

Ata da 178ª Reunião Ordinária de 2009

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de dois mil e nove, 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 – Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Alfredo Boa Sorte Júnior, Washington Luís Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias Borges dos Reis e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão colocando em discussão e aprovação a Ata da 177ª Reunião Ordinária que foi encaminhada anteriormente aos membros e foi aprovada à unanimidade. Dando início à ordem do dia, o Senhor Coordenador efetuou a leitura dos expedientes encaminhados pela Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data 22 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 306 municípios encaminharam RAG 2008 para as DRES (73% dos municípios) destes: 238 municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, 56 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 12 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; 28 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (7% dos municípios) e 83 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (20% dos municípios); 1.3 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
179/2009	29.09.09	Aprova, ad referendum, a operacionalização da cessão de crédito mensal, de forma automática e regular, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, conforme regulamentação da Portaria nº 220 de 30 de janeiro de 2007.
180/2009	10 e 11.10.09	Aprova ad referendum uma extensão de prazo de Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia.
181/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto de Implantação do SAMU Regional de Serrinha, com pendências, incluindo os municípios de Serrinha, Água Fria, Araci, Biritinga, Conceição do Coité, Euclides da Cunha, Monte Santo, Nordestina, Retrolândia, São Domingos, Santa Luz, Teofilândia, Tucano e Valente.
182/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, a Ampliação do SAMU Regional de Bom Jesus da Lapa, com pendências, incluindo os municípios de Canápolis, Cocos, Coribe, Correntina, Feira da Mata, Jaborandi, Paratinga, Santana, São Felix do Coribe e Serra Dourada.
183/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto de Regionalização do SAMU Municipal de Jequié, com pendências, incluindo os municípios de Apurema, Aiquara, Barra do Rocha, Dario Meira, Ipiú, Ibiratiba, Itagiba, Boa Nova, Itagi, Itamarí, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Manoel Vitorino, Brejões, Cravolândia, Itaçuara, Itruçú, Irajuba, Jaguaçuara, Santa Inês, Iramaia, Lajedodo Tabocal, Maracás e Planalino.
184/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto de Regionalização do SAMU Municipal de Alagoinhas, com pendências, incluindo os municípios de Acajutiba, Aporá, Araçás, Aramarí, Cardeal da Silva, Catu, Crisópolis, Entre Rios, Esplanada, Inhambupe, Itapicuru, Jandaíra, Olindina, Ouricangas, Pedrão, Rio Real e Sátiro Dias.
185/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto de Implantação do SAMU Regional de Santo Antônio de Jesus, com pendências, incluindo os municípios de Milagres, Santa Terezinha, Amargosa, Mutuípe, Maragogipe, Laje, Governador Mangabeira, Varzedo, Presidente Tancredo Neves, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus, São Felix, Nazaré, São Felipe, Castro Alves, Cabeceiras do Paraguauçu, Cachoeira, Conceição de Almeida, D. Macedo Costa, Jaguaribe, Muniz Ferreira, Salinas das Margaridas, Jiquiriçá, Nova Itarana, S. Miguel das Matas, Ubaíra, Itatim, Muritiba, Conceição de Feira e Elísio Medrado.
186/2009	23.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto de implantação do SAMU Regional de Barreiras, com pendências, incluindo os municípios de Barreiras, Luiz Eduardo Magalhães, Santa Rita de Cássia, Formosa do Rio Preto, Wanderlei, Cristópolis, Riachão das Neves, Baiãoópolis, Angical, Catolândia, Cotegipe, Mansidão, São Desidério, Brejolândia e Tabocas do Brejo Velho.
187/2009	28.10.09	Aprova, ad referendum, o Projeto com vistas à Promoção da Saúde do município de Juazeiro, referendando a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde.
188/2009	30.10.09	Aprova ad referendum a mudança de proponente da UPA Tipo I do município de Seabra para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Em seguida, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – S/S/DAB/DGC/DAE: 1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – <b>Aprovado</b>	01 NASF Tipo I	Rio Real Abaré Barreiras Itabela Belmonte
	02 NASF Tipo I	Alagoinhas
	01 NASF Tipo II	Paratinga Curaçá
	Alteração da Composição do NASF Tipo II, substituição da Nutricionista pelo Assistente Social.	Glória
ESF – Equipe Saúde da Família – <b>Aprovado</b>	01 ESF	Biritinga Cavão Planalino Remanso Mortugaba

		Itapetinga Cordeiros
	02 E SF	Teofilândia Antônio Gonçalves Piritiba Jaguaripe
	03 E SF	Inhambupe
ESB – Equipe de Saúde Bucal – <b>Aprovado</b>	01 ESB Modalidade I	Paratinga Fátima Quijingue Cravolândia Maracás Piritiba Abaré Nova Ibiá Cavalo Terra Nova Jaguaripe Cordeiros
	02 ESB Modalidade I	Antônio Gonçalves Capela do Alto Alegre Piripá
	03 ESB Modalidade I	Tabocas do Brejo Velho Inhambupe Camacan Curaçá Condéuba Bom Jesus da Serra
	04 ESB Modalidade I	Jacobina
ACS – Agente Comunitário de Saúde <b>–Aprovado</b>	01 ACS	Cravolândia
	02 ACS	Catolândia
	03 ACS	Santanópolis
	04 ACS	Ribeira do Pomal
	06 ACS	Curaçá
	07 ACS	Itapetinga
	10 ACS	Santa Luz São Desidério

20 1.2 Mudança de modalidade do CEO Tipo 3 para CEO Tipo 2 do município de Eunápolis, conforme parecer conclusivo da  
21 Auditoria publicado no DOE de 13/08/09 – **Aprovado**; 1.3 Descredenciamento do CEO do município de Amélia Rodrigues, que  
22 encontra-se desativado desde dezembro/2008 não apresentando condições atuais de funcionamento. A Secretária Municipal  
23 de Saúde de Amélia Rodrigues, Sra Eliana Cardoso solicitou que ao invés de descredenciar o serviço fosse suspenso o  
24 recurso tendo em vista que de acordo com os critérios da CIB, uma vez descredenciado, o município não poderia ser  
25 credenciado novamente. O Senhor Coordenador consultou a área técnica quanto à esta possibilidade e Dra. Débora do Carmo  
26 colocou que o MS informou que não poderia suspender o recurso e que o correto é aprovar um parecer favorável ao  
27 descredenciamento para posterior suspensão do recurso. Dra. Suzana Ribeiro propôs que a área técnica entrasse em contato  
28 com o MS para avaliar a proposição da CIB, que não concorda com o descredenciamento do serviço e propõe apenas a  
29 suspensão do recurso. 1.4 Habilitação em Internação Domiciliar dos seguintes hospitais da rede própria da SESAB –  
30 **Aprovados**: a) Salvador - Hospital Especializado I Manoel Vitorino - 02 equipes - competência inicial julho/09; b) Barreiras -  
31 Hospital do Oeste - 01 equipe - competência inicial julho/09; c) Juazeiro - Hospital Regional de Juazeiro - 02 equipes -  
32 competência inicial novembro/2009. 1.5 Desabilitação do Hospital São Jorge em Internação Domiciliar, considerando a  
33 transferência da base do serviço para o Hospital Manoel Vitorino – **Aprovado**; 1.6 Habilitação do repasse do incentivo financeiro  
34 referente à 2ª parcela (65%) para implantação da UPA de Bom Jesus da Lapa – **Aprovado**. 2. Superintendência de Vigilância e  
35 Proteção da Saúde – SUVISA /DIVISA/DIVEP: 2.1 Solicitação de remoção dos servidores da Fundação Nacional de Saúde –  
36 FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB – **Aprovado**; 2.2 Pactuação dos Municípios de Una  
37 (Grupo 2) e Camaçari (Grupos 2 e 3) às ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, de acordo com a Resolução  
38 CIB Nº 142/08 – **Aprovado**; 2.3 Aprovação do Projeto de Práticas Corporais e Atividade Física, para Promoção da Qualidade de  
39 Vida em Grupos de Diabéticos, do município de Riachão do Jacuípe – **Aprovado**; 2.4 Certificação do município de Jandaíra nas  
40 Ações de Vigilância a Saúde – **Aprovado**. 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde –  
41 SUREGS/DICON/DIPRO: 3.1 Habilitação dos procedimentos de Laqueadura e Vasectomia nas seguintes unidades: Hospital  
42 Maria Lisboa no município de Itanhém e FUSAS no município de Riachão do Jacuípe – **Aprovado**; 3.2 Credenciamento de  
43 CAPS I nos municípios de Jaguarari, Teofilândia Coronel João Sá e Campo Fomoso – **Aprovado**; 3.3 Habilitação dos  
44 procedimentos de Cuidados Prolongados: Enfermidades Cardiovasculares / Cuidados Prolongados: Enfermidades  
45 Pneumológicas / Cuidados Prolongados: Enfermidades Neurológicas / Cuidados Prolongados: Enfermidades do Tecido /  
46 Osteomuscular – Conjuntivo / Videocirurgias, no Hospital Geral de Vitória da Conquista – **Ficou para a próxima reunião**; 3.4  
47 Aprovação de Termos de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, informou  
48 que a Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, representada por Dra.  
49 Gisélia Souza, Dr. José Raimundo e Dr. Emerson Garcia, juntamente com a Sra. Ivone, Técnica da DIPRO, analisou e remeteu  
50 para homologação os TCGM dos seguintes municípios da Microrregião de Santo Antônio de Jesus: a) Sem Assunção do  
51 Comando Único: Mutuípe, Varzedo e Santa Terezinha; b) Com Assunção do Comando Único: Laje, São Felipe e Barra do  
52 Choça. – **Aprovados**. Dra. Suzana Ribeiro colocou que é preciso programar com a DICON a questão dos cursos porque o

53 município de Maetinga, por exemplo, tem intenção de aderir ao comando único, mas parece que está havendo um problema de  
 54 agenda. Neste momento foi informado por Ivone de que já estava agendada a capacitação do referido município. A Sra. Nanci  
 55 Salles informou que os municípios de Luis Eduardo Magalhães, Euclides da Cunha, Araci e Prado já passaram pelo curso, mas  
 56 ainda não chegaram na Secretaria Executiva da CIB a solicitação de adesão ao Pacto ou assunção do Comando Único para  
 57 encaminhamento à Comissão e por isso não vieram para aprovação nesta reunião, inclusive foi feito contato com Luis Eduardo  
 58 Magalhães e Euclides da Cunha para solucionar pendências já identificadas. Dos municípios que foram aprovados nas  
 59 reuniões anteriores, muitos deles já passaram pela CIT de outubro e outra parte irá para a CIT de 26 de novembro, inclusive  
 60 estes de hoje, e provavelmente no final de novembro serão homologados pela CIT e será publicada portaria do Ministério da  
 61 Saúde. Próximo ponto de pauta: 4. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde –  
 62 SAFTEC/DASF: 4.1 Habilitação dos municípios de Apurema, Muniz Ferreira, Caetanos e Sebastião Laranjeiras para aquisição  
 63 dos medicamentos de Saúde Mental da Atenção Básica junto à SESAB – **Aprovado**. A apresentação da SUMSAD/IVEP sobre  
 64 Leishmaniose ficou para a próxima reunião devido a concomitância da reunião com a Conferência Estadual de Meio Ambiente  
 65 e indisponibilidade da participação da equipe da vigilância. Em seguida o Senhor Coordenador apresenta as propostas  
 66 encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 2. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à  
 67 Saúde – SUREGS/DICCON/DIPRO: 2.1 Projeto de Cirurgias Eletivas de Guanambi – **Aprovado**; 2.2 Parâmetros e Critérios da  
 68 PPI /2009, consensuados na Comissão da PPI – Dra. Suzana Ribeiro informou que foi solicitado retirar da pauta porque  
 69 existem algumas pendências em relação a resoluções anteriores e amanhã acontecerá uma reunião do GT onde será fechado  
 70 um consenso para remeter à próxima CIB. 3. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde –  
 71 SAFTEC/DASF: 3.1 Paduação de elenco de referência estadual e municipal da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica  
 72 complementar à Resolução CIB N° 127/08 – **Aprovado**. Dra. Gisélia Souza colocou que vários municípios têm demonstrado a  
 73 necessidade de ampliação do elenco de medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e isso já vem  
 74 sendo discutido com o Ministério da Saúde; provavelmente deverá sair uma portaria antes do final do ano, mas a proposta é  
 75 ampliar em mais cinquenta itens a fim de que os municípios possam ampliar sua possibilidade de gestão dos recursos da  
 76 Assistência Farmacêutica Básica. A Sra. Fernanda Rodrigues informou que foi orientado aos municípios que caso  
 77 necessitassem de ampliação de elenco, fosse sinalizado para que a DASF trouxesse para a CIB o município de Salvador  
 78 sinalizou desde setembro, mas em virtude das mudanças de datas da reunião, só foi possível trazer hoje e a princípio foi feita  
 79 uma avaliação em relação a Salvador e Brumado que já tinham solicitado. Para Salvador solicitamos setenta e um itens e de  
 80 antemão já verificamos que trinta e oito medicamentos podem ser incluídos sem problema, o que corresponde a 54% do total,  
 81 os outros medicamentos foram submetidos à avaliação do MS para verificação da possibilidade ou não da inclusão, até porque  
 82 existem critérios para essa inclusão. Para Brumado solicitamos quarenta e dois itens e já foram contemplados vinte e quatro, o  
 83 que corresponde a 57% do total. Dentre os medicamentos já contemplados para os dois municípios alguns coincidem, ficando  
 84 um total de cinquenta e dois medicamentos, assim, em virtude da solicitação de outros municípios que não sinalizaram quais  
 85 os medicamentos específicos, ampliamos para todos os municípios baianos os cinquenta e dois medicamentos a mais para a  
 86 contrapartida municipal. Os medicamentos não incluídos foram encaminhados ao MS para avaliação acerca da possibilidade  
 87 de inclusão para utilização do recurso da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e deverá sair uma nova portaria do MS;  
 88 obrigatoriamente teremos que pactuar um novo elenco, assim foi colocado um elenco maior em relação aos municípios e o  
 89 elenco estadual foi complementado com doze itens que poderemos adquirir logo, cientes de que vai ter uma ampliação logo  
 90 que sair a portaria do MS. Elenco de referência complementar para aquisição dos medicamentos com a contrapartida municipal  
 91 da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:

Elenco municipal		
Nº	Medicamento	Apresentação
1	AAS 500mg	Comp.
2	Albendazol 400mg	Comp.
3	Albendazol 400mg/mL	Suspensão oral
4	Atenolol 100mg	Comp.
5	Atenolol 50mg	Comp.
6	Azitromicina 40mg/mL	Suspensão oral
7	Azitromicina 500mg	Comp.
8	Calcitriol 0,25mcg	Comp.
9	Clonazepam 2,5mg/mL	Solução oral
10	Clopidogrel, bissulfato 75mg	Comp.
11	Cloranfenicol 250mg	Comp.
12	Cloranfenicol 25mg/mL	Suspensão oral
13	Cloreto de Sódio 0,9%	Solução nasal
14	Dexametasona 0,1%	Colírio
15	Diltiazem, cloridrato 30mg	Comp.
16	Diltiazem, cloridrato 60mg	Comp.
17	Escopolamina, butilbrometo	Drágea

18	Espiramicina 500mg	Comp.
19	Fenoximetilpenicilina 80.000U/l/mL	Solução oral
20	Folinato de Cálcio 15mg	Comp.
21	Fosfato dissódico monobásico monohidratado e dibásico heptaidratado 0,16 + 0,06g/mL	Solução para enema
22	Gentamicina, sulfato 5mg/mL	Colírio
23	Haloperidol 5mg/mL	Solução injetável
24	Ibuprofeno 50mg/mL	Solução oral -gotas
25	Ipratrópio, brometo 0,25mg/mL	Solução inalante
26	Ipratrópio, brometo 0,02mg/dose	Aerossol
27	Lactulose 667mg/mL	Solução oral
28	Lidocaína, cloridrato 2%	Gel
29	Loperamida 2mg	Comp.
30	Losartan potássica 50mg	Comp.
31	Maleato de Timolol 0,25%	Colírio
32	Maleato de Timolol 0,5%	Colírio
33	Metoclopramida 10mg	Comp.
34	Metronidazol 400mg	Comp.
35	Miconazol, nitrato 2%	Creme
36	Mínociclina, cloridrato 100mg	Comp.
37	Nitrofurantoína 100mg	Comp.
38	Nitrofurantoína 5mg/mL	Suspensão oral
39	Óleo Mineral 100mL	Frasco
40	Óxido de Zinco	Creme ou pomada
41	Pasta d'água (F.N.)	Pasta
42	Permanganato de potássio 100mg	Comp.
43	Permetrina 5%	Creme
44	Pilocarpina 2%	Colírio
45	Primetamina 25mg	Comp.
46	Propranolol 40mg (Uso para enxaqueca)	Comp.
47	Sulfadiazina 500mg	Comp.
48	Sulfadiazina de prata 1%	Pasta
49	Sulfato de Codeína 30mg	Comp.
50	Sulfato de Magnésio 30g	Pó para solução oral
51	Tetraciclina 1%	Pomada oftálmica
52	Uréia 10%	Loção

92  
93

Elenco de referência complementar para aquisição dos medicamentos com a contrapartida estadual da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica:

Elenco estadual		
Nº	Medicamento	Apresentação
1	Azitromicina 40mg/mL	Suspensão oral
2	Azitromicina 500mg	Comp.
3	Calcitriol 0,25mcg	Comp.
4	Escopolamina butilbrometo	Drágea
5	Espiramicina 500mg	Comp.
6	Ibuprofeno 50mg/mL	Solução oral - gotas
7	Losartan potássica 50mg	Comp.

8	Metoclopramida 10mg	Comp.
9	Minociclina, cloridrato 100mg	Comp.
10	Pirimetamina 25mg	Comp.
11	Sulfadiazina 500mg	Comp.
12	Sulfato de Codeína 30mg	Comp.

94 Dra. Suzana Ribeiro questionou se não tinham recebido de Vitória da Conquista, pois foi feito um estudo inclusive aprovado no  
95 Conselho Municipal para dar tempo de entrar na CIB e foi encaminhado à DASF. A Sra Fernanda respondeu que não recebeu,  
96 mas que iria localizar a solicitação. O Senhor Coordenador questionou se estes cinquenta e dois já estão inclusos na proposta  
97 da nova portaria do MS e Fernanda esclareceu que alguns sim, os outros estão na RENAME, mas não estão na portaria, só  
98 que um dos critérios é o medicamento constar na RENAME se o município necessitar, assim já acrescentamos de antemão.  
99 Dra. Gisélia Souza colocou que em reuniões com os municípios, uma questão recorrente é que grande parte reclama das  
100 dificuldades dos que recebem os seus recursos diretamente fundo a fundo do MS, inclusive de executar esses recursos por  
101 conta da limitação do elenco, então, essa questão passa a ser superada porque além de ampliarmos agora, há uma  
102 perspectiva na portaria que vem em seguida, de uma ampliação ainda maior e temos como referência a Relação Nacional de  
103 Medicamentos porque dentro dela também há a possibilidade de ampliação, assim já não vai poder mais existir esse  
104 impedimento, então podemos ampliar esse elenco e facilitar a execução dos recursos federais; no âmbito estadual também  
105 estão sendo tomadas providências para podemos executar e essa questão não tem sido problema. A Secretária Municipal de  
106 Saúde de Ilhéus, Marleide Figueiredo, colocou que também encaminhou o pedido de ampliação através de Dr. Lindemberg  
107 Costa e gostaria de saber se nessa segunda etapa de ampliação há algum medicamento que poderá ser contemplado. Dra.  
108 Gisélia Souza ressaltou que o MS está fazendo um esforço de fazer uma revisão nos protocolos das diretrizes terapêuticas e  
109 protocolos clínicos para grande parte das patologias condensadas pelo programa de medicamentos de alto custo; esta  
110 informação já está no site, inclusive em consulta pública, então os municípios que quiserem participar deste processo de  
111 consulta pública devem entrar no site do MS e poderão contribuir diretamente para esses protocolos. Próximos pontos de pauta  
112 da ASPLAN/GASEC: 1.1 Orientações para elaboração, fluxo e prazo para encaminhamento do Plano Municipal de Saúde e  
113 Programação Anual de Saúde. Apresentação Dr. Washington Abreu que iniciou notificando que os membros da CIB receberam  
114 uma ata da consulta pública quando foi sinalizado o encaminhamento de uma consulta por trinta dias sobre a Portaria N° 1547,  
115 referente ao manual de apoio à elaboração do Plano Municipal de Saúde. Apresentou o resultado da mesma através de uma  
116 minuta de resolução proposta que foi construída em parceria com a CIB: "Aprova orientações acerca da elaboração, aplicação  
117 e fluxo dos Planos Municipais de Saúde e das Programações Anuais de Saúde. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite  
118 da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo em vista o decidido na 178ª Reunião Ordinária do dia 16 de novembro de 2009 e  
119 Considerando o inciso XVIII do art. 16 da Lei n°. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que atribui ao Ministério da Saúde a  
120 competência de "elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os Estados, Municípios  
121 e o Distrito Federal"; Considerando a Portaria n°. 399/GM, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, no qual  
122 é definido o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde - SUS, seus objetivos e pontos prioritários de pactuação;  
123 Considerando as Portarias n°. 3.085/GM, de 1º de setembro de 2006 e n°. 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006, que,  
124 respectivamente, regulamentam o referido Sistema de Planejamento do SUS e aprova orientações gerais acerca de seus  
125 instrumentos básicos; Considerando a Resolução CIB n°. 209/2008, de 6 de dezembro de 2008, que aprova o Plano de Ação  
126 do PlanejaSUS para o Estado da Bahia; Considerando a Portaria GM n° 3.176 de 24 de dezembro de 2008 e demais  
127 instruções normativas do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) que aprovam orientações a cerca dos instrumentos  
128 de gestão; Considerando a necessidade de as três esferas de gestão dispor de orientações que favoreçam a elaboração, a  
129 aplicação e o fluxo pertinente aos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, de modo que sejam  
130 efetivamente instrumentos estratégicos na melhoria contínua da capacidade resolutiva do SUS, RESOLVE Art. 1º. Aprovar as  
131 orientações relativas aos Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de Saúde, constantes desta Resolução, as  
132 quais têm por objetivo subsidiar o processo de elaboração, aplicação e fluxo destes instrumentos, tomando por base a Portaria  
133 GM n° 3.176 de 24 de dezembro de 2008. Art. 2º. O Plano de Saúde (PS), as respectivas Programações Anuais de Saúde  
134 (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) estão diretamente relacionados com o exercício da função gestora em cada  
135 esfera de governo e com o respectivo Termo de Compromisso de Gestão (TCG). § 1º. A formulação de qualquer um desses  
136 instrumentos básicos referidos no caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu  
137 conjunto, concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento. § 2º. O Pacto pela Saúde deve nortear toda a  
138 elaboração dos instrumentos de gestão do SUS. § 3º. O PS, elaborado para um período de quatro anos, é o instrumento que,  
139 no SUS, norteia todas as medidas e iniciativas em cada esfera de gestão, as quais devem ser expressas nas respectivas PAS.  
140 § 4º. Os TCG devem ser elaborados de acordo com os respectivos PS. § 5º. A PAS, que corresponde à Agenda Estratégica da  
141 Saúde para a Gestão Estadual do SUS, deve ser feita com base nos PS (estadual e municipais) a cada ano. Art. 3º. O PS, as  
142 respectivas PAS e os RAG têm por finalidades, entre outras: I - apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua  
143 competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no  
144 aperfeiçoamento do Sistema; II - possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e  
145 das ações e serviços prestados; III - apoiar a participação e o controle social; e IV - subsidiar o trabalho, interno e externo, de  
146 controle, monitoramento e auditoria. Art. 4º. A elaboração, a aplicação e o encaminhamento dos instrumentos referidos no  
147 caput devem considerar: I - as estruturas da PAS e do RAG, ambos de caráter anual, decorrem do PS, não comportando,  
148 portanto, análise situacional; II - o PS orienta a definição do Plano Plurianual (PPA); e III - a PAS e o RAG, como instrumentos  
149 anuais, apresentam estruturas semelhantes, sendo o primeiro de caráter propositivo e, o segundo, analítico/indicativo. Art. 5º.  
150 Considerar como características essenciais dos PS e PAS: I - clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da  
151 gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática; II - unidade nos conceitos de seus elementos constituintes;  
152 e III - estrutura básica, passível de aplicação pelas esferas de gestão e de adaptações, acréscimos segundo peculiaridades de  
153 cada uma. Art. 6º. Deterninar como conteúdo dos PS os seguintes elementos constitutivos: I - as diretrizes ou linhas de ação,

os objetivos, ações estratégicas e as metas ou resultados; II - as ações e metas a serem alcançadas devem ser definidas para o período de quatro anos, inclusive devem estar coerentes com as prioridades indicadas no TCG, para os municípios que já aderiram ao Pacto pela Saúde; II – os recursos orçamentários previstos articulados ao PPA. Art. 7º. Determinar como conteúdo das PAS os seguintes elementos constitutivos: I - as diretrizes ou linhas de ação, os objetivos, ações estratégicas e as metas; II - as ações e metas a serem alcançadas devem ser definidas para o período de um ano, inclusive devem estar coerentes com as prioridades indicadas no TCG, para os municípios que já aderiram ao Pacto pela Saúde; III - os recursos orçamentários previstos articulados a Programação Orçamentária Anual – POA. Art. 8º. Determinar que o Plano Municipal de Saúde tenha a seguinte estrutura: I - introdução sucinta, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente e registro de compromissos técnico-político necessários, entre os quais o TCG, quando couber; II – capítulo especificando consolidado da análise de situação, correlacionando-a a oficina de levantamento e priorização de problemas de estado e sistema de saúde e as demandas da Conferência Municipal de Saúde; III – capítulo especificando diretrizes ou linhas de ação, compromissos, objetivos, ações e metas para o período de quatro anos com os responsáveis para sua execução; IV – capítulo especificando através de quadro sintético de recursos orçamentários previstos conforme PPA; V – capítulo especificando como se dará o processo de monitoramento e avaliação dos OS; VI – Ata aprovando o PS pelo Conselho Municipal de Saúde. Art. 9º. Determinar que a Programação Anual de Saúde – PAS tenha a seguinte estrutura: I - introdução sucinta com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente; II – capítulo especificando compromissos, objetivos, ações e metas para o ano com os responsáveis para sua execução; III – capítulo especificando através de quadro sintético de recursos orçamentários previstos conforme POA; IV – capítulo especificando como se dará o processo de monitoramento e avaliação da PAS. V – Ata aprovando a PAS pelo Conselho Municipal de Saúde. Art. 10. Estabelecer o seguinte fluxo para os PS e PAS: I - os municípios encaminharão à Diretoria Regional de Saúde – DIRES, para análise até o dia 31 de maio do segundo ano de gestão, o PS e a PAS em versão impressa e em mídia digital com cópia da Resolução e Ata do respectivo Conselho de Saúde (CS) que aprovam estes documentos e a partir dos anos subsequentes, encaminharão as PAS até 30 de março, após aprovação do CMS. II - os municípios deverão encaminhar à DIRES, para conhecimento, quando o processo de apreciação e aprovação do PS e PAS pelo CS ultrapassar o referido prazo, ata da reunião do Conselho que formalize esta situação; III – as DIRES deverão digitar no Sistema da CIB os municípios que encaminharam PS e PAS até o dia 05 de junho e encaminhar até o dia 15 de junho de cada ano, a Secretaria Executiva da CIB, oficialmente, versão em mídia digital do PS e PAS com cópia da Resolução e Ata do CMS que aprovam o PS e PAS dos municípios que acompanham; III - o Estado, após apreciação e aprovação do PS e PAS no Conselho Estadual de Saúde (CES), encaminhar à CIB para que esta encaminhe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até o dia 31 de maio de cada ano, a Resolução e Ata que aprova o PS e PAS; IV – a CIB consolidará as Resoluções relativas aos PS e PAS municipais, em formulário específico, conforme modelo constante do Anexo, encaminhando-o à CIT até o dia 30 de junho de cada ano; V – a CIB deverá atualizar mensalmente e encaminhar à CIT as informações sobre os municípios que aprovarem o seu PS e PAS nos respectivos CS; e VI - a CIB deverá consolidar as informações recebidas e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Ministério da Saúde (MS). Art. 11. Estabelecer que o Estado e os municípios mantenham os seus PS e PAS para consulta dos órgãos de controle e auditoria pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. Parágrafo único. O PS e PAS devem estar disponíveis, sempre que necessário, para o desenvolvimento dos processos de controle, monitoramento, avaliação e auditoria. Art. 12. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.” Após a apresentação da minuta de resolução, considerou que do ponto de vista da estrutura isso foi de certa forma validado na consulta pública e ressaltou que o que de fato caberia e está sendo posto para apreciação é justamente verificar em que medida esses fluxos podem ser paduados, primeiro: “Art. 10. Estabelecer o seguinte fluxo para os PS e PAS: I - os municípios encaminharão à Diretoria Regional de Saúde – DIRES, para análise até o dia 31 de maio do segundo ano de gestão, o PS e a PAS em versão impressa e em mídia digital com cópia da Resolução e Ata do respectivo Conselho de Saúde (CS) que aprovam estes documentos e a partir dos anos subsequentes, encaminharão as PAS até 30 de março após aprovação do CMS. II - os municípios deverão encaminhar à DIRES, para conhecimento, quando o processo de apreciação e aprovação do PS e PAS pelo CS ultrapassar o referido prazo, ata da reunião do Conselho que formalize esta situação; III – as DIRES deverão digitar no Sistema da CIB os municípios que encaminharam PS e PAS até o dia 05 de junho e encaminhar até o dia 15 de junho de cada ano, a Secretaria Executiva da CIB, oficialmente, versão em mídia digital do PS e PAS com cópia da Resolução e Ata do CMS que aprovam o PS e PAS dos municípios que acompanham; III - o Estado, após apreciação e aprovação do PS e PAS no Conselho Estadual de Saúde (CES), encaminhar à CIB para que esta encaminhe a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até o dia 31 de maio de cada ano, a Resolução e Ata que aprova o PS e PAS; IV – a CIB consolidará as Resoluções relativas aos PS e PAS municipais, em formulário específico, conforme modelo constante do Anexo encaminhando-o à CIT até o dia 30 de junho de cada ano; V – a CIB deverá atualizar mensalmente e encaminhar à CIT as informações sobre os municípios que aprovarem o seu PS e PAS nos respectivos CS; e VI - a CIB deverá consolidar as informações recebidas e enviá-las às áreas de controle, avaliação, monitoramento e auditoria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e Ministério da Saúde (MS). Art. 11. Estabelecer que o Estado e os municípios mantenham os seus PS e PAS para consulta dos órgãos de controle e auditoria pelo prazo estabelecido na legislação em vigor. Parágrafo único. O PS e PAS devem estar disponíveis sempre que necessário para o desenvolvimento dos processos de controle, monitoramento, avaliação e auditoria.” Dra. Suzana Ribeiro comentou que sentiu falta no fluxo, na questão da estruturação que inclusive estava na consulta pública, como já tinha sido discutido anteriormente com Dr. Washington, da interface do Plano Municipal de Saúde, da construção do instrumento de gestão com o Pacto de Gestão. Chamou atenção de que os municípios que já aderiram ao Pacto precisam ser alertados para estar trabalhando com seus Termos de Compromisso de Gestão incluindo dentro do Plano Municipal porque ali tem prazos que eles estão trabalhando e que vão incluir durante o período maior da gestão; este é um dos pontos inclusive da oficina de planejamento que aconteceu em Brasília com o CONASS e CONASEMS que inclusive foram publicados agora as orientações e as notas técnicas no sentido de agregar no Pacto de Gestão os TCGM à estruturação do planejamento em saúde, tanto a questão do PMS quanto os próprios Planos de Ações. Observou que isso não está relatado na minuta apresentada e sugeriu determinar como conteúdo no “Art. 6º. Determinar como conteúdo dos PS os seguintes elementos constitutivos: I – as diretrizes ou linhas de ação, os objetivos, ações estratégicas e as metas ou resultados; II - as ações e metas a serem alcançadas devem

221 ser definidas para o período de quatro anos, inclusive devem estar coerentes com as prioridades indicadas no TCG, para os  
 222 municípios que já aderiram ao Pacto pela Saúde”, pois em sua opinião falta dar mais peso ao Pacto dentro dessa estrutura,  
 223 não só como uma recomendação, precisa estar explícito na resolução que o Pacto pela Saúde, o TCGM, assim como as  
 224 metas, os indicadores, o Pacto pela Vida, são elementos estruturantes do PMS, é mais do que uma recomendação, é a  
 225 determinação de que tanto o Pacto pela Vida que envolve os indicadores de saúde do idoso, da criança, da mulher, enfim,  
 226 aquele elenco todo que já temos e mais o TCGM são elementos estruturantes do PMS. Sugeriu que poderia ser também  
 227 colocado como um artigo específico onde se possa detalhar a determinação dessa utilização. Dr. Washington Abreu propôs  
 228 que no Art. 2º. Que trata da definição dos instrumentos, depois do § 1º. “A formulação de qualquer um desses instrumentos  
 229 básicos referidos no caput deve considerar o conceito e a finalidade de cada um dos instrumentos que, no seu conjunto,  
 230 concretiza e alimenta o referido processo permanente de planejamento”, poderíamos rever o parágrafo dando destaque à  
 231 questão do Pacto e do TCG como estruturantes do PMS. Dra. Suzana Ribeiro concordou e considerou que este se prende só  
 232 ao TCGM e é preciso lembrar que temos o próprio não só no quadro de metas ou na agenda que vamos construir por dentro do  
 233 PMS, portanto, tem que ter uma interface com o Pacto pela Vida. **Após as considerações, ficou pactuado com as**  
 234 **alterações propostas.** Dr. Washington Abreu seguiu com o próximo ponto de pauta: 1.2 Portaria 2.344 de 06 de outubro de  
 235 2009, referente às condições de transferência de recursos para a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e  
 236 Participativa do SUS em 2009. Chamou atenção para o Art. 7º em que a programação orçamentária tem que estar articulada  
 237 com a programação anual de saúde. Dra. Suzana Ribeiro questionou se em relação ao fluxo teria alguma observação a ser  
 238 feita pelos secretários. Dra. Marta Rejane Montenegro manifestou uma dúvida porque os Planos de Saúde são aprovados na  
 239 vigência do primeiro ano da gestão para vigorar do segundo até o primeiro da outra gestão, e questionou se o prazo de junho  
 240 do próximo ano é porque estamos atrasados nessa pactuação aqui na CIB que estendeu até junho de 2010 para aprovar de  
 241 2010 a 2013. Dr. Washington Abreu esclareceu que foi isso mesmo e quem já fez pode encaminhar normalmente. Em seguida,  
 242 apresentou a Portaria Nº 2344 de 06 de outubro de 2009: “1. Objetivo Regular as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de  
 243 Saúde – ParticipaSUS em 2009, e dá outras providências. 2. Artigo 1º - § 4º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal  
 244 deverão assumir o compromisso de implementar a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de  
 245 Saúde - ParticipaSUS com as respectivas ações especificadas contidas no art. 2º desta portaria. 3. Art. 2º Estabelecer que as  
 246 seguintes ações sejam desenvolvidas de forma articulada com os recursos do incentivo referido no artigo 1º e vinculadas aos  
 247 componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS: I - Auditoria do SUS; II - Monitoramento e  
 248 Avaliação da Gestão do SUS; III - Ouvidoria do SUS; e IV - Gestão Participativa e o Controle Social no SUS. 4. Art. 3º Para a  
 249 transferência dos recursos aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal caberá a cada ente federado: I – inserir as ações  
 250 que serão desenvolvidas, conforme o artigo 2º, no respectivo Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde; II -  
 251 apresentar os resultados alcançados com as ações desenvolvidas no Relatório Anual de Gestão; e III - enviar cronograma de  
 252 adesão ao Pacto pela Saúde, quando couber. 5. Artigo 3º Parágrafo único: Após aprovação do Plano de Saúde no respectivo  
 253 Conselho de Saúde, a respectiva Comissão Intergestores Bipartite enviará a SGE/MS, o consolidado do estado com as  
 254 informações de inserção das ações no Plano de Saúde e o cronograma de adesão ao Pacto pela Saúde, se couber. 6.  
 255 Proposição da Portaria: Incentivo financeiro das ações que conformam a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa  
 256 para os Municípios, Estados e o Distrito Federal. Unidade Federada: Bahia  
 257

FUNDOS DE SAÚDE	TOTAL
FES-BA	340.000,00
FMS-SSA	200.000,00
Pref. Municipal de Conquista	130.000,00
FMS – FEIRA DE SANTANA	150.000,00
Pref. Municipal Mata de São João	50.000,00
Pref. Municipal Santo Antônio de Jesus	50.000,00
Pref. Municipal Lauro de Freitas	100.000,00
Pref. Municipal Juazeiro	100.000,00
Pref. Municipal Teixeira de Freitas	100.000,00
FMS – Itabuna	100.000,00
FMS – Barreiras	100.000,00
Pref. Municipal Alagoinhas	100.000,00
Pref. Municipal Paulo Afonso	100.000,00

258 7. Proposta para Pactuação: 7.1 Análise do PES 2008-2011 - Caso todas as ações da Portaria estejam contempladas no PES  
 259 E PAS: Aprovar em CIB e encaminhar para a SGE. Tanto no PES como na PAS estas ações estão contempladas, vale  
 260 ressaltar que a Programação Anual de Saúde visa desenvolver as seguintes ações: Apoio à Auditoria Municipal através de  
 261 cursos de qualificação; Qualificação do Controle Social; Apoio ao processo de monitoramento e avaliação do Estado e dos  
 262 municípios; Desenvolvimento do MOBILIZASUS. 7.2 Análise dos PMS 2006-2009 dos municípios contemplados: Observar se  
 263 os municípios contemplaram no PMS 2006-2009 através de diretrizes, objetivos ou ações os componentes da Política de  
 264 Gestão Estratégica e Participativa do SUS: Auditoria do SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; Ouvidoria do  
 265 SUS; e Gestão Participativa e o Controle Social no SUS. Aprovar em CIB e encaminhar para a SGE.” A Secretária Municipal  
 266 de Saúde de Ilhéus, Marleide Figueiredo, questionou quais foram os critérios utilizados para definir os municípios e porque  
 267 Ilhéus não está incluído, visto que desde o Plano anterior já atendia aos pré-requisitos, o Plano atual também contempla,  
 268 inclusive alguns serviços já estão todos implantados como Ouvidoria com 0800. A Secretária Municipal de Saúde de Jequié e

269 Membro da CIB, Dra. Stela Souza reiterou o questionamento da Secretária de Ilhéus. O Senhor Coordenador respondeu que  
270 não passou por nenhuma discussão anterior na CIB nem na ASPLAN e que teve conhecimento da Portaria assim como todos,  
271 somente ao ser publicada. Dr. Washington Abreu confirmou a irformação e colocou ter ido pessoalmente ao MS, mas não foi  
272 dada nenhuma explicação sobre os critérios a priori, foi dito apenas que tinha sido feito um levantamento de políticas de  
273 projetos que estavam em curso e já tinham financiamento numa modalidade anterior que é a por convênio, e aí se optou por  
274 trabalhar nessa perspectiva com os municípios que já tinham sido contemplados com convênios nos exercícios anteriores. Daí  
275 a necessidade de fazermos uma reunião que está agendada para o dia 1º de dezembro em paralelo ao Encontro Baiano de  
276 Gestão do SUS 2009, onde poderemos discutir com o MS em que medida esses critérios podem ser melhor redefinidos para os  
277 próximos exercícios. Dra. Stela Souza sugeriu que esse questionamento da CIB fosse oficializado ao MS. O Senhor  
278 Coordenador concordou e solicitou a Dr. Washington Abreu que fosse providenciado um documento não em nome da SESAB,  
279 mas em nome da própria CIB solicitando apresentação por parte do MS dos critérios utilizados para esta Portaria. Dra. Suzana  
280 Ribeiro questionou se já foi feito o levantamento em relação a 2006-2009 dos municípios que atendem aos critérios colocados,  
281 porque seria muito importante para essa discussão, pois o ideal é questionar o MS e fazer uma proposta já tendo identificado,  
282 feito um levantamento dos municípios que desenvolveram ações específicas nessas áreas do Participa SUS que envolvem  
283 auditoria, conselho, ouvidoria, organização do controle e avaliação, tudo aquilo que está previsto nesse bloco da Portaria. É  
284 melhor fazer um estudo não só dos municípios elencados pelo MS, mas um estudo mais profundo que envolva a os pólos de  
285 microrregião, municípios de referência, até os anteriores que estavam definidos pela NOAS antes do pacto ter sido validado  
286 aqui na Bahia, para que possamos apresentar uma proposta mais concreta, pois o MS pode apenas responder da mesma  
287 forma anterior, por isso devíamos ir mais além com uma proposta de ampliação mesmo que eles não tenham orçamento para  
288 agora; se tiver já garantir e se não tiver nós definimos com a CIB como é que vai se dar essa distribuição de recursos, fica mais  
289 democrático assim. Dr. José Carlos Brito chamou atenção de que este recurso é para 2009 e como já estamos no final do ano,  
290 não sabe como será feito para prorrogar essa discussão. O Senhor Coordenador esclareceu que é 2009 no orçamento do MS,  
291 ele passando este ano não tem problema. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus, Marleide Figueiredo, considerou  
292 importante a sugestão de Dra. Suzana até para que o Estado possa acompanhar quem já implementa as ações. Dr. José  
293 Raimundo Mota informou em relação à Auditoria que é um dos componentes, que este ano houve reunião com todos os  
294 municípios que tinham auditoria e com o recurso existente foram traçadas algumas metas com os componentes municipais de  
295 auditoria. Foram realizadas várias reuniões de capacitação com todos os auditores municipais e nos dia 19 a 21 acontecerá o  
296 1º Encontro Estadual de Auditoria do SUS, que reunirá os componentes federal, estadual e municipais. Ressaltou que esse  
297 recurso que estamos gastando da Portaria foi todo combinado com os sistemas municipais de auditoria sobre como seria  
298 aplicado este ano. Inicialmente numa reunião que tivemos aqui com o gabinete e com o Diretor de Auditoria do DENASUS, foi  
299 sugerido que o componente federal fizesse a descentralização desse recurso para que não ficasse só para o Estado e ele  
300 informou que isso já estava acontecendo, mas não deu também nenhuma explicação de como seria, parece que está  
301 relacionado à implantação do SISAUDI que é o Sistema de Auditoria que está incentivando os municípios que estão  
302 implantando nos seus componentes municipais o sistema de auditoria do SUS. Dr. Washington Abreu informou que  
303 preocupado com essa questão, promoveu um encontro rápido com o pessoal da Diretoria de Gestão do trabalho e Educação  
304 Permanente que manifestou preocupação com relação a como operacionalizar já que a Portaria define os municípios e como o  
305 recurso vai ser distribuído. O Sr. Tiago Parada da DGRP colocou que o encaminhamento que estava sendo dado no momento  
306 parecia mais interessante do que o discutido anteriormente, porque a CIB está propondo um questionamento ao MS a respeito  
307 dos critérios e solicitando que a CIB defina como vão ser distribuídos os recursos. A preocupação era que em sendo definido  
308 que serão estes municípios e que no Estado não se discuta quais serão as prioridades, porque temos toda uma política de  
309 regionalização e toda uma política de gestão participativa sendo implementada, se não conseguíssemos fazer isso a proposta  
310 era discutir que pelo menos nos planos de ação dos municípios que foram contemplados, sabendo que a maioria coincide com  
311 os pólos de microrregião, que nesses planos tivesse algumas ações que abrangesse os municípios da microrregião porque  
312 temos vários municípios que historicamente não recebem recurso e estamos tentando dar contra com outras políticas, mas  
313 ainda não alcançamos; esta seria uma estratégia, mas considerou o encaminhamento que está sendo dado mais interessante.  
314 Dra. Suzana Ribeiro colocou que é preciso ter clareza de qual é a proposta dessa Portaria, como podemos envolver outros  
315 municípios com o valor desse e que tipo de ação, e considerou que no monitoramento e avaliação da gestão todos os pontos,  
316 tudo se trata de autonomia do ente federado, então por mais que possamos fazer, não podemos intervir na autonomia do outro  
317 gestor, assim, o MS tem que ter mais clareza porque a forma de definir a alocação tem que passar pela CIB; o COSEMS  
318 juntamente com suas representações regionais e com as microrregiões vai analisar e fazer uma proposta concreta que  
319 contemple a maioria. Próximo ponto de pauta: 4. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB: 4.1 Projeto de  
320 Construção de USF para o Estado conforme Portaria nº 2226/09 do MS – Apresentação Ricardo Heinzemann, Diretor da  
321 Atenção Básica “Plano Nacional de Construções de USF (Portaria MS nº 2226/2009) Projeto Estadual. 1. Portaria MS Nº 2226,  
322 de 18 de setembro de 2009: Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação  
323 de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. O plano está dividido em 3 componentes: Componente I  
324 – Municípios com menos de 50 mil habitantes; Componente II – Municípios entre 50 a 100 mil habitantes; Componente III –  
325 Municípios com mais de 100 mil habitantes. 2. Municípios do Componente I: - critérios de habilitação ao recebimento dos  
326 recursos previstos no Plano 2009/2010: I - município deve contar com população de até 50.000 habitantes; II - município deve  
327 contar com cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 70%. § 1º A UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada  
328 pelo município para instalar ESF já existente ou para nova ESF a ser implantada. § 2º No componente I, somente serão  
329 financiadas UBS de Porte I, § 3º Nesta fase inicial de implantação do Plano Nacional, cada município poderá pleitear apenas 1  
330 (uma) UBS. 3. Municípios do Componente II - critérios de habilitação ao recebimento dos recursos previstos no Plano  
331 2009/2010: I - o município deve contar com população de 50.000 a 100.000 habitantes; e II - o município deve contar com  
332 cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50%. § 1º A UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada pelo  
333 município para instalar ESF já existente ou para nova ESF a ser implantada. § 2º No componente II, poderão ser financiadas  
334 UBS de Porte I ou II, § 3º Nesta fase inicial de implantação do Plano Nacional, cada município poderá pleitear apenas 1 (uma)  
335 UBS. 4. Municípios do Componente III - critérios de habilitação ao recebimento dos recursos previstos no Plano 2009/2010: I -



336 município dev e contar com população maior que 100.000 habitantes; e II - quanto a cobertura de Saúde da Família: a) se igual  
337 ou superior a 50%, a UBS a ser financiada/construída poderá ser utilizada pelo Município para instalar ESF já existente ou para  
338 nova ESF a ser implantada; b) Se menor que 50% a UBS a ser financiada/construída somente poderá ser utilizada pelo  
339 município para instalar nova ESF a ser implantada. § 1º No Componente III, poderão ser financiados UBS de Porte I ou II. § 2º  
340 O ministério da Saúde poderá autorizar o financiamento para construção de UBS com área física maior que a estabelecida  
341 para a UBS de Porte II, devendo o município, neste caso: a) justificar a necessidade da construção de unidade maior do que a  
342 prevista; b) informar a área física que pretende construir (área em m<sup>2</sup> e ambientes previstos) devendo manter a  
343 proporcionalidade área física/ambientes previstos para a UBS de Porte II; e c) assumir compromisso de instalar nesta UBS,  
344 quantitativo de ESF proporcional à área a ser construída, de acordo com os parâmetros de equipe x área estabelecidos para a  
345 UBS de Porte II. 5. Para pactuação: a) Para o Componente 1: - Ordem de prioridade dos municípios - por ordem decrescente  
346 de população. Excluindo-se aqueles já contemplados pelo Saúde Bahia e recentes convênios com a SESAB. - Assinatura de  
347 Termos de Compromissos para equipar a USF. - O MS estima contemplar 40 USF, mas pode ampliar este número. b) Para o  
348 Componente 2: - Todos os municípios elegíveis terão uma USF. - Critério de o gestor escolher USF para 1 ou 3 equipes. -  
349 Assinatura de Termos de Compromissos para equipar a USF. c) Para o Componente 3: - Todos os municípios elegíveis terão  
350 uma USF. - Critério de o gestor escolher USF para 1 ou 3 equipes. - Para os municípios com menos de 50% de cobertura -  
351 necessidade de implantar nova ESF. - Assinatura de Termos de Compromissos para Nova ESF e para equipar a USF.” Após a  
352 apresentação, informou que ao apresentar pela manhã na reunião do COSEMS, não houve nenhuma objeção aos  
353 Componentes 2 e 3, apenas em relação ao Componente 1 que despertou uma discussão sobre o critério da ordem  
354 decrescente onde o COSEMS argumentou que diversos municípios com a população abaixo de vinte mil habitantes não seriam  
355 contemplados e que seria interessante pensar numa outra lógica de critérios. Algumas sugestões ficaram de ser verificadas no  
356 sentido de que ao invés de estabelecer uma lista com prioridades se mapeasse algumas questões, primeiro os próprios  
357 municípios que já apresentaram projetos, essa informação teremos que buscar junto ao MS, excluir também os municípios que  
358 não entregaram o Relatório de Gestão de 2008, incluir um item para utilizar na definição de prioridades que seria a receita per  
359 capita, caracterizando que diversos desses municípios tinham receitas elevadas, e uma dúvida que ficou para ser analisada foi  
360 verificar a possibilidade de incluir aqueles que foram contemplados com o Saúde Bahia nessa gestão e também os  
361 convênios destes três anos. Como foram várias as questões apresentadas pelo COSEMS e considerando que ainda seria  
362 preciso aprimorar essa lista, detalhando cada situação desses municípios para ver se realmente atendem aos critérios, foi  
363 pensado como consenso não aprovar a princípio essa lista hoje e reunir mais uma vez com GT, DAB e COSEMS para de  
364 posse das possibilidades e considerando os critérios apresentados pelo COSEMS, possamos entrar num consenso e publicar  
365 se necessário uma resolução ad referendum para não precisar esperar a reunião de dezembro. O Senhor Coordenador  
366 considerou que não cabe manter na relação os municípios do Saúde Bahia que o Projeto montou a rede inteira, tem municípios  
367 até que fez mais unidades do que tinha capacidade operacional, então não faz o menor sentido qualquer município que foi alvo  
368 da construção de Unidade Básica no Saúde Bahia ser contemplado. Com relação a estender os convênios para os últimos três  
369 anos, ponderou que seria melhor estender para os últimos quatro anos, porque no final de 2006 fizeram duzentos convênios  
370 que na verdade foram assumidos e pagos pela atual gestão, só que a maioria absoluta desse total de convênios,  
371 especialmente os que foram firmados em 2007, foi aberta no geral e todos os municípios que apresentaram projetos e estavam  
372 com a documentação em dia tiveram seus convênios aprovados, uma média de noventa e sete municípios, mas foi uma  
373 unidade para cada um, então não deveria restringir em função dos convênios feitos pela SESAB, e mesmo quem teve um  
374 convênio para construir uma unidade pode ter a necessidade de construir uma outra portanto não concorda em fazer uma  
375 restrição dessa ordem. Enfatizou que qualquer critério que venha a ser utilizado obviamente vai ficar gente de fora, mas a  
376 notícia boa é que teve na semana passada uma reunião com o MS que está se propondo ajuntar o orçamento deste ano com  
377 o do ano que vem e com isso ampliar o número de municípios contemplados, ele pegaria uma parcela do orçamento desse  
378 ano, vamos supor que fossem essas quarenta unidades, agregaria com o orçamento de 2010 e ampliaria. Concordeu com a  
379 preocupação do COSEMS de que tem municípios que se articulariam fazendo projeto enquanto outros nem sequer se  
380 mobilizaram, e sugeriu formatar uma lista onde não amarrasse, mas também não adiasse muito essa decisão porque  
381 precisamos com urgência encaminhar uma resolução para o MS, onde dentro do conjunto de municípios excluindo os do  
382 Saúde Bahia e deixando os demais, definindo uma ordem contemplando a questão da receita per capita e uma composição  
383 entre população diretamente proporcional à população e inversamente proporcional à receita per capita, fazer uma lista e uma  
384 resolução que aponte ao MS que os municípios já estão previamente aprovados pela CIB. Sabemos que nem todos vão  
385 apresentar os projetos e a documentação corretamente, então entre os que apresentarem, o MS faria a priorização, com isso  
386 imaginamos que podemos chegar quase a uma lista mais ou menos na dimensão que o MS viria a aprovar. Dra. Suzana  
387 Ribeiro colocou que dá para ir incorporando mais a proposta, agregando algumas coisas que foram discutidas pela manhã, mas  
388 manifestou preocupação, pois quando se apresenta uma proposta de prioridade por população de forma decrescente, isso  
389 exclui muitos deles; na última reunião do CGMR, por exemplo, muitos municípios que apresentaram o projeto, já tinham  
390 iniciado o processo de cadastramento diretamente no sistema e infelizmente não estão entre os quarenta, já aqueles que não  
391 tinham se manifestado no CGMR estavam. Daí a proposta de fazer um levantamento solicitando ao MS, já que não temos  
392 acesso ao sistema, até porque o MS sinalizou que tem mais de mil e novecentos municípios com cadastros incompletos,  
393 portanto vale à pena buscar aqueles que são da Bahia pra garantirmos dentro dos “critérios” que iremos construir, porque tem  
394 muita gente que se esforçou, mobilizou seu CMS, levou para o CGMR, conseguiu aprovação e acabou ficando de fora. Quanto  
395 mais pudermos garantir para estes melhor, inclusive tem alguns critérios que tratam da questão da cobertura populacional do  
396 PSF, a grande maioria dos municípios com menos de cinquenta mil habitantes possui o percentual de cobertura muito alto,  
397 então tem situações que tem apontamentos da própria auditoria no sentido de adequar a instalação física que está  
398 inadequada, e como os municípios não têm condições esta é uma oportunidade ímpar de conseguir captar recurso e garantir a  
399 efetivação da recomendação dada pela auditoria, então o que pudermos agregar no sentido de fazer com que percamos  
400 menos porque muitas vezes o município não consegue avançar, não cadastra no sistema não tem documentação, às vezes  
401 falta até o documento do imóvel ou do terreno aonde vai ser construído e isso trava tudo, aí perdemos a capacidade de  
402 potencializar aqueles municípios que já estão com seus processos mais avançados. O Secretário Municipal de Saúde de

403 Presidente Jânio Quadros, Gerald, considerou importantes as falas anteriores, mas observou que municípios como o seu que  
404 tem uma cobertura alta e o Saúde Bahia, tiveram critérios citados hoje de um modo não apropriado. Relatou que tem em seu  
405 município duas equipes, uma do Saúde Bahia e outra alugada, onde cada uma tem acima de mil e quinhentas famílias e será  
406 inaugurada mais uma com recursos próprios, mas uma prefeitura que recebe oitocentos mil reais por mês não consegue  
407 construir mais uma equipe de cento e dez mil reais como a que vai ser inaugurada agora. Informou também possuir pelo  
408 menos mais duas equipes com teto e considerou ruim esse critério do Saúde Bahia e sugeriu mesmo que seja aprovado, ao  
409 contrário do que foi discutido pela manhã, que em havendo vaga salvo os municípios que estariam dentro, mas que não  
410 conseguissem a documentação, que entrassem os municípios mesmo tendo tido acesso ao recurso do Saúde Bahia. O Senhor  
411 Coordenador questionou se o município de Presidente Jânio Quadros não tinha feito a construção de todas as unidades pelo  
412 Saúde Bahia e o Sr. Gerald respondeu que sim, só que o município tem uma extensão territorial muito grande e foram  
413 construídas quatro unidades para três equipes, tem duas unidades que é uma equipe só em povoados diferentes, então tem  
414 uma vasta população ao redor da cidade que o acesso é mais fácil à sede e acaba usando as duas unidades, sendo que uma  
415 é Saúde Bahia e a outra não e foram entregues na gestão anterior, são muitas famílias assistidas porém de uma forma não  
416 condizente com o programa, portanto na época houve um erro nessa alocação da construção das unidades. Dr. Washington  
417 Couto ponderou que temos um problema de que o recurso realmente é pouco e apenas para uma unidade, e enquanto o  
418 Secretário Gerald construiu três para quatro tem município que não construiu nenhuma, não teve direito a nenhuma, nem no  
419 Saúde Bahia e até agora não conseguiu ser contemplado. E como o Senhor Coordenador colocou, o dinheiro é pouco para  
420 muitos e gostaríamos que fosse uma unidade para cada um dos quatrocentos e dezessete municípios, mas não é e temos que  
421 ter um critério e o do Saúde Bahia vai de certa forma buscar uma determinada justiça equiparando aos demais que não tiveram  
422 essa capacidade. Avaliou também que a ideia da receita per capita pode ser interessante para aqueles que têm, como aqueles  
423 que tiveram a possibilidade de ter construção de unidade financiada, para aqueles também que tem mais recurso e em  
424 detrimento daqueles que tem poucos recursos. O critério do Relatório de Gestão também pode ser utilizado, pois se estamos  
425 buscando que a gestão tome atitudes quanto à seriedade, apesar de sabermos que boa parte desses relatórios tem problemas  
426 que não são dos atuais gestores, mas estes têm que buscar resolvê-los. Lembrou ainda que será encaminhada uma lista  
427 aberta com mais de duzentos nomes e quem estiver à frente é claro que vai sair primeiro e conseguirá captar os recursos, o  
428 que não podemos fazer é uma lista fechada de uma quarta, os municípios estarão listados em ordem, mas se por exemplo o  
429 último conseguir resolver toda a documentação e tem condição de receber, não podemos impedir devido à capacidade do  
430 gestor de avançar no processo e é justo que este seja contemplado. Afirmou ainda ser favorável aos filtros do Relatório de  
431 Gestão, Saúde Bahia e receita per capita. A Secretária Municipal de Saúde, Marta Rejane Montenegro, pediu a palavra para  
432 destacar algumas questões que foram acordadas na reunião do COSEMS, mas que não ficaram muito claras na fala do Diretor  
433 da DAB. A sugestão de Dra. Kátia Nunes, além da questão do Relatório de Gestão que já é consenso, foi que aqueles com  
434 maior receita per capita deveriam não ser priorizados e complementou adequando a isso a questão dos municípios com menos  
435 de vinte mil habitantes que são os excluídos de todas as políticas de financiamento de modo global pelo MS, seja para  
436 investimento ou custeio. Complementou a fala do Senhor Coordenador quando sugeriu excluir os municípios que tiveram  
437 convênio, ressaltando que todos têm necessidade de construção de unidades de saúde da família porque todo mundo tem  
438 unidades que foram adaptadas ou estão funcionando em casas alugadas, então vale à pena sim excluir aqueles que tiveram o  
439 convênio de construção de USF nesta gestão, mas colocaria os que foram repassados na gestão já que tem projetos que  
440 foram assinados na gestão passada, mas foram repassados na atual, porque se são poucos e disseram inicialmente quarenta  
441 e agora estão dizendo que pode estender para mais quarta, dentro do critério dos duzentos e oito, só de menos de vinte mil  
442 habitantes tem cento e cinquenta municípios que se enquadram nos critérios da Portaria com mais a exclusão então essa  
443 questão de ser por ordem decrescente vai tirar todos os municípios com menos de trinta e cinco mil habitantes da lista, e em  
444 sua opinião deveria realmente tirar os do Saúde Bahia, mas os menores, porque existem os excluídos em todas as políticas e  
445 está na hora desta CIB gerar um pouco de equidade no investimento e na manutenção desses municípios com menos de vinte  
446 mil habitantes. Dra. Stela Souza concordou com a colocação da Dra. Marta Rejane, mas se manifestou a favor da exclusão dos  
447 municípios do Saúde Bahia mesmo considerando os gestores que já lançaram no sistema e quanto à questão do acesso à  
448 informação lembrou que mais de 80% dos municípios não possuem ou esta demora a chegar e sempre ficam prejudicados, o  
449 gestor termina sendo responsável por tudo diferentemente de municípios maiores que possuem profissionais para fazer  
450 determinadas ações, lembrando mais uma vez dos municípios com menos de vinte mil habitantes que não tem realmente  
451 condição e vem a possibilidade de contemplar estes municípios, claro que em contrapartida é preciso ver se tem condição e  
452 capacidade instalada para receber e poder estar complementando. Colocou ainda que não concorda em dar prioridade ao fato  
453 do município já ter acessado ao sistema. O Secretário Municipal de Saúde de Mirante, Wagner Lima, colocou que está incluso  
454 na relação que solicitou aprovação de projetos para aquisição de equipamentos da atenção básica e informou que o município  
455 hoje tem quatro PSF e apenas três foram contempladas e existe uma unidade sem equipamentos de qualidade para que possa  
456 dar continuidade ao trabalho e solicitou a compreensão dos colegas porque o município de Mirante hoje está vivendo um  
457 momento muito delicado onde no último senso perdeu praticamente a metade da população que de dezessete mil e oitocentos  
458 caiu para oito mil e novecentos, por conta disso soma-se um total de quase quatrocentos mil reais por mês de prejuízo. O  
459 Secretário Municipal de Saúde de Conde, Wilson Martins, colocou que o critério do MS foi de cinquenta mil habitantes e  
460 gostaria que a CIB não desrespeitasse isso e fizesse os outros como foi discutido aqui, Saúde Bahia, a questão da renda per  
461 capita, e questionou qual a diferença entre os municípios que tem vinte e dois mil, vinte e cinco mil e um que tem vinte, pois de  
462 cinquenta pra baixo a proximidade é muito grande. Afirmou não ser contra que os municípios que tiveram Saúde Bahia possam  
463 ser contemplados abaixo dos cinquenta mil habitantes, mas depois que dos quarenta e lembrou que teve até município que  
464 teve oito unidades construídas pelo Saúde Bahia; o município de Conde já foi contemplado com uma unidade, mas não pelo  
465 Saúde Bahia e se alguém recebeu duas, o Conde pleiteia mais uma, mas se tem alguém que não recebeu nenhuma, concorda  
466 que receba primeiro, o que não acha correto é que um município que já tenha recebido quatro receba mais uma e o Conde não  
467 tenha direito à uma segunda unidade. Ponderou ainda que não podemos abrir mão da avaliação da cobertura senão estaremos  
468 o tempo todo premiando quem não quer fazer as coisas; Conde tem oito PSF é uma cidade pobre e tem pelo menos seis  
469 unidades totalmente adequadas, é um município com receita baixa mas que com sacrifício na gestão passada e nessa agora

470 conseguiu reformar quase todas as unidades e tem só uma alugada, tem também a questão dos equipamentos que alguns  
471 foram contemplados e o Conde teve que comprar os seus próprios. A Secretária Municipal de Saúde de Cordeiros, Helena  
472 Amaral colocou que acha uma injustiça a questão da ordem decrescente, pois sonhou com essa possibilidade, levou seu  
473 projeto para o CGMR e ao ficar sabendo do critério ficou desapontada. Informou ainda que está implantando em Cordeiros uma  
474 nova equipe para fechar 100% e adequando uma sede de associação, porque não há no local que é uma zona rural uma casa  
475 adequada para instalar a equipe, o terreno foi doado por um morador da comunidade porém não existe recurso para construir  
476 essa unidade. Considerou que deve ser aliada a condição dos municípios, pois realmente os mais pobres sempre são os  
477 mais sofridos e sempre estão de fora dos projetos e solicitou que os pequenos municípios possam ter vez nesse projeto. Após  
478 as colocações o Senhor Coordenador propôs uma síntese. Alguns acham que deve começar a lista de prioridade pelos de  
479 maior população para o menor para que possa abranger mais pessoas, outros acham o oposto, que devem começar dos  
480 menores para os maiores uma vez que os menores são mais prejudicados; uns acham que deve cortar em vinte mil habitantes  
481 para baixo que estão excluídos, outros acham que deve manter, resumindo, não tem consenso possível assim. Solicitou o bom  
482 senso de todos para que pudessemos chegar a alguns consensos. Quanto aos municípios acima de cinquenta mil habitantes já  
483 está resolvido é uma praçada, o problema é no grupo dos menores que cinquenta mil que tem mais municípios e mesmo que o  
484 MS autorize oitenta ou cem, ainda assim uma parte vai ficar de fora, pois, são duzentos e quatorze. Mesmo compreendendo as  
485 reivindicações dos colegas de Presidente Jânio Quadros, Mirante e Cordeiros, mas na dividida entre quem tem e três unidades  
486 construídas de quatro e quem só teve uma ou não teve nenhuma, essa seria a primeira discussão que poderíamos fazer e  
487 tentar construir um consenso em relação a isso. Outro fator é que não dá para excluir quem não apresentou o projeto ainda do  
488 MS, mas também não dá para não levar em consideração que quem apresentar em tempo hábil e tiver com tudo em dia vai ter  
489 que ter prioridade, então a lista não pode excluir quem não apresentou ainda, mas obviamente o MS não vai esperar  
490 indefinidamente, então a lista tem que sinalizar que todos que estão contemplados estão aptos do ponto de vista da CIB para  
491 apresentar o projeto. Assim, propôs que dos duzentos e quatorze municípios fossem excluídos os do Saúde Bahia e os que  
492 não apresentaram o Relatório de Gestão de 2008 e os demais fossem apresentados ao MS sem nenhuma ordem de  
493 prioridade. Várias pessoas citaram eliminar os de alta renda per capita e o Senhor Coordenador questionou qual seria o corte  
494 de renda se não estamos conseguindo nem fazer um corte de população. Considerou que com alguns poucos municípios que  
495 tenham a renda per capita diferenciada como Camaçari, Madre de Deus, Candeias, a SESAB e COSEMS podem manter  
496 contato com os Secretários pedindo que não apresentem. Reiterou e colocou em votação o encaminhamento de que dos  
497 municípios com menos de cinquenta mil habitantes fossem excluídos os que estão no Saúde Bahia e os que não apresentaram  
498 o Relatório de Gestão de 2008 e os demais fossem apresentados ao MS sem nenhuma ordem de prioridade, aqueles que no  
499 prazo hábil estabelecido pelo MS apresentarem serão contemplados; quanto o MS irá contemplar vai depender da  
500 composição orçamentária que ele conseguir fazer de 2009/2010. **Foi aprovado à unanimidade.** Lembrou ainda que no ano  
501 passado foi aberto para fazer convênio com o Estado para PSF, noventa e sete conseguiram cumprir e foi tudo dado de mão  
502 beijada, planta, projeto, planilha orçamentária e os demais não conseguiram cumprir por causa de documentação ou  
503 inadimplência. Em seguida passou para o próximo ponto de pauta: 4.2 Projeto de Aquisição de Equipamentos de USF,  
504 conforme Portaria nº 2198/09 do MS – Apresentação Ricardo Heinzmann, Diretor da Atenção Básica: “Plano Nacional de  
505 Aquisição de Equipamentos e Material Permanente (Portaria MS nº 2198/2009): Portaria MS nº 2198/2009: 1. Para pactuação:  
506 Autorizar todos os municípios do estado da Bahia a apresentar propostas de projetos para aquisição de equipamentos e  
507 material permanente referentes à atenção básica, junto ao Fundo Nacional de Saúde, conforme Portaria MS nº 2.198/2009,  
508 pré-aprovando todos os que já foram e os que serão apresentados. 2. Pactuação: Definir que para aquisição de equipamentos  
509 e material permanente para as unidades de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, os municípios  
510 deverão apresentar os projetos nos respectivos Colegiados de Gestão Microrregional e CIB. Os projetos analisados, terão seu  
511 parecer publicados através de resolução CIB.” Informou ainda que à medida em que os projetos forem chegando, sendo  
512 analisados e aprovados, automaticamente serão publicadas resoluções ad referendum, não necessitando aguardar para  
513 remeter à reunião da CIB. O Senhor Coordenador ressaltou que o pressuposto é que todos os municípios devem ter uma boa  
514 atenção básica portanto não cabe analisar se o município deve ou não entrar com o projeto para equipamentos para atenção  
515 básica, se ele precisa basta entrar com o projeto e já está pré-aprovado, então todos os municípios podem solicitar. Já a  
516 atenção especializada não, tem o PDR, a PPI, tem uma lógica de regionalização, por isso necessita de uma análise técnica e  
517 uma aprovação por parte das instâncias de pactuação se cabe ou não aquele equipamento naquele município em função do  
518 PDR, da PPI e tudo mais, para evitar algumas coisas que podem parecer absurdas, mas que ocorrem se não tomar cuidado. É  
519 bom lembrar que tem um município aqui na Bahia que hoje tem um tomógrafo parado há oito anos porque aprovava a emenda  
520 parlamentar só pela vontade do parlamentar, não tinha análise técnica praticamente nenhuma. Revendo o fluxo Os projetos  
521 para aquisição de equipamentos para média e alta complexidade passam primeiro pelo CGMR, depois vem para avaliação na  
522 SESAB, se tiver consenso já aprova ad referendum, se tiver alguma divergência vem para a CIB. **O Senhor Coordenador**  
523 **colocou em votação que foi aprovado à unanimidade.** Próximo ponto: 4.3 Curso introdutório das Equipes de Saúde da  
524 Família para 2009. Ricardo Heinzmann solicitou retirar da pauta, colocando que este tema seria apresentado na CIB de  
525 outubro preparando um piloto para novembro e dezembro, mas como não houve a reunião, a proposta já está sendo  
526 desenvolvida num município sede de microrregião para trezentas equipes e considerou mais interessante fazer uma avaliação  
527 desse piloto e trazer provavelmente na CIB de janeiro a proposta que será apresentada em 2010 para os quatrocentos e  
528 dezessete municípios. Da mesma forma, no próximo ponto de pauta 4.4 Diretrizes da Política Estadual do NASF, que ao  
529 observar a necessidade de fazer um acompanhamento dos NASF e de construir diretrizes sobre o processo de trabalho dessas  
530 equipes visto que é algo novo, diretrizes que orientassem os gestores municipais e os profissionais nos seus processos de  
531 trabalho, já estão sendo elaboradas essas diretrizes, mas para ter mais tempo de análise será encaminhando em versão  
532 eletrônica e impressa para a Diretoria do COSEMS, assim solicitou deixar para ser apresentado e analisado na próxima CIB de  
533 dezembro. Em seguida o senhor Coordenador passou para os pontos de pauta do COSEMS, fazendo uma triagem, pois os  
534 pontos a seguir já foram contemplados conforme as discussões anteriores: 5. COSEMS: 5.1 Município de Igaporã solicita  
535 apreciação e aprovação do Projeto de Adesão e Implantação do NASF, em consórcio com o município de Tanque Novo; e  
536 avaliação da construção de 01 (uma) Unidade Básica de Saúde – Porte I, através do Plano Nacional de Implantação UBS

537 (Portaria Nº 2.226) - (Ofício Nº 421/2009); 5.2 Município de Eunápolis solicita aprovação da construção de 01 Unidade Básica  
538 de Saúde e apreciação do Projeto para Aquisição de Equipamentos e Material Permanente, para compor o Programa de  
539 Atenção Básica e da Assistência Ambulatorial Especializada; 5.3 Município de Barreiras solicita avaliação da implantação de 02  
540 Unidades Básicas de Saúde – Porte II; 5.4 Municípios de Maetinga, Belo Campo, Condeúba, Cândido Sales, Vitória da  
541 Conquista, Bom Jesus da Serra, Cordeiros e Planalto e Jânio Quadros solicitam aprovação de projetos para aquisição de  
542 equipamentos da Atenção Básica e construção de unidades; 5.5 Município de Mirante solicita aprovação de projetos para  
543 aquisição de equipamentos para a Atenção Básica. Quanto aos pontos a seguir faz-se necessário o encaminhamento dos  
544 projetos para análise da área técnica: 5.6 Municípios de Belo Campo, Cândido Sales, Bom Jesus da Serra, Planalto,  
545 Condeúba, Cordeiros, Maetinga e Jânio Quadros solicitam aprovação de projetos para aquisição de equipamentos para a  
546 Atenção Especializada; 5.7 Municípios de Maetinga, Bom Jesus da Serra, Jânio Quadro, Belo Campo e Cordeiros solicitam  
547 aprovação para implantação de Sala de Estabilização – Observando neste item que se o município quiser pode apresentar  
548 como projeto de aquisição de equipamento, pois tem uma portaria aberta no MS para projetos de equipamentos para sala de  
549 estabilização, ao invés de ser um projeto para implantação no formato da portaria. Assim é só inserir no projeto os  
550 equipamentos que estão previstos para sala de estabilização e apresentar com uma proposta de investimento em  
551 equipamento. Propôs aprovar nesta CIB que quem quiser recurso de custeio para sala de estabilização deve mandar direto  
552 para o MS, apesar do mesmo está deixando claro que não tem recurso para custeio e não vai habilitar ninguém. Destacou que  
553 fica parecendo que estamos aqui querendo criar dificuldade quanto a este tipo de situação, e pelo contrário, o nosso desejo é  
554 de que os municípios se organizem e consigam equipamentos para se estruturarem. Dr. Emerson Garcia argumentou que para  
555 mandar o projeto de sala de estabilização o MS pede que seja aprovado na CIB e tem que encaminhar a resolução. O Senhor  
556 Coordenador esclareceu que o município que quiser deve aproveitar essa portaria de equipamentos, aprovar no CGMR e  
557 encaminhar, saindo os equipamentos eleva o poder montar o serviço, o serviço estando montado ele pede o credenciamento,  
558 pois não vamos criar nenhum obstáculo à solicitação de credenciamento. Recapitulando, quem quiser montar uma sala de  
559 estabilização tem que pegar a relação dos equipamentos, fazer um projeto e mandar para o CGMR, uma vez aprovado deve  
560 mandar para o MS, o MS autorizando e liberando os recursos, o município compra os equipamentos, monta e entra com o  
561 pedido de habilitação, a solicitação da habilitação pressupõe um requisito básico que é ter um serviço estruturado e montado.  
562 Assumiu o compromisso de que todo município que estiver com o serviço montado e aprovado pelo CGMR será encaminhado  
563 ao MS. Várias pessoas argumentaram ao mesmo tempo de forma confusa, então o Senhor Coordenador Recapitulou: quem  
564 quiser montar uma sala de estabilização tem que pegar a relação dos equipamentos, fazer um projeto e mandar para o CGMR,  
565 uma vez aprovado deve mandar para o MS, o MS autorizando e liberando os recursos, o município compra os equipamentos,  
566 monta e entra com o pedido de habilitação, a solicitação da habilitação pressupõe um requisito básico que é ter um serviço  
567 estruturado e montado. Assumiu o compromisso de que todo município que estiver com o serviço montado e aprovado pelo  
568 CGMR será encaminhado ao MS. Mais uma vez houve discussão paralela e para tentar finalizar o encaminhamento o Senhor  
569 Coordenador colocou mais uma vez que todos os Projetos de equipamento para atenção básica já estão pré-aprovados; para  
570 atenção especializada o fluxo é mandar para o CGMR avaliar, em aprovando vem para a SESAB, a SESAB concordando  
571 publicamos resolução ad referendum, se houver dúvida ou divergência vem para a CIB. Neste fluxo, o município pode  
572 apresentar um pedido de um carro de anestesia, uma mesa cirúrgica, um raio-x, um ultra-som, um monitor, um ventilador, uma  
573 maca, para montar uma sala de estabilização. Quem quiser montar uma sala de estabilização vai encaminhar o pedido para o  
574 CGMR dentro desse fluxo, o CGMR aprovando vai encaminhar para a SESAB e a SESAB concordando publica ad referendum.  
575 O MS aprovou, liberou o dinheiro, comprou os equipamentos, aí o município encaminha para o CGMR o pedido de habilitação  
576 da sala de estabilização, o CGMR aprovando passa pela SESAB e vai para o MS que vai resolver. **Enfim houve consenso.**  
577 Dra. Gisélia Souza manifestou preocupação com as unidades que foram abertas no Programa Saúde da Família, pois várias  
578 foram inauguradas e não estão abertas porque não tem equipe, e com relação também às salas de estabilização e outras  
579 questões. Sabe que esta questão é para um segundo momento, mas é uma situação que está ainda presente e precisamos  
580 nos preocupar em colocar estas unidades para funcionar e também no caso das salas de estabilização que não depende  
581 apenas dos equipamentos, é preciso ter equipe também. Dando prosseguimento à pauta do COSEMS: 5.8 Município de  
582 Caraíbas solicita aprovação de 01 Equipe de Saúde Bucal Modalidade I – Aguardar parecer da DAB; 5.9 Município de Utinga  
583 solicita a implantação de 01 CAPS tipo I – Aguardar parecer da DGC; 5.10 Município de Salvador solicita inclusão do tema  
584 “Discussão do pleito da Santa Casa de Misericórdia da Bahia - Hospital Santa Izabel para obtenção de recursos financeiros  
585 advindos da proposta nº 053441/2009, no valor de R\$ 200.000,00” – **Aprovado**; 5.11 Município de Tanque Novo solicita  
586 discussão da proposta para aquisição de equipamentos destinados à implantação do Centro Cirúrgico – Vai entrar no fluxo  
587 aprovado anteriormente; 5.12 Município de São Félix solicita aprovação do Projeto de Implantação do Núcleo de Apoio à  
588 Saúde da Família - O Diretor da DAB, Ricardo Heinzemann esclareceu que o MS ainda não alterou os critérios para  
589 credenciamento de NASF, continua valendo para NASF Tipo I ter no mínimo oito equipes de saúde da família e NASF Tipo II  
590 ter no mínimo três equipes. Alguns gestores estão confundindo um pouco porque o MS publicou recentemente uma Portaria  
591 onde fala a questão do bloqueio de recurso, que para casos de bloqueio eles permitem que o município mantenha o NASF  
592 funcionando com até seis equipes, então se o município tem seis equipes eles ainda não bloqueiam, mas para credenciamento  
593 precisa ter as oito, e o município de São Félix infelizmente ainda permanece a dificuldade que já temos conversando bastante  
594 com a gestora, mas o MS ainda não abre essa oportunidade de credenciamento, pois o município só tem seis equipes e não  
595 atinge o critério para NASF Tipo I nem Tipo II porque apesar de ter seis equipes, mais do que as três equipes, não têm a  
596 densidade populacional, por conta disso ainda não é possível se fazer o credenciamento. Dra. Stela Souza erfatizou que como  
597 São Félix já tem 100% de Saúde da Família não vai ter NASF nunca então é preciso provocar uma discussão nesse sentido.  
598 Dr. Emerson Garcia colocou que já é a segunda ou terceira vez que o município traz esta solicitação para o COSEMS que  
599 considera a argumentação plausível, pois além de ter 100% de cobertura de PSF, faz média e alta complexidade em seu  
600 território, já tem histórico de atendimento, inclusive inúmeros outros municípios pedem acerca da resolutividade de São Félix  
601 em uma série de serviços que lá estão implantados, então sugeriu que a CIB elaborasse uma resolução de encaminhamento  
602 ao MS pedindo para rever a situação específica do município, visto que é fato a sua resolutividade nas ações de atenção  
603 básica. O Sr. Ricardo Heinzemann informou que de acordo com a Portaria o município pode fazer consórcio com outro

604 município menor para ter as oito equipes, mesmo sendo difícil é uma possibilidade, ou então fazendo a proposta via Fundação  
 605 Estatal que é o município aderindo à Fundação Estatal com suas equipes e juntando a com outro município vizinho que faça a  
 606 mesma adesão, aí sim não precisa a modalidade de consórcio e pode ser contemplado com o NASF. Existem então estas duas  
 607 possibilidades, uma que o próprio MS estabeleceu e a outra que o Estado da Bahia construiu com essa parceria entre  
 608 municípios, Estado e Fundação Estatal. Dra. Marta Rejane Montenegro informou que São Félix já desprezizou os vínculos,  
 609 os funcionários são concursados e foram efetivados há pouco tempo em todas as categorias e não têm nenhuma pretensão de  
 610 sair do vínculo municipal para passar para a Fundação Estatal, então essa possibilidade está descartada. Enfatizou que já em  
 611 questionando esse assunto inclusive já foi discutido no congresso do CONASEMS, sobre a possibilidade de sair uma  
 612 resolução da CIB solicitando que sejam mudados os critérios da Portaria do NASF, pois quando o NASF foi criado com essa  
 613 restrição populacional de menos de vinte mil habitantes foi porque o MS na época não tinha dinheiro, e tudo que vem sendo  
 614 criado de política de custeio no Brasil sempre exclui os municípios com menos de vinte mil habitantes porque não tem dinheiro  
 615 para todo mundo e isso é injusto. Poderia ser proposto ao MS rever os critérios nos casos dos municípios com menos de vinte  
 616 mil habitantes, mas que tenham 100% de cobertura de PSF, tendo em vista que estes não têm direito a acessar determinadas  
 617 políticas de custeio. É fato que estes municípios são os excluídos, não têm direito a CAPS, a NASF e agora também a CEO  
 618 porque quem não implantou antes da resolução da CIB não tem mais direito; isso é um absurdo, são os municípios menores,  
 619 de pequeníssimo porte e quem os criou foram os legisladores, e em sua opinião com menos de trinta mil habitantes não  
 620 deveria virar município nunca porque não se auto-sustenta, não tem geração de renda própria, sobrevive quase que  
 621 exclusivamente de FPM e de um pouquinho de ISS e tem que se virar para custear tudo. Afirmou que já está na hora de sair  
 622 uma resolução da CIB dizendo que está na hora de mudar esses critérios pelo menos para quem tem 100% de cobertura da  
 623 atenção básica. **O Senhor Coordenador cobrou em votação a solidificação da gestora e foi aprovado à unanimidade.**  
 624 Último ponto de pauta do COSEMS: 5.13 Município de Feira de Santana solicita análise do projeto de reconstrução do espaço  
 625 de Radioterapia – UNACON – Aguardar parecer da DAE; e avaliação do Plano de Saúde Penitenciário – Aguardar parecer da  
 626 DGC. Solicitações de Pactuação/O que ocorrer: 1.1 Aprovação de projetos da Liga Bahiana Contra o Câncer, encaminhados  
 627 ao Ministério da Saúde, visando concessão de subvenções para atender às necessidades do Hospital Aristides Maltez –  
 628 Aprovado. O Senhor Coordenador esclareceu que é o mesmo tipo de solicitação do item 5.10 da Santa Casa de Misericórdia  
 629 da Bahia - Hospital Santa Isabel, são Emendas Parlamentares que são feitas para Hospitais Filantrópicos e que agora o MS  
 630 está solicitando autorização da CIB. **Dr. José Carlos Brito informou não ter conhecimento do Projeto relacionado ao**  
 631 **Hospital Aristides Maltez, mas mesmo assim votou pela aprovação.** Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador  
 632 retornou ao item 5.1 do COSEMS - Município de Igaporã solicita apreciação e aprovação do Projeto de Adesão e Implantação  
 633 do NASF, em consórcio com o município de Tanque Novo, questionando se este consórcio é legalmente constituído ou se há  
 634 apenas um acordo como no caso de CAPS que basta sinalizar uma aceitação do município para que aquela abrangência seja  
 635 estabelecida. **O Diretor da DAB, Ricardo Heinzelmann informou ter feito a mesma consulta oficialmente ao MS e ainda**  
 636 **não obteve uma resposta**, mas na conversa inicial eles sinalizaram que seria consórcio formal, daí a necessidade de uma  
 637 resposta oficial por isso não foi solicitado na pauta pela DAB que estava aguardando esse parecer do MS, assim, **sugeriu que**  
 638 **poderia ficar pré-aprovado para o caso de uma resposta favorável do MS e houve consenso.** A Secretária Executiva da  
 639 CIB, Nanci Sales, se manifestou informando que o item 5.11 Município de Tanque Novo solicita discussão da proposta para  
 640 aquisição de equipamentos destinados à implantação do Centro Cirúrgico, também foi por Emenda Parlamentar. O Senhor  
 641 Coordenador propôs que a análise técnica dos projetos de equipamentos para a Atenção Especializada incluisse as Emendas  
 642 Parlamentares, porque muitas vezes se coloca um recurso com uma finalidade completamente inadequada para o processo de  
 643 regionalização e Nanci Sales informou que a DAE já avaliou o projeto e deu parecer desfavorável. O Senhor Coordenador  
 644 identificou aí mais uma razão para encaminhar ao CGMR antes de qualquer coisa. Dr. Amauri Teixeira concordou e  
 645 acrescentou que mesmo sendo Emenda Parlamentar a Atenção Especializada precisa passar pelo CGMR, exceto nos casos  
 646 de municípios de grande porte com própria necessidade como Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, podendo fazer  
 647 um corte de duzentos ou trezentos mil habitantes para os que não precisam passar pelo CGMR, pois não vamos ficar  
 648 questionando nenhuma Emenda da Atenção especializada para estes municípios, mas para alguns municípios, mesmo sendo  
 649 Emenda, sabemos que é jogar dinheiro fora e investir aonde não vai funcionar, porque a Emenda não faz milagre, não vai  
 650 colocar mão de obra, etc. O Senhor Coordenador considerou uma boa idéia para os que já são pólos regionais de peso a não  
 651 ser em situações excepcionais, pois precisamos ter bom senso; podemos manter este fluxo e no caso de projetos como o de  
 652 Salvador cabe à Secretaria Municipal fazer a análise técnica e dar o parecer. Próximo ponto de pauta: 1. Superintendência de  
 653 Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde – SAFTEC/DITEC: Modelo de Gestão proposto para o Hospital do  
 654 Subúrbio. Apresentação Dra. Mara Clécia Dantas.





671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737

## Crítérios para a escolha do terreno

- Localização
  - No Subúrbio Ferroviário
  - Próximo à BR324
- Próximo de via de fácil escoamento



## Vista do terreno do HS



### Hospital do Subúrbio - HS

- Atendimento às urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, traumato-ortopédicas, incluindo neurocirurgia, e endoscopia digestiva
- Atendimento de alta complexidade para crianças e adultos
- Unidade de apoio ao diagnóstico e terapia:
  - Eletrocardiograma; Endoscopia digestiva alta; Fisioterapia; Laboratório de Análises Clínicas; Radiologia Convencional Contrastada; Tomografia Computadorizada; Ultrassonografia; Agência Transfusional; Ressonância Magnética; Anatomia Patológica e Citopatologia

### Hospital do Subúrbio - HS

	Unidades	Leitos
✓ Hospital de Emergência	Int.Adulto – Leitos Clínicos	86
✓ 296 leitos, sendo:	Int.Adulto – Leitos Cirúrgicos	58
268 leitos hospitalares	Internação Pediátrica	64
e	UTI Adulto	20
30 leitos domiciliares	UTI Pediátrica	10
✓ 19.825 m2 de área construída em 2 pavimentos (hospital 18.783 m2)	Semi Intensiva Adulto	20
✓ Localização: Subúrbio Ferroviário, Salvador	Semi Intensiva Pediátrica	10
	Internação Domiciliar	30
	<b>TOTAL</b>	<b>296</b>

## Perfil do Estabelecimento

## Número de Leitos

### Hospital do Subúrbio - HS



Pavimento Térreo

### Hospital do Subúrbio - HS



1º Pavimento

738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804

Hospital do Subúrbio - HS

UNIDADES	ÁREA CONSTRUÍDA
Hospital	66.183,23 m²
Quarta	12,25 m²
Cabeleira	79,66 m²
Garagem de ambulâncias	-
Abrigo de resíduos	74,54 m²
Subestação 01	75,60 m²
Subestação 02	110,43 m²
Subestação 03	75,60 m²
Casa de medição	59,21 m²
Central de Gases Medicinais	54,83 m²
Central de Água Gelada	228,63 m²
Reservatório	278,85 m²
Cadeira	47,00 m²
<b>TOTAL:</b>	<b>18.825,83 m²</b>

Quadro de Áreas

Hospital do Subúrbio - HS



Acesso Principal

Hospital do Subúrbio - HS



Fachada Principal

Terreno Antes da Obra



Situação Atual da Obra



Situação Atual da Obra



Situação Atual da Obra



Situação Atual da Obra





805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871



### Investimento Inicial Estimado

- Hospital do Subúrbio
- Prazo de conclusão: **junho/julho 2010**
- Valor da obra: **~48.000.000**
- Construtora: **MRM**
- Estágio da construção: **40%**

### Programa de Modernização da Gestão Hospitalar – Inova Saúde

- Estudos sobre modelos de gestão para ampliar o acesso da população ao sistema público de saúde e melhorar a qualidade do atendimento. Modelos estudados:
  - Gestão direta (CDM impacto na lei de responsabilidade fiscal)
    - Modelo vigente – já existe
    - Fundação Estatal – pública de direito privado
  - Gestão indireta (SEM impacto na lei de responsabilidade fiscal)
    - Organização Social (OS) – não inclui investimento por parte do paciente – já existe
    - Empresas privadas – não inclui investimento por parte do paciente – já existe
    - PPP – investimento a cargo do paciente
- Contexto
  - Necessidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde
  - Limitações de contratação de pessoal impostas pela lei de Responsabilidade Fiscal
  - Limitações nos contratos de OS e empresa privada relativas ao parque de equipamentos
- Estado da Bahia decidiu inovar e adotar o modelo de PPP que para o HS mostrou ter diversas vantagens





872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938

**PPP DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA:**  
Contexto do serviço público de saúde no Estado



**PPP DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA:**  
Hospital do Subúrbio (HS) Projeto Inovador

- Primeiro PPP de saúde no Brasil**
- ✓ Atendimento inteiramente GRATUITO
  - ✓ Arcabouço institucional estabelecido: Lei de PPP Federal e Estadual
  - ✓ Comprometimento do Governo do Estado com a saúde
  - ✓ Projeto de instalação, montagem e operação de hospital por parceiro, com reversão de bens ao final da concessão
  - ✓ Ampliação do número de possíveis parceiros, saindo do âmbito da Bahia, passando a atrair organizações de todo o Brasil

**PREMISSAS E RESULTADOS ESPERADOS**

Premissas	Resultados esperados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer um novo paradigma de qualidade na prestação pelo poder público do serviço médico-hospitalar</li> <li>• Hospital deve ser planejado considerando sua inserção na rede de atenção</li> <li>• Hospital deve ser centrado no desenvolvimento de projetos terapêuticos individualizados dos pacientes e para tanto trabalhar com equipes de referência</li> <li>• Indicadores de resultado e sistema de pagamento com incentivos para a obtenção do nível de produção e qualidade desejado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrair e selecionar parceiros privados de alta qualidade, aptos a prestar o serviço com a qualidade estipulada</li> <li>• Obter o menor preço para o nível de qualidade estipulado</li> <li>• Maximização dos ganhos de eficiência para o poder público e para o usuário</li> </ul>

**Benefícios Clínicos do Modelo**

- ✓ Alto índice de resolatividade
- ✓ Maior agilidade na realização de cirurgia de emergência
- ✓ Maior rotatividade de leitos (total de saídas/número de leitos)
- ✓ Baixa taxa de infecção hospitalar
- ✓ Baixa taxa de mortalidade institucional
- ✓ Elevada qualificação profissional (índice mínimo de médicos com título de especialista, índice mínimo dedicado de atividades de educação permanente)
- ✓ Alto índice de satisfação do usuário
- ✓ Acreditação após 1,5 anos

**AVANÇOS INSTITUCIONAIS E DE GESTÃO**

- ✓ Não há necessidade de renovação do operador após 5 anos
- ✓ Governança mais adequada: transparência e fiscalização
- ✓ Transferência do investimento para o parceiro com reversão dos ativos ao final do contrato
- ✓ Previsão de atualização do parque tecnológico
- ✓ Cuidos na gestão da aquisição e na operação dos equipamentos

**AVANÇOS DOS SISTEMAS CLÍNICO-GERENCIAIS**

- ✓ Investimentos em Sistema de Tecnologia de Informação
  - ✓ Gerenciamento dos aspectos administrativos e financeiros;
  - ✓ Gerenciamento dos aspectos clínicos e assistenciais
- ✓ Comunicação mais eficiente com o complexo regulador
- ✓ Investimentos em Sistemas de Segurança

**O SISTEMA DE PAGAMENTO**

CONTRAPRESTAÇÃO	=	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penalização: não cumprimento de níveis mínimos de produção e por operação fora dos padrões de desempenho</li> <li>• Parcela "Metas Quantitativas" (70%)</li> <li>• Parcela "Indicadores de Desempenho" (30%): nível compatível com incentivo à qualidade de gestão</li> </ul>
PARCELA "METAS QUANTITATIVAS" (70%)		
PARCELA "INDICADORES DE DESEMPENHO" (30%)		

**QUANTITATIVO ESTIMADO DE PESSOAL**

ÁREA	TRABALHADORES	POR LEITO	%
MÉDICO	220	0,74	14,29
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	902	1,08	32,60
ENFERMEIRO	120	0,40	7,79
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEÚTICO	155	0,52	10,06
APOIO TÉCNICO	208	0,76	13,51
ADMINISTRATIVA	335	1,12	21,75
<b>TOTAL</b>	<b>1540</b>	<b>5,17</b>	<b>100,00</b>

**CRONOGRAMA**

Evento	
Início da consulta pública	Out 2009
Publicação do Edital	Nov 2009
Licitação	Fev 2010
Homologação, adjudicação e assinatura do contrato	Mar/Abr 2010
Inauguração	Jun/Jul 2010

Site de consulta pública

[www.saude.ba.gov.br/hospitalosb](http://www.saude.ba.gov.br/hospitalosb)

939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000  
1001  
1002  
1003  
1004  
1005

Finalizou a apresentação chamando atenção para o período da consulta pública que foi entre 13 de outubro e 12 de novembro, e agora estão sendo analisadas as informações recebidas, descartando as não pertinentes e trabalhando as questões consideradas adequadas para levar em consideração na perspectiva de melhoria do edital; a licitação será em fevereiro de 2010, a contratação entre março e abril e a inauguração entre junho e julho de 2010. Informou ainda que o site da consulta pública continua no ar para quem quiser conhecer melhor o projeto, mas não estará mais recebendo contribuições porque não há mais tempo. Relatou que a consulta pública além de ser publicada no site, passou por uma audiência pública, foi divulgada nos jornais de grande circulação da Bahia e de outros Estados, têm sido feitas apresentações desse projeto para a população do subúrbio, para potenciais interessados, todos os hospitais de Salvador foram convidados para conhecer o projeto, ou seja, a divulgação tem sido maciça e recebemos muitas contribuições interessantes. Houve inclusive uma apresentação em São Paulo com o objetivo de trazer novos parceiros além dos que já temos aqui, porque sabemos que as nossas próprias OS já estão no seu limite de capacidade. Em seguida, o Senhor Coordenador colocou em discussão e Dr. José Carlos Brito parabenizou o Estado pelo projeto e pela opção pela PPP e questionou se foi pensado quanto à unidade de cuidados paliativos ou se foi descartada essa possibilidade. Dra. Mara Clécia esclareceu que foi feita uma análise do perfil da população levando em consideração a própria região do subúrbio e outras questões como, por exemplo, colocar ressonância que a princípio não seria a coisa mais importante para colocarmos no hospital, no entanto como existe um déficit muito grande, neste hospital seria mais fácil de adaptar e colocar uma ressonância logo de imediato, mas ele realmente não tem perfil para cuidados paliativos porque se trata de um hospital de emergência para "rodar" assim como o HGE, o paciente entra, faz a cirurgia, faz o controle e sai, e cuidados paliativos significam longa permanência, mas no caso da internação domiciliar ele está trabalhando mais ou menos com a mesma perspectiva do nosso projeto que são até trinta dias de internação domiciliar. Dra. Mara concluiu que os cuidados paliativos significam longa permanência e não foram contemplados no Hospital do Subúrbio. O Senhor José Carlos Brito, Secretário de Saúde do Município de Salvador, informou que por ser um hospital de urgência e emergência, possivelmente se terá casos de pacientes com situação irreversível e este é um paciente cujo perfil para se fazer o atendimento domiciliar não é aceito pela família. Relatou que poderia haver, na UTI, em determinado momento, muitos pacientes em condições irreversíveis que causam o travamento da emergência e por esse motivo era a favor de se ter unidade de tratamento paliativo nos hospitais, visto que são unidades de baixo custo e não se precisam ter grandes investimentos. A Senhora Mara Clécia informou que o hospital foi trabalhado integrado à rede, logo o paciente que geralmente 'trava' o processo será transferido para os Hospitais São Jorge, Carvalho Luz e outros. O Senhor Emerson Garcia parabenizou a equipe do Estado pelo projeto e desejou boa sorte na parceria público-privado. Informou que a SESAB foi inovadora, uma vez que esse projeto é o primeiro no país. Relatou que discutir parceria público-privado é uma questão complexa e não cabia a este fórum opinar, vez que esta era uma decisão da gestão, mas acreditava que se estava caminhando da melhor forma possível ele espera que fosse esse projeto seja muito bem avaliado, direcionado, inspecionado e observado, para que se consiga realmente fazer o que se deseja que é fazer a saúde de todos nós, com qualidade, disponibilidade e cumprindo todos os princípios do SUS. A Senhora Gisélia informou que se está numa fase de construção do hospital do subúrbio que é considerada como irreversível a opção que foi feita, e neste sentido a apresentação feita conseguiu maravilhar a comunidade do subúrbio porque vai significar uma valorização muito grande da área do subúrbio, que tem uma população muito carente e desassistida. Relatou que na comunidade as questões de gestão não vêm à tona, o que importa é o serviço funcionando. Sugeriu que a apresentação constasse os mecanismos de controle do Estado, porque os parâmetros estão bem construídos, a consultoria fez uma modelagem que foi excelente, mas o Estado teria que ter os mecanismos de controle sobre o privado e esta era a grande preocupação, seja na forma de Organização Social - OS, ou terceirizações clássicas. Afirmou que a grande fragilidade são os instrumentos de controle. Sugeriu que se falasse mais sobre os instrumentos de controle e fiscalização, para que o Estado se torne um bom fiscalizador e um bom controlador dos parceiros. O Senhor Amauri informou que o primeiro esclarecimento a prestar a toda a população da Bahia seria o porquê da definição dessa parceria. Relatou que este não seria o modelo da gestão ideal, mesmo porque se partiu da premissa que não existe um modelo ideal para todos os casos, citou como exemplo o próprio município de Salvador, que vem enfrentando dificuldades nesta área. Informou que a administração direta é um modelo que se está praticando e fortalecendo, em alguns hospitais têm dado resultado e estas ações seriam valorizadas e intensificadas. Comentou sobre as OS, onde alguns parceiros que trabalham nesta linha têm se mostrado grandes parceiros e outros nem tanto, causando insatisfações, inclusive causando o rompimento do contrato. Explicou também que não seria possível, mesmo com o modelo de administração direta, não seria possível ampliar serviços, devido à lei de responsabilidade fiscal, que impediria, por exemplo, de ativar os Hospitais de Irecê, Juazeiro, Santo Antônio de Jesus, Hospital da Criança e do Subúrbio. Explicou que a intenção é ampliar e melhorar o acesso. Comentou que é sabido que alocar profissionais em determinadas áreas é extremamente complicado. Ressaltou que esse hospital foi estrategicamente localizado no subúrbio, para atender uma população extremamente desfavorecida com uma oferta insuficiente dessa natureza, e por este motivo está se implantando um hospital sofisticado dentro de um ambiente onde não há tendência de alocação de profissionais principalmente da área médica. Relatou que restariam apenas duas opções, ou utilizava-se a lógica da OS, ou a PPP. Informou que OS atualmente têm limites de gestão e o seu modelo é insuficiente para se avançar na gestão. Afirmou que acredita que a lógica da PPP consiga avançar nos parâmetros de gestão, o que pode ser uma concepção errônea e que não dê certo, mas não seria por isso que se deixaria de tentar, pois achavam que a PPP teria tudo para alavancar os parâmetros de gestão. Informou que ainda não se têm instrumentos eficientes para se avaliar as OS, e a lei de OS teria que se aperfeiçoada. Informou que a consultoria havia trazido parâmetros mais rigorosos e elaborados pela consultoria em virtude também de discussões que tiveram que ser feitas. Relatou que na consulta pública foi observado alguns parâmetros, inclusive alguns seriam difíceis de serem cumpridos, como a rotatividade de três dias entre outros. Relatou que foi colocado para os parceiros que se fosse para continuar com os antigos parâmetros se abririam OS, ou se faria a gestão direta. Explicou que com a inserção da lógica de

1006 PPP se terá mais um indicador para comparar, além de provocar uma reação no mercado, pois o mesmo está acomodado nos  
1007 países com essa iniciativa e estariam sendo trazidas outras empresas com outros perfis. Afimou que dentre os vários  
1008 parâmetros estabelecidos nesse novo projeto, um deles é a implantação de um software aberto, onde o secretário de saúde do  
1009 Estado, juntamente com outros gestores, terá acesso a índices como números de cirurgias, índice de mortalidade, índice de  
1010 infecção hospitalar e outros parâmetros para fins de acompanhamento, coisa que não se tem em contratos normais. Informou  
1011 que será utilizada essa consultoria para melhorar o hospital da criança que será feito por OS, e não foi pensado no modelo  
1012 PPP para não se arriscar dois nos hospitais com esse novo modelo. A Senhora Marta Rejane informou que o modelo estava  
1013 posto e que não haveria possibilidade de mudança. Afimou que teriam que ser reforçados os mecanismos de controle e  
1014 regulação e questionou o posicionamento do município de Salvador com relação a como seria a intercessão da regulação do  
1015 acesso ao hospital, escoamento e outras questões, mas relatou que achava válida, era uma nova experiência e se for bem  
1016 formatado e monitorado tem grandes chances de dar certo. O Senhor José Raimundo informou que com relação aos níveis de  
1017 controle, há o nível Estadual, o TCE, a AGE e a auditoria do SUS que também é um sistema de controle e fiscalização para  
1018 este nível. O Senhor Raul Molina registrou que mais uma vez se destacou a ousadia da SESAB em tentar novas alternativas  
1019 de gestão, como é o caso do que foi apresentado. Informou que há problemas sérios nos municípios com relação a forma de  
1020 trabalho de alguns funcionários no que tange ao compromisso dos trabalhadores com o patrimônio público, e este foi um  
1021 momento de se experimentar novas formas de gestão e que podem ser avaliadas mais a frente. Comentou da fala do Senhor  
1022 Amauri, onde o mesmo afirmou que essas coisas novas levam tempo para serem avaliadas. Relatou que um aspecto  
1023 importante na gestão por OS, é a participação das empresas e parceiros com relação à compra dos equipamentos, e  
1024 principalmente a manutenção dos equipamentos, que muitas vezes acontecem travamentos devido à burocracia. Comentou  
1025 que seria interessante ver como isso se daria com essa nova ótica de gestão. O Senhor Amauri explicou que umas das  
1026 diferenças que fizeram diferença na hora de optar por esta nova forma foi porque com as OS não há liberdade para fazer  
1027 obras, para comprar equipamentos e nem fazer manutenção, citou como exemplo a quebra de um mamógrafo no município de  
1028 Ribeira do Pombal, o que acarretou em demora devido aos processos de licitação, situação que não aconteceria no modelo da  
1029 PPP. O Senhor Raul Molina informou que havia ficado claro de que apesar da parceria com o privado, o hospital é 100% SUS,  
1030 ou seja, inteiramente público, apesar de que não se deve pensar de que tudo dê certo e que não haja problemas. Relatou que  
1031 o momento é de se apostar nesse novo modelo e agradeceu a toda a equipe da SESAB e ao Secretário Estadual de Saúde  
1032 pela iniciativa. A Senhora Suzana Ribeiro parabenizou a SESAB pela proposta que era inovadora, mas informou que essa  
1033 questão a deixa a em 'ebulição'. Comentou que a forma como entendia a gestão está diretamente ligada ao Sistema Único de  
1034 Saúde, e comentou que o que se vive no SUS atualmente é produto do neo-liberalismo, e há muita dificuldade de se avançar  
1035 com a gestão de saúde pública direta. Relatou que saúde e educação devem ser tratadas de forma diferenciadas no país, mas  
1036 infelizmente isso ainda não aconteceu. Explicou que estava muito claro o que significava avançar e aprofundar com sucesso  
1037 na gestão pública, porque isso vai de encontro à lógica capitalista que está posta. Informou que não tinha nada contra a  
1038 parceria público-privada, inclusive há espaço para ela acontecer bem, inclusive e na infra-estrutura urbana que ela cai muito bem,  
1039 mas não concordava com esse tipo de modelo para a saúde. Relatou que não estava fazendo alusão a nenhum tipo de  
1040 ideologia barata, mas não mudaria seus princípios, pois eles a balizavam, e quando via, por exemplo, um slide da  
1041 apresentação que falava dos benefícios do modelo de gestão poderia ser feita uma leitura reversa, pois deixava entender que  
1042 não se teria capacidade de assumir. Informou que a proposta era inovadora, mas se fosse para se discutir na CIB do ponto de  
1043 vista de aprovação teria dificuldades de aprovar a proposta, e talvez o secretário agradeça por esta proposta não precisar  
1044 passar na CIB, mas relata que não estaria sendo honesta com o Secretário Jorge Solla, porque seria muito tranquilo ficar  
1045 calada na reunião e sair criticando posteriormente. Explicou que sabia da dificuldade que o Estado tinha, sabia da carência de  
1046 hospital, pois há vinte anos a Bahia encontrava-se sem um novo hospital de grande porte, mas poderia se inovar em outra  
1047 linha, e procurar saber de que forma que se poderia agregar um 'pool' de municípios, e tentar avançar na disputa no  
1048 congresso. Relatou que o município de Vitória da Conquista, que tem um hospital municipal com maior complexidade, sabe das  
1049 dificuldades, mas reafirmou que entendia que para se gerir um hospital público, construído com recurso público, a prerrogativa  
1050 é de se buscar caminhos que sinalizem positivamente para o fortalecimento do Estado. Relatou que se preocupava com alguns  
1051 pontos, por exemplo, com o município de Salvador, que tem dificuldade de avançar com a questão da estruturação da área  
1052 hospitalar, onde as parcerias deveriam estar postas mais neste sentido, onde se encontraria outras condições de avançar, de  
1053 fazer pool de municípios. Comentou que quando se discute Comando Único princípios do SUS, precisa-se entender que o  
1054 Estado está assumindo obrigações que não são suas, e quando se briga pelo Comando Único tem que ser fiel na luta e  
1055 enquanto gestora de município pensava desta forma, pois se a responsabilidade é do Estado precisa-se pensar meios de  
1056 dividi-la entre todos, assim como questões de regulação, investimentos. Informou que a parceria com a rede privada foi firmada  
1057 por dez anos, mas que não se pensasse que se entraria no edital porque a proposta era boa, o setor privado vem com o intuito  
1058 de lucro, o que não acontece com os gestores públicos, que trabalham com o SUS em outra lógica, investindo na melhoria, na  
1059 qualidade de vida da população. Comentou sobre a referência ao estado de São Paulo que foi citada, e que em sua opinião  
1060 não era referência, pois a cada dia que se passa o estado de São Paulo desqualifica e enfraquece ainda mais o SUS. Citou  
1061 como exemplo o avanço das OS, que aderiram a hospitais históricos como o hospital da criança entre outros e ampliando a  
1062 abertura de 25% dos leitos para serem entregues a administração privada, e isto era a maior prova da destruição do SUS pelo  
1063 capital, e de que as pessoas têm outras intenções que estão muito claras e nem sequer passam pelo SUS. Informou que  
1064 estava preocupada com os rumos que o SUS está tomando, e cada vez que vê propostas como fica mais triste porque percebe  
1065 a perda de capacidade de avanço na área de gestão pública. Relatou que não era um desabafo, e que não tinha visto nada em  
1066 relação à PPP, só tinha lido algumas coisas e ouviu comentários, e na verdade a apresentação da proposta havia aumentado  
1067 sua angústia. O Senhor Amauri explicou que concordava com a Senhora Suzana em relação a necessidade de partir para a  
1068 briga para defender o SUS, porém se fazia necessário derrubar aspectos da Lei de Responsabilidade Fiscal quanto à saúde e  
1069 educação, tem a questão da Lei de Responsabilidade Social entre outros, mas informou que o Estado foi derrotado em questão  
1070 bem inferiores, relatou que a aposta central de gestão era a fundação estatal, e foram derrotados no congresso, apesar da  
1071 força do presidente Lula, a Fundação Estatal não evoluiu, e questionou se os gestores iriam ficar parados. Comentou uma  
1072 declaração feita pelo secretário Jorge Solla de que não se tem hesitação de transferir recursos públicos para a iniciativa

1073 privada. Ressaltou que quando um município contratualiza as clínicas privadas está transferindo recursos públicos para a  
1074 iniciativa privada, diferente da gestão PPP, onde o capital privado é investido no patrimônio público. Questionou se a  
1075 contratualização não era exatamente isso, questionou também porque ainda se faz esse tipo de contrato e o mesmo  
1076 respondeu que era porque o Estado não tinha condições de prestar serviços diretos e isso era indiscutível. Informou que  
1077 atualmente era impossível que o SUS fizesse gestão direta sob todos os aspectos e atualmente os municípios seguem a lógica  
1078 de contratualização assim como o Estado, nos municípios que não são plenos. Ressaltou que os municípios que têm que ser  
1079 atendidos são os da universalização de atendimento, a garantia de atendimento à população, equidade e integralidade, que  
1080 são maiores do que qualquer convicção de gestão. Informou que estava sendo construído um modelo que garantia acesso  
1081 público integral e com qualidade. Explicou que não havia defendido o modelo paulista, e que concordava com a Senhora  
1082 Suzana de que o modelo paulista era pra ser esquecido, pois se a Bahia entrar na lógica só de OS como São Paulo, se teria o  
1083 monopólio das OS, o que não se quer, pois está se inovando para sair desse modelo, e quando fez referência a São Paulo foi  
1084 em relação a trazer gestores de outros estados para aquecer o mercado, e que estes gestores poderiam ser de qualquer  
1085 região. Ressaltou que a gestão tem que assegurar a prestação de serviços de qualidade à população, mas não dava para  
1086 praticar um SUS socialista em uma sociedade capitalista, e o SUS era uma contradição dentro do sistema capitalista, mas a  
1087 lógica capitalista é maior do que qualquer projeto social dentro dele. Explicou que a grande meta era ampliar serviços em  
1088 todos os aspectos na atenção básica e especializada, comentou que a Bahia precisava de serviços de todas as áreas. Afimou  
1089 que os hospitais HGE, Roberto Santos, Ernesto Simões, não comportavam mais serviços. Explicou que quando se inaugurar o  
1090 Hospital de Santo Antonio de Jesus, Hospital da Criança e o Hospital do subúrbio, vai impactar fortemente na assistência  
1091 especializada na Bahia, sendo mil e cem leitos a mais. A Senhora Suzana Ribeiro afirmou que não é questão de ideologia nem  
1092 de idealismo, e com relação a contratualização, que foi dito que era transferência de recursos para setor privado, colocou que  
1093 na verdade é feito o pagamento de serviços através da contratualização ao setor privado que é feita na tabela SUS, e a única  
1094 área que conseguiu um olhar diferenciado dentro do SUS foi a filantropia, informou que estava colocando sua posição, e que  
1095 esta não travava nada. Informou que concordava com muita coisa, inclusive foi pontuada essa questão, mas achava também  
1096 que se caminha muito mais para encontrar saídas neste sentido do que em outras. Informou que os municípios têm que ser  
1097 responsabilizados no processo e sabia por que o estado estava fazendo este movimento, e também sabia que a única que  
1098 havia conseguido recursos para contratualização havia sido a filantropia. Ressaltou que trazia a sua fala mais para reflexão, e  
1099 que não estava ali para criticar nem fazer críticas infundadas e irresponsáveis, e que não poderia deixar de dar sua opinião  
1100 clara e honesta. Ressaltou a necessidade de se buscar saídas que fortaleçam a gestão municipal e estadual, uma vez que se  
1101 vê muita disputa política entre estados e municípios. Afimou que se está pagando uma dívida social antiga e que infelizmente a  
1102 conta está na fatura do Estado e dos municípios. O Senhor Washington Couto informou que esta havia sido uma apresentação  
1103 que poderia ser trazido à CIB posteriormente para discussão e que os inscritos revisassem suas falas para dar mais agilidade à  
1104 reunião. O Senhor Coordenador sugeriu que fosse dado a palavra a Mara Clécia para que fossem respondidas algumas  
1105 questões. A Senhora Marta Rejane reafirmou que o que não tinha remédio estava remediado, e deu uma sugestão à Mara  
1106 Clécia, porque em dez anos, muita coisa do parque tecnológico se torna obsoleto, e era interessante que se previsse no  
1107 contrato essa questão da atualização dos equipamentos, assim como a previsão no contrato de um prazo para, quando da  
1108 interrupção de atendimento por quebra de equipamento, a pronta substituição do mesmo, para evitar problemas futuros. A  
1109 Senhora Mara Clécia informou que a atualização tecnológica está no projeto, e quando completar cinco anos os equipamentos  
1110 de menor porte serão substituídos e ao longo do projeto já está sendo previsto atualização dos equipamentos de maior porte.  
1111 Informou que em relação aos prazos de retorno não foram colocadas da forma que foi sugerida, mas como o prestador tem que  
1112 cumprir a quantidade de produção, essa quantidade está intimamente ligada a disponibilização de equipamentos. Relatou que  
1113 serão feitas três revisões do contrato a cada dois, cinco e sete anos, e nelas cabe tanto revisão econômica quanto revisão do  
1114 parque, onde haverá uma troca completa dos equipamentos de pequeno porte. Comentou que em relação à fala de Suzana  
1115 Ribeiro, faria sua as palavras do Senhor Amauri, com relação aos esclarecimentos que o Senhor Raul Molina pediu, as  
1116 informações on-line serão para o secretário e para a equipe de controle, mas haverá alguns indicadores que serão disponíveis  
1117 para a população. Com relação aos mecanismos de controle, a doutora Gisélia pediu que fosse comentado que foi feito um  
1118 projeto no qual a auditoria é considerada um dos entes no processo de fiscalização sistemática para monitoramento para  
1119 pagamento. Informou que haverá um grupo, formado pela rede própria e auditoria, além de uma auditoria externa contratada  
1120 pelo Estado e pelo parceiro privado para que se tenham especialistas na área que possa fazer o acompanhamento sistemático  
1121 da produção da qualidade, tempo e tudo que se precisa para garantir o melhor atendimento. Relatou que outros países, cuja  
1122 saúde é admirada, trabalham com PPP, e o que está sendo colocado é que sejam seguidos os princípios dos SUS, definidos  
1123 na constituição e que as outras questões que também são importantes, e que tem que ser superadas, mas a gestão não pode  
1124 esperar para que se tenha uma solução definitiva e não se pode parar de inaugurar hospitais. Ressaltou que as sugestões de  
1125 Suzana Ribeiro de que se façam outros estudos são bem vindas, mas seriam discussões futuras. O Senhor Coordenador  
1126 informou que quem, tivesse interesse em consultar, havia saído no correio brasileiro uma matéria grande falando sobre PPP  
1127 destacando informações sobre o Hospital do Subúrbio. Dando continuidade foi discutido o ponto de pauta: 1.2 Programa  
1128 Interfederado de implantação da Fundação Estatal Saúde da Família. O Senhor Ricardo informou que foi definido  
1129 anteriormente que uma parte do componente das especificidades regionais, e das compensações, seriam alocados nos  
1130 municípios que iriam aderir a Fundação Estatal, porém, houve uma dificuldade com relação ao recurso no ano de dois mil e oito,  
1131 e para aqueles municípios que receberam recursos, mas não aprovaram as leis autorizativas, não havia um mecanismo legal  
1132 para fazer a transferência do fundo municipal de saúde para a fundação estatal, dessa maneira ficou de se fazer os descontos  
1133 conforme diversas Resoluções anteriores do incentivo estadual e dessa forma, com base na autorização da CIB, foi procedido.  
1134 Relatou que atualmente foi feito um estudo sobre como seria operacionalizado este repasse de recurso para a fundação estatal  
1135 de acordo com o que foi definido anteriormente. Relatou que foi estabelecido, conforme a minuta que seria apresentada, a  
1136 criação de um novo componente específico dentro do incentivo estadual saúde da família para apoiar os municípios no  
1137 processo de implementação e contratualização da Fundação Estatal. Informou que a proposta já havia sido apresentada pela  
1138 manhã, com a apresentação da minuta de resolução, conforme segue: RESOLUÇÃO CIB Nº /2009. Cria Componente no  
1139 Incentivo Estadual Saúde da Família para Apoiar os Municípios no Processo de Implementação e Contratualização da

1140 Fundação Estatal Saúde da Família. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e  
1141 considerando: 1. A importância estratégica da Saúde da Família na organização e consolidação do SUS e na re-orientação do  
1142 modelo técnico-assistencial de saúde; 2. Que o Desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família deve ser fruto de uma ação  
1143 conjunta e articulada dos municípios e do governo do Estado substituindo ações isoladas e concorrentes por políticas  
1144 interfederadas pactuadas entre os entes e atores sociais que constituem o SUS Bahia; 3. Que a CIB através das resoluções  
1145 CIB 106 de 2007, 144 de 2007, 90 de 2008, 96 de 2008, 65 de 2009, e, finalmente, 92 de 2009 manifestou diversas vezes que  
1146 a implantação da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) teria importante impacto na expansão, qualificação e  
1147 desenvolvimento da Atenção Básica em todo o estado além de ser um potente mecanismo de atuação interfederada para a  
1148 equidade sistêmica do SUS-Bahia, para a despreciação, educação permanente e valorização dos trabalhadores das  
1149 equipes e para o planejamento e regulação do mercado de trabalho na saúde da família; 4. Que o relatório da VII Conferência  
1150 Estadual de Saúde "considera as Fundações Estatais como uma das alternativas da gestão para o SUS-Bahia" e que tanto a  
1151 Conferência quanto o Conselho Estadual de Saúde deliberaram pela criação de uma Comissão Paritária que analisou a  
1152 proposta e o projeto de lei da FESF e aprovou ambos como uma importante estratégia para a qualificação da Saúde da Família  
1153 no Estado da Bahia; 5. Que recentemente a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia – FESF foi instituída por diversos  
1154 municípios baianos, com o importante apoio do Governo do Estado, como uma entidade interfederada, 100% pública, dotada  
1155 de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, e que tem fim  
1156 exclusivo de, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado, desenvolver ações e serviços de atenção à saúde, em especial  
1157 a estratégia de saúde da família, de acordo com as políticas de saúde dos municípios, da Secretaria da Saúde do Estado da  
1158 Bahia e do Ministério da Saúde; 6. A resolução CIB 123/2009 que cria o Programa de Desenvolvimento Interfederado da  
1159 Estratégia de Saúde da Família da Bahia como um Programa do SUS-Bahia que envolve os Municípios, a FESF-SUS e o  
1160 Governo do Estado; 7. O importante papel do Governo do Estado da Bahia no processo de implementação da FESF e apoio  
1161 aos Municípios na contratualização de serviços e desenvolvimento de ações conjuntas com a mesma no sentido da realização  
1162 dos objetivos estratégicos do Programa; 8. A Resolução nº. 001/2001 do Conselho Estadual de Saúde, que aprovou o incentivo  
1163 ao Programa Saúde da Família mediante o repasse de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de  
1164 Saúde; 9. O Decreto nº. 10.334, publicado no Diário Oficial do Estado de 27 de abril de 2007, retificado pelo Decreto nº.  
1165 10.338 de 09 de maio de 2007, que instituiu, no âmbito da Administração Estadual, o mecanismo de transferência regular e  
1166 automática de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais para desenvolvimento e manutenção de  
1167 programas de proteção à saúde. RESOLVE Art. 1º Criar no âmbito do Incentivo Estadual de Saúde da Família o Componente  
1168 de Apoio aos Municípios na Implementação e Contratualização da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS) com o  
1169 objetivo de avançar na expansão, qualificação e desenvolvimento da estratégia de saúde da família nos Municípios que fizerem  
1170 adesão à FESF. Parágrafo Único - Através deste Componente o Governo do Estado poderá transferir recursos para apoiar os  
1171 Municípios na Contratualização e Desenvolvimento conjunto de Ações com a FESF conforme Resoluções e Portarias que  
1172 discriminem os valores, destinos e vigências desses recursos. Art. 2º Que o saldo do encontro de contas entre Governo do  
1173 Estado e Municípios previsto na resolução CIB 96 de 2008, artigo 10 em seu 3º parágrafo, CIB 92 de 2009 artigo 5º e CIB 123  
1174 de 2009 no artigo 10º em seu 1º parágrafo deverá ser transferido a Municípios Instituidores da FESF por esse Componente  
1175 para que seja finalmente transferido à FESF. § 1º A transferência para os Fundos Municipais com o objetivo de efetivar o  
1176 encontro de contas do ano de 2009 será realizada por Portaria que respeite os valores e destinos contidos no Anexo 01 desta  
1177 resolução. § 2º Demais transferências relativas a este artigo exigirão novas Resoluções e Portarias. Art. 3º Esta resolução  
1178 entrará em vigor a partir da data de sua publicação. Salvador, 16 de novembro de 2009. O Senhor Ricardo informou que havia  
1179 identificado um erro no texto mas que iria ser corrigido posteriormente e ressaltou que no geral seria aprovada a criação do  
1180 incentivo colocando o encontro de contas, colocando outro bloco específico prevendo que seria possível utilizar a mesma  
1181 modalidade do incentivo estadual para este componente para colocar mais recursos do tesouro estadual como incentivo para  
1182 implementação e contratualização dos municípios junto a fundação estatal. Informou que havia saído o encaminhamento pela  
1183 manhã para além da aprovação dessa minuta se definir uma reunião em dezembro para pensar a CER para o próximo ano,  
1184 além de se discutir a manutenção do incentivo estadual conforme a portaria 1529 onde todos os municípios, mesmo os que  
1185 ainda não aderiram a fundação, continuam recebendo o incentivo estadual no valor de mil e quinhentos por equipe por mês. **A**  
1186 **Senhora Suzana informou que não haveria discussão uma vez que foi consenso a aprovação da minuta com a redação**  
1187 **anterior.** Relatou que, no que ocorrer, havia questões de alta complexidade que era o pedido de Jequié, Teixeira de Freitas e  
1188 Santo Antônio de Jesus para habilitação para captação de recursos para ressonância magnética, Cruz das Almas e Santo  
1189 Antônio para recursos de tomografia computadorizada, Vitória da Conquista que já havia sido aprovada na CIB o  
1190 credenciamento de serviços de cintilografia, mas era sabido que não havia recursos no teto para garantia desse serviço, e a  
1191 solicitação era que juntamente com esses e outros serviços e mais a habilitação endovascular do Hospital de Base, possa se  
1192 pleitear recurso junto ao Ministério da Saúde para se garantir esse financiamento. Relatou que o Hospital de Base de Vitória da  
1193 Conquista vem realizando, 46.8% das embolotomias realizadas no Estado, no período de janeiro a agosto do ano corrente.  
1194 Afimou que estes procedimentos estão sendo faturados como média complexidade, logo é necessária uma visita técnica para  
1195 que se possa fechar a habilitação. Explicou que o Ministério da Saúde sempre disponibiliza recursos no final do ano e há  
1196 possibilidade de captar recursos de alta complexidade para não se comprometer o teto da pactuação da PPI que está bastante  
1197 escasso. Ressaltou que para cintilografia, o serviço estava sendo prestado apenas em Itabuna, e os municípios da região  
1198 sudoeste não têm tido mais acesso e, considerando que está se trabalhando com a questão do UNACON em Vitória da  
1199 Conquista, a cintilografia é mais do que necessária. Repetiu que em Santo Antônio e Cruz das Almas seria o serviço de  
1200 tomografia computadorizada, Santo Antônio de Jesus, Teixeira de Freitas e Jequié ressonância magnética, e em Conquista a  
1201 cintilografia e habilitação endovascular. Informou que a solicitação do serviço de cintilografia já foi aprovada e estava  
1202 encaminhando os demais projetos junto a DICON. Reafirmou que todos estes seriam solicitações de recursos para habilitação.  
1203 **O Senhor Coordenador informa que, se não há manifestação contrária estava considerado aprovado e só seria**  
1204 **encaminhado ao Ministério à medida que se tenha a documentação técnica.** A Senhora Nanci Nunes, secretária executiva  
1205 da CIB informou que um dos gestores chamou a atenção com relação à proposta de construção de unidades, pois a habilitação  
1206 de construções de unidades básicas seria para municípios com menos de cinquenta mil habitantes e dentre os critérios, um



1207 deles seria excluir os municípios que não tiveram o relatório de gestão 2008 aprovado, mas havia um campo onde eram  
 1208 discriminados os municípios que deram entrada no Ministério Público para que estes tenham algum tipo de respaldo legal  
 1209 frente à auditoria e Ministério Público. Informou que já tinha combinado com a Senhora Suzana Ribeiro e que estes municípios  
 1210 seriam considerados cobertos para fazerem solicitações. O Senhor Coordenador informou que no dia cinco de dezembro,  
 1211 sábado, haveria a inauguração do Hospital Eládio Lassere, que fica localizado no bairro de Cajazeiras, tinha cinco leitos e  
 1212 agora passaria a ter cento e cinquenta leitos, triplicando a capacidade atual. Informou que no dia quatorze de dezembro iria ser  
 1213 inaugurado o hospital de Santo Antonio de Jesus, que será referência para o recôncavo, atendendo pacientes de três  
 1214 macrorregiões do Estado. Explicou que no dia nove de dezembro estaria sendo entregue a reforma geral de equipamentos na  
 1215 unidade de emergência no bairro de plataforma. Nos dias trinta, primeiro e dois, será realizado o encontro baiano de gestão do  
 1216 SUS, parabenizou os organizadores da proposta. Informou que no dia trinta pela manhã estava confirmado a presença do  
 1217 governador o encerramento do Projeto Saúde Bahia, com a formalização da entrega dos equipamentos e Relatórios do Projeto.  
 1218 Ainda no dia trinta pela tarde haverá o Congresso do COSEMS com as duas primeiras mesas e em paralelo uma oficina do  
 1219 encerramento do Projeto Saúde Bahia. No dia primeiro haveria três atividades em paralelo, que seriam o seminário de  
 1220 planejamento do SUS, o congresso do COSEMS e uma oficina de gestão participativa. Ainda no dia primeiro pela manhã, o  
 1221 governo do Estado estará junto com o Ministério da Saúde inaugurando o serviço de referência para partos de adolescentes  
 1222 em Salvador, em três maternidades: Tísila Balbino, IPERBA e a maternidade de Pau Miúdo sendo que a atividade vai ser  
 1223 centralizada na Tísila Balbino que está completando cinquenta anos. Informou que a Tarde a programação continuava com o  
 1224 Seminário de Planejamento, o Congresso do COSEMS e uma reunião de cooperação técnica com a Organização Pan-  
 1225 Americana de Saúde – OPAS. No dia dois do doze pela manhã estará se fazendo o seminário comemorativo dos quinze anos  
 1226 do PSF, onde haverá uma série de atividades e entre elas o lançamento do edital para o concurso da Fundação Estatal de  
 1227 Saúde da Família. Informou que na mesma data o CONASS havia agendado a décima segunda assembleia do ano, transferida  
 1228 de Brasília para Salvador. À tarde a programação segue com a mesa redonda sobre a Atenção Básica no Brasil em paralelo à  
 1229 décima segunda assembleia do CONASS que vai acontecer em Salvador e pela tarde talvez houvesse o lançamento de um  
 1230 livro e um coquetel de encerramento. Ao final lembrou da importância do evento e pediu a participação de todos. A Senhora  
 1231 Nanci Nunes informou que o evento que quanto ao evento que será realizado nos dias primeiro e dois, o seminário de  
 1232 planejamento, está sendo feito um encaminhamento de um ofício para dar ciência aos gestores e solicitar aos mesmos que  
 1233 encaminhassem, através de e-mail, o nome do técnico que viria para participar deste evento, e o contato poderia ser feito tanto  
 1234 com a secretaria executiva da CIB como com a Assessoria de Planejamento – ASPLAN, mas para o envio do nome do técnico  
 1235 o contato deveria ser feito com a CIB. O Senhor Coordenador questionou se todos haviam acompanhado as várias tentativas  
 1236 que estavam sendo feitas desde o ano passado para viabilizar assistência aos alunos do TOPA, informou que foram ampliados  
 1237 os credenciamentos dos serviços de oftalmologia, a programação dos serviços contratados, foram viabilizadas modalidades  
 1238 contratuais de valores diferenciados para o serviço móvel, foi discutido na CIB para o Estado pagar os serviços que fossem  
 1239 prestados por prestadores em município de gestão plena e, além disso, o Estado conseguiu viabilizar o credenciamento de  
 1240 uma equipe de Ribeirão Preto, que havia se disponibilizado a trabalhar um ano na Bahia com remuneração no valor de tabela  
 1241 SUS para fazer consultas, exames e cirurgias oftalmológicas, prioritariamente para os pacientes do TOPA. Relatou que esse  
 1242 evento começou na Dires de Guanambi e está sendo feito em municípios que não estão em Gestão Plena, mas não há  
 1243 nenhum impedimento para os municípios de Gestão Plena. Informou que já estiveram em Mortugaba e começaria no próximo  
 1244 dia em Caetitê, depois seria feita a microrregião de Brumado, provavelmente em Ituaçu, posteriormente na Microrregião  
 1245 de Conquista em Anagé e em janeiro na Microrregião de Itapetinga. Informou que na sequência passaria pela microrregião de  
 1246 Jequié, no município de Itagi e depois na microrregião de Valença, no município de Gandu. Sendo que estaria sendo  
 1247 contemplado um município de cada microrregião, priorizando municípios que não estão em gestão plena, mas que têm uma  
 1248 estrutura hospitalar que pode ser disponibilizada para este tipo de procedimento. Informou que não colocou na microrregião de  
 1249 Ilhéus e Itabuna porque são regiões que possuem uma quantidade grande de serviços de oftalmologia já sendo prestados.  
 1250 Relatou que este Projeto se chama Saúde em Movimento e a programação confirmada é essa que foi passada. O Senhor  
 1251 Coordenador sugeriu que a reunião fosse dia quinze de dezembro, em virtude da inauguração do Hospital de Santo Antônio de  
 1252 Jesus. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para  
 1253 o dia 15 de dezembro, terça-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio  
 1254 Salles, lavei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 16 de novembro de  
 1255 2009.

1256  
 1257 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
 1258 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
 1259 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
 1260 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
 1261 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_  
 1262 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_  
 1263 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
 1264 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis \_\_\_\_\_  
 1265 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
 1266 José Carlos Raimundo Brito \_\_\_\_\_  
 1267 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_  
 1268 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
 1269 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
 1270  
 1271