

Ata da 169ª Reunião Ordinária de 2009  
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos vinte e dois dias do mês de Janeiro do ano de dois mil e nove, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Britto, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão saudando os novos Gestores Municipais de Saúde, colocando que será um prazer trabalhar junto e desejando a oportunidade de continuar as experiências positivas que foram desenvolvidas nos últimos dois anos com vários municípios, a fim de superar uma série de dificuldades. Ressaltou que o início é sempre muito duro, até porque muitos encontraram situações bastante difíceis e estão se desdobrando para superá-las, e colocou-se à disposição, juntamente com toda a equipe da SESAB para contribuir em todos os sentidos. Em seguida colocou em discussão e aprovação as atas da 168ª Reunião Ordinária e 2ª Reunião Extraordinária, encaminhadas anteriormente aos membros, que foram aprovadas à unanimidade. Dando início à ordem do dia, O Senhor Coordenador efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data, 65 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 Foram encaminhados à Secretaria Executiva da CIB os Relatórios de Auditoria e Pareceres Conclusivos, referente às Auditorias de Gestão realizadas nos municípios de Baianópolis, Entre Rios, Senhor do Bonfim e Serra Preta; 1.3 Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios que encontram-se com pendências de documentos na CIB: Ilhéus, Catú e Itabuna; 1.4 O Termo de Compromisso de Gestão Municipal do Município de Nova Soure aprovado em Reunião da CIB de 11 de junho de 2008, ainda não foi publicado em Portaria do Ministério da Saúde, pois, devido a problemas de comunicação com a Secretaria de Saúde do Município, o TLFG alterado não foi assinado pelo gestor. Na seqüência, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB – **Aprovado**; 1.2 Solicitação de aprovação do Plano de Ação para Implementação de Ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis para Estratégia de Saúde da Família, do município de Ipirá, com parecer favorável da Área Técnica – **Aprovado**; 2. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB: 2.1 Credenciamentos: – **Aprovados**

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I	Monte Santo
	02 NASF Tipo I	Eunápolis
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Correntina Guanambi
ACS – Agente Comunitário de Saúde	01 ACS	Almadina

3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 3.1 Credenciamento de CAPS I nos municípios de Ubatã, Aracatu e Rafael Jambeiro; 3.2 Credenciamento de CAPS AD nos municípios de Serrinha e Santo Antônio de Jesus. Dando continuidade à ordem do dia, o Senhor Coordenador apresenta as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 1.1 Discussão dos parâmetros estaduais da Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) para o ano de 2009. Apresentação: Eleuzina Falcão. Iniciou relatando que temos no Elenco quarenta e sete ações, lembrando que dessas, as ações de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental já foram aprovadas através da Resolução 142/2008 e algumas dessas ações também de Vigilância Epidemiológica já foram aprovadas no ano passado no processo de pactuação. Apresentou apenas as ações novas (abaixo grifadas) para o ano de 2009:

**PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - BAHIA 2008/2009**

AÇÃO		PARÂMETROS	META	
			2008	2009
<b>1. Notificação</b>				
1.1	Realizar notificação dos casos de sífilis em gestante	48.950 casos de sífilis em gestantes notificados.	231	231
1.2	Definir Unidades Sentinelas para notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho	Unidades Sentinelas pactuadas em CIB realizando notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho	Esta ação não ocorreu em 2008 na PAVS	58 Unidades Sentinelas realizando notificações de agravos relacionados ao trabalho
1.3	Implantar a notificação de agravos à saúde relacionados ao	Fluxo da notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho	Esta ação não ocorreu em 2008 na PAVS	58 Unidades Sentinelas com fluxo de notificação implantado

	trabalho	implantado		
<b>2. Investigação</b>				
2.1	Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de PFA.	Casos de PFA detectados com uma amostra de fezes coletada até o 14º dia do início da deficiência motora.	80%	80%
<b>3. Diagnóstico laboratorial de agravos de Saúde Pública</b>				
3.1	Realizar diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola.	Casos suspeitos de sarampo e rubéola investigados laboratorialmente por meio de sorologia.	100%	100%
3.2	Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura, contra-imuno-eletroforese ou látex.	coleta e realização de exame laboratorial para confirmação dos casos de meningite bacteriana.	39,5%	39,5%
3.3	Implantar aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).	CTA capacitados pelo PNHV com aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C implantada.	80%	100%
3.4	Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes.	um teste no parto na rede SUS	100%	100%
<b>4. Vigilância Ambiental</b>				
4.1	Cadastrar áreas com populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado - VIGISOLO	Relatório sobre o cadastramento de áreas com populações expostas ou sob risco de exposição a solo contaminado, conforme modelo padronizado.	1 relatório de acompanhamento anual do VIGISOLO para municípios com população acima de 100 mil e 5% dos municípios com população abaixo de 100 mil	1 relatório de acompanhamento anual do VIGISOLO para municípios com população acima de 100 mil e 5% dos municípios com população abaixo de 100 mil (35 relatórios)
4.2	Realizar a Vigilância em Saúde Ambiental relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano - VIGIAGUA.	Um relatório consolidado, por semestre, contendo as ações do VIGIAGUA desenvolvidas pelos municípios para o Estado	95% dos municípios do Estado: 396 municípios	95% dos municípios do Estado: 396 municípios
4.3	Identificar os municípios de risco para Vigilância Ambiental em Saúde relacionado à Qualidade do Ar - VIGIAR	Instrumento de Identificação dos Municípios de Risco - IIMR - para o VIGIAR, conforme modelo padronizado	5% dos municípios com instrumento de Identificação dos Municípios de Risco para o VIGIAR aplicado	5% dos municípios com instrumento de Identificação dos Municípios de Risco para o VIGIAR aplicado (21 municípios)
<b>5. Vigilância de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses</b>				
<b>5.1. Vigilância entomológica</b>				
5.1.1.	Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme classificação das áreas estabelecidas na estratificação de médio e alto risco.	Municípios programados pelo Estado, conforme estratificação de média e alto risco .	100% dos municípios realizando ações (conforme estratificação de risco)	100% dos municípios realizando ações (conforme estratificação de risco)

5.1.2.	Implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo <i>Aedes aegypti</i> .	Municípios não infestados.	NSA (Todos os 417 municípios infestados em 2008)	NSA
5.1.3.	Realizar vigilância entomológica de flebotômíneos em áreas com transmissão das leishmanioses, conforme classificação epidemiológica.	Municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.	100% do municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.	100% do municípios programados pela SES, conforme classificação epidemiológica.
5.1.4	Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de <i>Aedes aegypti</i> e/ou <i>Aedes albopictus</i> nos imóveis	Número de imóveis visitados seis vezes por ano nos municípios infestados.	90% (29.227.219 imóveis)	90%
<b>5.2. Vigilância de hospedeiros e reservatórios</b>				
5.2.1.	Realizar sorologia de material coletado em carnívoros e roedores para detecção de circulação de peste em áreas focais.	Número de sorologia realizada de carnívoros e roedores resistentes.	10.000	10.000
5.2.2.	Realizar pesquisa malacológica em municípios com coleções hídricas de importância epidemiológica para esquistossomose	Município endêmico com coleção hídrica de importância epidemiológica para esquistossomose	10% dos municípios endêmicos	15% dos municípios endêmicos
<b>5.3. Controle vetorial</b>				
5.3.1.	Realizar borrifação em domicílios para controle de triatomíneos	Domicílios positivos	100% dos domicílios positivos	100% dos domicílios positivos
<b>5.4. Imunização de reservatórios</b>				
5.4.1.	Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação anti-rábica.	População canina estimada por UF, 2007	80%	80%
<b>6. Controle de doenças</b>				
6.1.	Realizar exames coprocópicos para controle de esquistossomose em áreas endêmicas.	Número de exames realizados	500.000	500.000
6.2	Realizar tratamentos coletivos para filariose linfática de comunidades de áreas endêmicas	Número de tratamentos programados	NSA	NSA
6.3	Realizar exames oculares externo em escolares para detecção de portadores da infecção tracomatosa em áreas endêmicas	Exame ocular externo realizado em escolares (de 1o ao 5o ano do ensino fundamental da rede pública), tendo como linha de base os dados do inquérito epidemiológico do tracoma OU dados mais recentes do município.	10% dos escolares	10% dos escolares
6.4	Realizar tratamento dos casos de leishmaniose tegumentar americana	Casos de LTA tratados/curados Casos de LV	Tratar 100% dos casos e curar 81% dos casos de LTA e 84% dos	Tratar 100% dos casos e curar 81% dos casos de LTA e 84% dos

	(LTA) e leishmaniose visceral (LV), de acordo com o protocolo clínico.	tratados/curados	casos de LV	casos de LV
6.5	Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos novos de hanseníase	Casos novos de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados	85%	85%
6.6	Avaliar o grau de incapacidades físicas I e II nos casos curados de hanseníase	Casos curados de hanseníase com grau de incapacidade I ou II avaliados	89%	89%
6.7	Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase, de acordo com as normas preconizadas.	contatos intradomiciliares examinados	22%	50%
<b>7. Imunizações</b>				
<b>7.1. Vacinação</b>				
7.1.1.	Vacinar crianças < de cinco anos na campanha anual (em duas etapas) contra poliomielite	95 % de crianças < de cinco anos vacinadas em cada etapa da campanha	95%	95%
7.1.2	Vacinar idosos na faixa etária >=60 anos na campanha anual contra a influenza	80% de idosos de 60 anos e mais vacinados	80%	80%
7.1.3	Vacinar contra rubéola na faixa etária de 12 a 39 anos de idade nos estados de MA, RN, MG, MT e RJ na faixa etária de 20 a 39 anos para as demais UF	95% de adolescentes e adultos vacinados	95%	
7.1.4	Vacinar a população de 1 ano de idade contra sarampo, rubéola e caxumba (vacina tríplice viral).	95% das crianças de 1 ano de idade vacinadas contra sarampo, rubéola e caxumba	95%	95%
7.1.5	Vacinar a população de 1 ano a 19 anos com a vacina contra hepatite B.	peessoas vacinadas na faixa etária de 1 a 19 anos de idade	90%	90%
<b>7.2. Vigilância de eventos adversos pós-vacinação</b>				
7.2.1.	Investigar os eventos adversos graves pós-vacinação.	Número de casos de eventos adversos graves pós-vacinação notificados e investigados.	100%	100%
<b>8. Monitorização de agravos de relevância epidemiológica</b>				
8.1	Implementar a vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis	Projetos de intervenção existentes sobre os fatores de riscos de doenças e agravos não transmissíveis conforme as ações prioritárias da Política Nacional de Promoção da Saúde	Plano de Ação Estadual e Planos de Ação de DANT de 16 municípios prioritários enviado a CGDANT/SVS/MS	Plano de Ação Estadual e Planos de Ação de DANT de 19 municípios prioritários enviado a CGDANT/SVS/MS
<b>9. Divulgação de informações epidemiológicas</b>				
9.1.	Elaborar informes epidemiológicos	publicações por ano, com dados de doenças de notificação compulsória, óbitos e nascidos vivos e com análise da situação	2	2

		epidemiológica de agravos relevantes.		
<b>10. Alimentação e Manutenção de Sistemas de Informação</b>				
10.1	Intensificar a coleta das declarações de óbito - DO nos municípios.	Aumentar a coleta de declaração de óbito nos municípios classificados como tendo grandes deficiências na cobertura do SIM: CGM menor que 4,4 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população inferior a 50.000 hab. e menor que 5,3 óbitos por 1.000 habitantes em municípios com população maior ou igual a 50.000 hab.	Não pactuada em 2008, porém as ações estão sendo implementadas desde 2007	Reduzir para menos de 50% o número de municípios com CGM Inadequado; corresponde a 76 municípios
10.2	Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos - DN.	Número de nascidos vivos captados pelo Sinasc no ano, com base na aplicação de técnicas demográficas específicas, conforme o instrutivo.	100%	100%
10.3	Garantir o envio de dados do SIM com regularidade	óbitos transferidos por UF, via sisnet, 60 dias após o mês de ocorrência	100%	100%
10.4	Envio regular de banco de dados do API	Remessa mensal regular dos bancos de dados estaduais de vacinação de rotina e Remessa dos bancos de dados estaduais de vacinação de campanhas, no prazo de até 02 meses da data da campanha.	12 remessas mensais e 3 envios oportunos das campanhas	12 remessas mensais e 3 envios oportunos das campanhas
10.5	Realizar envio regular de dados do SINAN.	remessas regulares do banco de dados .	100%	100%
<b>11. Monitoramento da Ações de Vigilância em saúde</b>				
11.1	Monitorar a PAVS	monitoramento realizado	417 municípios monitorados	417 municípios monitorados
<b>12. Procedimentos de Vigilância Sanitária</b>				
12.1	Elaborar plano de ação em Vigilância Sanitária	Plano de ação em Vigilância Sanitária elaborado, conforme instrutivo.	Plano de ação elaborado	Plano de ação elaborado
12.2	Executar plano de ação em Vigilância Sanitária	Plano de ação em Vigilância Sanitária executado.	Plano de ação executado	Plano de ação executado
12.3	Implantar e implementar o Sistema Nacional de Informação de Vigilância Sanitária	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária implantado	Módulo de cadastro e elenco norteador sendo alimentado. Módulo de inspeção em fase de implantação.	SINAVISA implantado nas 30 DARES, 56 municípios prioritários para compor a rede assistencial complementar do estado (comando único)
12.4	<b>Inspeção em estabelecimentos priorizados no Pacto pela Saúde</b>			
12.4.1	Inspeccionar os serviços de diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo de Útero e de Mama*	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	721	960

12.4.2	Inspecionar os serviços hospitalares com atenção materno e infantil**	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	206	400
12.4.3	Inspecionar os serviços de hemoterapia, diálise e nefrologia***.	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	90	97
12.4.4	Inspecionar os serviços de alimentação****	Inspeção em estabelecimento cadastrado e com plano e cronograma de adequação assinado para estabelecimentos não conformes com legislação sanitária vigente	6650	7350

\* Refere-se aos serviços de medicina nuclear, USG e mamografia, radioterapia, quimioterapia, laboratórios de anatomia patológica e/ou citológica, laboratórios clínicos

\*\* Refere-se aos serviços que possuem internação obstétrica, pediátrica, UTI neonatal, UTI pediátrica, e UTI materna

\*\*\* Refere-se aos Hemocentros (coordenador e regionais), núcleos de hemoterapia, unidades de coleta e/ou transfusão (UCT e UC), Centro de Triagem Laboratorial de Doadores, Agência transfusional, serviços de diálise e de hemodiálise

\*\*\*\* Refere-se aos restaurantes e similares, cantinas (serviços de alimentação privativo), serviços de alimentação do escolar em escolas e creches públicas e bufê.

41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77

Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão e aprovação. Dra. Lorene Pinto ressaltou que essas metas para o estado estão sendo pactuadas, mas demandam o empenho de todos os municípios para que possamos alcançá-las, e muitas delas são metas estipuladas em cima do impacto que pode causar, como algumas coberturas, alguns percentuais de cura para determinadas doenças, senão não tem o impacto esperado na transmissão e no controle da doença, por isso é preciso dar mais valor ao trabalho e ao compromisso quando pactuarmos isso aqui, pois o estado só alcança se os municípios contribuírem, cada um com seu pedacinho. Dra. Suzana Ribeiro cumprimentou a todos, dando boas vindas aos novos gestores. Em relação à programação, reiterou a colocação de Dra. Lorene de que o pacto do estado não é atingido se os municípios não entrarem nesse processo de co-responsabilização, por um outro lado, é sabido que os municípios têm algumas dificuldades para garantir a execução das ações por conta dos valores do financiamento na área de vigilância em saúde que são exíguos tendo em vista a dimensão das atividades que se precisam definir. Colocou que houve algo que chamou atenção de imediato que foi a ação de Implantar aconselhamento e testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), onde não envolve só a questão da capacitação, mas também da aquisição dos Kits e é essa questão que se têm dúvidas de como acontecerá. Informou que no final do ano anterior, o município de Vitória da Conquista fez uma avaliação das ações do centro de referência e o objetivo sempre foi de fazer a testagem e o Aconselhamento também para Hepatite e inclusive já se tem o serviço de Hepatite C funcionando no município e há um estrangulamento muito grande na rede principalmente na parte de diagnóstico para toda a população. Informou que a algum tempo já se vem discutindo a possibilidade do Estado assumir integralmente a oferta dos Kits e era nesse sentido que estava querendo pontuar até pela necessidade de se avançar e centralizar a rede. A Senhora Lorene Pinto relatou que as estratégias dos CTA's se integram com a descentralização e estruturação de redes de laboratórios para que eles também sejam pontos de referência descentralizados e depois agregar outros testes, que é o que se está planejando, com o Estado assumindo a compra centralizada e a distribuição garantindo também o controle de notificação, da qualidade e da metodologia utilizada. A Senhora Graziela, da Diretoria de Programação – DIPRO informou que esses indicadores irão ser pactuados no período de primeiro a vinte e cinco de março com todos os municípios e que as DRES já estão com os calendários dessas oficinas e devem estar entrando em contato com os municípios. Relatou que a pactuação de indicadores do ano corrente vai acontecer em cinco turnos em cada regional em que a oficina for feita havendo dois momentos onde o primeiro é de avaliação das metas pactuadas no ano de dois mil e oito, onde não serão pactuadas novas metas para os indicadores de assistência, pois irá se trabalhar para alcançar as metas que foram pactuadas no ano anterior, e o segundo momento vai ser de pactuação da PAVS que foi apresentada agora. Dando continuidade à pauta 2.1 Informe: Seleção dos alunos e início do Curso de Qualificação para a Gestão Regionalizada do SUS-BA, o Senhor Coordenador questionou quem iria apresentar e o Senhor Andrés Castro informou que o faria. O Senhor Andrés Castro informou que o curso de gestão regionalizada está se iniciando na presente data, inclusive com abertura a partir das dezenove horas no Hotel Othon Palace sendo que um grupo já se encontra em atividade em um momento de acolhimento a vários secretários novos. Quanto ao ponto 2.2 Cronograma da nova Programação Pactuada Integrada (PPI) do SUS Bahia, A senhora Kátia Nunes, Secretária de Saúde do município de Irecê sugeriu que esta apresentação, devido ao fato de já ter sido apresentada pela manhã, fosse suprimida e já se iniciasse a discussão para que se ganhasse tempo. A senhora Cristiane Macedo, da DIPRO, fez a apresentação do cronograma da PPI 2009:

Atividade	2009					
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho
Apresentação do cronograma na CIB						
Composição de GT COSEMS-SESAB na CIB						
Aprovação de critérios de macro e micro-alocação na CIB						
Treinamento de técnicos da SESAB						
Discussão da metodologia da PPI (GT)						
Aprovação da metodologia na CIB						
Discussão dos parâmetros da PPI (GT)						
Aprovação dos parâmetros da PPI na CIB						
Elaboração do Manual da PPI 2009						
Alimentação do SISPPPI estadual						
Rodadas com municípios (CGMR)						
Treinamento de técnicos dos municípios						
Alimentação do SISPPPI municipal						
Consolidação dos dados e geração de relatórios						
Aprovação do resultado da PPI na CIB						
Assinatura dos Termos de Garantia de Acesso						

79 Após a leitura do cronograma acima pela Senhora Cristiane Macedo, a Senhora Suzana Cristina informou que pela manhã  
80 este cronograma foi apresentado e foram feitas algumas discussões e já se tirou uma comissão para compor o Grupo de  
81 Trabalho – GT e inclusive com a possibilidade desta comissão fazer a discussão e avaliar se é possível ou não de fazer  
82 com que esse cronograma findasse no mês de maio, mas a comissão junto com os técnicos da SESAB vai avaliar e vendo  
83 se é possível ou não esse enxugamento do cronograma e posteriormente colocando sob apreciação da CIB e já de  
84 imediato informou sobre a já formação do GT, e estaria enviando formalmente para Cristiane os nomes que irão compor  
85 este GT. O Senhor Coordenador informou que a proposta do cronograma estava aberta a discussões o qual não houve  
86 nenhum questionamento nem disposição contrária. O Senhor Coordenador questionou sobre os municípios que não  
87 firmaram o Pacto se firmariam dentro deste mesmo cronograma, o qual foi respondido pela Senhora Cristiane Macedo que  
88 sim. A Senhora Suzana Ribeiro informou que havia um ponto de pauta mais a frente que trata da discussão e  
89 implementação do Pacto não esquecendo que a proposta que foi tirada hoje é que neste cronograma que está prevendo as  
90 atividades na rodada com os municípios com os colegiados de gestão microrregional, era que essa discussão não fosse  
91 isolada da PPI, pois a PPI é um instrumento de gestão e o entendimento do COSEMS é que neste processo todo o pacto  
92 esteja sempre presente pensando inclusive na construção da PPI no sentido de fortalecer a regionalização solidária,  
93 portanto é um desafio grande além de se discutir os parâmetros dessa nova PPI com outros critérios e outras discussões  
94 além da proposta de fortalecimento dos colegiados regionais de gestão colegiada. O Senhor Coordenador questionou se  
95 haveriam mais colocações, e não ocorrendo mais manifestações se considerou aprovada a proposta. O Senhor  
96 Coordenador solicitou os nomes dos integrantes da comissão para que ficasse registrado e a Senhora Suzana Ribeiro  
97 informou que a comissão seria na verdade um Grupo de trabalho composto por vinte e oito pessoas que fariam uma  
98 discussão mais ampla e posteriormente se dividiriam em sub-grupos para acelerar os trabalhos, e com relação aos nomes,  
99 a mesma estava sem a lista de nomes no momento, mas se comprometeu em enviar a lista da composição do GT para a  
100 CIB. Quanto aos pontos: 2.3 Portaria GM/MMS 3.119, de 24 de dezembro, que estabelece recursos financeiros a serem  
101 incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia; 2.4 Portaria GM/MMS nº 3.129, de  
102 24 de dezembro de 2008, que estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e  
103 Alta Complexidade dos Estados e do Distrito Federal, relativos às Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual; 2.5  
104 Portaria GM/MMS nº 3.136, de 24 de dezembro de 2008, que define o repasse de incentivo financeiro aos  
105 Hospitais/Maternidade de Referência do Sistema Único de Saúde, para se adequarem aos requisitos de ambiência e  
106 humanização para atenção ao parto e ao nascimento; 2.6 Portaria GM/MMS nº 3.150, de 24 de dezembro de 2008, que  
107 estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados  
108 e do Distrito Federal nas áreas de Oncologia, Neurocirurgia, Auditiva, Traumato-Ortopedia e Cardiovascular; 2.7 Portaria  
109 GM/MMS nº 3.127, de 24 de dezembro de 2008, que Estabelece recursos financeiros a serem incorporados ao Teto  
110 Financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; 2.8 Portaria GM/MMS nº  
111 3.194, de 24 de dezembro de 2008, que Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e  
112 Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e municípios; e 2.9 Portaria GM/MMS nº 3.153, de 24 de dezembro de 2008,  
113 que Estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado da  
114 Bahia e do Município de Barreiras – BA, o senhor Coordenador sugeriu que fosse realizada uma única apresentação e ao  
115 final da apresentação fosse aberto para discussão. A Senhora Cristiane Macedo informou que as portarias foram editadas  
116 pelo Ministério no período do final do ano anterior e algumas delas têm que ser remetidas à CIB para alocação de recursos  
117 para que o Ministério possa fazer o crédito desses recursos ao município ou ao Fundo Estadual, em seguida deu  
118 prosseguimento à apresentação: PORTARIA 3129, de 26 de dezembro de 2008 - O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE,  
119 no uso de suas atribuições, e considerando a Portaria Nº 3.128/GM, de 24 de dezembro de 2008, que define que as Redes  
120 de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual serão compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação  
121 Visual:  
122

UF	População 2008	Serviço de Reabilitação Visual	Valor anual
BA	14.502.575	6	2.645.110,04

123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131

Proposta de Alocação: Fundo Estadual - Necessidade de articulação com a Rede de Oftalmo e a Rede de Portadores de deficiência, avaliação de pleitos de credenciamento (ex: Instituto de Cegos), que a equipe técnica informou que inicialmente o Instituto de Cegos é o único que possui a capacidade para realizar esse serviço além da estruturação do CEPRED que atualmente não teria espaço físico para assumir a rede de deficientes visuais. PORTARIA 3150, de 26 de dezembro de 2008 - O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de implantação e ampliação das redes assistenciais de saúde nas áreas de Oncologia, Neurocirurgia, Auditiva, Traumato-Ortopedia e Cardiovascular:

UF	Valor anual (R\$)
BA	12.496.941,71

132  
133  
134

#### Proposta de Alocação:

Rede	Município	Unidade	Valor
Neuro*	Vitória da Conquista	HG Vitória da Conquista	2.001.000,00
	Teixeira de Freitas	Hospital Municipal	1.600.800,00
Cardio	Vitória da Conquista	Hospital São Vicente	2.400.000,00
Cardio / Onco	Vitória da Conquista	Ressonância e Tomografia	619.141,71
Onco	Teixeira de Freitas	Hospital Municipal	3.500.000,00
Orto-Trauma*	Salvador	Hospital Manoel Vitorino	2.376.000,00
<b>Total PT GM 3150</b>			<b>12.496.941,71</b>
* Ficam faltando os hospitais HO, HCA, HGE, HGRS, HRLVF			

135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149

A Senhora Cristiane Macedo informou que os critérios adotados foram às unidades que estão habilitadas, liberadas pelo Ministério e que atenderia a Rede já de imediato. Relatou que os cálculos foram baseados em cima de média de curso de procedimento e uma média de cirurgias que poderiam ser feitas que são as citadas acima. Informou que ficaram de fora dessa lista os Hospitais do Oeste, o Clériston Andrade, o Hospital Geral do Estado, o Roberto Santos e o Hospital Luis Viana Filho, pois, mesmo eles já estando habilitados os mesmos não foram contemplados pelos recursos. PORTARIA 3119, de 26 de dezembro de 2008 - Art. 1º Estabelecer recursos financeiros no montante de R\$43.221.230,91 (quarenta e três milhões, duzentos e vinte um mil, duzentos e trinta reais e noventa e um centavos), a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia: Proposta de Alocação: Fundo Estadual para Implementação da PPI 2009 (Expansão de serviços, remanejamento de teto, ampliação das redes de alta complexidade, etc.). Informou que esta portaria trata de um recurso que o Estado recebe e não necessariamente precisa ter aprovação pela CIB, pois ela já é incorporada no teto financeiro do Estado. PORTARIA 3136, de 26 de dezembro de 2008 - § 1º As Secretarias da Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal deverão apresentar ao Ministério da Saúde projetos de reforma ou adaptação da ambiência das maternidades para a humanização da atenção integral ao parto e ao nascimento, para avaliação e seleção pelo Ministério da Saúde; § 2º As Secretarias da Saúde dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal deverão considerar as maternidades que realizam mais de 1.000 partos/ano.

UF	Nº de partos /ano (2007)	% partos em relação ao Brasil	Distribuição do incentivo segundo o nº de partos por UF
BA	110.337	8,31	224.478,66

150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158

Proposta de Alocação: Município – Salvador / Maternidade Tysila Balbino.

A Senhora Cristiane Macedo informou que segundo dados do Ministério da Saúde a Bahia possui cerca de trinta e seis unidades com esse perfil e se fosse distribuir o recurso acima para as trinta e seis unidades ficaria um recurso de menos de mil reais por ano por unidade, logo, essa ação não seria viabilizada por essa questão a proposta de alocação seria na Maternidade Tysila Balbino devido a Maternidade José Maria de Magalhães Neto com o credenciamento basicamente para alta complexidade, gestante de alto risco, e hoje tem atendido a demanda muito grande de pacientes com gravidez de parto normal e parto cesárea que com a alocação de recursos na Tysila Balbino haveria um desafogamento. Dando continuidade



159 a apresentação a Senhora Cristina Macedo explanou sobre as portarias a seguir: PT GM 3127: - ...considerando a Portaria  
 160 No- 3.126/GM, de 24 de dezembro de 2008, que altera valores de remuneração dos procedimentos da Tabela de  
 161 Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS;  
 162  
 163

**PT GM 3127**

Município	CNES	Nome_Fanta	PROJEÇÃO ANUAL		TOTAL	FMS	FES (TCEP)
			UTI_TO	Valor_UTI			
ALAGOINHAS	2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	2.280	779.623,20	311.858,40	-	311.858,40
BARREIRAS	3972925	HOSPITAL DO OESTE	5.409	1.849.553,46	739.843,02	-	739.843,02
CAMAÇARI	2388057	HOSPITAL GERAL DE CAMACARI	717	245.170,98	98.071,26	-	98.071,26
FEIRA DE SANTANA	2601680	HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCANTARA	1.248	426.741,12	170.701,44	170.701,44	-
FEIRA DE SANTANA	2799758	HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	1.818	836.349,60	248.666,04	-	248.666,04
FEIRA DE SANTANA	2799278	HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	2.508	857.585,52	343.044,24	343.044,24	-
GUANAMBI	2804034	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	1.023	349.804,62	139.925,94	-	139.925,94
ILHÉUS	2415844	HOSPITAL GERAL LUIS VIANA FILHO	483	165.157,02	66.064,74	-	66.064,74
ITABUNA	2772280	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO	981	335.443,14	134.181,18	-	134.181,18
ITABUNA	2385171	HOSPITAL DE BASE LUIS EDUARDO MAGALHAE	1.071	509.832,54	146.491,38	-	146.491,38
ITABUNA	2525569	HOSPITAL MANOEL NOVAES	3.105	1.061.723,70	424.701,90	-	424.701,90
JUAZEIRO	2557509	PROMATRE DE JUAZEIRO	1.971	673.963,74	269.593,38	269.593,38	-
RIBEIRA DO POMBAL	2799790	HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA	312	106.685,28	42.675,36	-	42.675,36
SALVADOR	0003875	HOSPITAL ANA NERY	8.724	2.983.084,56	1.193.268,72	1.193.268,72	-
SALVADOR	0003786	HOSPITAL ARISTIDES MALTEZ	2.670	912.979,80	378.451,35	378.451,35	-
SALVADOR	2470667	HOSPITAL DA SAGRADA FAMILIA	372	127.201,68	50.882,16	50.882,16	-
SALVADOR	0004057	HOSPITAL ESPANHOL	234	80.013,96	32.006,52	32.006,52	-
SALVADOR	0004065	HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEI	2.577	881.179,38	352.482,06	-	352.482,06
SALVADOR	0004294	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	8.895	3.757.578,66	1.216.658,10	-	1.216.658,10
SALVADOR	0004073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	909	310.823,46	124.333,02	-	124.333,02
SALVADOR	0003859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	12.336	5.838.967,44	1.687.318,08	-	1.687.318,08
SALVADOR	0004278	HOSPITAL MARTAGAO GESTEIRA	189	64.626,66	25.851,42	25.851,42	-
SALVADOR	0004251	HOSPITAL PORTUGUES	2.910	995.045,40	398.029,80	398.029,80	-
SALVADOR	0003832	HOSPITAL SANTA ISABEL	3.312	1.132.505,28	453.015,36	453.015,36	-
SALVADOR	2802104	HOSPITAL SANTO ANTONIO	4.719	1.613.614,86	645.464,82	645.464,82	-
SALVADOR	0003808	HOSPITAL SAO RAFAEL	1.518	550.671,15	215.164,47	215.164,47	-
SALVADOR	0003816	HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGAR	4.446	1.581.682,62	608.123,88	608.123,88	-
SALVADOR	3956369	MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE M	1.617	552.916,98	221.173,26	-	221.173,26
SÃO FELIX	2520613	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO FELIX	1.716	586.769,04	234.714,48	234.714,48	-
TEIXEIRA DE FREITAS	2301318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	2.142	732.435,48	292.982,76	292.982,76	-
VITÓRIA DA CONQUISTA	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	3.402	1.163.279,88	465.325,56	-	465.325,56
VITÓRIA DA CONQUISTA	2402564	HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS	2.502	1.151.885,88	342.223,56	342.223,56	-
<b>TOTAL</b>			<b>88.116</b>	<b>33.214.896,09</b>	<b>12.073.287,66</b>	<b>5.653.518,36</b>	<b>6.419.769,30</b>

164 Relatou que o quadro de recursos estava pequeno, mas a intenção era deixar clara quais unidades estariam sendo  
 165 contempladas para não haver dúvidas ao que pertence ao termo de entes ou não. Citou o primeiro município, que é  
 166 Alagoinhas, com o Hospital Regional Dantas Bião, onde o Ministério projeta uma série histórica de abril a julho, projeta  
 167 esses valores para o ano, com relação a produção e daí então dá um incremento. Informou que todos são UTI tipo II e o  
 168 município de Alagoinhas teria R\$ 311.858,40 (trezentos e onze mil, oitocentos e cinquenta e oito reais e quarenta  
 169 centavos), mas esse recurso como é do Dantas Bião, Unidade Estadual, teria que compor o termo de entes públicos e  
 170 assim sucessivamente. O Senhor Coordenador questionou sobre o município de Porto Seguro e Jequié, mas a Senhora  
 171 Cristiane Macedo relatou que segundo a base do Ministério esses municípios não constam. Dando continuidade a  
 172 apresentação foi citada a PT GM 3153: ... considerando a necessidade de ampliação dos serviços de saúde no Município  
 173 de Barreiras - BA, para atender a crescente demanda da Micro Região de Saúde, resolve: Art. 1º Estabelecer recursos  
 174 financeiros no montante de R\$10.000.000,00 (dez milhões de reais), a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de  
 175 Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia e do Município de Barreiras – BA;  
 176

**PT GM 3153**

Município	Unidade	Valor
Barreiras	Municipalização do Hospital Eurico Dutra	6.000.000,00
	Hospital do Oeste ( TCEP )	4.000.000,00
		<b>10.000.000,00</b>

**Compôr TCEP do município.**

177  
 178  
 179  
 180 PT GM 3194:...considerando a Portaria Nº- 3.126/GM, de 24 de dezembro de 2008, que altera valores de remuneração dos  
 181 procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de  
 182 Saúde – SUS.  
 183

**PT GM 3194 \* Republicada em 21.01.2009**

184  
186  
188  
190  
192  
194  
196  
198  
200  
202  
204  
206  
208  
210  
212  
214  
216  
218  
220  
222  
224  
226  
228  
230  
232  
234  
236  
238  
240  
242  
244  
246  
248  
250  
252  
254  
256  
258  
260  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270

COD IBGE	MUNICIPIO	Valor Portaria	FMS	TCEP
290000	GESTAO ESTADUAL BAHIA	24.155.022,49	-	24.155.022,49
290070	ALAGOINHAS	477.419,40	322.024,77	155.394,63
290100	AMARGOSA	80.015,91	80.015,91	-
290290	BARRA DO CHOCA	54.150,51	54.150,51	-
290320	BARREIRAS	872.722,59	473.829,93	398.892,66
290350	BELO CAMPO	49.098,90	49.098,90	-
290390	BOM JESUS DA LAPA	76.237,47	76.237,47	-
290460	BRUMADO	279.294,09	279.294,09	-
290570	CAMACARI	1.404.211,30	1.045.492,00	358.719,30
290750	CATU	59.408,55	59.408,55	-
290980	CRUZ DAS ALMAS	118.631,49	118.631,49	-
291005	DIAS D'AVILA	123.513,06	123.513,06	-
291072	EUNAPOLIS	338.508,51	338.508,51	-
291080	FEIRA DE SANTANA	3.432.707,04	2.931.457,56	501.249,48
291170	GUANAMBI	546.964,23	360.192,72	186.771,51
291210	IBICARAI	32.493,60	32.493,60	-
291360	ILHEUS	846.829,38	739.226,79	107.602,59
291370	INHAMBUPE	34.792,17	34.792,17	-
291460	IRECE	309.937,59	309.937,59	-
291465	ITABELA	74.312,19	74.312,19	-
291470	ITABERABA	385.841,31	385.841,31	-
291560	ITAMARAJU	130.612,08	130.612,08	-
291800	JEQUIE	651.223,83	490.808,76	160.415,07
291840	JUAZEIRO	1.111.100,83	1.092.242,98	18.857,85
291880	LAJE	66.188,37	66.188,37	-
291920	LAURO DE FREITAS	577.884,51	494.582,97	83.301,54
291980	MACAUBAS	6.272,43	6.272,43	-
291992	MADRE DE DEUS	82.563,27	82.563,27	-
292100	MATA DE SAO JOAO	66.774,45	66.774,45	-
292110	MEDEIROS NETO	58.705,83	58.705,83	-
292400	PAULO AFONSO	420.094,17	420.094,17	-
292520	POJUCA	77.915,04	77.915,04	-
292530	PORTO SEGURO	497.144,16	69.773,34	427.370,82
292740	SALVADOR	20.746.017,05	15.547.455,41	5.198.561,64
292770	SANTA CRUZ CABRALIA	30.368,55	30.368,55	-
292870	SANTO ANTONIO DE JESUS	352.873,52	352.873,52	-
292900	SAO FELIX	287.857,47	287.857,47	-
292950	SAO SEBASTIAO DO PASSE	116.501,85	116.501,85	-
293010	SENHOR DO BONFIM	299.083,56	299.083,56	-
293135	TEIXEIRA DE FREITAS	725.487,45	725.487,45	-
293320	VERA CRUZ	16.567,83	16.567,83	-
293330	VITORIA DA CONQUISTA	2.051.144,20	1.845.173,17	205.971,03
<b>TOTAL</b>		<b>62.124.492,23</b>	<b>30.166.361,62</b>	<b>31.958.130,61</b>

Relatou que estas alocações já estão definidas pelo Ministério da Saúde, ficando a apresentação com o intuito de mostrar os valores que corresponderiam aos termos de entes públicos. Pois o Ministério publica a parte da Gestão Estadual e os municípios que recebem fundo a fundo e dentro desses municípios que recebem fundo a fundo existem as unidades estaduais onde esses recursos seriam utilizados para incremento da tabela que ocorreu no final do ano anterior e essas unidades estaduais teriam que ter o recurso retirado para repassar via termos de entes para que elas possam receber os recursos. Informou também que a PT GM 3194 foi republicada no dia 21 de janeiro de 2009, mas o Ministério passou a base em tempo hábil para que esses dados pudessem ser apresentados. Em seguida apresentou o quadro discriminando por unidade o valor de cada unidade estadual recebe na base que o Ministério repassa para o Estado:

COD IBGE	MUNICIPIO	CNES	Unidade	Total
290070	ALAGOINHAS	2487438	H G Dantas Bião	155.394,63
	<b>ALAGOINHAS Total</b>			155.394,63
290320	BARREIRAS	2659069	H G Eurico Dutra	62.579,64
290320	BARREIRAS	3972925	Hospital do Oeste	336.313,02
	<b>BARREIRAS Total</b>			398.892,66
290570	CAMACARI	2388057	H G de Camaçari	358.719,30
	<b>CAMACARI Total</b>			358.719,30
291080	FEIRA DE SANTANA	2603063	H Esp. Lopes Rodrigues	208.664,10
291080	FEIRA DE SANTANA	2799758	H G Cleriston Andrade	292.585,38
	<b>FEIRA DE SANTANA Total</b>			501.249,48
291170	GUANAMBI	2804034	H Reg. de Guanambi	186.771,51
	<b>GUANAMBI Total</b>			186.771,51
291360	ILHEUS	2415844	H Reg. Luís Viana Filho	107.602,59
	<b>ILHEUS Total</b>			107.602,59
291800	JEQUIE	2400693	H G Prado Valadares	160.415,07
	<b>JEQUIE Total</b>			160.415,07
291840	JUAZEIRO	4028155	H R de Juazeiro	18.857,85
	<b>JUAZEIRO Total</b>			18.857,85
291920	LAURO DE FREITAS	2802023	H G Menandro de Faria	83.301,54
	<b>LAURO DE FREITAS Total</b>			83.301,54
292530	PORTO SEGURO	2802090	H R Luís Eduardo Magalhães de Porto Segur	427.370,82
	<b>PORTO SEGURO Total</b>			427.370,82
292740	SALVADOR	0003778	HOSPITAL SÃO JORGE	33.936,33
292740	SALVADOR	0003794	IPERBA - INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA B	451.837,47
292740	SALVADOR	0003840	MATERNIDADE ALBERT SABIN	245.889,12
292740	SALVADOR	0003859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	1.229.523,66
292740	SALVADOR	0003913	UNIDADE EMERGÊNCIA GERCINO COELHO	1.202,70
292740	SALVADOR	0003921	CICAN - CENTRO ESTADUAL DE ONCOLOGIA	329.132,25
292740	SALVADOR	0003972	UNIDADE DE EMERGÊNCIA DE PLATAFORMA	4.153,44
292740	SALVADOR	0003980	HOSPITAL ELADIO LASSERRE	94.235,76
292740	SALVADOR	0004065	HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIR	220.377,81
292740	SALVADOR	0004073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO	193.090,65
292740	SALVADOR	0004081	HOSPITAL GERAL JOÃO BATISTA CARIBÉ	125.497,80
292740	SALVADOR	0004170	MATERNIDADE TSYLA BALBINO	323.887,56
292740	SALVADOR	0004286	HOSPITAL JULIANO MOREIRA	106.742,64
292740	SALVADOR	0004294	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	889.480,50
292740	SALVADOR	0004456	UNIDADE DE EMERGÊNCIA PROF HOSANAH OLIVE	-
292740	SALVADOR	0004987	HOSPITAL PROFESSOR CARVALHO LUZ	32.445,03
292740	SALVADOR	0005363	CENTRO DE SAÚDE SIGFRIED S SCHINDLER 8§	5.304,96
292740	SALVADOR	0005398	CREASI - CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENÇÃO	14.415,12
292740	SALVADOR	0005428	HOSPITAL COUTO MAIA	127.227,87
292740	SALVADOR	0005436	HOSPITAL ESPECIALIZADO MARIO LEAL	38.380,26
292740	SALVADOR	0006149	HEMOBA - FUNDAÇÃO DE HEMATOLOGIA E HEMOT	7.630,32
292740	SALVADOR	0007072	COAS - CENTRO ORIENTAÇÃO E APOIO SOROLÓG	80,10
292740	SALVADOR	0007587	UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO CURUZU	12.386,19
292740	SALVADOR	2385236	CEPRED - CENTRO ESTADUAL DE PREVENÇÃO E	216.348,15
292740	SALVADOR	2470845	CIAVE - CENTRO DE INFORMAÇÃO ANTI VENENO	-
292740	SALVADOR	2493845	HOSPITAL GERAL MANOEL VICTORINO	88.024,14
292740	SALVADOR	2498049	CEDEBA - CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL P	16.117,89
292740	SALVADOR	2557894	CESAT - CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO TR	1.398,60
292740	SALVADOR	2799073	HOSPITAL ESPECIALIZADO DOM RODRIGO DE ME	20.352,99
292740	SALVADOR	3956369	MATERNIDADE PROFESSOR JOSÉ MARIA DE MAGA	339.678,93
292740	SALVADOR	4031415	CREAIDS - CENTRO DE REFERÊNCIA ESTADUAL	29.783,40
	<b>SALVADOR Total</b>			5.198.561,64
293330	VITORIA DA CONQUISTA	2402076	H G de Vitória da Conquista	192.153,27
293330	VITORIA DA CONQUISTA	2407221	H Afrânio Peixoto	13.817,76
	<b>VITORIA DA CONQUISTA Total</b>			205.971,03
	<b>Total geral</b>			7.803.108,12

272 Informou que esta apresentação estará disponível no site da CIB ([www.saude.ba.gov.br/cib](http://www.saude.ba.gov.br/cib)) para quem quiser acessar. O  
273 Senhor Coordenador declarou aberta a discussão e a Senhora Suzana Ribeiro relatou que pela manhã a Senhora Cristiane  
274 havia feito esta apresentação para o COSEMS e foram feitas algumas considerações com relação ao conjunto de portarias,  
275 sendo uma delas a demanda urgente de se ter que pactuar sem ter condições de se fazer uma análise mais detalhada das  
276 propostas. Relatou que esta é uma preocupação do COSEMS, pois já se entrou o ano com esse pacote que se aprovou na  
277 véspera do Natal e por outro lado se fica sempre na necessidade de se fazer uma discussão mais aprofundada. Relatou  
278 que dentre todas as portarias que foram apresentadas o COSEMS levantou algumas questões específicas que trata da  
279 deficiência visual, pois, trata-se de um recurso muito pequeno que chega a ser irrisório, mas como a portaria já traz a  
280 previsão de seis serviços, essa questão foi discutida mesmo sabendo que ainda não tem rede de oftalmologia desenhada  
281 ainda no Estado, pois, essa questão ainda esta em fase de construção. Então, a discussão fica comprometida sabendo que  
282 esse recurso também vai apoiar as ações de Atenção Básica, obviamente para dentro dessa rede, fica-se com mais  
283 limitação e uma sugestão que foi colocada é que se pudesse fazer a aprovação em ad referendum para que se pudesse  
284 dar mais celeridade ao processo da rede e também que se pudesse verificar com os estudos de série histórica se existe  
285 algum município que esteja desenvolvendo algumas ações específicas na área de deficiência visual e a partir dessa  
286 informação se pensar em alocar os recursos nas unidades que estiverem aptas. Comentou sobre a proposta do instituto de  
287 cegos e o questionamento foi porque somente o instituto de cegos visto que o mesmo não atendia completamente as  
288 portarias, ou seja, quais seriam os critérios que iriam embasar essa decisão para que ela fosse viabilizada, sendo  
289 respondido que seria uma forma de se acelerar a rede de oftalmologia, que se precisa realmente colocar à mesa para se  
290 discutir essa foi uma questão que foi colocada e solicitou que os membros da CIB e representantes do COSEMS que  
291 ajudem a lembrar de mais alguma questão. Lembrou também a portaria da rede de atenção e alta complexidade que  
292 envolve a neurocirurgia, a cirurgia cardiovascular, e a orto-trauma ficaram bem claras quais foram os critérios adotados,  
293 que foram aqueles serviços que já estavam com a habilitação feita pelo Ministério que estavam esperando os recursos para  
294 começar a desenvolver as ações e nesse sentido foi levantado um questionamento que é fundamental para os municípios,  
295 visto que se tem experiências anteriores, pois, quando se recebeu a TRS, por exemplo, quando a alta complexidade foi  
296 descentralizada e o comando passou a ser dos municípios começou-se a receber os procedimento de alta complexidade  
297 sem impacto na média e essa é uma discussão que embora possa parecer delicada, é de fundamental importância.  
298 Comentou que a portaria traz uma lógica importante, que é a de descentralização das ações de alta complexidade para o  
299 interior da Bahia, garantindo também o desafogamento da rede no município de Salvador, pois, se está abrindo novas  
300 portas de serviços. Comentou que as medidas apresentadas contemplam o sudoeste da Bahia, o extremo sul e o Estado  
301 como um todo. Informou que toda essa questão rebate para dentro da média complexidade, pois se precisa do apoio  
302 diagnóstico principalmente na cardiovascular muito embora a Senhora Cristiane Macedo tenha colocado que havia uma  
303 memória de cálculo específica para alguns procedimentos, mas é sabido que não absorve tudo assim como para  
304 neurocirurgia tem um impacto muito grande porque vem no sentido da oferta dos exames que já se dispõe na média  
305 lembrando que se tem um estrangulamento histórico na alta complexidade e por conseqüência também no apoio de  
306 diagnóstico no caso da ressonância e tomografia e o que está colocado não é suficiente para garantir tudo, mas a oferta  
307 tem que ser garantida pelo município. Destacou sua preocupação para minimizar esse impacto, pois, o município terá que  
308 colocar recurso, a proposta é que, considerando a portaria que repassa em torno de quarenta e três milhões para o Fundo  
309 Estadual, esse recurso seja alocado no Fundo Estadual para a PPI, pois, considerando que é um recurso que o próprio  
310 estado já está deixando na reserva para a PPI, que pelo cronograma deve acontecer em junho, e considerando que os  
311 serviços de alta complexidade já começam a funcionar assim que a portaria for publicada, o que o COSEMS está  
312 solicitando é que seja feita uma análise, mesmo considerando que isto não vai ser feito até o dia vinte e cinco, pois, terá  
313 que se enviar o teto de fevereiro, do impacto que estes serviços terão na media complexidade desses municípios nos quais  
314 foram aprovados os serviços e a partir daí esse valor seja incorporado aos tetos, pois, considerando que esse recurso vai  
315 para PPI, considerando que o serviço de alta complexidade é regional e considerando que todos municípios da Bahia com  
316 a movimentação de realocação de oferta vão estar sendo contemplados, o COSEMS considera mais do que justo que com  
317 esta proposta se consiga minimizar esse impacto financeiro nesses municípios onde vão estar sendo implantados esses  
318 serviços. Reafirmou que seria uma avaliação da área técnica, com relação ao impacto na média, para não acontecer o que  
319 aconteceu quando se recebeu a TRS nos anos de dois mil e três e dois mil e quatro. Reafirmou que estas considerações  
320 fossem avaliadas e que, como o recurso não vai poder ser informado agora por que esse estudo não está pronto, que a  
321 gente possa fazê-lo retroativo à implantação do serviço e talvez dê tempo de sair paralelo pela forma como for  
322 encaminhando. O Senhor Coordenador declarou aberta a discussão e comentou com relação a portaria que trata dos  
323 reajustes dos valores das UTI, pois sugeriu que antes que se considerasse aprovado seja feita uma consulta ao Ministério  
324 com relação aos municípios de Porto Seguro e Jequié, para que os mesmos não sejam prejudicados na alocação de  
325 recursos, pois o Ministério poderia corrigir, mas não alterar o total e por esse motivo antes de publicar seria necessário  
326 contatar o Ministério para esclarecimentos com relação as duas UTI que não aparecem no quadro apresentado ficando a  
327 proposta de que caso o Ministério corrija os valores, mantendo o total, a correção que ele apresentar fica valendo. Propôs  
328 também que, em virtude de haver dados que não condiz com a realidade, a Auditoria do SUS faça uma avaliação *in loco*  
329 dos serviços que estão nesse registro aparecendo com tal discrepância. Citou como exemplo a maternidade José Maria de  
330 Magalhães Neto, que é a maior referência no Estado da Bahia, tem o maior serviço de obstetrícia, e é a principal referência  
331 em alta complexidade e que tem aproximadamente mais de quarenta leitos de UTI neo-natal e apresenta uma produção de  
332 mil seiscentos e dezessete diárias de UTI, enquanto que um outro serviço que não tem oito leitos de UTI neo-natal, o  
333 Hospital Municipal de Feira de Santana, apresenta uma produção de dois mil quinhentos e oito. Comentou também sobre a  
334 questão da oftalmologia, pois ainda não se têm nenhum serviço que se enquadre na portaria e concorda com a proposta da  
335 Senhora Suzana Ribeiro em se aprovar *ad referendum* e a medida que se tenha algum serviço que se estrutura para tanto  
336 o mesmo possa receber tais recursos. Relatou que além do Instituto de Cegos precisava-se discutir e induzir algumas  
337 alternativas como o Hospital das Clínicas da UFBA, principalmente por ter residência em oftalmologia pode ser um serviço  
338 que se possa estar estimulando a se organizar assim como o Hospital Roberto Santos que também tem residência e

339 inclusive o Estado comprou equipamentos novos de oftalmologia. Informou que são três serviços que podem se enquadrar  
340 na portaria. Comentou sobre o CEPRED que não haveria condição até pelo espaço físico e pela equipe que hoje consta do  
341 serviço, mas poderia ser um elo em relação aos outros. Comentou sobre as redes de Alta Complexidade, que gostaria de  
342 deixar claro que o Hospital do Oeste, o Hospital Clériston Andrade em Feira de Santana, o Hospital Luis Viana Filho em  
343 Ilhéus, o HGE, o Hospital Roberto Santos e o Ernesto Simões em Salvador, estes seis hospitais estão fazendo parte, tem  
344 serviço funcionando e não foi alocado até hoje nenhum recurso para os serviços de Alta Complexidade, e essa discussão já  
345 foi feita, mas como o recurso que o Ministério alocou foi pequeno o serviço de Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista foi  
346 priorizado por se tratarem de serviços ou municipais ou filantrópicos e se continuou onerando o fundo municipal de saúde  
347 em 100% nesses serviços sem nenhuma programação de recurso federal. Informou que queria registrar essa informação,  
348 pois, se está trabalhando desde o ano de dois mil e sete na perspectiva de se fortalecer os pólos de macrorregião para que  
349 essas redes de alta complexidade não ficassem restritas à Salvador e o resultado tem sido positivo. Relatou que gostaria  
350 que a próxima alocação de recursos fosse feita para esses serviços que foram apresentados. Uma segunda observação  
351 feita pelo Senhor coordenador foi com relação ao serviço de Oncologia, pois tanto o município de Feira de Santana quanto  
352 o município de Vitória da Conquista não estão com recursos alocados para o serviço de Oncologia, pois esses recursos já  
353 estavam alocados anteriormente, diferente do município de Teixeira de Freitas. Reafirmou que com relação a Teixeira de  
354 Freitas tratava-se de um serviço novo sem nenhum recurso previsto, já os municípios de Feira de Santana e Vitória da  
355 Conquista são reprogramações de serviços isolados, onde o Hospital Dom Pedro de Alcântara vai ter os recursos que já  
356 eram alocados nas clínicas isoladas para quimioterapia e radioterapia e em Vitória da Conquista os serviços também já tem  
357 recursos alocados em serviços isolados de quimioterapia e radioterapia e o que muda é que estes recursos vão passar a  
358 ser alocados em serviços do tipo UNACON, já o município de Teixeira de Freitas não tinha nada programado. Informou que  
359 em breve vai entrar em funcionamento o Hospital de Juazeiro no próximo mês de abril e vai estar na rede de Oncologia e  
360 referência em Nefrologia, o que se reflete em uma ampliação importante da rede de alta complexidade e informou que  
361 poderia deixar essa discussão dos procedimentos de diagnose, de média, complementares e outras coisas para discutir  
362 juntamente com a PPI, pois, se pode articular melhor toda a rede caso contrário sugeriu que em primeiro lugar se recupere  
363 o financiamento de alta complexidade de todos os Hospitais Municipais Estaduais que estão pendentes sem nenhum  
364 recurso Federal alocado. Comentou também que, no caso da Oftalmologia, os municípios de Gestão Plena, que assumiram  
365 compromisso com relação ao TOPA até o momento não chegou o retorno de nenhum município de Gestão Plena que  
366 esteja oferecendo consulta aos alfabetizando do TOPA e foi solicitado por parte da Secretaria de Educação e da Casa  
367 Civil que se faça esse levantamento e apresente um relatório. Comentou que, se alguns dos municípios já estão realizando  
368 os procedimentos para os alfabetizando do TOPA favor informar a CIB para que se possa fazer esse levantamento.  
369 Explanou também que saiu a portaria de credenciamento de Unidades Móveis Oftalmológicas para atender alfabetizando  
370 do topa em municípios que não tem serviços de oftalmologia. A Senhora Suzana Ribeiro relatou da preocupação trazida  
371 quando da fala do Senhor Coordenador com relação à possibilidade de aguardo da PPI visto que está sendo aprovada à  
372 habilitação desses serviços e a distribuição do teto financeiro, sendo após o encaminhamento da resolução da CIB para o  
373 Ministério a portaria já sai de imediato, isto significa dizer que os municípios vão ficar provavelmente de março a junho  
374 tendo que assumir esse impacto. Lembrou que os municípios terão que assumir muitos exames complementares  
375 principalmente na área de imagens, como é o caso da ressonância e da tomografia, que não vai dar conta de se garantir a  
376 oferta com o que se tem no teto e muito menos com o que já foi alocado agora. Comentou que a sua fala reflete a  
377 experiência com o município de Vitória da Conquista, pois, já há uma dívida histórica com a região sudoeste, pois, se está  
378 desde o ano de dois mil e um, tentando fazer o credenciamento da ressonância magnética do município de Vitória da  
379 Conquista e não se conseguiu ao longo dos anos. Informou que a oportunidade ficou para esse momento porque no ano  
380 anterior se tinha pactuado na CIB, na discussão da Alta Complexidade que só se viabilizaria habilitação de novos  
381 credenciamentos e serviços de Alta Complexidade, mesmo que fosse exame de diagnóstico, que só seria feito a partir da  
382 definição de algumas situações pendentes, como o caso da oncologia que envolvia alguns municípios especificamente.  
383 Relatou que para o município está sendo um custo muito grande, relatou que o que se consegue garantir com a oferta de  
384 ressonância é com encontro de contas do município com um determinado prestador e já se sabe que o valor pactuado, no  
385 caso específico de Conquista vai ficar uma média de cinquenta mil por mês para que se possa ampliar a oferta da  
386 tomografia e que se credencie o serviço de ressonância, lembrando que o suporte da ressonância e da tomografia não é  
387 somente para cardiocirurgia e para neurocirurgia como se estava colocado. Ressaltou que se tem um problema com  
388 relação a essa questão, pois a demanda que está reprimida, e que atualmente não se dá conta e se tem que mandar o  
389 paciente para Salvador não vai ser suficiente porque o município vai sofrer com a quantidade de solicitações. Informou que  
390 quando se abrir as portas de serviços credenciadas pelo SUS já irá absorver uma outra demanda muito maior que vem da  
391 ortopedia, da própria oncologia e que já está posta e vai ampliar muito mais com a própria discussão do UNACON.  
392 Reafirmou que o município de Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas e Salvador certamente não terão condições de  
393 absorver tudo isso e por isso que se está solicitando, considerando que esse recurso é para PPI, certamente não irá  
394 esvaziar esse valor, mas que dá para garantir a oferta sem comprometer a já tão estrangulada oferta de serviços de média  
395 complexidade. Relatou que, quando se fala na Alta Complexidade se esquece da Média, e principalmente agora que se  
396 teve aumento de tabela, e é sabido que todas essas questões vão impactar na Média e Alta Complexidade. Dra. Suzana  
397 Ribeiro colocou que os municípios não têm como pagar porque estará pagando o faturamento dos procedimentos de alta  
398 complexidade. Questionou como continuar fazendo isto; como ficam os prestadores e, mas a população. Pontuou que tudo  
399 tem um limite e este é um desgaste que será muito ruim para poder enfrentar. Colocou que com este recurso é  
400 perfeitamente possível que seja antecipado vindo por dentro da PPI porque sabemos que o recurso da PPI não irá entrar no  
401 mês de junho e sim em agosto; exclamou que é muito difícil por que são seis meses de esvaziamento financeiro. O Senhor  
402 Coordenador passou a palavra para Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus. Dra. Marleide solicitou que fosse colocada a  
403 possibilidade dentro da discussão da rede de alta de poder fazer uma reunião com a consultoria da rede própria, a equipe  
404 responsável pela Rede de neurocirurgia, para que se possa discutir a questão do Luiz Viana Filho, pois, hoje este serviço  
405 está polarizado tanto no Luiz Viana Filho quanto na questão da Santa Casa de Misericórdia. Pontuou que gostaria de

406 participar desta reunião e questionou de que forma estará ajudando na organização deste serviço porque existe um recurso  
407 alocado neste serviço que hoje está sendo encaminhado para Santa Casa de Misericórdia. E quanto a UNACON de Ilhéus  
408 que é também da Rede de Alta Complexidade, a documentação já foi encaminhada e está faltando a vistoria da DIVISA  
409 que estava definida para o mês de dezembro do ano dois mil e oito, e não aconteceu ficando agendado para mês fevereiro,  
410 e com isto o município está atrasado com relação a esta solicitação do credenciamento. O Senhor Coordenador passou a  
411 palavra para Dr. Raul Molina que lembrou do consenso na reunião do COSEMS sobre esta questão, sensível às  
412 colocações do Senhor Coordenador a respeito de algumas coisas que não havia conhecimento por parte do Conselho de  
413 Secretários e que está preocupado com relação a este impacto sobre o COSEMS. Solicitou que sejam contempladas as  
414 duas situações; citou se não pode ser feito o que o COSEMS esta solicitando, que seja pelo menos considerado o que foi  
415 colocado. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Andrés Alonso. Colocou que a proposta inicial foi discutida na  
416 reunião do COSEMS por Dra. Suzana Ribeiro de definir uma comissão para fazer o estudo deste impacto na média e a  
417 partir deste estudo realizado, em consenso ad referendum se pactua a alocação destes recursos só nestes serviços que  
418 estão nesta linha com a aprovação e validada pelo estudo da Comissão que irá passar pelos representantes do COSEMS e  
419 Estado. Pontuou que fica pactuado ad referendum a alocação destes recursos deste que passe pelo estudo da Comissão e  
420 seja aprovado. O Senhor Coordenador colocou que faça-se o estudo e em seguida seja apresentada na próxima CIB para  
421 discussão. Dra. Suzana Ribeiro colocou que é preciso ter clareza de que existe a possibilidade de ser incorporado porque o  
422 estudo pode aparecer e aí o Estado colocar dificuldade de fazer este repasse neste momento, mas é importante que o  
423 estudo venha com compromisso de que exista a possibilidade real e se for algo que seja tão impactante que o COSEMS  
424 possa negociar e garantir o recurso para os municípios de alguma maneira. Colocou que o estudo pode acontecer, mas o  
425 recurso não chegue aos municípios por conta do impacto que possa ter. Pontuou que minimamente possa garantir mesmo  
426 que percentualmente algum repasse para os Municípios para que possa minimizar o impacto, caso contrário, terá que  
427 repetir a mesma conduta que adotada no TRS; citou que fica difícil manter, pois, não é um incremento qualquer que se  
428 possa imaginar; deu como exemplo R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ou R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) que possa  
429 impactar no acúmulo a cada três meses, quando chegar ao final do ano inviabiliza para a Gestão porque não tem  
430 orçamento e financeiro tendo que retirar de dentro da PPI. E com isto a sede da macrorregião recebe as cobranças dos  
431 municípios pactuados. Pontuou que o COSEMS quer o compromisso da CIB de que nós iremos resolver isto assim que  
432 fechar a avaliação do estudo na próxima CIB com a possibilidade real de que seja incrementado. O Senhor Coordenador  
433 questionou não foi pactuado nenhum acordo entre COSEMS e Estado. Propôs em fazer um estudo, e após a CIB, avaliar  
434 porque são situações muito diversas; citou que no caso do município de Teixeira de Freitas é preocupante porque tem  
435 impacto exclusivo no município. E quanto ao caso de Vitória da Conquista é diferente, pois, o serviço de Oncologia será  
436 transferido posteriormente para o Hospital Estadual. Exclamou quem deveria está preocupado seria o Estado, pois, é quem  
437 irá pagar a conta do Hospital. Pontuou que deveria fazer o estudo e analisar posteriormente porque é diferente da  
438 hemodiálise, sendo completamente diferente da TRS - Terapia Renal Substitutiva que tinham serviços privados contratados  
439 que faziam TRS, procedimentos de laboratório. E quando foi feito a transferência do Estado para o Município passou os  
440 serviços só com teto da TRS retirando o teto da média complexidade; exclamou que é completamente diferente da situação  
441 que Dra. Suzana Ribeiro esta colocando porque não se aplica o raciocínio de comparar o impacto que houve com TRS com  
442 o impacto da agora. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro. Pontuou que discorda do que foi  
443 colocado pelo Senhor Coordenador porque vê a necessidade de avançar na discussão. Explicou que o Hospital seja  
444 Estadual, mas sabemos que nem todos os procedimentos que dão suporte são realizados no Hospital porque temos  
445 problemas no tomográfico e outros mais que não cabe aqui lista. Colocou que via de regra o Hospital não resolve tudo,  
446 rebate para dentro da Rede Municipal, e sabemos também que o serviço de cardiologia é em uma filantrópica  
447 contratualizada tendo uma comissão de acompanhamento, mas qualquer incremento que vier por conta da implantação do  
448 serviço novo de alta complexidade que futuramente impacta em AIH terá que ser refeito novo estudo; lamentou que  
449 infelizmente o próprio Ministério da Saúde não possibilita fazer as revisões das contratualizações. Pontuou que entende a  
450 posição do Senhor Coordenador da CIB, mas o COSEMS está fazendo uma colocação que é real embora seja questão  
451 distinta de TRS, oncologia, cardiologia e neurologia, mas os impactos existem e nós podemos está pensando de que forma  
452 iremos encaminhar. Colocou que o COSEMS sugere a possibilidade de que isto seja visto através do estudo e que  
453 possamos minimamente garantir algum recurso que dê sustentabilidade aos municípios para avançar com oferta deste  
454 serviço. Pontuou que isto é muito pouco, seria quase nada e acha que isto é perfeitamente possível de consensuar e  
455 encaminhar. Dr. Alfredo Boa Sorte pontuou que há um consenso de que é necessário fazer um estudo para tomar uma  
456 decisão, se é o estudo que irá balizar toda a pactuação e decisão da CIB; sugeriu que SESAB e COSEMS desse uma  
457 parada aguardando o estudo e na próxima CIB com base nos estudo e em tudo que fosse levantado tomaríamos a decisão.  
458 O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Raul Molina. Colocou que concorda com o que foi colocado por Dr.  
459 Alfredo e que apenas o COSEMS está preocupado com a data para encaminhamento porque se deixarmos para o próximo  
460 mês, deixamos de receber R\$ 43.000.000,00 (quarenta e três milhões de reais). Solicitou esclarecimento quanto à  
461 proposta. Dra. Cristiane Macedo da DIPRO esclareceu que o dinheiro vai automaticamente para o teto do Estado porque  
462 para receber o valor de R\$ 43.000.000,00 no teto do Estado não exige acordo na CIB. O Senhor Coordenador passou a  
463 palavra para Dr. Andrés Alonso. Propôs que dentro deste processo garante a comissão, ficar ad referendum o estudo da  
464 comissão e ficaria sujeito a avaliação da diretoria do COSEMS e SESAB sobre a inviabilidade e o impacto do que o estudo  
465 viesse apontar dentro do processo assumindo o compromisso de ambas as partes, ainda que o incremento não fosse o  
466 valor imaginado de viabilizarmos e chegar ao acordo no sentido de que haja alguma coisa dentro deste processo. O Senhor  
467 Coordenador abriu para consenso o encaminhamento dado por Dr. Andrés Alonso. Dr. Emerson Garcia pontuou sobre  
468 serviços para atendimento ao deficiente visual porque na Portaria constam seis locais e na apresentação foram colocados  
469 apenas quatro locais: Hospital das Clínicas, Roberto Santos e outros dois; questionou como ficaria a proposta, se fecharia  
470 nestes quatro locais ou passaria para o município de Salvador. O Senhor Coordenador explicou que a proposta do  
471 COSEMS era que ficasse ad referendum para quando aparecer um serviço que cumprisse o que está estabelecido na  
472 portaria o serviço seria habilitado, não seria necessário voltar para CIB - Comissão Intergestores Bipartite. O Senhor

473 Coordenador passou a palavra para Dr. Alfredo Boa Sorte. Esclareceu que a questão do Instituto do cego é não atender  
474 alguns requisitos mínimos da portaria, mas do ponto de vista de serviço de capacidade instalada que o instituto já realiza;  
475 afirmou é fato concreto. Quanto ao acordo anterior, independente de qualquer coisa se o dinheiro já entrar para o Estado e  
476 puder ser pactuado retroativo ao processo, não vê porque nós não poderemos aguarda a comissão fazer o estudo e depois  
477 pactuar na CIB. O Senhor Coordenador questionou qual a proposta. Dr. Andrés Alonso colocou que a proposta é ficar para  
478 a Comissão decidir. O Senhor Coordenador concordou com a proposta da comissão decidir. Dando continuidade a reunião.  
479 O Senhor Coordenador convidou Dr. Washington Abreu para apresentar a pauta da ASPLAN pactuação de conteúdos,  
480 prazos e fluxos de encaminhamento do Relatório Anual de Gestão conforme orientação da portaria Ministerial 3.176 de 24  
481 de dezembro de 2008. Distribuiu para todos os Membros da CIB a Portaria Nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008 que  
482 Aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Dr. Washington Abreu  
483 colocou que a importância desta apresentação é no sentido de pactuarmos que a CIB emita uma resolução reforçando uma  
484 portaria que o Ministério publicou e acordando os prazos com os Gestores Municipais. Salientou que talvez esta iniciativa  
485 tenha contribuído sobre maneira para que tivesse 80% dos Municípios respondendo ao chamamento. Apresentou todos os  
486 considerandos do Gabinete do Ministro, sendo estes: O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe  
487 confere o inciso II do parágrafo único do artigo 87 da Constituição, e Considerando o inciso XVIII do art. 16 da Lei No-  
488 8.080, de 19 de setembro de 1990, que atribui ao Ministério da Saúde a competência de "elaborar o planejamento  
489 estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os Estados, Municípios e o Distrito Federal"; Considerando a  
490 Portaria No- 399/GM, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, no qual é definido o Sistema de  
491 Planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS, seus objetivos e pontos prioritários de pactuação; Considerando as  
492 Portarias No- 3.085/GM, de 1º de setembro de 2006 e No- 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que, respectivamente,  
493 regulamenta o referido Sistema de Planejamento do SUS e aprova orientações gerais acerca de seus instrumentos básicos;  
494 Considerando que o Relatório Anual de Gestão é um dos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento, ao lado do  
495 Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; Considerando que o Relatório Anual de Gestão,  
496 além de ser instrumento de comprovação da execução do Plano de Saúde de cada esfera de gestão do SUS, é também, de  
497 acordo com a Lei No- 8.142, de 28 de dezembro de 1990, instrumento de comprovação da aplicação dos recursos da União  
498 repassados a Estados e Municípios; Considerando que o Relatório Anual de Gestão é também subsídio para as ações de  
499 auditoria, fiscalização e controle; Considerando que a comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo  
500 Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, segundo a  
501 Portaria No- 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, mediante relatório de gestão; Considerando a necessidade de as três  
502 esferas de gestão disporem de orientações que favoreçam a elaboração, a aplicação e o fluxo pertinente dos Relatórios  
503 Anuais de Gestão, de modo que sejam efetivamente instrumentos estratégicos na melhoria contínua da capacidade  
504 resolutiva do SUS; e Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT),  
505 realizada em 11 de dezembro de 2008, resolve: Art. 1º Aprovar as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão  
506 (RAG), constantes desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG.  
507 Art. 2º O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão  
508 (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e com o respectivo  
509 Termo de Compromisso de Gestão (TCG). § 1º A formulação de qualquer um desses instrumentos básicos referidos no  
510 caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu conjunto, concretiza e alimenta o  
511 referido processo permanente de planejamento. § 2º O PS, elaborado para um período de quatro anos, é o instrumento  
512 que, no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais devem ser expressas nas  
513 respectivas PAS. § 3º Os TCG devem ser elaborados de acordo com os respectivos PS. Art. 3º O RAG é o instrumento que  
514 apresenta os resultados alcançados com a PAS, a qual operacionaliza o PS na respectiva esfera de gestão e orienta  
515 eventuais redirecionamentos. É também instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo  
516 Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cujo resultado demonstra  
517 o processo contínuo de planejamento e é instrumento indissociável do PS e de suas respectivas PAS. § 1º O PS, as  
518 respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras; I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua  
519 competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no  
520 aperfeiçoamento do Sistema; II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão  
521 participativa e das ações e serviços prestados; III - apoiar a participação e o controle sociais; e IV - subsidiar o trabalho,  
522 interno e externo, de controle e auditoria. Art. 4º A elaboração, a aplicação e o encaminhamento dos instrumentos referidos  
523 no caput devem considerar: I - a estrutura da PAS e do RAG decorre do PS, não comportando, portanto, análise situacional;  
524 II - o PS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA); e III - a PAS e o RAG, como instrumentos anuais, apresentam  
525 estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e, o segundo, analítico/indicativo. Art. 5º Considerar como  
526 características essenciais do RAG: I - clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de  
527 forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento; II - unidade nos  
528 conceitos de seus elementos constituintes; e III - estrutura básica, passível de aplicação pelas três esferas e de  
529 adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de cada uma. Art. 6º Determinar como conteúdo do RAG os seguintes  
530 elementos constitutivos: I - os objetivos, as diretrizes e as metas do PS; II - as ações e metas anuais definidas e alcançadas  
531 na PAS, inclusive as prioridades indicadas no TCG; III - os recursos orçamentários previstos e executados; IV - as  
532 observações específicas relativas às ações programadas; V - a análise da execução da PAS, a partir das ações e metas,  
533 tanto daquelas estabelecidas, quanto das não previstas; e VI - as recomendações para a PAS do ano seguinte e para  
534 eventuais ajustes no PS vigente. Art. 7º Determinar que o Relatório Anual de Gestão tenha a seguinte estrutura: I -  
535 introdução sucinta, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente, ato ou reunião que  
536 aprovou o respectivo PS, e registro de compromissos técnico-político necessários, entre os quais o TCG; II - quadro  
537 sintético com o demonstrativo do orçamento, a exemplo do que é encaminhado anualmente aos respectivos Tribunais de  
538 Contas; III - quadros com os elementos constitutivos do RAG constante do artigo 3º; IV - análise sucinta da execução da  
539 PAS feita a partir do conjunto das ações e metas nelas definidas, bem como daquelas não previstas; e V - recomendações,

540 descritas também de forma sintética, as quais podem ser relativas à PAS do ano seguinte e aos ajustes necessários no PS  
541 vigente ou ao novo. Art. 8º Estabelecer o seguinte fluxo para o RAG: I - os Municípios encaminharão à Comissão  
542 Intergestores Bipartite (CIB), para conhecimento, até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução do respectivo Conselho de  
543 Saúde (CS) que aprova o RAG. II - os Municípios deverão encaminhar à CIB, para conhecimento, quando o processo de  
544 apreciação e aprovação do RAG pelo CS ultrapassar o referido prazo, ata da reunião do Conselho que formalize esta  
545 situação; III - a União, os Estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo CS,  
546 encaminharão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução que aprova o  
547 respectivo RAG; IV - as CIB consolidarão as resoluções relativas aos RAG municipais, em formulário específico, conforme  
548 modelo constante do Anexo a esta Portaria, encaminhando-o à CIT até o dia 30 de junho de cada ano; V - as CIB deverão  
549 atualizar mensalmente e encaminhar à CIT as informações sobre os Municípios que aprovarem o seu RAG nos respectivos  
550 CS; e VI - a CIT deverá consolidar as informações recebidas das CIB e enviá-las às áreas de controle, avaliação,  
551 monitoramento e auditoria do Ministério da Saúde. Art. 9º Estabelecer que a União, os Estados, o Distrito Federal e os  
552 Municípios devam enviar os seus RAG aos respectivos Tribunais de Contas, e guardá-los pelo prazo estabelecido na  
553 legislação em vigor. Parágrafo único. O RAG deve estar disponível, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos  
554 processos de monitoramento, avaliação e auditoria. Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. Art. 11.  
555 Fica revogada a Portaria No- 1.229, de 24 de maio de 2007, publicada no Diário Oficial da União No- 100, de 25 de maio de  
556 2007. Dr. Washington Abreu pontuou quanto ao Art. 1º que aprovar as orientações relativas ao Relatório Anual de Gestão,  
557 constantes desta Portaria, as quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo do RAG. Mostrou  
558 a ratificação feita no artigo 2º O Plano de Saúde -PS, as respectivas Programações Anuais de Saúde -PAS e os Relatórios  
559 Anuais de Gestão- RAG estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada esfera de governo e  
560 com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão -TCG. E que a formulação de qualquer um desses instrumentos  
561 básicos referidos no caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu conjunto,  
562 concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento; O Plano de Saúde, elaborado para um período de  
563 quatro anos, é o instrumento que, no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais  
564 devem ser expressas nas respectivas PAS. Colocou que o art.3º trata da o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que  
565 apresenta os resultados alcançados com as Programações Anuais de Saúde, a qual operacionaliza o Plano de Saúde na  
566 respectiva esfera de gestão e orienta eventuais redirecionamentos. Pontuou as finalidades do Plano de Saúde e receptivas  
567 programações anuais e Relatório de Gestão é apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência  
568 territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento  
569 do Sistema; possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e  
570 serviços prestados; apoiar a participação e o controle social; e subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e  
571 auditoria. Chamou atenção quanto às características essenciais do Relatório Anual de Gestão; clareza e objetividade, de  
572 modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como  
573 realimentar o processo de planejamento; unidade nos conceitos de seus elementos constituintes; e estrutura básica,  
574 passível de aplicação pelas três esferas e de adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de cada uma. Artigo 6º  
575 Determinar como conteúdo do Relatório Anual de Gestão os seguintes elementos constitutivos: os objetivos, as diretrizes e  
576 as metas do Plano de saúde; as ações e metas anuais definidas e alcançadas na PAS, inclusive as prioridades indicadas  
577 no TCG; os recursos orçamentários previstos e executados; as observações específicas relativas às ações programadas; a  
578 análise da execução da PAS, a partir das ações e metas, tanto daquelas estabelecidas, quanto das não previstas; e as  
579 recomendações para a PAS do ano seguinte e para eventuais ajustes no PS vigente. Explicou a importância desta Portaria  
580 porque os Relatórios de Gestão precisam dar conta de todas as prestações a todos os órgãos de controle como Controle  
581 Social e Tribunal de Contas, com isto estamos articulando todas as prestações em um único instrumento. Apresentou o  
582 fluxo proposto pela portaria é que os Municípios encaminhe a CIB - Comissão Intergestores Bipartite até o dia trinta e um  
583 do mês de maio de cada ano a resolução do Conselho que aprova o Relatório de Gestão. Informou que caso este prazo  
584 seja ultrapassado deve encaminhar ata que formaliza a situação. Quanto a União, Estado e Distrito Federal encaminham no  
585 prazo de 31 do mês maio a resolução para CIT - Comissão Intergestores Tripartite e para CIB até o dia trinta do mês junho  
586 o consolidado. Solicitou que a CIB emita uma Resolução ratificando esta Portaria. Informou que a ASPLAN elaborou uma  
587 minuta que traz o conteúdo da Portaria para nossa realidade Estadual ratificando todos os elementos nela contido; colocou  
588 a minuta da resolução a disposição dos Membros da CIB. Dr. Washington Abreu passou a palavra para Dra. Raul Molina.  
589 Abriu para discussão. Dr. Amauri Teixeira questionou se o Município não enviar o Relatório de Gestão e só encaminha a  
590 aprovação do Conselho, como irá aferir se o Relatório está dentro do padrão dos parâmetros da Portaria. Dr. Washington  
591 Abreu informou que o Sistema de Planejamento do SUS está propondo que a partir do desenvolvimento do Planeja SUS  
592 haja descentralização, que pactuamos na CIB se desenvolva em conjunto já para isto com os Colegiados de Gestão  
593 Microrregionais, a qualificação da estrutura e fluxos. Pontuou que se tem um entendimento que a partir do fortalecimento da  
594 Gestão participativa estaríamos contribuindo para que os Conselhos ao receber todas as orientações relativas a estruturas  
595 e forma de Relatório possar contribuir nestas análises e também ajudar o Estado a organizar melhor esta questão. Colocou  
596 que infelizmente não é possível receber todos os relatórios e analisar, então o Estado está contando com incentivo do  
597 PLANEJA SUS neste ano principalmente que a SESAB na capacitação provocada possa discutir esta estrutura melhor com  
598 os Gestores Municipais e articular com os Colegiados de Gestão Microrregionais para que ajude a SESAB nesta  
599 fiscalização. Informou que esta é a proposta que o Ministério esta lançando e que a ASPLAN está sendo portadora neste  
600 momento. Abriu para discussão. Dra. Kátia Brito questionou sobre o Artigo 9º onde fala do prazo estabelecido na legislação  
601 em vigor. Dr. Washington Abreu informou que esta legislação é regulamentada pelo Tribunal de Contas, do ponto de vista  
602 da guarda são cinco anos; informou que a ASPLAN solicitou ao controle interno para que seja feito um acréscimo neste  
603 artigo. Dra. Kátia Brito pontuou que consta no informe da pauta que até esta data, 65 municípios ainda não encaminharam  
604 o Relatório de Gestão 2007 para a CIB. Exclamou que é preocupante e que cabe a CIB dá encaminhamento e buscar  
605 formas para que os Municípios se organizem melhor. Dra. Raul Molina solicitou a CIB a relação dos Municípios que ainda  
606 não encaminharam o Relatório de Gestão 2007. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, informou que a relação está



607 anexa à pauta da reunião. Dra. Raul Molina passou a palavra para Dr. José Raimundo Mota, Diretor da Auditoria do SUS.  
608 Pontuou que a questão do Relatório de Gestão é obrigação do Município entregar, e quando é feito a Auditoria em um  
609 Município que não fez o Relatório de Gestão, a Auditoria encaminha para ao Ministério Público. Orientou que a CIB tivesse  
610 uma instância que após seja ultrapassado o prazo a CIB possa encaminhar a Relação dos Municípios que estão em débito  
611 com Relatório de Gestão para o Ministério Público. Colocou que é preciso passar estas informações para que o Estado não  
612 seja taxado de omissão. Dr. Raul Molina passou a palavra para Secretária Executiva da CIB. Lembrou que no ano de dois  
613 mil e oito, foi colocado em reunião da CIB que o Tribunal de contas havia solicitado o encaminhamento da relação dos  
614 Municípios que não havia enviado o Relatório de Gestão e Plano Municipal de Saúde. Informou que a CIB fez este  
615 encaminhamento e está mantendo sempre o Tribunal de Contas informado em relação a esta questão. E que o Tribunal de  
616 Contas Regional de cada Município em alguns casos tem dado retorno com envio destes Relatórios. Dra. Lorene Pinto  
617 reiterou a preocupação de Dra. Kátia Brito porque tem um limite em relação à condescendência e a aceitação em função  
618 dos problemas, e que a CIB é uma instância que pode e precisa deliberar sobre isto, independente de encaminhar para o  
619 Tribunal, Ministério Público e Controle Externo; pontuou que tem que tem uma instância que possa dizer que o Município  
620 que tem um ano de atraso de entrega do Relatório de Gestão e continua recebendo recurso, investimento, convênio e  
621 repasse a CIB tem que se posicionar em relação a isto porque está sendo injusto com os Municípios que estão cumprindo  
622 os prazos. Solicitou que a CIB elabore uma resolução de que forma será estabelecido para este descumprimento de prazo  
623 de entrega do Relatório de Gestão. Dr. Raul Molina passou a palavra para Dra. Gleciâne, Secretária de Saúde do Município  
624 de Una. Concordou com a colocação feita por Dra. Lorene Pinto porque Una é um dos Municípios que não fez o Relatório  
625 de Gestão do ano dois mil e sete, e continua recebendo o recurso. Informou que tomou posse do cargo de Secretária de  
626 Saúde do Município no dia primeiro do mês de janeiro deste ano, e fez um relatório de todas as irregularidades e  
627 encaminhou para o Ministério Público e está no aguardo do posicionamento do Ministério Público. Colocou que não tem  
628 condição de elaborar o Relatório de Gestão porque na Secretaria de Saúde de Una foram apagados todos os dados do  
629 computador e não consta nenhuma documentação nos arquivos da secretaria, com isto impossibilita a elaboração do  
630 Relatório de Gestão. Informou que o Conselho Municipal não atua a mais de três anos. Comunicou que foi realizada  
631 auditoria no município de Una e o Estado teve que acatar a decisão da Auditoria de suspender o recurso da AIH do Hospital  
632 que é unidade Filantrópica, tendo o Município só tinha esta Unidade de Urgência e Emergência com uma ambulância, e  
633 com isto o município no momento tem cinco veículos que estão servindo de ambulância transportando pacientes gestantes  
634 que muitas vezes estão parindo dentro dos veículos. Salientou que o Município de Ilhéus é quem está dando suporte ao  
635 município de Una que não tem nenhum serviço pactuado com município de Ilhéus e este não tem nenhuma obrigação de  
636 atender a população de Una. Solicitou ajuda do Estado da Bahia para está intervindo nesta situação. Dra. Suzana Ribeiro  
637 solicitou para que este ponto de pauta da Secretaria de Saúde de Una ficasse para o que ocorrer. Passou a palavra para  
638 Dr. Amauri Teixeira. Pontuou que concorda com a linha adotada de não sermos só uma instância formal, e sim termos que  
639 ser uma instância real, uma Bipartite com decisões concretas que reflita e aprimore a Gestão garantindo a efetividade dos  
640 investimentos e a prestação de contas e transparências destes recursos, mas temos que ter cuidado, pois, suspensão de  
641 recurso não penaliza o Gestor e sim a população. Sugeriu que notifique o município dando um prazo e solicite justificativa e  
642 depois a CIB analisa e adota ou não a suspensão. Exclamou que não é a favor da não entrega de um Relatório levar a uma  
643 suspensão de recurso porque estaríamos penalizando a população. Dr. Heron, Secretário de Saúde do Município de  
644 Teodoro Sampaio, colocou que esta questão é muito polêmica porque se imaginarmos que dentro destes 65 Municípios  
645 que não entregaram o Relatório de Gestão, se estes Gestores perderam a eleição estes relatórios não vão aparecer na  
646 CIB. Salientou e estes novos Gestores que estão assumindo, como fica. Pontuou que é preciso ter critério porque a partir  
647 do momento que o Supremo Tribunal dá licença para Gestores com conta rejeitadas no País poder se candidatar  
648 novamente, e estão assumindo muitos municípios em nosso País; exclamou é complicado. Colocou que só é tomada  
649 providência quando se pesa no bolso quando se corta recurso, mas infelizmente é a população que irá sofrer. Citou  
650 enquanto não tiver uma posição de ameaça, cortando recurso do município como está na lei, que o recurso passe a ser  
651 administrado pelo Estado. Pontuou que é necessário que seja tomada uma posição em relação ao relatório de gestão que  
652 está um faz de conta. E que está preocupado com o que diz a portaria GM/MS que só basta encaminhar a Resolução do  
653 Conselho aprovando o relatório porque sabemos que em nosso Estado há municípios que os Conselhos são manipulados.  
654 Colocou que é necessário fazer uma reflexão por parte do COSEMS e CIB e que possa orientar os novos Gestores como  
655 deverão proceder nesta questão. Dr. José Carlos Brito concordou com posicionamento do colega quando falou que o  
656 Município não pode ser penalizado por uma má Gestão porque a pena tem que ser em cima do Gestor encaminhando para  
657 o Ministério Público. Dr. Raul Molina lembrou que quando houve problema com Assistência Farmacêutica deparamos com  
658 o mesmo problema. E a informação da Dra. Itana Viana, Procuradora do Ministério Público, que estava presente na reunião  
659 da CIB, foi que a obrigação do Gestor que estava assumindo era de ir ao Ministério Público fazer a denúncia e encaminhar  
660 ofício para CIB informado que fez a denúncia ao Ministério Público, e a partir deste momento o Município continuaria  
661 recebendo o recurso normalmente porque se trata de novo Gestor. Deu este exemplo a título de encaminhamento e que  
662 podemos está fazendo o mesmo procedimento para o Relatório de Gestão, que o Município que encaminhar para CIB  
663 comprovando que fez a denúncia ao Ministério Público o município estará se habilitando a continuar a Gestão. Dr. Paulo,  
664 representante da Secretaria de Saúde de Candeias pontuou que o Relatório de Gestão tem que ser entendido como  
665 instrumento de planejamento e avaliação do Gestor e não um instrumento só de cobrança e de envio aos órgãos  
666 competentes. Dra. Kátia Brito propôs para a CIB que os recursos que o Município está recebendo não se mexe, mas a  
667 partir de agora estas Portarias que nós estamos pactuando estes Municípios que não entregaram o Relatório de Gestão  
668 não deveria mais está recebendo. Dra. Marta Rejane, Secretária de Saúde do Município de São Félix, complementou a  
669 proposta de Dra. Kátia Brito e corroborando com o que a Superintendente de Vigilância colocou. E estendendo um pouco  
670 mais, não só os recursos Federais como também investimento do Estado como: convênio, obras deveria ser suspenso para  
671 os Municípios que não entregaram o Relatório de Gestão porque não estão cumprindo o mínimo do básico porque tem que  
672 receber investimento. Pontuou que pode ser também pactuação a proposta feita por Dr. Raul Molina que o novo Gestor  
673 denuncie ao Ministério Público. Dr. José Raimundo Mota informou que a Auditoria tem orientado a todos os Secretários

674 novos que assume diante destas dificuldades de falta dados e documentos a necessidade de encaminhar ao Ministério  
675 Público, abrir inquérito Policial e apresentar a CIB. Citou que a CIB acabou de aprovar o NASF I do município de Eunápolis  
676 e ele está na relação de inadimplentes quanto à entrega do Relatório de Gestão. Dra. Kátia Brito solicitou que seja colocado  
677 pré-requisito para que o município de Eunápolis regularize a situação. O Senhor Coordenador concordou com a proposta  
678 de que o Município que não atendeu ao requisito de entrega do Relatório de Gestão a SESAB, faça-se uma lista de  
679 inadimplência com pré-requisitos porque a questão do investimento é uma parcela limitada, porque se for comparado hoje a  
680 maior parte do recurso é repasse do incentivo por parte do Estado. Pontuou que tem que ficar claro se esta proposta irá ter  
681 abrangência de bloquear o repasse da Saúde da Família e outros incentivos ou se vai ficar limitado à questão de  
682 investimento. Concordou que o envio da Resolução do Conselho Municipal de Saúde aprovando o Relatório conforme  
683 exigência da Portaria do Ministério é muito pouco porque não dá elementos nenhum de acompanhamento por parte do  
684 órgão Estadual do SUS - Sistema Único de Saúde. Pontuou que a CIB tem autonomia, mesmo o Ministério tendo aprovado  
685 a Portaria só exigindo a Resolução do Conselho Municipal de Saúde, para definir que no Estado da Bahia irá ser feito  
686 exigência do Relatório de Gestão do Município, ou seja, encaminhado para as DORES para que se faça a análise e arquivo  
687 e quando a Auditoria for fazer uma avaliação no Município poderá vê o Relatório na DORES. Abriu para consenso e  
688 discussão. Dra. Almir, Secretário de Saúde de Nazaré, concordou com que foi colocado pelos Colegas, mas é contra a  
689 suspensão de recurso. Dr. Geraldo Magela colocou que é necessário criar critério novo para fiscalização, treinamento e  
690 capacitação do CGMR e isso pode ajudar de forma mais incisiva nisto até como elaborar o Relatório de Gestão. Dra.  
691 Lorene Pinto propôs encaminhamento para na próxima reunião da CIB de uma resolução porque entende que o relatório  
692 sozinho não dá conta deste compromisso. E que nesta proposta conste alguns condicionantes que são estes critérios do  
693 que é prioritário na política deliberada e pactuada na CIB; citou com isto criar as condições criando uma check list para  
694 inadimplência ou não. Dr. José Carlos Brito pontuou que não concorda com a suspensão de recursos existente como o da  
695 Atenção Básica porque é algo que penaliza profundamente a população, podemos está discutindo o caso de recursos  
696 novos. Colocou que devemos enquanto CIB denunciar estes Gestores ao Ministério Público. O Senhor Coordenador  
697 passou a palavra para Dr. Francisvaldo, Secretário de Saúde de Ibiquera, que exclamou a respeito do que foi colocado por  
698 Dr. Geraldo Magela, é Secretário de Município rico por isto está muito aquém da realidade dos municípios pequenos que  
699 lutam para manter de forma correta os PSF - Programa Saúde da Família, principalmente a região da Chapada Diamantina  
700 que é muito bela. Colocou que para punir é necessário que seja analisado caso a caso porque o novo Gestor não irá para  
701 pelo Gestor anterior. Dr. Geraldo Magela colocou que não pode pactuar com Secretário que tem denuncia no Ministério  
702 Público continuar ter os mesmos que os Secretários que trabalhe correto. Pontuou que no Município de Teixeira de Freitas  
703 a uma grande solidariedade principalmente com os pequenos Municípios. O Senhor Coordenador passou a palavra para  
704 Dr. Raul Molina. Informou que a denuncia ao Ministério Público tem que ser feita no próprio Município para que a população  
705 saiba quem deixou de cumprir com as obrigações. O Senhor Alfredo Boa Sorte informou que não se adiantava discussões  
706 sobre assuntos que já estão previstos e que quem cumpre suas obrigações perante a lei ficará tranqüilo, mas quem não  
707 cumpre algum tipo de penalidade irá sofrer e quem não está cumprindo as normas tem que explicar por quais motivos não  
708 o está fazendo, ou seja, dar a sua justificativa, porém ressaltou a existência de prazos para essas justificativas. Afirmou que  
709 o Relatório de Gestão é apenas o espelho deste processo e o município, quando identificada a não conformidade, será  
710 notificado havendo também um prazo para a defesa e quando não se apresentar justificativas deverá haver penalizações  
711 conforme a lei. A Senhora Suzana Ribeiro concordou com o encaminhamento do Senhor Alfredo Boa Sorte e afirmou do  
712 cuidado que se deve ter, pois o Gestor Municipal de Saúde já assume um ônus muito grande, e não há lei de  
713 responsabilidade sanitária, pois se a mesma existisse facilitaria muito. Afirmou da sua preocupação com o Ministério  
714 Público, pois os gestores já estão judicializados por demais e trazer a decisão para a CIB e estar somente reafirmando tudo  
715 o que tem acontecido no Sistema Único de Saúde. Relatou que ainda há maneiras de se melhorar essa questão, concordou  
716 com a Senhora Marta Rejane quanto a questão de se penalizar quando 'dói no bolso', mas não acha justo essa penalização  
717 seja feita prejudicando o tão parco recurso da Atenção Básica, da Saúde Bucal e do Programa Agentes Comunitários  
718 quando já se criou uma série de condicionalidades para estes recursos, há também uma série de problemas inclusive com  
719 o próprio CNES, com o próprio cruzamento de registros de formação de cadastros pois quando um cidadão de uma  
720 determinada cidade que o município não baixa no sistema o outro que recebe é penalizado, e em virtude destas questões  
721 há que se colocar o pé no freio pois está se fazendo essa discussão no CONASEMS em relação inclusive a esses repasses  
722 de incentivos que não dá para ser nessa lógica, pois não faz sentido o fato de não se ter um médico durante três meses  
723 não justifica suspender todo o incentivo, pois mesmo sabendo da importância do médico para a equipe da saúde da família  
724 esta equipe não vive em função dele e há outras questões mais profundas que se tem que discutir. Relatou que é  
725 interessante resgatar os princípios e critérios e tem que se fazer valer essas questões. Reafirmou a importância do prazo a  
726 defesa do município e cada município tem uma realidade. Relatou também que foi colocado na reunião que havia pessoas  
727 que pagavam à confecção do Relatório de Gestão, no entanto dentro das instâncias, dentro da programação do Pacto,  
728 dentro do reconhecimento formal o Relatório é um instrumento, mas não o único, e em uma auditoria, em uma atuação da  
729 Controladoria Geral da União, em uma auditoria do DENASUS e da própria auditoria do Estado essa questão está posta e o  
730 que se vê é um Relatório que muitas vezes o município que paga uma acessoria para fazê-lo e que não corresponde com  
731 sua realidade e que é sabido de casos em que nome de outros municípios está constando no Relatório de Gestão.  
732 Informou que não se muda o Sistema achando que uma resolução seja capaz de dar conta de todas essas questões.  
733 Reafirmou que se precisa fortalecer o sistema, garantir o apoio, fortalecer as Diretorias Regionais – DORES, citou o exemplo  
734 de que uma DORES que possua cerca de vinte municípios tem mais condições de acompanhar um Relatório de Gestão do  
735 que o nível central da SESAB, que abrange todos os quatrocentos e dezessete municípios. Comentou também sobre a  
736 capacitação dos gestores, no sentido de qualificar os gestores através dos cursos de gestão que se tem discutido e  
737 informou que não se irá mudar o mundo com uma resolução e que esta passa a ser muito dura para a realidade de cada  
738 município, e que o melhor seria trabalhar na lógica de criar critérios, de pactuar, de dar espaço e tempo para que o  
739 município se defenda e caso o município não se justifique este então terá que sofrer as medidas necessárias. Explanou que  
740 achava melhor não envolver o Ministério Público por se tratar de um desgaste muito grande e se ter pelo menos uns cinco

741 anos depois de deixar uma gestão para responder juridicamente à Justiça e ao Ministério Público e se faz necessário  
742 pensar em critérios que possam realmente atender o conjunto dos municípios. O Senhor Coordenador afirmou que o  
743 encaminhamento era o que a Senhora Lorene Pinto havia proposto, o qual foi reforçado pela Senhora Suzana de criar os  
744 critérios de suspensão que dariam conta inclusive de avaliar o Relatório, mas não de suspensão de recursos já postos e  
745 sim de novos investimentos. O Senhor Coordenador sugeriu que até a próxima reunião da CIB, uma comissão da SESAB  
746 juntamente com o COSEMS ficasse encarregada de fazer uma proposta de critérios e que estes critérios sejam balizadores  
747 para não aprovação de novos recursos como a Senhora Kátia Nunes havia proposto, informou que não havia condições de  
748 fechar os critérios, e que ficasse aprovada a necessidade da comissão definida entre COSEMS e SESAB definir os critérios  
749 e na próxima reunião da CIB se fazer a apresentação. Em seguida questionou se a proposta feita de que se exija a entrega  
750 do Relatório de Gestão com o adendo de que o mesmo fosse encaminhado para as DIRES, e não havendo manifestação  
751 contrária o Senhor Coordenador informou que a questão foi aprovada. O Senhor coordenador solicitou que a questão da  
752 entrega do Relatório de Gestão fosse adicionada à minuta de resolução que foi proposta e posteriormente deveria ser feita  
753 uma reunião com os membros do COSEMS e outras áreas da SESAB e a comissão para se discutir essa questão. Dando  
754 Continuidade o Senhor Coordenador informou que seria apresentada a pauta do COSEMS: 4.1 Encaminhamentos acerca  
755 da Adesão dos Municípios ao Pacto pela Saúde e execução da Programação Pactuada Integrada – PPI 2009 do Estado da  
756 Bahia; a Senhora Suzana Ribeiro informou que, em relação a PPI, se fez a discussão, e o cronograma já foi aprovado e  
757 tirada a comissão. Relatou que o COSEMS coloca à mesa a discussão em relação ao PACTO no sentido de se ter clareza  
758 nos encaminhamentos da SESAB em relação a programação da discussão e algumas questões que são extremamente  
759 importantes sendo uma delas a questão do CGMR, onde houve alguns ‘furos’ no regimento e se precisa avaliar melhor o  
760 mesmo, pois, no momento em que se aprovou, se havia proposto que a partir do momento que o colegiado começasse a  
761 funcionar se estaria revisando. Informo que se têm tido uma série de reclamações em relação alguns encaminhamentos  
762 inclusive com novas eleições de CGMR já no mês de janeiro sem que estivesse inclusive constado na pauta, e o argumento  
763 que foi feito é que, como a assembléia era soberana, essa eleição poderia ser feita mesmo sem constar em pauta, pois o  
764 regimento não está dando conta desta questão. Assim, precisa-se debruçar sobre isso, suspender toda e qualquer  
765 movimentação de CGMR porque não dá para discutir mudança de CGMR se há novos gestores que sequer sabem o que é  
766 o Pacto pela Saúde quanto mais o CGMR. Informou que a proposta do COSEMS é que se paralise esse processo, não de  
767 fazer as reuniões, mas de fazer essa mobilização interna sem que se tenha, COSEMS e SESAB, decidido essa discussão  
768 do PACTO. Uma outra questão é a Resolução CIB número 89/2008 que traz uma série de princípios que atrela ao  
769 Comando Único e o COSEMS traz a esta reunião no sentido de se rediscutir, pois, essa questão criou algumas  
770 condicionalidades no momento em que se pactuou e foi entendido que tinha uma significância maior do ponto de vista de  
771 amarrar e atrelar a gestão do fundo municipal, mas que na verdade se sabe que o que se pactuou no anseio de garantir  
772 algumas amarras não tem funcionado. Informou que o COSEMS definiu uma outra comissão que não aquela referente às  
773 portarias e que essa comissão seria um grupo menor para se discutir sobre o PACTO considerando a resolução da CIB  
774 como ponto inicial de discussão e a discussão do CGMR e do Regimento, pois, ficaram lacunas propositais para revisões  
775 posteriores que foi definido na CIB. A Senhora Lorene Pinto questionou se a idéia era que se discutisse antes mesmo de  
776 seguir o cronograma casando as duas discussões, a qual foi respondida pela Senhora Suzana Ribeiro que seria feito um  
777 movimento junto as microrregionais para se discutir PPI e o grupo teria que dar conta de estar avançando e se pactuar o  
778 que fosse possível na CIB fazendo essa movimentação articulada com a DIPRO e toda essa movimentação paralela.  
779 Informou sobre o segundo ponto de pauta: 4.2 Revisão do Termo de Compromisso entre Entes Públicos – TCEP do  
780 município de Salvador; Informou que este ponto de pauta foi trazido pelo Secretário José Carlos Raimundo Brito devido a  
781 algumas dificuldades em relação ao Termo e seria passada a palavra ao mesmo, mas adiantou que o COSEMS fez uma  
782 proposta que, dentro das dificuldades apresentadas pelo município, se tenha dois ou três membros da diretoria do  
783 COSEMS para acompanhar o processo de discussão do Termo de Entes e que se possa ter essa visão em todos aqueles  
784 termos que tenham dificuldade de avanço entre Estado e municípios mais no sentido de tentar mediar e resolver com  
785 maior celeridade e informou que para essa discussão ficou o nome de Kátia Nunes, Marta Rejane e de Stela Souza para  
786 acompanhar a discussão. O Senhor José Carlos Raimundo Brito informou que o município de Salvador sente-se  
787 contemplado com o encaminhamento do COSEMS quando criou a comissão para acompanhar as próximas reuniões de  
788 discussões do termo. O Senhor Emerson sugeriu, a cerca do grupo do PACTO e da resolução, marcar uma reunião junto  
789 com o Estado para discutir se tem aprovação ou não, o qual foi respondido pela Senhora Suzana que esse movimento seria  
790 da comissão junto à DIPRO e poderia marcar uma agenda ao final da reunião e já poderia ver com a DIPRO uma  
791 sinalização do termo de Salvador já com a agenda para que a Senhora Kátia Nunes, Marta Rejane e Stela Souza possam  
792 acompanhar já a próxima reunião. A Senhora Kátia Nunes sugeriu o dia vinte e oito de janeiro, pois haverá também a  
793 reunião do SAMU. A Senhora Suzana Ribeiro questionou se poderia ser no dia vinte e oito, o qual ficou acordado a referida  
794 data faltando apenas sentar com o Secretário José Carlos Raimundo Brito e acertar. O Senhor Coordenador informou que a  
795 Senhora Cristiane Macedo confirmaria posteriormente com o Senhor Andrés Castro. Com relação a pauta: 4.3 Inclusão do  
796 município de Candeias na Rede Complementar de Média Complexidade do Estado, Resolução CIB Nº 89/2008; a Senhora  
797 Suzana Ribeiro informou que havia recebido um ofício da CIB dizendo que dependeria do COSEMS a questão do ingresso  
798 do municípios de Candeias na rede complementar de média complexidade. Informou que o município fez a solicitação ao  
799 Estado, e o Estado respondeu que essa decisão, como foi instância colegiada caberia ao COSEMS se posicionar. Deste  
800 modo, o COSEMS se posicionou sendo favorável considerando a rede que o município de Candeias apresenta e inclusive  
801 atendendo aos critérios que foram elencados pela própria área técnica e que foi aprovado também no Colegiado de Gestão.  
802 Em resposta ao encaminhamento feito pela área técnica da SESAB, o COSEMS está se posicionando de forma favorável a  
803 inclusão de Candeias na rede complementar de Média Complexidade considerando a aprovação no colegiado de gestão  
804 microrregional e considerando as observações feitas pela área técnica. O Senhor Coordenador informou que não havia  
805 entendido a encaminhamento proposto, e a senhora Suzana Ribeiro informou que o município de Candeias fez a solicitação  
806 para entrar para rede complementar de média e alta complexidade, pois o mesmo está fazendo adesão ao PACTO e esta é  
807 uma pendência importante para o município. Informou que foi submetido à aprovação no Colegiado de Gestão

808 Microrregional e o mesmo foi aprovado. Posteriormente, foi remetida a área técnica da SESAB. Relatou que recebeu um  
809 documento que não estava em seu poder no momento, mas a CIB teria uma cópia, pois foi a Senhora Nanci Nunes quem  
810 havia encaminhado informando que para atender a solicitação era preciso que o COSEMS se posicionasse considerando  
811 que a rede, do anexo da Resolução CIB número 89, foi avaliada e pactuada na instância colegiada da CIB e que precisaria  
812 do parecer do COSEMS e por conta disso o COSEMS está se posicionando de forma favorável a inclusão de Candeias na  
813 Rede Complementar considerando a aprovação do Colegiado e considerando também as questões levantadas pela área  
814 técnica da DIPRO que a rigor não apresenta pendências para que o município possa entrar na rede. O Senhor  
815 Coordenador sugeriu que se trouxesse essa discussão para a comissão, pois foi pego de surpresa e não entendeu qual é a  
816 demanda e exatamente onde está situado o problema ou se tem algum outro aspecto e afirmou que achava difícil discutir  
817 de última hora. O Senhor Emerson informou que o problema estava na resolução, mas o Senhor Coordenador informou que  
818 se o problema fosse tratado desta forma a cada reunião haveria uma solicitação e teria que ser aprovado sem analisar que  
819 critério se usou para aprovar, teria que aprovar a todas as solicitações e informou que não se poderia analisar no momento  
820 este caso isolado. Relatou que há uma resolução da CIB que foi amadurecida na comissão, que foi alvo de mais de dois  
821 meses de reunião e que foi para apreciação com consenso e foi aprovada. Informou que não se poderia abrir uma exceção  
822 para o município de Candeias e questionou com que critério se poderia se posicionar favorável à solicitação de Candeias e  
823 desfavorável para um outro município qualquer, sendo por esta questão não se poderia discutir no momento. A Senhora  
824 Suzana Ribeiro informou que a pauta foi solicitada em um prazo hábil e foi feito o contato com a Senhora Nanci Nunes,  
825 Secretária Executiva da CIB, e inclusive foi feito por uma provocação da mesma, cuja solicitação já tinha migrado para área  
826 técnica, a área técnica já tinha avaliado já tinha se posicionado e solicitou apenas que o COSEMS desse seu parecer.  
827 Informou que a área técnica pode contribuir com a discussão esclarecendo se for o caso, mas na verdade não foi algo que  
828 surgiu de última hora, pois o COSEMS é que foi provocado, pela área técnica da SESAB para se posicionar e o COSEMS  
829 está se posicionando, mas se o posicionamento do COSEMS não é suficiente para se entrar em consenso em relação ao  
830 município de Candeias seria uma outra discussão. O senhor Coordenador informou que se definiu uma comissão para se  
831 discutir o Pacto pela Saúde, e essa discussão deveria ser remetida para essa comissão, pois seria a melhor forma de se  
832 discutir essa questão. A Senhora Nanci Nunes informou que a orientação da DIPRO é justamente que se resgate na  
833 comissão essa discussão para que daí se remeta a CIB para aprovação. A senhora Suzana Ribeiro informou que não foi  
834 este o entendimento do ofício encaminhado e oficialmente o que esta encaminhando foi à solicitação do posicionamento do  
835 COSEMS o qual está se posicionando por conta do que foi pactuado anteriormente e entendeu-se que não se deveria  
836 atrelar à situação de Candeias a comissão por que estava posto que se precisava apenas de um posicionamento do  
837 COSEMS, e no momento se deveria discutir em remeter a comissão e pedir celeridade a discussão visto que não foi  
838 encontrada nenhuma pendência técnica que a própria DIPRO reconhece e não seria necessário abrir uma exceção, pois,  
839 foi feita uma solicitação formal que foi avaliada tecnicamente e em se revendo a Resolução 89 aí se teria condições de se  
840 tratar de uma forma globalizada para todos os municípios. O Senhor Josafá informou que o pleito de Candeias para  
841 ingressar na rede complementar de Média e Alta Complexidade se deve ao fato de que o municípios Candeias deseja  
842 assinar o seu Termo de Compromisso de Gestão, e é colocado como condicionante para o município ter o Comando Único  
843 que ingresse a rede, e é entendido que o Comando Único é inerente ao próprio sistema único de saúde, pois está na  
844 constituição, na lei orgânica de saúde, entretanto como a CIB tinha aprovado esta resolução o município de Candeias  
845 entrou com o pedido à CIB, que posteriormente foi encaminhado à DIPRO, onde houve avaliação técnica e foi orientado na  
846 primeira reunião do COSEMS que se discutisse no Colegiado de Gestão onde o mesmo foi aprovado, há também uma  
847 avaliação técnica da própria SESAB e o parecer favorável do COSEMS e depois de tanto trabalho e de se passar por  
848 tantos trâmites não entendeu a não aprovação no momento. Comentou que o município de Candeias, conforme está  
849 colocado em toda a documentação, faz parte de uma região metropolitana, com mais de oitenta mil habitantes, uma cidade  
850 industrial que oferece serviços de média complexidade e tem um hospital regional de cinquenta e quatro leitos e que foi  
851 aprovada inclusive na CIB a aprovação da UTI neonatal de Candeias que oferece serviço para Madre de Deus, São  
852 Francisco do Conde, uma série de serviços e não se entende como Candeias está fora da Rede Complementar de Média  
853 Complexidade do Estado. O Senhor Coordenador informou que queria deixar claro que não tinha nenhuma posição  
854 contrária ao pleito de Candeias, mas o que está sendo colocado é que estas questões sejam analisadas caso a caso e que  
855 foi aprovada uma comissão que vai reanalisar o encaminhamento do Pacto de gestão e que, ao se aprovar um pleito sem  
856 ter critérios definidos qualquer outro pleito que aparecer necessariamente deve ser aprovado. Insistiu que havia uma  
857 comissão proposta pelo COSEMS e cabe encaminhar a comissão e na próxima reunião da CIB se for o caso, se analisar.  
858 Informou que se precisa rever a discussão pelo pleito que tem e se aprovou a comissão para se fazer essa análise. A  
859 Senhora Marta Rejane informou que pelo seu entendimento, como houve uma análise técnica, um parecer técnico, uma  
860 anuência do COSEMS e do Colegiado de Gestão Microrregional que foi solicitado que se colocasse e analisasse a situação  
861 e a mesma estava na reunião do Colegiado e foi feita uma análise técnica na infra-estrutura da capacidade instalada e de  
862 resolutividade e discordou que uma equipe técnica da SESAB que trabalha na questão que aprovou os critérios não tenha  
863 competência para julgar se enquadra ou não nos critérios. Informou que o encaminhamento proposto ia de encontro com o  
864 desconhecimento da qualidade técnica do trabalho de quem está fazendo a análise de todos os projetos. Comentou que  
865 esta questão vem desde o ano anterior e se seguiu todos os encaminhamentos que foram sugeridos pela equipe técnica e  
866 pela SESAB e quando se chega a hora da aprovação vai se encaminhar para uma comissão que foi criada recentemente e  
867 não há nem resolução da mesma. Reafirmou que o CGMR aprovou, o COSEMS anuiu, a equipe técnica disse que ele  
868 cumpre os critérios e não sabia o que se estava esperando. O Senhor Coordenador informou que estava esperando a  
869 documentação, pois o documento que estava em seu poder não tinha nada do que a Senhora Marta Rejane estava falando  
870 e sugeriu que tudo que a Senhora Marta Rejane falou seja anexado ao processo para daí se analisar e discutir. O Senhor  
871 Emerson Garcia reafirmou da necessidade desse processo tendo em vista a importância do mesmo. Pontuou que já houve  
872 algumas reuniões inclusive com a participação do CONASS, CONASEMS e Ministério da Saúde e os mesmos sugeriram a  
873 revisão de alguns pontos que seriam melhorados para o avanço do PACTO dentro do sistema único na Bahia. O Senhor  
874 Coordenador reafirmou que não havia inclinação contrária ao município de Candeias, mas achavam que se precisavam

875 cumprir certos processos. O Senhor Raul Molina informou que todos estão colocando que a resolução que está em vigor  
876 até o momento é o problema de toda a questão colocada e quem deveria revogar a resolução seria a própria CIB e que  
877 posteriormente deveria encaminhar a nova resolução para discussão. O Senhor Coordenador informou que havia duas  
878 interpretações no caso, sendo uma a que foi colocada pelo senhor Josafá, a qual a senhora Marta Rejane concorda, é que  
879 o pleito do município de Candeias não seria uma exceção à portaria porque Candeias atenderia a todos os requisitos  
880 estabelecidos naquela resolução e que teria tido uma análise técnica que identificou que apesar de Candeias não estar na  
881 lista o mesmo atendia a resolução. Uma outra interpretação é que precisaria alterar a resolução para que o município de  
882 Candeias pudesse fazer parte da rede de Média Complexidade e nesse caso Candeias não atenderia. O Senhor  
883 Coordenador informou que no processo não havia um posicionamento e, paralelo a discussão, decidiu-se que haveria uma  
884 comissão para rediscutir os encaminhamentos do PACTO. Informou que se o encaminhamento é que Candeias atende a  
885 resolução e não se irá mudar a resolução é uma, e um outro ponto de vista é que Candeias não atende a resolução, mas  
886 essa resolução precisa ser revista, e sugeriu que se apresente o parecer técnico na próxima reunião para poder dar  
887 encaminhamento ao pleito de Candeias. A Senhora Suzana Ribeiro informou que o secretário leu o processo, que tinha um  
888 documento que havia sido expedido pela DIPRO e que o mesmo é bem claro em relação a revisão da resolução, mas  
889 infelizmente o texto que saiu da Secretaria Executiva da CIB não ficou tão claro assim, ficou truncado de tal forma que  
890 entendeu que a proposta era que o COSEMS fizesse o seu posicionamento em relação a situação de Candeias e foi  
891 exatamente por isso que se definiu em não remeter a situação de Candeias à revisão da resolução, considerando apenas  
892 necessário o parecer do COSEMS, sendo este o foco da discussão, considerando que havia um parecer da área técnica.  
893 Informou que não se pode tratar a reunião nesse ponto e que se o Secretário de Candeias concordar poderia encaminhar  
894 essa discussão, pois a discussão da resolução é muito interessante e é preciso fortalecer que na próxima reunião se esteja  
895 rediscutindo com todas as questões levantadas. Informou que não considerava a situação de Candeias uma exceção que já  
896 havia sido discutido antes e que é um pleito que já vem desde o ano anterior. Informou que se fosse possível encaminhar a  
897 comissão, esta se reuniria com urgência para discutir e se amarrar na discussão da resolução já para próxima reunião da  
898 CIB a discussão e o que se precisa pactuar no momento que é a suspensão de todas as movimentações que estão sendo  
899 feitos no colegiado de gestão microrregional. Relatou que já aconteceu a eleição no início do mês e pela forma como foi  
900 narrado foi à revelia porque não estava na pauta e as pessoas não estavam preparadas para fazer a discussão e foi feita  
901 uma nova eleição da coordenação adjunta o que compromete a representação do município no COSEMS, logo, o  
902 COSEMS está solicitando que seja suspenso esse processo, que se mantenham todos os colegiados como antes, até o  
903 final de dois mil e oito, mesmo considerando que tem gestores novos porque é preciso que se discuta o papel do novo  
904 colegiado. O senhor Alfredo Boa Sorte colocou que seria preciso haver consenso nas deliberações da CIB e a questão de  
905 Candeias não há consenso e não há como decidir essa questão, não adianta manter a insistência, pois, não há  
906 entendimento tácito sobre essa questão. Informou que há um consenso entre os membros com relação a revisão da  
907 resolução. Informou que a resolução já está gerando problemas no colegiado de gestão, nos critérios, no Comando Único e  
908 uma série de questões polêmicas que se precisa com serenidade se resolver para o bem da regionalização, do Sistema  
909 Único de Saúde, do que é tocante ao Estado, do que é responsabilidade dos municípios, do Ministério da Saúde, portanto,  
910 informou que, como há esse entendimento de consenso, o município de Candeias pode esperar essa reunião, inclusive  
911 providenciando os outros documentos para poder adentrar ao processo, e enquanto isso, vai se discutir a resolução oitenta  
912 e nove. A Senhora Suzana informou que o encaminhamento do Senhor Alfredo Boa Sorte foi exatamente o feito pelo  
913 COSEMS. A Senhora Suzana Ribeiro informou que, em relação ao ponto de pauta: 4.4 Aprovação do Programa de Saúde  
914 Penitenciária do município de Vitória da Conquista; o município recebeu no início do mês a Diretora do programa da  
915 secretaria de justiça, o Estado já fez a seleção e os profissionais já serão contratados via REDA e já se inicia a organização  
916 da infra-estrutura que a secretaria de justiça vai fazer, o município vai fazer a parceria com o apoio da vigilância sanitária e  
917 com o apoio da Atenção Básica o município assume a gestão e a mesma vai ficar sob coordenação do município. Informou  
918 que já conversou esses pontos e já foi pactuado e precisa-se da aprovação na CIB para dar curso ao processo. O senhor  
919 coordenador questionou se havia alguma objeção em relação à pauta do município de Vitória da Conquista o qual não  
920 houve manifestação contrária e foi considerado aprovado. 4.5 Credenciamento/habilitação dos Serviços de Tomografia  
921 Computadorizada e Ressonância Magnética da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista. A senhora Suzana  
922 Ribeiro informou que este ponto de pauta foi apresentado como alocação de recurso de teto e era necessária homologar a  
923 decisão da habilitação do serviço. Informou que havia um ponto de pauta que não constava na pauta, mas que era  
924 referente ao prazo da rede de oncologia que é dia vinte e nove de fevereiro e há algumas posições que não estão muito  
925 claras do ponto de vista do encaminhamento. Informou que houve algumas conversas com o senhor Sandro que está  
926 presente e teve hoje a presença da senhora Núbia Mendonça na reunião do COSEMS pela manhã, assim como o doutor  
927 Eduardo que faz parte da comissão e foi levantada a preocupação em relação ao prazo e a necessidade da incorporação  
928 dos serviços isolados na rede de UNACON e CACON e talvez seja a questão de se ter clareza e que a área técnica  
929 exponha para os membros dando mais clareza a essa situação porque os gestores estão preocupados até pela questão  
930 do prazo a ser cumprido a rigor não se está tendo ainda o encaminhamento de toda a rede do Estado. O Senhor  
931 Coordenador informou que houve um prazo aprovado pelo Ministério da Saúde, inclusive o mesmo encaminhou por fax a  
932 relação de pendências de alguns serviços, na semana anterior, informou que ligou para o INCA e falou com o chefe de  
933 gabinete do INCA, há um mês ainda em dezembro o assunto foi discutido com a equipe do Ministério, com a então  
934 secretária Doutora Cleuza, e o que ficou entendido é que há a compreensão que este processo de correção da rede e de  
935 superação dos serviços individuais é algo que precisa ser feito compreendendo as dificuldades, mas numa análise  
936 progressiva de que se está fazendo avanços. Sugeriu que se fizesse um relatório, e pediu ao Senhor Sandro que o fizesse,  
937 mostrando quais foram os avanços que foram feitos desde o ano de dois mil e sete, até os dias atuais, na rede de  
938 ONCOLOGIA, implantação de novos serviços como no caso de Teixeira de Freitas, supressão de serviços isolados como  
939 no caso de Santo Antônio de Jesus, o processo que está sendo feito em Eunápolis, em Vitória da Conquista, o Novo  
940 hospital de Juazeiro as medidas tomadas em Salvador em fim, que se apresente ao Ministério da Saúde que houve  
941 progresso, evolução e negociar com o Ministério da Saúde uma prorrogação do prazo. Informou que haviam vários pontos

942 listados no que ocorrer, mas pediu prioridade especial e agradeceu a presença do Reitor da UNIFACS professor Manoel  
943 Barros Sobrinho e informou que a UNIFACS tem um projeto de criação de um curso de medicina, este projeto depende do  
944 parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde, informou que o reitor já o havia procurado assim como ao governador  
945 buscando avaliação por parte das instâncias da educação e da saúde do Estado da Bahia. Relatou que, considerando o  
946 déficit de profissionais médicos que se tem na Bahia, as dificuldades que todas as esferas de gestão do Estado tem e a  
947 evidência da necessidade de novos profissionais está sendo apresentando o pleito de que a CIB aprove uma posição  
948 favorável e recomende ao Conselho Nacional de Saúde a aprovação do Projeto. Informou que na próxima quinta-feira esta  
949 questão estará na pauta do Conselho Estadual de Saúde para apreciação desse pleito. O Senhor Manoel Barros Sobrinho  
950 agradeceu ao secretário e a direção da reunião pela oportunidade para falar a respeito do Projeto. Informou que a  
951 Universidade UNIFACS, que já existe como instituição há vinte anos e como universidade com doze anos de  
952 funcionamento, sempre procurou trabalhar como uma instituição que se volta para colaborar com o desenvolvimento da  
953 Bahia e nesse sentido inicialmente criou-se vários cursos na área de Gestão e dessa forma se favoreceu a preparação de  
954 profissionais da Bahia. Relatou que a faculdade está também entrando na área de saúde e esse projeto de medicina foi um  
955 projeto preparado com carinho onde se contou inclusive com a colaboração da professora Ana Pita que está presente na  
956 reunião. Informou que o Projeto demandou cerca de quatro milhões de reais no sentido da preparação para o curso, houve  
957 também uma capacitação de dois meses dos professores e se conseguiu um corpo docente com mais de 80% de  
958 profissionais com doutorado, além de mestrado e outras especializações. Tendo em vista essa nova visão de médicos  
959 preparados para atuar na saúde da família, no sistema integrado de saúde em que os profissionais trabalhem em conjunto  
960 para atender as necessidades da população. Informou também que recebeu uma visita do Ministério da Educação que lhe  
961 deu a avaliação máxima e esse projeto que já era de conhecimento do Secretário Estadual de Saúde e do Governador do  
962 Estado, com essa aprovação está encaminhando para receber a aprovação definitiva do Ministério da Educação. O Senhor  
963 Coordenador colocou o pleito em apreciação e não havendo posição contrária foi considerado aprovado. Dando  
964 continuidade, com relação ao pleito da habilitação da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista e o Hospital São  
965 Vicente de Paula na alta complexidade na cardiovascular, o senhor coordenador afirmou que estava considerando que já  
966 aprovou a alocação do recurso e implicitamente está aprovada a habilitação. Informou que em dois mil e sete foi  
967 encontrada uma dívida do Estado superior a duzentos e cinco milhões de reais e entre elas uma parte era com os  
968 municípios que estavam com o SAMU em funcionamento, em dois mil e sete o Estado pagou o equivalente a três anos do  
969 incentivo do SAMU, os anos de dois mil e cinco, dois mil e seis e dois mil e sete. Relatou que tem recebido algumas  
970 consultas e alguns questionamentos tanto de secretários como de órgãos de controle acerca da utilização deste recurso  
971 que foi repassado. Deu um exemplo com o município de Jequié, que já tinha o SAMU funcionando, o Estado não passava o  
972 recurso e obviamente Jequié teve que gastar mais do recurso próprio para o SAMU funcionar, quando se passou em dois  
973 mil e sete, os dois anos de recurso atrasados, na compreensão do Estado é que o município de Jequié poderia usar esse  
974 recurso em qualquer aplicação na área de saúde, não necessariamente no SAMU e para evitar problemas está se  
975 propondo que a CIB faça uma resolução com o seguinte teor: Considerando que o Estado da Bahia pagou pelos municípios  
976 a dívida da gestão anterior referente à contrapartida Estadual do SAMU referente aos anos de 2005 e 2006; Considerando  
977 em caráter extraordinário o pagamento da dívida desses recursos depositados nos Fundos Municipais de Saúde;  
978 Considerando que o custeio do SAMU foi mantido pelos municípios naquele período sem a contrapartida Estadual;  
979 Considerando a necessidade de disciplinar a utilização desses recursos pelas Secretarias Municipais de Saúde. RESOLVE  
980 Autorizar a utilização desses recursos acima referidos, única e exclusivamente em ações de saúde naqueles municípios  
981 que mantiveram o SAMU em funcionamento. Ou seja, qualquer ação de saúde poderia ter sido empregado recurso. A  
982 Senhora Stela informou que o município de Jequié fez algo parecido com o encaminhamento do Senhor Coordenador, pois  
983 foi elaborado um documento pela controladoria do município onde a mesma fez uma análise de tudo que foi gasto pelo  
984 município nesse período e do repasse que foi feito sobrou duzentos e cinquenta e sete mil reais, ou seja, foi empregado em  
985 ações no município e ainda sobrou esse valor que foi empregado para complementar à obra do SAMU. O Senhor  
986 Coordenador informou que a compreensão seria essa, visto que o município gastou recursos próprios, foi ressarcido e usa  
987 em qualquer ação de saúde. O senhor Alfredo informou que havia o receio de se aplicar a resolução nesse momento, pois  
988 o recurso já havia sido pago há bastante tempo e a resolução está sendo elaborada agora no ano de dois mil e nove e  
989 poderia ser que os gestores, considerando que foi usado recurso próprio da prefeitura para cobrir o que o estado não  
990 pagou, podem ter deslocado recursos de uma outra fonte para cobrir e como não houve nenhuma orientação e nenhuma  
991 resolução nesse período que recebeu o recurso até agora pode ter usado em outro momento e agora a resolução pode ser  
992 um gerador de problema de quem pode ter gastado e não foi orientado antes. O Senhor Coordenador informou que o  
993 problema não é que o dinheiro só poderia ser gasto em saúde é que tem interpretações que só se poderia se gastar no  
994 SAMU e o que se está propondo é que tenha uma resolução dizendo que o município possa gastar em qualquer ação de  
995 saúde. O senhor José Raimundo informou que a resolução protege os secretários municipais, pois, embora haja  
996 entendimento que este recurso pudesse ser gasto em qualquer área de saúde, esta questão ficou acordada, mas não foi  
997 registrado. Informou que se fez auditoria em todos os SAMU's e procurou qualquer resolução que embasasse qualquer  
998 aplicação do recurso do SAMU em outra área que não fosse SAMU e o entendimento da CGU é que é um recurso  
999 carimbado que só se poderia gastar no SAMU, mas o que ocorre é que a forma que o secretário teria, seria comprovar que  
1000 se gastou o equivalente ao recurso recebido com notas fiscais, mas isso não existe e o município não tem esse tipo de  
1001 comprovação, pois, muitos dos recursos foram partilhados e quando se aprova uma resolução como essa é garantido ao  
1002 município que o mesmo não será penalizado posteriormente. O senhor Coordenador informou que este ponto foi fechado.  
1003 Dando continuidade o Senhor Coordenador informou que a senhora Gleiciane, Secretária de Saúde do município de Una,  
1004 havia solicitado um ponto de pauta e a mesma informou que no município só havia uma única instituição filantrópica que  
1005 recebe urgência e emergência e recebeu uma auditoria onde as AIH's foram bloqueadas em virtude de irregularidades  
1006 administrativas e financeiras e até esse ponto dava toda razão ao Estado, mas precisava-se também, junto a essa decisão,  
1007 dar uma resolutividade para estes pacientes, pois o município assumiu no dia primeiro de janeiro sem nenhuma  
1008 ambulância, pois todas três foram guinchadas e levadas para oficinas, abriu-se licitação para o concerto das mesmas, mas

1009 o município se encontra sem nenhuma ambulância, sem AIH, com o hospital fechado, e o município de Ilhéus não tem  
1010 nenhuma obrigação de receber pacientes por não ter uma pactuação de AIH com Ilhéus. O município tem relatos em atas de  
1011 pacientes que pariram dentro de carros locados pelo município e estava solicitando a intervenção do Estado para  
1012 resolutividade destas questões. A senhora Marleide informou que o reflexo da situação de Una estava indo para Ilhéus e há  
1013 em torno de quarenta AIH's pactuadas com o município de Una, mas a instituição tinha cento e noventa e duas AIH's  
1014 bloqueadas. Informou que já está sentido o reflexo do município de Itabuna através do Hospital Regional que recebe muitos  
1015 municípios pactuados com Itabuna e 80% das demandas de internação do Hospital Luis Viana Filho hoje são de municípios  
1016 pactuados e não pactuados. Relatou que o município de Una está mandando toda a sua demanda para Ilhéus, o qual tem  
1017 assistido, mas vai chegar uma hora que não mais vai ser suportado e estava solicitando alguma resolutividade nessa  
1018 situação dos municípios de Una e de Ilhéus. O Senhor Coordenador sugeriu que o senhor José Raimundo e o senhor  
1019 Alfredo Boa Sorte marcassem com as secretárias municipais de saúde de Una e Ilhéus para se poder aprofundar no  
1020 conhecimento do problema e ver as melhores alternativas, enquanto isso o Hospital Estadual Luis Viana Filho vai continuar  
1021 recebendo todos os casos de urgência e emergência, e é preciso ver o fluxo de obstetrícia porque o hospital Luis Viana não  
1022 faz obstetrícia. A Senhora Marleide Oliveira, secretária municipal de saúde de Ilhéus, informou que seu município tem  
1023 atendido o município de Una, independente da obstetrícia, em todos os hospitais do município. O Senhor José Raimundo  
1024 informou das más condições do hospital e que também são vistos hospitais que não tem condições de funcionamento  
1025 nenhum e tem que se providenciar a transferência para ser atendido em outro município. O Senhor Coordenador relatou  
1026 que não havia possibilidade de se entrar em detalhes no momento, e sugeriu ao Diretor da Auditoria, e ao Superintendente  
1027 da Atenção que sentem com as secretárias municipais de Una e de Ilhéus, busquem discutir, e até uma solução, a rede  
1028 hospitalar, especialmente o hospital Luis Viana, continue recebendo os pacientes. Dando continuidade ao ponto de pauta:  
1029 Indicação de representantes das Secretarias de Saúde dos Municípios para participar do Encontro do PlanejaSUS da  
1030 Região Nordeste, solicitou ao COSEMS que faça a indicação e encaminhe para a secretária executiva da CIB, reforçou que  
1031 a quantidade de vagas seriam seis e questionou quando e onde seria, o qual foi respondido pelo senhor Washington Abreu  
1032 que seria no mês de Abril, o Ministério da Saúde faria a confirmação e provavelmente será em São Luiz do Maranhão. O  
1033 Senhor Coordenador informou ao senhor Washington Abreu que o mesmo ficaria responsável em cobrar do COSEMS às  
1034 indicações. O Senhor Coordenador informou que havia um ponto de pauta que se encontrava no que ocorrer, mas propôs  
1035 que ficasse para próxima reunião, mas comunicou que foi preparado uma proposta de resolução que permita os municípios  
1036 do Estado da Bahia utilizarem a ata de registro de preços da SESAB para aquisição de medicamentos e material hospitalar,  
1037 informou que já havia a resolução e se fosse possível a aprovação já nesta reunião senão seria apresentada na próxima  
1038 reunião. Informou que iria fazer a apresentação naquele momento, e fez a leitura da minuta de resolução: Art. 1º. Aprovar a  
1039 utilização pelos Municípios do Estado da Bahia das Atas de Registro de Preços gerenciadas pela Secretaria da Saúde do  
1040 Estado da Bahia-SESAB para aquisição de medicamentos e mobiliário hospitalar, nos termos do Decreto Federal 3.931 de  
1041 19 de setembro de 2001, da legislação do município aderente e segundo condições estabelecidas nesta resolução. §1º - As  
1042 Atas de Registro de Preços da SESAB referentes a aquisições de medicamentos e/ou mobiliário hospitalar, durante sua  
1043 vigência, poderão ser utilizadas pelos municípios, desde que observados os seguintes procedimentos: I - Consulta à  
1044 SESAB, órgão gerenciador do registro de preços, para anuência, indicação dos possíveis fornecedores e respectivos  
1045 preços; II - Demonstração de vantajosidade, especialmente financeira, na utilização da Ata gerenciada pela SESAB; e III -  
1046 Consulta ao fornecedor beneficiário da ata para anuência do fornecimento. §2º - As aquisições ou contratações decorrentes  
1047 da utilização das Atas de Registro de Preços gerenciadas pela SESAB não poderão exceder, por município, a 100% (cem  
1048 por cento) dos quantitativos registrados. §3º - Cumpridas as diligências elencadas nos incisos do parágrafo primeiro e obtida  
1049 a anuência tanto da SESAB, quanto dos fornecedores, poderá o município dar continuidade à instrução do processo  
1050 administrativo com vistas à formalização dos contratos. Art. 2º. Em caso de aquisições utilizando recursos de convênio, o  
1051 órgão concedente deverá ser previamente consultado pelo município acerca da aceitabilidade da modalidade de  
1052 contratação para fins de prestação de contas. Art. 3º. Fica ressalvada a necessidade de oitiva, em qualquer caso, da  
1053 Procuradoria do Município. Art. 4º. A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação. Informou que em  
1054 linhas gerais é muito simples a resolução e abriu a mesma para apreciação. O Senhor Geraldo Magela concordou com a  
1055 proposta e relatou que se adotou um parâmetro muito interessante. Tendo em vista o consenso de aprovação ficou  
1056 aprovada a resolução apresentada. O Senhor Geraldo Magela informou que desde o ano passado foi aprovado no CGMR,  
1057 a DIRES fez a fiscalização do NASF de Teixeira de Freitas, e que por acaso não apareceu até o momento. O senhor Heider  
1058 Pinto informou que a solicitação do município de Teixeira de Freitas havia ficado na DIRES, mas o senhor Geraldo Magela  
1059 entrou em contato com a DAB informando que ainda não havia enviado a solicitação, mas a DIRES já enviou a solicitação  
1060 via e-mail e o projeto já tinha sido aprovado e havia uma dificuldade na DIRES, pois a mesma estava visitando as unidades  
1061 que é uma questão que já tinha sido feita uma orientação diferente, pois era para aprovar o projeto, dar suporte ao  
1062 município e junto com o município ter um tempo de adequação, mas o parecer da área técnica é favorável para aprovação  
1063 do NASF do município de Teixeira de Freitas e esclareceu que iria entrar em contato com a DIRES para poder ajustar os  
1064 procedimentos. O Senhor Coordenador informou que a Assembléia Legislativa da Bahia aprovou o projeto de recriação da  
1065 BahiaFarma. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão e confirmou a próxima reunião  
1066 ordinária para o dia 26 de fevereiro de 2009 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci  
1067 Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador,  
1068 22 de janeiro de 2009.

1069  
1070  
1071 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
1072 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
1073 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
1074 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
1075 Lorene Louise Silva Pinto \_\_\_\_\_  
1076 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_  
1077 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_  
1078 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
1079 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
1080 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
1081 José Carlos Raimundo Brito \_\_\_\_\_  
1082 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
1083 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_  
1084 Angeli Santos Matos \_\_\_\_\_  
1085