hospitais Sentinela para a ANVISA, - Estratégico para o Estado. 3. Situação Atual dos Núcleos Hospitalares de  
137 Vigilância Epidemiológica: 3.1 Núcleos Hospitalares - Nível I: a) H. Geral de Vitória da Conquista (HGVC) - Cadastrado no MS em  
138 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; b) H. Geral Eurico Dutra (HGED) – Cadastrado no  
139 MS em 01/2006, desativado por falta de equipe, descredenciado em 02/2008; c) H. Geral do Estado (HGE) – Não atende as  
140 exigências para implantação da Portaria 2529/04 até o momento; d) H. Geral Roberto Santos (HGRS) - Não atende as exigências  
141 para implantação da Portaria 2529/04 até o momento; e) H. Geral Ernesto Simões Filho (HGESF) – Cadastrado no MS em  
142 08/2007, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; f) H. Santo Antônio (HSA) – Cadastrado no MS em  
143 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; g) H. São Rafael (HSR) – Cadastrado no MS em  
144 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; h) H. Martagão Gesteira (HMG) – Cadastrado no MS  
145 em 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04. 3.2 Núcleos Hospitalares - Nível II: a) H.  
146 Universitário Professor Edgard Santos (HUPES) - Cadastrado no MS em 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com  
147 a Portaria 2529/04; b) H. Santa Isabel (HSI) – Cadastrado no MS em 01/2006, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a  
148 Portaria 2529/04; c) H. Espanhol (HE) - Cadastrado no MS em 01/2006 como nível I, re-classificado em 12/2007 como nível II, vem  
149 cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; d) H. Geral Clériston Andrade (HGCA) – Cadastrado no MS em  
150 01/2006 como nível I, re-classificado em 12/2007 como nível II, vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria  
151 2529/04. 3.3 Núcleos Hospitalares - Nível III: a) H. Especializado Otávio Mangabeira (HEOM) – Cadastrado no MS em 08/2007,

152 vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04; b) H. Couto Maia (HCM) - Cadastrado no MS em 12/2007,  
153 vem cumprindo suas atribuições de acordo com a Portaria 2529/04. 4. Situação Atual quanto ao recebimento do FIVEH pelos  
154 Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica: 4.1 Núcleos Hospitalares - Nível I: a) H. Geral de Vitória da Conquista – Nunca  
155 foi feito repasse de recursos do FIVEH, transferidos do FNS pelo FMS-VC; b) H. Geral Eurico Dutra – Nunca foi feito repasse de  
156 recursos do FIVEH transferidos do FNS, pelo FMS - Barreiras; c) H. Geral do Estado – Não atende as exigências para recebimento  
157 de recursos do FIVEH, até o momento; d) H. Geral Roberto Santos – Não atende as exigências para recebimento de recursos do  
158 FIVEH, até o momento; e) H. Geral Ernesto Simões Filho – em processo de descentralização de recursos do FIVEH, pelo FES-BA;  
159 f) H. Santo Antônio – vem recebendo recursos do FIVEH, repassados pelo FES-BA desde 12/06; g) H. São Rafael – vem  
160 recebendo recursos do FIVEH, repassados pelo FES-BA desde 12/06; h) H. Martagão Gesteira – vem recebendo recursos do  
161 FIVEH, repassados pelo FES-BA desde 12/06. 4.2 Núcleos Hospitalares - Nível II: a) H. Universitário Professor Edgard Santos -  
162 vem recebendo recursos do FIVEH regularmente, transferidos fundo a fundo pelo FNS-MS; b) H. Santa Isabel – vem recebendo  
163 recursos do FIVEH, repassados pelo FES-BA desde 12/06; c) H. Espanhol – vem recebendo recursos do FIVEH, repassados pelo  
164 FES-BA desde 12/06; d) H. Geral Clériston Andrade – os recursos do FIVEH não são repassados pelo FMS-FS, mas houve  
165 compra de equipamentos pela SMS, transferidos para o HGCA. 4.3 H. Couto Maia – em processo de descentralização de recursos  
166 do FIVEH, pelo FES-BA; b) H. Especializado Otávio Mangabeira – em processo de descentralização de recursos do FIVEH, pelo  
167 FES-BA. 5. Recomendações do GT - Epidemiologia Hospitalar da SUVISA/DIVEP para apreciação pela CIB: 5.1 Núcleos  
168 Hospitalares - Nível I: a) H. Geral de Vitória da Conquista – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse de recursos  
169 do FIVEH pelo FNS; b) H. Geral Eurico Dutra – já descredenciado pelo MS, substituição pelo Hospital Luis Eduardo Magalhães,  
170 em Porto Seguro; c) H. Geral do Estado – adequação aos critérios da Portaria 2529/04 para implantação imediata do NHE ou  
171 substituição por outro hospital da rede; d) H. Geral Roberto Santos - adequação aos critérios da Portaria 2529/04 para implantação  
172 imediata do NHE ou substituição por outro hospital da rede; e) H. Geral Ernesto Simões Filho – manutenção do cadastramento  
173 junto ao MS e do repasse de recursos do FIVEH pelo FNS; f) H. Santo Antônio – – manutenção do cadastramento junto ao MS e  
174 do repasse de recursos do FIVEH pelo FNS; g) H. São Rafael – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse de  
175 recursos do FIVEH pelo FNS; h) H. Martagão Gesteira – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse de recursos do  
176 FIVEH pelo FNS. 5.2 Núcleos Hospitalares - Nível II: a) H. Universitário Professor Edgard Santos – manutenção do cadastramento  
177 junto ao MS e do repasse de recursos do FIVEH pelo FNS; b) H. Santa Isabel – manutenção do cadastramento junto ao MS e do  
178 repasse de recursos do FIVEH pelo FNS; c) H. Espanhol – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse de recursos  
179 do FIVEH pelo FNS; d) H. Geral Clériston Andrade – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse de recursos do  
180 FIVEH pelo FNS. 5.3 Núcleos Hospitalares - Nível III: a) H. Couto Maia – manutenção do cadastramento junto ao MS e do repasse  
181 de recursos do FIVEH pelo FNS; b) H. Especializado Otávio Mangabeira – manutenção do cadastramento junto ao MS e do  
182 repasse de recursos do FIVEH pelo FNS. 6. FES- BA: a) Manutenção da descentralização dos recursos do FIVEH transferidos  
183 pelo FNS, que foram destinados aos hospitais da rede própria: HGESF, HCM e HEOM; b) Descentralização imediata dos recursos  
184 do FIVEH transferidos pelo FNS, que foram destinados aos hospitais da rede própria: HGCA e HGVC; c) Manutenção do repasse  
185 regular dos recursos do FIVEH transferidos pelo FNS que foram destinados aos hospitais filantrópicos: Associação Obras Sociais  
186 Irmã Dulce – Hospital Santo Antônio, Monte Tabor Centro Ítalo Brasileiro de Promoção Sanitária– Hospital São Rafael, Liga Álvaro  
187 Bahia contra a Mortalidade Infantil – Hospital Martagão Gesteira, Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Hospital Santa Isabel e  
188 Real Sociedade Espanhola de Beneficência – Hospital Espanhol. 7. FMS - Feira de Santana: repasse imediato do saldo dos  
189 recursos do FIVEH destinados ao HGCA, transferidos pelo FNS ou devolução desses recursos do FIVEH destinados ao HGCA  
190 para o FNS para posterior repasse direto para o FES-Ba. 8. FMS - Vitória da Conquista: a) repasse imediato da totalidade dos  
191 recursos do FIVEH destinados ao HGVC, transferidos pelo FNS ou devolução desses recursos do FIVEH destinados ao HGVC  
192 para o FNS para posterior repasse direto para o FES-Ba. 9. FMS- Barreiras: a) devolução imediata da totalidade dos recursos do  
193 FIVEH que foram destinados ao HGED para o FNS. “ Após a apresentação, Dra. Suzana Ribeiro observou que faltou a própria  
194 Secretaria do Estado criar um mecanismo que pudesse acontecer por dentro do Termo de Entes Públicos, porque à primeira vista  
195 na apresentação ficou parecendo que os municípios que tem os fundos municipais que recebem o recurso para o hospital  
196 estadual, se recusaram a repassar, só que eles têm dificuldade do ponto de vista legal, de fazer o pagamento a um prestador  
197 estadual já que é um ente público federado. Na verdade é o mecanismo legal de fazer, pois os municípios trabalham com  
198 chamada pública ou com licitação dos prestadores privados para conveniar ao SUS e os hospitais públicos obviamente precisam  
199 passar por um Termo de Entes Públicos onde se compra e vende serviços, então faltou ao próprio Estado desde 2006 colocar uma  
200 cláusula dentro do Termo de Entes para garantir o repasse, porque ele já vem no bojo, automaticamente ele cairia na conta do  
201 fundo, mas isso já garantiria mês a mês o repasse pelo Fundo Nacional direto para o Fundo Estadual, porque aí sim essa  
202 tramitação entre o Fundo Estadual e o hospital regional tem como se dar porque são unidades orçamentárias e gestoras que tem  
203 como estar fazendo esse movimento. Ressaltou que este é o fator real impeditivo, o que acaba criando um certo constrangimento  
204 à primeira vista, mas a realidade é muito mais de base legal e agora o que pode ser feito é esse resgate via Termo de Entes  
205 Públicos e fazer um encontro de contas do que ficou em relação a 2006. Dra. Lorene Pinto informou que a própria coordenação  
206 nacional já corrigiu isso, desvinculou para não ter que mexer nos Termos que já tinha assinado com as unidades e jogou para o  
207 Fundo Estadual o repasse para as unidades de gestão estadual direta. Considerou que em relação ao período anterior, seria mais  
208 prático devolver direito ao fundo para não ter que mexer no Termo de Entes para repassar ao hospital, já que estão depositando no  
209 Fundo Estadual o que é dos hospitais estaduais. Dra. Denise Mascarenhas relatou que seu interesse era passar para o FESBA,  
210 pois o hospital estava lhe cobrando o dinheiro e levou uns quatro meses até conseguir explicar que não poderia agir dessa forma;  
211 como não existia rubrica para fazer essa transação entre Fundo Municipal e Fundo Estadual, foi feito um levantamento e então  
212 comprou tudo em equipamentos solicitados pela própria instituição e prestou contas. Questionou como fazer agora, pois já existe  
213 outra solicitação de equipamentos da instituição e não sabe se faz ou transfere esse dinheiro para o Fundo Nacional. Dra. Márcia  
214 Sampaio considerou que para a unidade o melhor seria comprar os equipamentos. Dra. Denise questionou ainda se a relação de  
215 equipamentos feita pela unidade não precisaria passar por uma análise, pois, há um núcleo implantado em sua gestão, através do  
216 qual vê alguns materiais que não comportam nem no espaço físico, e se a licitação não foi feita, como Secretária Municipal, vai  
217 optar devolver para o Fundo. Dr. Washington Couto colocou para Dra. Denise que se o processo licitatório já foi feito e ainda tem  
218 essa necessidade no núcleo, ela enquanto gestora terá que tomar a decisão, se esta for por fazer a transferência do material

219 teremos que analisar como juridicamente fica todo mundo coberto, e a outra decisão que considera muito mais viável e prático  
 220 para os municípios é fazer a devolução para o Fundo Nacional. Dra. Marta Rejane Montenegro chamou atenção de que se houve  
 221 duas vezes o depósito, se o município não devolve, o Estado vai ter que devolver o correspondente ao do hospital. Dra. Lorene  
 222 Pinto considerou que se o FESBA devolver, o mecanismo para o município repassar para o hospital é mais complicado. Dra. Marta  
 223 Rejane sugeriu que o mesmo mecanismo de estar por dentro do Termo de Entes Públicos para o futuro, poderia se fazer com o  
 224 contrato de metas dos filantrópicos que são de gestão municipal e está sendo repassado pelo FESBA, e para os hospitais de  
 225 ensino listados na apresentação que estão sendo repassados pelo FESBA, mas a gestão, a contratualização ficam a cargo do  
 226 município de Salvador. Enquanto gestora discordou de tirar do Hospital do Oeste que é um hospital de alta complexidade, com  
 227 uma boa resolutividade e que do ponto de vista epidemiológico, pega toda a região oeste do Estado, para colocar no hospital Luiz  
 228 Eduardo Magalhães de Porto Seguro, que tem um a resolutividade bem menor, com uma área de abrangência também menor.  
 229 Observou que como ele é contratualizado do estado, talvez possa entrar numa nova negociação, pois uma vez que o Hospital de  
 230 Santo Antônio de Jesus cumpre com todos os requisitos, não vê porque o Hospital do Oeste não poder cumprir, e considerou  
 231 ainda que epidemiologicamente é mais interessante visualizar o oeste do que Porto Seguro que tem um universo muito menor. Dr.  
 232 Geraldo Magela lembrou que há um pedido formal de intervenção no Hospital Luiz Eduardo Magalhães porque não está  
 233 funcionando nem o básico. Após o alerta feito por Dr. Geraldo Magela e a colocação de Dra. Marta Rejane, Dra. Lorene Pinto  
 234 sugeriu que fosse aprovado com a recomendação de rever a unidade do extremo sul e retomar a negociação com o Hospital do  
 235 Oeste, que em parte já está acontecendo faltando apenas finalizar para trazer à CIB. Observou também a questão do Martagão  
 236 Gesteira que está deixando de ser importante do ponto de vista epidemiológico e assim surge mais uma vaga para pensarmos em  
 237 outra unidade, e ressaltou que o HGE e o Roberto Santos são as duas unidades que estão sendo mantidas e estão em andamento  
 238 com a implantação dos núcleos, pois são duas grandes portas de entrada de que não podemos abrir mão, por isso permanecem  
 239 nos relatórios encaminhados para aprovação, a fim de que possamos implementar, pois, parte da equipe já está sendo negociada.  
 240 Após a discussão, o Senhor Coordenador submeteu à aprovação que se deu por unanimidade, considerando o encaminhamento  
 241 sugerido por Dra. Lorene. Em seguida passou para o ponto de pauta do Projeto Saúde Bahia: 2.1 Informar a necessidade de  
 242 adequação dos valores de diversos dos Termos de Compromisso firmados com os Municípios a fim de que as ações planejadas  
 243 sejam executadas para aprovação da CIB. A Sra. Regina Poli Castro informou que trata-se da mesma situação do mês passado e  
 244 que ainda vai acontecer algumas vezes, tendo em vista que houve a necessidade de adequação nos valores dos Termos, o que  
 245 tem sido feito passo a passo de acordo com o valor conseguido em cada licitação; há um valor máximo a chegar, mas se não é  
 246 necessário utilizar, só estão aditando até o valor que foi licitado – Aprovado. Dando continuidade, passou para as pautas da  
 247 Superintendência de Planejamento e Descentralização – SUPLAN: 3.1 Situação dos Municípios que não entregaram os Relatórios  
 248 de Gestão e/ou incentivo Estadual até 30/04/2008. Dr. Heider Pinto informou que foi pactuado na reunião do COSEMS que o prazo  
 249 para os municípios efetuarem a entrega do Relatório será prorrogado até o dia 30 de maio, tendo em vista que as DIRES têm até o  
 250 dia 15 para se manifestarem com relação ao mesmo e relatou que até o momento setenta e quatro municípios entregaram o  
 251 Relatório, sendo que apenas vinte encaminharam diretamente para as respectivas DIRES. 3.2 Mostra Estadual de Saúde da  
 252 Família: “Mostra Estadual Saúde da Família  
 253 de Todos Nós: 1. Data - 27 a 29 de julho de 2008 (domingo à terça) - Em paralelo ao Encontro do COSEMS. 2. Público estimado  
 254 (3000 pessoas) - Agentes Comunitários de Saúde, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Consultório Dentário,  
 255 Técnicos de Higiene Dental, Enfermeiros, Médicos, Dentistas, demais profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família  
 256 ou atuam na Atenção Básica, coordenadores municipais e, equipe técnica e gestores dos municípios e estado, entidades de  
 257 classe, associações e sociedades científicas, estudantes, docentes e pesquisadores das instituições de ensino e pesquisa em  
 258 saúde. 3. Local - Centro de Convenções. 4. Definição de Participação:

categorias	nº ESF	nº de municípios	Nº de participantes	nº de gestores	nº trabalhadores		nº usuários	Total de participantes
faixa 1	0 a 04	241	5	1	2	1 ACS + 1	1	1205
faixa 2	05 a 06	86	6	1	3	1ACS + 2	1	516
faixa 3	07 a 09	48	7	2	3	1ACS + 2	1	336
faixa 4	10 a 20	32	8	2	4	1ACS+ 3	1	256
faixa 5	21 a 108	10	9	2	4	1ACS+ 3	2	90
		<b>417</b>						<b>2403</b>

260  
 261  
 262  
 263  
 264  
 265  
 266  
 267  
 268  
 269  
 270  
 271  
 272  
 273 5. Programação: Dr. Heider Pinto informou que a programação é composta por mesas, painéis, oficinas e seções de pôsteres  
 274 dialogados, conforme exposto na planilha em anexo. Colocou que terá poucas mesas para que possamos concentrar mais energia  
 275 nos painéis que irão ser organizados a partir dos trabalhos que as equipes de Gestores apresenta.  
 276  
 277  
 278  
 279  
 280  
 281  
 282  
 283  
 284

	27/07 (domingo)	28/07 (segunda-feira)	29/07 (terça-feira)
<b>Manhã</b> 08h às 10h	Credenciamento	8:00h Mesa de Abertura  08:30h às 10h – <b>Conferência de Abertura A Saúde na Bahia de Todos Nós – Governador</b>	- Painéis  - Oficinas  - Sessão de pôsteres dialogados
10h às 12h	Credenciamento	- Mesas	- Mesas
<b>Tarde</b> 14h às 16h	Pré-oficinas	-Painéis  -Oficinas  -Sessão de Pôsteres Dialogados	- Mesas
16h às 18h	Pré-oficinas	-Mesas	- Premiação  -Encerramento
<b>Noite</b>		Programação Cultural	

285 Quanto a Comissão Científica, irá pegar os trabalhos mais interessantes para construir os painéis, mas o conjunto dos trabalhos  
286 irão também ser apresentados. Pontuou que a grande finalidade é construir um rico trabalho com troca de experiências entre  
287 trabalhadores e Gestores. E que o objetivo da Comissão Científica é análise e dar parecer dos trabalhos inscritos com uma  
288 composição formada pela UEFS, UESC, UESB, UNEB, UFBA (Medicina, Odontologia, Enfermagem e ISC), UFRB, UNIVASF,  
289 SESAB e COSEMS. Falou que a Comissão de Programação tem o objetivo de detalhar temas das mesas, oficinas e painéis e  
290 definir programação cultural. Informou que terá uma premiação de uma viagem para cidades com experiências exitosas para os  
291 três primeiros de cada categoria: Gestor, trabalhador e ACS, e também terá uma premiação paralela I Mostra de Arte e Cultura da  
292 Saúde da Família com premiação para música, vídeos, poesias, teatro e outras manifestações artísticas e culturais produzidas por  
293 gestores e trabalhadores da atenção básica; Fará parte da programação cultural da Mostra, palco com apresentações no decorrer  
294 ou nos intervalos da Mostra. Informou os prazos para Inscrição da data da mostra de 27 a 29 de Julho; Pré-Inscrições de  
295 participantes de 26/05 a 16/06; Inscrição Respeitando Cotas dos Municípios (via fax) de 26/05 a 16/06; Pré-inscrição de trabalhos  
296 até 3 trabalhos por participantes; Pré-Inscrições pelo site no dias 26/05 a 16/06; Análise dos trabalhos inscritos pela Comissão  
297 Científica nos dias 18/06 a 04/07; Confirmação da inscrição trabalho e participantes no dia sete de julho. Pontuou que a DAB –  
298 Diretoria Atenção Básica esta respeitando a cota por Municípios e que estará publicando no site da SESAB mostrando como fazer.  
299 O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dr. Washington Couto questionou se foi pensado no evento em paralelo que irá  
300 acontecer que é o I Congresso dos Secretários Municipais de Saúde. E que a primeira proposta seria abertura mais dois dias e, no  
301 entanto na apresentação de Dr. Heider constam três dias. Pontuou que este evento será maior que a Conferencia Estadual que  
302 teve um público de duas mil pessoas. Dra. Suzana Ribeiro colocou se realmente a perspectiva de três mil pessoas for somente  
303 para Atenção Básica este número irá aumentar porque o Congresso de Secretário irá trabalhar com Gestores Financeiros e  
304 Administrativos. Solicitou que a Comissão Científica se reúna para construir em conjunto e rever montando uma programação que  
305 possa ser complementar. Colocou para Dr. Heider quando citou a questão dos usuários, que esta amostra está muito no formato  
306 de Conferencia. Pontuou que não tem nada contra ao Controle Social, mas quem irá financiar, porque para o Trabalhador e  
307 Agente Comunitário o que os estimula será o trabalho que eles irão apresentar ou conhecer as experiências, e para o usuário

308 representante do Conselho Municipal de Saúde irá perder um pouco porque já traz para o município uma necessidade de  
309 financiamento. Considerou se for fazer só esta mostra em uma atividade única, daria para contemporizar e tenta negociar, mas  
310 estamos trabalhando em paralelo com o Congresso, além dos que estão trabalhando da Atenção Básica, os Municípios tem que  
311 está mobilizando o seu pessoal da área financeira e administrativa, porque os Municípios já tem uma agenda fechada com o  
312 Fundo Estadual de uma oficina que é o dia inteiro como uma experiência exitosa na área de Organização e Estruturação no Fundo  
313 Municipal; pontuou que é gritante para todos os municípios. Dr. Washington Couto concordou com Dra. Suzana Ribeiro em rever  
314 montando uma programação que possa ser complementar. Dra. Gisélia Souza parabenizou a DAB pela iniciativa, mas que acha a  
315 mostra, o processo de construção pode ser muito rico porque a estratégia de saúde da família passa no Estado numa rediscussão  
316 do modelo de Gestão e questões que são fundamentais. Pontuou que poderíamos construir um processo que estas experiências  
317 tivessem legitimidade e a própria visibilidade nas Regiões. O Senhor Coordenador colocou que este é o momento importante para  
318 criar oportunidade entre as equipes e os Municípios, não só pelo momento de amadurecimento da Saúde da família que tem mais  
319 de dez anos e que o momento da eleição municipal cria a oportunidade para que se aprofunde o debate. Solicitou para Dr. Heider  
320 que faça uma programação que dê conta de um espaço aberto para estimular as equipes apresentarem trabalhos das mais  
321 diversas ordens, desde apresentação da organização do processo de trabalho nas equipes, até pesquisas realizadas pelos  
322 profissionais, trabalhos individuais, mas construir uma programação brevemente estabelecida que a SESAB possa trazer  
323 convidados e experiências positivas para serem trabalhadas. Concordou com Dr. Washington Couto a respeito da representação  
324 dos Conselhos Municipais de Saúde, não é foco no evento como este, e que o foco principal são os trabalhadores das equipes e  
325 as equipes gestoras das Secretarias Municipais de Saúde para dar conta destes dois eventos. E com isto criamos a oportunidade  
326 necessária. Informou que tem uma pré-reserva no Centro de Convenções que está todo disponível para os dois eventos, até três  
327 mil pessoas cabe tranquilamente. Solicitou que a convocação saia o mais rápido possível para dar tempo dos profissionais das  
328 equipes tomarem conhecimento e se preparar para participar do Evento. Dr. Heider Pinto complementou que irá aproveitar neste  
329 momento um reconhecimento público dialogado de várias experiências de pessoas que vem construindo no dia a dia a estratégia  
330 da Saúde da Família, e que este é um espaço de pensar criativamente para solucionar os problemas, mas também compartilhar as  
331 experiências de quem vem enfrentando e conseguindo vitória no cotidiano. Salientou que ao mesmo tempo constrói um dialogo  
332 fazendo com que os Secretários estimulem os trabalhadores que estão em equipes produzindo coisas importantes. Propôs um  
333 encaminhamento para que a SESAB organize uma Comissão que seja composta de Diretorias, Superintendências e COSEMS  
334 para organização. O Senhor Coordenador pontuou que a DAB - Diretoria da Atenção Básica fique responsável em apresentar um  
335 balanço que conste da avaliação dos principais indicadores da Saúde da Família no Estado da Bahia para que possa motivar e  
336 mobilizar um debate. Danço continuidade, convidou Dr. Heider Pinto para apresentar a Resolução CIB que revoga a Resolução  
337 CIB 167/2006 aprovando o texto de adequação da Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 às especificidades do estado da  
338 Bahia e define estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado. As Portarias do Ministério da  
339 Saúde nº 648 de 28 de março de 2006, e nº 154, de 24 de janeiro de 2008; A necessidade de adequar a Política Nacional da  
340 Atenção Básica às especificidades do estado da Bahia. Definir que a Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, complementada  
341 pelo texto apresentado no Anexo 1 desta resolução constitui o conjunto de estratégias, diretrizes e normas para implementação da  
342 Atenção Básica no Estado. Justificou o porquê da nova resolução adequação à atual Política Estadual da Atenção Básica; como  
343 Inserção de um capítulo específico sobre Apoio Institucional, regulação, avaliação e monitoramento; redefinição dos mecanismos  
344 de bloqueio e desbloqueio de recursos, para maior transparência; definição de fluxo de solicitação de crédito retroativo do incentivo  
345 estadual. Mostrou a inclusão do fluxo e de modelo para os Projetos para Credenciamento de NASF, definição de fluxos não  
346 contemplados na Resolução N°167; credenciamento de ACS; mudança de modalidade das ESB I para ESB II. Apresentou a  
347 consulta pública com a incisão de um capítulo sobre Apoio Institucional, Regulação, Avaliação e Monitoramento que não consta na  
348 Política Nacional e a DAB acresce na Política Estadual. Apresentou os principais pontos da Resolução; credenciamento de ESF,  
349 ESB, ACS e NASF; reitera a Resolução 49/2008; Inconsistências ou duplicidades de profissionais; define papel da DAB de  
350 investigar casos e informar o MS; suspensão dos recursos do incentivo Estadual; define razões e fluxos para bloqueio. Apoio,  
351 Acompanhamento, Avaliação, Monitoramento e Regulação da Atenção Básica; Detalha o papel da DAB e DIRES nestes  
352 processos; define uma rede solidária de órgãos e instituições. Informou que a Superintendência de Atenção Integral à Saúde  
353 realizou uma Consulta Pública em vinte do mês de fevereiro do ano dois mil e oito, onde a Diretoria da Atenção Básica da SESAB  
354 adota a seguinte Consulta Pública; Conforme pactuação em reunião do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-  
355 BA) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de 20 de fevereiro de 2008, fica aberto, a contar da data de publicação desta  
356 Consulta Pública, o prazo de 10 (dez) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à minuta de Resolução em  
357 anexo, que define estratégias, diretrizes e normas da Atenção Básica no estado e que substituirá a resolução em vigor nº 167 da  
358 CIB. É importante lembrar que tanto a resolução em vigor quanto a nova proposta, complementam a Portaria que define a Política  
359 Nacional de Atenção Básica 648/2006 do Ministério da Saúde, assim, para um bom entendimento da Regulamentação da Atenção  
360 Básica no Estado da Bahia é importante fazer a leitura dessa resolução portanto, e em seguida a referida portaria do Ministério da  
361 Saúde. Pontuou que ficaram disponíveis no sítio virtual da Atenção Básica [www.saude.ba.gov.br/dab](http://www.saude.ba.gov.br/dab). O texto da proposta da  
362 Resolução em debate; anexo 1 da nova resolução; Anexo 2 da nova resolução; o texto da Portaria 648/2006; um quadro instrutivo  
363 que fazia uma comparação entre a resolução em vigor (167) e esta nova em discussão; um documento contendo a Portaria 648  
364 complementadas (em destaque vermelho) pela nova resolução proposta. Colocou que as sugestões deveriam ser encaminhadas  
365 por e-mail para o seguinte endereço eletrônico: [sesab.dab@saude.ba.gov.br](mailto:sesab.dab@saude.ba.gov.br). Ao término do prazo estipulado de 10 (dez) dias, a  
366 Diretoria da Atenção Básica procederá à consolidação do texto final e encaminharia para reunião da CIB do dia 06 do mês de  
367 março do ano dois mil e oito. Concluiu a apresentação agradecendo a todos. O Senhor Coordenador abriu para debate, não  
368 havendo discordância, foi aprovado a nova Resolução da Atenção Básica que define estratégias, diretrizes e normas para Atenção  
369 Básica no Estado e complementa a Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador convidou Dr. Humberto  
370 Torreão para apresentar a Revisão da situação dos Termos de Compromisso para qualificação de Urgência e Emergência. E que  
371 ficou acordado que o COSEMS indicaria os nomes das pessoas para compor a Comissão. Dra. Stela, Secretária de Jequié,  
372 colocou que na reunião do dia 08 do mês de maio já foi estabelecido às pessoas que irão participar da Comissão. O Senhor  
373 Coordenador solicitou que o COSEMS informe para Dr. Washington Couto os nomes que vão compor a Comissão para publicação  
374 no Diário. Dando continuidade, passou para ponto de pauta o Regimento CGMR. Dra. Suzana Ribeiro colocou que o Regimento

375 CGMR foi discutido no mês de março e aprovado na Diretoria do COSEMS. Lembrou que foi solicitado por algum membro da CIB  
 376 que gostaria de ter acesso à proposta na íntegra e poder apresentar alterações. Devido a solicitação, na reunião seguinte foram  
 377 dadas algumas sugestões e o COSEMS havia se posicionado de que o entendimento era o que já havia pactuado na reunião com  
 378 DIPRO, e o COSEMS manteve a questão do Regimento. Pontuou que não houve nenhuma contribuição depois disto e não foi  
 379 pactuado mudanças, assim o Regimento do CGMR foi aprovado. Salientou que é provável que o item da Educação Permanente  
 380 caso seja inserido após avaliação da Comissão, será feito um aditivo no Regimento. Dra. Stela Secretária de Jequié pontuou que  
 381 apesar do Regimento do CGMR já está aprovado, continua com a mesma posição de que fica tudo na responsabilidade das  
 382 DIRES ou com as Secretarias Municipais. Questionou sobre o dinheiro para montar a estrutura da Secretaria Executiva da CIB  
 383 Regional. Colocou que participou do Congresso de Secretários Municipais e no grupo que fez parte só o Estado da Bahia aprovou  
 384 um Regimento com este envolvimento de forma efetiva do Estado; exclamou que é fantástico e que acha esta parceria boa, o  
 385 Estado inovou e acompanhou o processo da CIB, mas nos outros Estados os Gestores Municipais é que são Presidentes do  
 386 Conselho. Dra. Suzana Ribeiro respondeu o questionamento da Dra. Stela. Colocou: já que o Estado conseguiu inovar e na  
 387 verdade não temos paridade física e numérica de Gestores, se tem em uma microrregião vinte três municípios todos são  
 388 membros do CGR, e há representação do Estado além do nível Central, das DIRES. Pontuou que precisamos construir em  
 389 conjunto a pauta porque a Secretaria Executiva foi definida para município por que o recurso do CGR seria repassado para o  
 390 Fundo Municipal; citou que seria muito mais fácil para os Municípios administrarem. Colocou que para CGR funcionar efetivamente  
 391 não vê outra forma, se não houver uma interação entre a Secretária Executiva, que é o Município Pólo, e a Diretor da DIRES, que  
 392 é o coordenador. Exclamou que é preciso fazer um esclarecimento geral nesta discussão devido à confusão que está havendo  
 393 entre o que é CONER, CGR e CIB Regional. Salientou que é necessário esclarecer porque existia a CIB Regional que era paritária  
 394 e dela a representação dos Municípios era da eleição do CONER que é a representação do COSEMS na Macrorregião, mas agora  
 395 é diferente, todos os municípios são membros do CGR e o CONER é uma instância do COSEMS que necessariamente não está  
 396 linchada, propôs que pode ser acordado que o vice presidente do CONER, seja vice adjunto do colegiado. E que isto pode ser  
 397 acordado em outra reunião. Quanto ao funcionamento da Secretária Executiva será disponibilizado recurso para Secretaria  
 398 Executiva e pode ser garantida a compra do equipamento. Dr. Washington Couto complementou que a publicação com os nomes  
 399 da representação sairá no Diário do final de semana retroativo os seus efeitos ao dia doze. Dra. Denise Mascarenhas colocou que  
 400 Feira de Santana já está composto, foi eleito coordenador Humberto, e vice o Secretário de Ipirá, e a Secretaria Executiva fica sob  
 401 a responsabilidade da secretaria de Feira de Santana. Concordeu com Dra. Stela quando diz que a comunicação precisa  
 402 coordenar. Dr. Humberto Torreão lembrou que na primeira reunião foi feito o cronograma anual, então não há necessidade porque  
 403 a própria Secretaria Executiva já sabe as datas das reuniões e não tem a necessidade de fazer mobilização e a pauta e articulada  
 404 em conjunto com Coordenador e vice Coordenador. Sugeriu que o Regimento CGR que já foi aprovado é necessário à publicação  
 405 da Resolução CIB no diário. Dando continuidade, apresentou os Critérios de Comando Único da média complexidade quando da  
 406 adesão ao pacto pela saúde, na CIB anterior foi aprovado, no mês de março, os critérios de entrada seriam aqueles Municípios  
 407 que poderiam assumir o comando único da média complexidade quando aderissem ao Pacto, e os critérios seriam para definir  
 408 quando o município assumiria o comando único. Lembrou que ficou acordado que deveríamos desenvolver o mecanismo de  
 409 verificação para destrinchar estes critérios, foi feita uma comissão composta por membros do COSEMS e da Superintendência de  
 410 Regulação. Relembrou os critérios de entrada para assumir o Comando Único; ser Pólo de Micro ou de Macrorregião e ser  
 411 referência para outros municípios em parte da sua microrregião. E mecanismo de verificação para o critério I Vide PDR aprovado  
 412 em CIB e Resoluções correlatas. E para o mecanismo de verificação para o critério II compor a Rede Complementar de Média  
 413 Complexidade da sua Microrregião; diretrizes e acesso, escala e escopo; parâmetros: Capacidade de Produção, número de leitos,  
 414 natureza estabelecimento. Recortes e linhas de cuidado da saúde da mulher e da urgência e emergência. Colocou que os  
 415 parâmetros para compor a RCMC seriam: realizar Internamentos nas 04 especialidades; realizar cirurgias de urgência e eletivas;  
 416 realizar parto cesáreo e ter cadastrado pediatra na sala de parto e anestesista compatíveis com a produção registrada; ter mais de  
 417 50 leitos com prioridade para unidade pública ou filantrópica contratualizada (OMS). Pontuou que RCMC é igual nos 28  
 418 municípios, com a soma dos 28 pólos de microrregião, a rede de média complexidade do Estado representa cinquenta e seis  
 419 municípios. Apresentou planilha em anexo.

<b>MACRORREGIÃO</b>	<b>MICRORREGIÃO</b>	<b>Município</b>
<b>CENTRO-LESTE</b>	<b>Feira de Santana</b>	<b>FEIRA DE SANTANA</b>
		<b>IPIRÁ</b>
		<b>RIACHÃO DO JACUIPE</b>
	<b>Itaberaba</b>	<b>ITABERABA</b>
		<b>RUY BARBOSA</b>
		<b>SEABRA</b>
	<b>Seabra</b>	<b>EUCLIDES DA CUNHA</b>
		<b>SERRINHA</b>
		<b>SERRINHA</b>
<b>CENTRO-NORTE</b>	<b>Irecê</b>	<b>IRECÊ</b>
		<b>XIQUE-XIQUE</b>
	<b>Jacobina</b>	<b>CAPIM GROSSO</b>
		<b>JACOBINA</b>
		<b>MORRO DO CHAPÉU</b>
<b>LESTE</b>	<b>Camaçari</b>	<b>CAMAÇARI</b>
		<b>POJUCA</b>

		SIMÕES FILHO
	Cruz das Almas	CRUZ DAS ALMAS
		SÃO FÉLIX
	Salvador	LAURO DE FREITAS
		ITAPARICA
		SALVADOR
	Santo Antônio de Jesus	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ
		AMARGOSA
		NAZARÉ
		SANTO ANTÔNIO DE JESUS
		UBAÍRA
NORDESTE	Alagoinhas	ALAGOINHAS
		INHAMBUPE
		ESPLANADA
	Ribeira do Pombal	RIBEIRA DO POMBAL
NORTE	Juazeiro	JUAZEIRO
	Paulo Afonso	PAULO AFONSO
	Senhor do Bonfim	CAMPO FORMOSO
		SENHOR DO BONFIM
EXTREMO SUL	Porto Seguro	EUNÁPOLIS
		PORTO SEGURO
	Teixeira de Freitas	TEIXEIRA DE FREITAS
OESTE	Barreiras	BARREIRAS
	Ibotirama	BARRA
		IBOTIRAMA
	Santa Maria da Vitória	SANTA MARIA DA VITÓRIA
	BOM JESUS DA LAPA	
SUDOESTE	Brumado	BRUMADO
		LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA
		PARAMIRIM
	Guanambi	CAETITÉ
		GUANAMBI
	Itapetinga	ITAPETINGA
Vitória da Conquista	VITÓRIA DA CONQUISTA	
	POÇÕES	
SUL	Ilhéus	ILHÉUS
	Itabuna	ITABUNA
	Jequié	IPIAÚ
		JEQUIÉ
	Valença	GANDU
		VALENÇA

421 Dr. Emerson Garcia colocou que os quarenta e quatro Municípios que foram citados são os Municípios em Gestão Plena do  
422 Sistema e hoje todos tem média complexidade instalada. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que uma questão é Gestão Plena da NOAS  
423 que são trinta e dois municípios e outra questão é adesão ao Pacto de Gestão; lembrou que quando estes municípios começaram  
424 a se mobilizar para assinar o Pacto à questão do Comando Único não ficou amarrada. Dr. Humberto Torreão informou que são  
425 cinquenta e seis Municípios que compõem a Rede de Média Complexidade, destes cinquenta e seis municípios, só doze aderiram  
426 ao Pacto. E os quarenta e quatro Municípios que não aderiram ao Pacto irão necessitar de uma agenda de adesão diferente dos  
427 demais, e estes iram submeter aos critérios de SIOPS, pendência com Auditoria ou Atenção Básica. Apresentou que foi pactuado  
428 que os quarenta e quatro Municípios vão passar por critérios de Declaração do Banco de que o Secretário movimentará as contas da  
429 saúde; Lei de criação do FMS; Declaração do prefeito e do Conselho Municipal de Saúde de que o secretário é o ordenador de  
430 despesas do Fundo Municipal de Saúde. A de possuir equipe mínima e a capacitação necessária para processamento de  
431 produção e pagamento de prestadores, com parecer DICON/SUREGS, certificados de capacitação ou treinamento. Colocou que  
432 não deve ter nenhuma pendência com o Componente Estadual de Auditoria do SUS, particularmente na área financeira. E o  
433 relatório do Componente Estadual da Auditoria do SUS. Informou caso os municípios não cumpram todos os critérios se pactua  
434 um cronograma para os municípios passarem a cumprir e a partir do prazo estipulado ele assume a gestão dos prestadores do seu  
435 município. Quanto à questão das faixas de cobertura do PSF sai da proposta e ficam as metas que os Municípios pactuarão nos  
436 indicadores do ano dois mil e oito. A Senhora Coordenadora Adjunta abriu para questionamentos. Dra. Lorene Pinto questionou  
437 se a Comissão discutiu como possibilidade de critério porque abrangeriam uma série de atividades em relação ao cumprimento do  
438 Pacto de Indicadores. Pontuou que, às vezes, alguns pleitos dos municípios sugerem determinados avanços, sem, no entanto, os  
439 mesmos terem cumprido o elenco mínimo de algumas atividades, causando preocupação. E do ponto de vista do cuidado primário  
440 da Atenção Básica estaria incluído não só a questão da assistência, mas uma série de ações da área de vigilância a saúde.  
441 Salientou que teria que está contemplada e que, às vezes, os municípios recebem o incentivo sem está cumprindo requisito básico  
442 da atenção. Dra. Marta Rejane Montenegro lembrou que quando sugeriu inclusão dos municípios que fossem referência para a  
443 região independente de está ou não estipulada esta referência na PPI, houve a preocupação quanto aos municípios que não estão  
444 no desenho do PDR como sede de microrregião e não são pólos de macrorregião, mas pela qualidade dos serviços ofertados  
445 acabam polarizando e tem uma invasão significativa de população que vai espontaneamente e é atendida. Colocou que alguns  
446 municípios estão sendo forçados a se organizarem e aumentarem sua despesa em saúde com investimento na assistência de  
447 média complexidade porque a quem ele referenciou na PPI não garante a referência; citou que é o caso do Município de Dias  
448 D'Ávila que não tem obrigação de fazer cirurgia de urgência, parto cesáreo e está fazendo porque não tem resposta dos  
449 municípios que pactuou na PPI, Camaçari e Salvador. Pontuou que restringiu demais por que são cinquenta e seis Municípios;  
450 questionou o que irá acontecer com quem já é pleno e tem termo de compromisso assinado, se vai retroagir. Continua como, e  
451 que historia é esta que o critério prioriza os cinquenta e seis Municípios. Exclamou que os Municípios que estão hoje não dão  
452 conta, e estão com dinheiro. Questionou se vamos continuar investindo em quem hoje já não tem capacidade instalada suficiente,  
453 nem o que era referenciado. Pontuou que sem ter investimento e expansão de rede; recusou de colocar recurso, e reforçou que irá  
454 colocar em São Félix que está atendendo o Municípios de Dias D'Ávila nos casos dos leitos de U.T.I e cirurgias de alta  
455 complexidade ortopédica quando necessita. Dr. Geraldo Mazela parabenizou apresentação do Dr. Humberto Torreão e concorda  
456 que seja aprovado. O Senhor Geraldo Magela comentou o primeiro passo seria essa aprovação e o segundo passo seria já sair da  
457 reunião com o prazo da PPI definido. A Senhora Ana Cristina comentou que concordava com o Senhor Geraldo Magela com  
458 relação ao prazo da PPI, mas ressaltou que o interessante seria a não interrupção desse movimento, pois se sabe que os  
459 prestadores não querem atender, criando uma confusão. Comentou também que o hospital de seu município atende as cidades de  
460 Maraúbas, Irabitanga, Uatã, Camamu e Itacaré, e outros municípios têm enviado pacientes para seu município uma vez que o  
461 Hospital Regional de Itabuna não dispõe de remédio para atender a população. A Senhora Stela Souza comentou que a sua fala  
462 foi contemplada pelas duas falas anteriores, mas gostaria de complementar ressaltando a urgência em se rever a PPI e relatou  
463 que é a favor de se estabelecer o mais breve possível o prazo para revisão da PPI. O Senhor Emerson Gomes comentou que era  
464 defensor da questão da Vigilância e Saúde, mas não foi possível a adoção de todos os critérios, pois haveria um corte muito maior  
465 uma vez que já é tema recorrente das reuniões da CIB a questão de falta de conhecimento de alguns gestores municipais em dar  
466 prioridade na parte da Vigilância e Saúde, por essa questão este tema foi excluído e a equipe passou a trabalhar com municípios  
467 que tivessem como dar um suporte àquilo que é pólo de microrregião. Citou a região de Alagoinhas como exemplo, comentando  
468 sobre municípios da região que só tinha um município pólo de microrregião e de macrorregião, que era Alagoinhas, possuía  
469 hospitais que não funcionavam, hospitais que estavam a mais de oito meses sem atendimentos como tomografias, raios-x, entre  
470 outros, enquanto têm-se municípios ao lado, citou como exemplo o município de Inhambupe, que está hoje cadastrado com  
471 sessenta e cinco leitos, raios-x, tomografia e outros serviços. Comentou que nesse caso a culpa não é da gestora de Alagoinhas  
472 tendo em vista a precariedade de equipamentos do hospital e a funcionalidade da estrutura. Comentou que quando se começou  
473 a desenhar o processo de forma a facilitar o deslocamento do usuário para os municípios através de sistemas de regulação,  
474 comentou sobre a priorização da regulação, citou o avanço da região de Alagoinhas e do fechamento de um curso onde toda a  
475 região está sendo regulada, e está se conseguindo bons resultados. Relatou que quando esse processo começou a ser traçado na  
476 região de Salvador encontrou dificuldades uma vez que existem vários municípios próximos, Salvador tem uma instalação grande  
477 de rede, mas municípios como Camaçari, São Sebastião do Passé, Dias D'Ávila que já estão em plena e já tem sistemas e  
478 serviços funcionando, mas com muita proximidade, e se fosse concentrar o recurso para estes municípios, só a região  
479 metropolitana de Salvador absorveria todo o recurso então tem que ter um critério de proximidade onde a equipe tentou ser o mais  
480 coerente possível. Relatou de uma vantagem muito grande para o COSEMS porque a Bahia está precisando dar a resposta  
481 definitiva a cerca do termo de Compromisso de Gestão. Citou também sobre a capacidade dos municípios em ter equipe técnica  
482 qualificada para fazer a gestão de sistema e da rede SUS. Comentou que há trezentos e vinte e um municípios que não tem média  
483 e alta complexidade em seu território que poderiam automaticamente aderir ao pacto de gestão, pois os mesmo já possuem o  
484 Comando Único. Comentou que a proposta seria de que o COSEMS fizesse um evento em parceria com o Estado e promova  
485 esses trezentos e vinte e um municípios para assinar logo o termo de compromisso. Relatou que a Senhora Claudia Rodrigues,  
486 que no momento não se encontrava, se comprometeu em fazer o treinamento desses cinquenta e cinco municípios em três etapas  
487 e a mesma conta com a ajuda dos municípios que hoje já tem experiência em gestão e que podem estar auxiliando os municípios

488 vizinhos no treinamento do controle, avaliação, regulação e em tudo que envolver prestador. O Senhor Humberto Torreão  
489 comentou que os municípios que são plenos vão continuar com o teto, continuar com o comando único e com a gestão plena, o  
490 que realmente vai mudar é a forma pela qual vai se investir na ampliação da rede de média complexidade. Comentou que a aposta  
491 da equipe é que, concentrando recurso de média complexidade conseqüentemente se aumenta a resolatividade e é neste sentido  
492 que está sendo apostado, naqueles municípios que ainda não tem a oferta hoje, mas podem vir a ofertar porque irão concentrar  
493 recursos, pois recurso de média e alta complexidade pulverizado e descentralizado não traz nenhuma resolatividade, além de uma  
494 relação de benefício muito ruim, relação esta onde se gasta o dinheiro e não se garante a resolatividade. Relatou que ao se  
495 concentrar este recurso a resolatividade é garantida, pois não se estará mais falando somente de capacidade instalada física, mas  
496 também de capacitação de profissionais, de capacidade de contratação e qualificação de profissionais, compra de equipamentos  
497 de mais insumos sendo a idéia principal a de concentrar recursos. A Senhora Marta Rejane sugeriu a criação de uma comissão  
498 por parte da SESAB que fizesse um acompanhamento das referências da PPI, pois quem referencia e não é atendido fica com o  
499 problema para si e ninguém não conta. Informou que como não há sistema de referência e contra-referência estabelecido acaba  
500 ficando no prejuízo e seu usuário acaba morrendo, pois não consegue sair do seu município, sendo esta a realidade dos  
501 municípios do Estado da Bahia e está cada vez pior. Informou que desde o mês de maio do ano de 2006 até o presente momento  
502 está um caos se encaminhar pacientes para a cidade do Salvador. Reafirmou da necessidade da criação desta comissão e à  
503 medida que o município não está dando conta o que deve ser feito é avaliação trimestral, acompanhamento sistemático, ampliação  
504 da rede entre outros. Citou que fica extremamente preocupada quando visualiza na região de Ilhéus só este como referencia, na  
505 região de Itabuna só existe este como referência, por que vivem destes sistemas municipais em crise há bastante tempo e  
506 enquanto não se resolve a crise existente nos municípios, a população é quem sofre. Relatou que o mínimo que poderia ser feito é  
507 a criação de mecanismo de monitoramento sistemático para corrigir na medida do possível estas distorções bastante grandes e  
508 que trazem prejuízo para o usuário SUS. O Senhor Humberto Torreão relatou que, só para complementar, a idéia da comissão era  
509 de que aprovada a sua proposta imediatamente a equipe iniciaria a discussão da nova PPI, reafirmou que não seria revisão da PPI  
510 e sim da discussão dos critérios de nova PPI, onde seria revista toda a estrutura de macroalocação e todas outras discussões, que  
511 seriam feitas logo após aprovação da proposta. O Senhor Coordenador relatou que a colocação do Senhor Humberto Torreão é  
512 importante uma vez que essas definições que se tem tomado nos últimos meses foram de fundamental importância para que se  
513 possa partir para o próximo processo agora para a definição da nova metodologia da PPI, de forma coerente com as decisões que  
514 estão sendo tomadas ate agora. Onde realmente seria refeitas novas propostas e estas demandariam um esforço muito grande,  
515 pois se tem que repensar a PPI dentro de uma outra lógica, sendo esta nova lógica a que o Senhor Humberto Torreão colocou,  
516 onde média complexidade não é para ser feita nos quatrocentos e dezessete municípios, que atenção especializada não é para  
517 ser feita nos quatrocentos e dezessete municípios, independente da vontade de quem seja o prefeito ou o secretário de saúde,  
518 pois cada município tem um papel, tem um número grande de municípios que tem a responsabilidade de ofertar a atenção básica  
519 exclusivamente e se tem que viabilizar uma confluência dos recursos existentes para um determinado conjunto de municípios que  
520 têm um papel hoje de ser pólo para oferta da atenção especializada. Comentou que ou se constrói isso ou irá se continuar  
521 pulverizando os recursos, comentou que volta a insistir nesta questão que é um ponto importante. Informou que a PPI agora é um  
522 outro processo e acha que se tem que, junto com a PPI criar instâncias de acompanhamento, onde as comissões gestoras  
523 regionais têm um papel importante, e o processo que vai ser construído tem que permitir uma dinâmica para inclusive enfrentar  
524 situações como a senhora Marta Rejane colocou. Citou o exemplo da cidade de Teixeira de Freitas que se tornou pólo da  
525 macrorregião extremo-sul em função do processo de evolução do município que era o pólo e foi perdendo a capacidade de  
526 responder e a cidade de Teixeira de Freitas foi se organizando até um ponto em que se chegou a uma decisão na revisão do PDR.  
527 Comentou que se tem que ter capacidade para isso, mas não se pode fazer com que o processo faça com que esvazie os atuais  
528 pólos, pois, em algum dado momento um outro município pode, por diversas circunstâncias, como papel da gestão municipal  
529 sofrer, alguma mudança no desenvolvimento econômico local e vai fazer com que ele venha a se colocar também nesse papel,  
530 mas essa situação tem que ser diagnosticada e levada em consideração mais adiante e não o contrário. Comentou que vai ser  
531 importante esse processo que será vivido nos próximos meses em relação à PPI e a dinâmica de processo de acompanhamento  
532 inclusive à organização das centrais de regulação regionais com bases de dados que possam ser usadas para avaliação, pois hoje  
533 só se tem os dados do CIA e do CIH, e estes não são suficientes para dar conta das necessidades de informação que se têm para  
534 fazer uma avaliação como esta. Neste momento pediu licença a todos e convidou o Senhor Washington Couto para assumir, pois  
535 precisava sair devido a uma reunião com o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco para  
536 discutir a situação da saúde das cidades de Juazeiro e Petrolina. Aproveitou para comunicar sobre uma iniciativa bastante  
537 interessante que se está tendo de começar a discutir as regiões interestaduais, e este debate está começando com Juazeiro e  
538 Petrolina, mas na seqüência pretende-se, caso esta iniciativa seja bem sucedida, pautar Paulo Afonso, extremo-sul, sudoeste,  
539 oeste, nordeste e comentou que esta é uma pauta que se precisa construir no SUS porque até então cada estado é como se fosse  
540 uma barreira que na verdade não existe, e a idéia é começar construir programações interestaduais. Desejou boa sorte para o final  
541 da reunião e retirou-se. Dando continuidade a Senhora Suzana Ribeiro comentou que, com relação ao que o Senhor Secretário  
542 colocou, queria registrar que já por volta do ano de dois mil e cinco e dois mil e seis se começou a fazer essa discussão na região  
543 sudoeste com o Ministério da Saúde e infelizmente não conseguiu avançar, porém nessa região acontece um serviço mútuo, pois  
544 assim como Vitória da Conquista recebe pacientes do vale do Jequitinhonha, o município de Montes Claros também recebe um  
545 número grande de municípios ali da região de Guanambi. Comentou que quando se pensa em discutir a organização de rede de  
546 oferta de serviços de municípios pólos esses municípios que ficam nessas regiões interestaduais são extremamente  
547 comprometidos, pois além de ter que dar conta das suas referências estaduais, eles servem de referência interestadual, pois  
548 naturalmente a população migra por onde o acesso for mais fácil. Comentou que queria deixar registrado que, em relação à pauta  
549 que se está fazendo de implantação de CGR, que se possa garantir o início da discussão, porque a discussão da construção dos  
550 critérios da nova metodologia passa também pela discussão dos municípios. Relatou das diferenças de prazo entre município e  
551 Estado, e a discussão da PPI depois do mês de junho, se for para fazer uma discussão aprofundada não dará tempo, logo tem que  
552 acelerar ao máximo para julho já ter pelo menos um desenho para discutir e aprovar na Reunião da CIB. Colocou que não se  
553 fizesse da PPI, o que se fez com o PDR, no primeiro momento, e com o que se fez com o Pacto de Gestão por que caso isso  
554 ocorresse o mesmo não teria sentido, e solicitou à SESAB que tenha este cuidado para que o COSEMS não se comprometa e não

555 se consiga avançar e que se perca credibilidade não só enquanto COSEMS, mas também enquanto SESAB. Neste momento  
556 colocou-se em aprovação a proposta apresentada pela DIPRO e pelo COSEMS em relação ao Comando Único e a questão dos  
557 investimentos, o qual foi aprovado por unanimidade. Comentou que na pauta do CGR, para próxima reunião da CIB, já ficou  
558 incluída o ponto das PPI's. A Senhora Stela Souza relatou sobre uma informação que acabara de ter com relação aos recursos do  
559 CGR e gostaria de saber sobre a veracidade desta informação, pois relatou que existe uma verba que já esta no FESBA  
560 aguardando que os municípios da microrregião abram a conta Específica para que o Estado possa repassar. O Senhor Humberto  
561 Torreão informou que este recurso está no Fundo Estadual, onde o mesmo já fez a consulta e constatou que o recurso realmente  
562 já se encontra lá, mas o Fundo Estadual precisa fazer a descentralização aos municípios para a conta específica do bloco de  
563 Gestão, logo o mesmo está solicitando aos municípios que enviem a conta específica do bloco de gestão para fazer a  
564 descentralização e a mesma será feita em uma parcela única de vinte mil para cada município. Informou que já pediu ao Fundo  
565 que devolvesse ao Ministério da Saúde o valor de quarenta mil, por conta dos dois colegiados que foram mandados ao Ministério  
566 da Saúde, pois quando foi enviado ao Ministério foram contabilizadas trinta microrregiões, o qual foi diminuído para vinte e oito, e  
567 foi solicitado que se devolvesse essa quantia ao Fundo Nacional e se fizesse a descentralização aos municípios. A Senhora  
568 Suzana Ribeiro comentou que em relação aos indicadores na verdade foi registrado para informar a CIB de que as sugestões  
569 apresentadas pelo COSEMS foram acatadas e foram encaminhadas para o Ministério da Saúde. Comentou que em relação às  
570 equipes de Saúde Bucal do município de Serra Preta já foi aprovada, pois não tinha nenhuma pendência na área técnica. Informou  
571 que em relação ao CAPS de Mucugê foi questionado se tinha alguém da área técnica e não se obteve resposta, onde relatou que  
572 se faria a consulta e mandaria a informação ao município. Comentou que a partir de agora, com a aprovação do que se tinha de  
573 pendência com relação ao PACTO, todos os municípios que tinham suas pendências com seus Termos de Compromissos e já  
574 encaminharam para DIPRO e é preciso que os municípios devolvam para que na próxima CIB possa aprovar. Relatou que gostaria  
575 de registrar que foi aprovado na última CIB e é preciso que fique claro que na verdade o entendimento e a pactuação entre  
576 COSEMS e SESAB, é que por conta inclusive de uma demanda que o próprio Ministério vinha trazendo que os Termos de  
577 Compromisso estavam chegando isoladamente ao Ministério e não se iria, mas enviar desta forma para acelerar o PACTO,  
578 passou o município de Serrinha onde, na verdade não deveria ter passado porque fugiu à pactuação feita entre SESAB de  
579 COSEMS e o que aconteceu é que foi para o Ministério e retornou e se do ponto de vista técnico foi aprovado, o mesmo irá seguir  
580 junto com os outros municípios em bloco. Informou que nenhum município será enviado de forma isolada e essa decisão não foi  
581 de agora e sim de dezembro do ano passado. O Senhor Hêider Aurélio Pinto comentou sobre o Projeto do NASF do município de  
582 Brumado, onde o mesmo já se encontra em poder da CIB com parecer favorável. Comentou sobre a seleção para os agentes  
583 comunitários de Saúde, do dia 1º de junho, em trinta e oito municípios previstos vinte e sete já confirmaram e onze estão com  
584 pendência. Relatou sobre o contato com todos os municípios com pendência no sítio virtual da Diretoria de Atenção Básica e está  
585 se tentando fazer a seleção dos vinte e sete municípios já confirmados. Relatou que para data de oito de junho, trinta e dois  
586 municípios, sendo vinte confirmados e doze com pendência o qual se está fazendo a mesma coisa. Informou que se está abrindo  
587 mais uma data que é a data do dia quinze de junho, pois existem outros vinte e cinco municípios que ainda estavam querendo  
588 fazer a seleção e o período de inscrição é de dezenove à vinte e cinco de maio. Comentou que a proposta anterior das  
589 Compensações das Especificidades Regionais tinha previsto o componente I que era para constituição de um fundo para a  
590 Fundação Estatal Saúde da Família e isso representava cinqüenta por cento do recurso. Informou sobre este recurso das  
591 Compensações das Especificidades Regionais é um recurso calculado em 9% do valor do PAB fixo que servia para poder resolver  
592 problemas de especificidades regionais, desigualdades, iniquidades no Sistema Único de Saúde do ponto de vista da Atenção  
593 Básica, e no debate que foi feito na Fundação Estatal este é talvez o maior instrumento de enfrentamento na Atenção Básica na  
594 medida em que os municípios mais pobres mais distantes, com uma pior situação de saúde são os que praticam os salários mais  
595 altos e enfrentam a situação de falta de profissionais. O Componente II tinha um valor de 7,5% de um montante que seria um valor  
596 próximo de dezoito milhões de reais anuais. Informou que esses 7,5% é um programa para Populações Migratórias do Campo, ou  
597 seja, aquela população que está nas lavouras de soja, cana, café, e todas as lavouras do Estado, principalmente as sazonais, que  
598 são pessoas que não estão na população do IBGE do município mas que passam até quatro meses no município e aí se fez uns  
599 critérios de faixas para poder ter valor a fim de apoiar as gestões municipais a cuidar da saúde dessas pessoas. O Componente III  
600 é um componente de incentivos para municípios com base em alguns critérios onde e os determinantes são os critérios de IDH e  
601 arrecadação per capita. Comentou que os dois primeiros componentes não foram repassados pelo Ministério da Saúde por que  
602 estava previsto o repasse do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde e na portaria do PACTO é dito que  
603 dinheiro da Atenção Básica não pode sair do Fundo Nacional de Saúde para Fundo Estadual de Saúde, pois o mesmo só poderia  
604 sair para o Fundo Municipal de Saúde. E para solucionar essa questão foi construída uma nova proposta na reunião do COSEMS  
605 pela manhã. A proposta seria de que o Componente I se equivaleria a 37,4%, tornando-se um Programa para Implantação da  
606 Fundação Estatal (Inter-Federada) de Saúde da Família da Bahia. A questão de ser inter-federada é devido a um debate que está  
607 sendo feito onde se está trabalhando na perspectiva de uma lei onde o instituidor da fundação Estatal não seja mais só o Governo  
608 do Estado da Bahia e sim, também, diversos municípios, ou seja, os municípios vão também instituir a Fundação Estatal Saúde da  
609 Família, tornando a Fundação Estatal inter-federada. O Componente II passa a ser 10% e dá conta de mais um programa, pois,  
610 além do Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo, o Programa para Comunidades Quilombolas seguindo a linha  
611 da prioridade estratégica do governo Jaques Wagner que tratam dessas questões das populações quilombolas. Esse programa  
612 visa também facilitar seja ter um agente comunitário de saúde extra-teto do município para poder estar atuando naquela  
613 população, pois muitas vezes o agente comunitário distante acaba não conseguindo fazer a atenção à esta população, seja para  
614 garantir transporte, para garantir uma educação permanente adequando às condições de vida para adequar culturalmente essa  
615 intervenção entre outras coisas. O Componente III se mantém idêntico ao da antiga resolução. O componente IV é um novo  
616 componente, que equivale a 10,1% do recurso e é um componente voltado para o fortalecimento das microrregiões para  
617 implantação das linhas de cuidado e educação permanente na Atenção Básica. Esta foi uma proposição do COSEMS que foi  
618 muito bem acolhida tanto pela Diretoria de Atenção Básica quanto pela superintendência de recursos humanos e a idéia era,  
619 justamente, que se fortalecessem as microrregiões, seja para fortalecer as microrregiões seja para mudança concreta das práticas  
620 profissionais de saúde integrando mudanças do processo de trabalho com uma gestão focada em resultados de avaliação e  
621 monitoramento e também articulando educação permanente para as mudanças das práticas dos gestores e dos trabalhadores na

622 perspectiva na linha de cuidado onde as prioridades são: saúde bucal, acolhimento e atenção integrada urgente e saúde do adulto.  
623 Informou que este recurso divide por três diferentes faixas para microrregiões de acordo com o número de equipes da Saúde da  
624 Família, onde uma microrregião que recebe um pouco menos vai de zero a cinquenta equipes de Saúde da Família, a que recebe  
625 intermediário é a que vai de cinquenta a cem, e a que recebe mais é a que tem mais de cem equipes. Comentou sobre os recursos  
626 para custeio desse pequeno núcleo para dinamizar as ações de educação permanente da Atenção Básica e tem recursos também  
627 de bolsas que é a idéia de identificar equipes de saúde da família que são tidas como referência, tem um compromisso com a  
628 construção da Saúde da Família no município, que tem perfil pedagógico para serem multiplicadoras e atuem fazendo educação  
629 permanente das outras equipes. Relatou que este seria um grande projeto de envolvimento do conjunto dos trabalhadores do  
630 Estado em um processo de apoiar a gestão seja no envolvimento dos outros trabalhadores, na sensibilização, na educação  
631 permanente do conjunto dos trabalhadores. Informou que o cronograma referente ao projeto seria a publicação da Nota Técnica  
632 pela Diretoria de Atenção Básica referente a cada um dos Programas, onde esta nota técnica já estava acordada restando a  
633 definição dos critérios do programa e a mesma seria alocada no sítio virtual, onde as DIRES deveriam entrar em contato com o  
634 conjunto dos municípios. Até a próxima CIB ordinária: Atuação da DAB, DIRES e COSEMS-BA para divulgação e adesão dos  
635 municípios aos programas onde foi acordado que este papel não se resume a DIRES e a DAB, mas também ao COSEMS no  
636 sentido de ampliar ao máximo possível a adesão dos municípios aos quatro programas que foram citados anteriormente, o  
637 Programa das Populações Migratórias do Campo, Programa das Comunidades Quilombolas, Instituição da Fundação Estatal e o  
638 de Fortalecimento das Microrregiões. Dia 21 de maio, a partir das quatorze horas, haverá reunião da Comissão da CIB para  
639 detalhamento do conjunto dos Programas, comissão esta tirada na reunião da manhã para poder se estar detalhando este  
640 programa com critérios e faixas. Até a próxima CIB ordinária: Adesão dos municípios, onde até a próxima reunião os municípios  
641 que vão aderir aos programas já têm que ter, conforme a nota técnica, encaminhado o termo de Adesão e durante a próxima CIB  
642 ordinária, como ponto de pauta, Pactuação de nova Resolução detalhando os programas, definindo sistemática de  
643 acompanhamento e indicando os Fundos Municipais de Saúde para repasse do recurso. Informou que a resolução da próxima CIB  
644 já vai para o Ministério da Saúde indicando o que cada município irá receber de recurso dentro de cada Programa para o Ministério  
645 pagar ao Fundo. O senhor Geraldo Magela solicitou ao senhor Héider Aurélio Pinto que o mesmo já trouxesse na semana seguinte  
646 uma proposta de projeto de lei para que se pudesse discutir com os vereadores. O Senhor Héider Aurélio Pinto explicou da  
647 importância de se estar mobilizando as câmaras de vereadores, o Prefeito, a UPB e aí é um trabalho conjunto da Secretaria do  
648 Estado junto com os municípios e já esta sendo encaminhado tanto a minuta do projeto de lei do Estado como também a minuta  
649 do projeto de lei para o município ao COSEMS. Comentou sobre o seminário que haverá na Fundação Luis Eduardo Magalhães  
650 onde será discutida a questão da fundação Estatal. O Senhor Washington Couto deu continuidade a reunião convocando a  
651 superintendente de Assistência Farmacêutica e tecnologia Dr<sup>a</sup>. Gisélia Souza que iniciou sua fala comentando sobre a resolução  
652 de adesão à portaria número trinta e dois e trinta e sete que coloca a questão dos novos critérios para recursos da farmácia básica  
653 e se precisou ter mandado o elenco de medicamentos que foi pactuado. Informou que a proposta era que se pactuasse em um  
654 mesmo elenco tanto para o elenco Municipal quanto o elenco Estadual o que se esta praticando até agora e se está  
655 desenvolvendo ao mesmo tempo no conjunto do Estado a Revisão Estadual de Medicamentos Estaduais, onde se está inclusive  
656 com consultoria da OMS com especialista na área de padronização de medicamentos, esta discutindo com especialista de  
657 diversas áreas, e revendo a questão de medicamentos essenciais. Informou que este processo deve se encerrar até setembro e a  
658 idéia é manter a lista de medicamentos até o mês de setembro e a partir de setembro, com a aprovação, nova Relação Estadual  
659 de Medicamentos Essenciais, se voltaria a pactuar a nova lista. A senhora Marta Rejane informou que se teve na última segunda  
660 e terça-feira o curso do SAMU Regional Camaçari onde a sede foi em Dias D'Ávila a participação dos municípios foi muito boa, teve  
661 sala cheia, classe cheia, informou que queria agradecer formalmente ao Estado o envio do instrutor Paulo de Tarso a avaliação foi  
662 excelente, muito elogiado o desempenho da equipe e espera que no mês de junho o SAMU Regional já esteja em funcionamento  
663 nos sete municípios. A senhora Suzana Ribeiro informou que a demanda que saiu na CIB extraordinária para se fazer uma  
664 avaliação dos filantrópicos e das contratualizações já foi feita e apresentada pela manhã na reunião do COSEMS e já tem uma  
665 reunião da comissão para o dia 20, próxima terça-feira. Isso inclusive foi uma condição encontrada de não só regularizar a questão  
666 da contratualização como também fazer a discussão do credenciamento da habilitação da alta complexidade. Informou que nesta  
667 semana se faria a discussão e avaliação da comissão e antes da próxima reunião da CIB se faria uma reunião com a federação,  
668 os prestadores e os municípios que têm Santas Casas contratualizadas e na próxima reunião da CIB já queria se garantir a  
669 pactuação em torno da condição e acompanhamento dessa contratualização e inclusive de habilitação e aprovação do  
670 credenciamento e habilitação para cardiovascular. Informou que no dia vinte, pela tarde, estará reunida com a SUVISA, e convidou  
671 a mesma comissão que estará pela manhã a ficar a tarde junto com Dr<sup>a</sup>. Lorene para se discutir a viabilidade da seleção dos  
672 agentes de endemias, por conta do período eleitoral sendo uma discussão que não foi possível fazer no COSEMS e foi remetida  
673 para o próximo dia vinte. Comentou de uma solicitação do município de Tapiramutá para permanecer na 17<sup>a</sup> DIRES, solicitação  
674 esta que será remetida para Diretoria de Atenção Básica. Solicitou a DIPRO que se encaminhe para o COSEMS o novo  
675 cronograma, pois houve algumas alterações de datas em relação às reuniões e implantações do colegiado de gestão regional para  
676 que se possa ajudar na divulgação junto aos municípios. O senhor Washington Couto informou aos gestores presentes que foi  
677 publicado no diário oficial da presente data, uma convocação de quatrocentos servidores que não teve seu cadastro regularizado,  
678 ou seja, foi feito todo um processo de regularização cadastral e se está convocando esses servidores, os quais, a maioria, está à  
679 disposição do município e tem um vínculo na DIRES. Isso aconteceu devido ao processo da GIC, a qual foi retirada dos servidores  
680 municipalizados e muitos servidores municipalizados ficaram vinculados à DIRES, mas exercendo suas atividades no município.  
681 Informou que este problema esta solucionado inclusive o primeiro pagamento já saiu e os servidores vão receber a GIC mínima,  
682 onde todos estão recebendo e esta foi uma luta de dez anos dos sindicatos e foi conseguido fazer um acordo na mesa de  
683 negociação. Informou que está na hora de regularizar todos estes processos de sessão que foram colocados à disposição.  
684 Informou que será feito um evento com a convocação dos seiscentos novos concursados que foram os últimos convocados do  
685 concurso de dois mil e cinco, e será dada a posse aos seiscentos no evento com o governador, próximo dia vinte, no centro de  
686 convenções e além da posse desses novos servidores haverá também a publicação da negociação da GIC dos municipalizados  
687 que se conseguiu resolver.  
688

689

690 Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 17  
691 de abril de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a  
692 presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 15 de maio de 2008.

693

694 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_

695 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_

696 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_

697 Lorene Louise Silva Pinto \_\_\_\_\_

698 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_

699 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_

700 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_

701 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_

702 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_

703 Suplente: Isabela Cardoso de Matos Pinto \_\_\_\_\_

704 José Carlos Raimundo Brito \_\_\_\_\_

705 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_

706 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_

707 Denise Lima Mascarenhas \_\_\_\_\_

708 Angeli Santos Matos \_\_\_\_\_