

**Ata da 207ª Reunião Ordinária de 2012****CIB - Comissão Intergestores Bipartite**

1  
2  
3 Aos vinte e três dias do mês de agosto do ano 2012, no Auditório da Secretaria de Agricultura, Irrigação  
4 e Reforma Agrária - SEAGRI, no Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores  
5 Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB,  
6 Dra. Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e Coordenador Adjunto da CIB, Dra Suzana  
7 Cristina Silva Ribeiro, Dra Gisélia Santana Souza, Dra Tatiana Maria Paraíso, e dos Suplentes - Dra  
8 Alcina Marta de Souza Andrade, Sra. Stela Souza dos Santos Souza, Dr. José Raimundo Mota de  
9 Jesus, Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus, Dr. Alfredo Boa Sorte Júnior, Sra. Telma Dantas Teixeira  
10 de Oliveira e Sra. Maricélia Oliveira Figueiredo Lima. Às quatorze horas, havendo número legal, o  
11 Senhor Coordenador declarou aberta a sessão, colocando em discussão e aprovação a Ata da 204ª  
12 Reunião Ordinária da CIB, que foi encaminhada anteriormente aos membros, informando que as Atas  
13 das 205ª e 206ª Reuniões Ordinárias da CIB seriam encaminhadas posteriormente aos membros para  
14 aprovação na próxima CIB. A Ata da 204ª Reunião Ordinária foi aprovada por unanimidade. O Sr  
15 Coordenador efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para  
16 informes e aprovação/homologação. **1. Informes:** Até aquela data um município ainda não havia  
17 encaminhado o Relatório de Gestão 2007 para a CIB e não apresentou justificativa (Buerarema). Até  
18 aquela data oito municípios não tinham encaminhado Relatório de Gestão 2008, aprovado pelo CMS,  
19 para as DIRES e não apresentaram justificativas (Santa Luzia, Itabuna, Lajedão, Jucuruçu, Dário Meira,  
20 Caldeirão Grande, Guajeru e Feira da Mata. Até aquela data trezentos e setenta e seis municípios  
21 encaminharam Relatório de Gestão 2009 para as DIRES (90,17% dos municípios) e quarenta e um não  
22 encaminharam (9,83% dos municípios). Até aquela data trezentos e trinta municípios encaminharam  
23 Plano Municipal de Saúde 2010-2013 para as DIRES (79,14% dos municípios) e oitenta e sete não  
24 encaminharam (20,86% dos municípios). Até aquela data cento e trinta e sete municípios  
25 encaminharam Programação Anual de Saúde 2010 para as DIRES (32,85% dos municípios) e duzentos  
26 e oitenta não encaminharam (67,15% dos municípios). Até aquela data duzentos e setenta municípios  
27 encaminharam Relatório de Gestão 2010 para as DIRES (64,75% dos municípios) e cento e quarenta e  
28 sete não encaminharam nem apresentaram justificativas (35,25% dos municípios). Até aquela data  
29 cento e vinte e nove municípios encaminharam Programação Anual de Saúde 2011 para as DIRES  
30 (30,94% dos municípios) e duzentos e oitenta e oito não encaminharam (69,06% dos municípios). Até  
31 aquela data cento e cinco municípios encaminharam Relatório de Gestão 2011 para as DIRES (25,18%  
32 dos municípios) e trezentos e doze não encaminharam nem apresentaram justificativas (74,82% dos  
33 municípios). Em relação a estes informes, Dr. Washington Abreu relatou que, nesse esforço de  
34 qualificação da construção e implementação dos Instrumentos de Gestão do SUS, o Ministério da  
35 Saúde disponibilizou o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão e, com o apoio do COSEMS e dos  
36 Secretários Municipais, conseguiram finalizar o cadastramento de todos os municípios da Bahia no  
37 Sistema, no dia anterior a esta CIB (22 de agosto), ou seja, 100% dos municípios baianos estavam

38 cadastrados, com as suas Secretarias Municipais e Conselhos Municipais de Saúde, para utilizarem o  
39 Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão. E que com isso se esperava que os informes relativos a  
40 Relatórios de Gestão que eram apresentados mensalmente naquela CIB mudassem radicalmente de  
41 cenário, porque estavam tendo agora um dispositivo eletrônico que apoiaria os municípios naquela  
42 construção. Colocou ainda que eles iriam trazer aqueles informes permanentemente, como um  
43 processo de apoio, na medida do possível, bastante significativo, a partir principalmente das Diretorias  
44 Regionais de Saúde, nas Comissões Intergestores Regionais – CIR, para que, no próximo ano, o  
45 cenário relativo a Relatórios Anuais de Gestão, Planos Municipais de Saúde e Programações Anuais de  
46 Saúde se diferenciasse e conseguissem seguir qualificando o processo de formulação das políticas no  
47 Estado. O Sr Coordenador continuou então com os informes: O Ministério da Saúde encaminhou  
48 publicação referente ao Termo de Ajuste Sanitário dos Municípios de Caraíbas, Paulo Afonso,  
49 Eunápolis, Carinhanha e Ibititá, para conhecimento. Na oportunidade, Dr. José Raimundo, da Auditoria  
50 do SUS Bahia, pediu que as Secretarias Municipais de Saúde - SMS dos seguintes municípios se  
51 dirigissem à Auditoria, para assinatura de Termo de Ajuste Sanitário – TAS: Umburanas, São Félix,  
52 Santo Estevão, Ibotirama, Ipirá, Caculé, Serrinha, Canarana, Castro Alves e Tabocas do Brejo Velho. O  
53 Sr Coordenador solicitou que a Secretaria Executiva enviasse correspondência aos municípios,  
54 reiterando a necessidade de procurarem a Auditoria Estadual. Curso de Extensão em Administração  
55 Hospitalar, com inscrições até 28/09/2012, através dos endereços: [www.adm.ufba.br](http://www.adm.ufba.br) e  
56 [www.inovarh.ufba.br](http://www.inovarh.ufba.br). O Sr Coordenador informou que várias turmas do Curso de Especialização seriam  
57 concluídas naquele mês e que nos próximos dois a três meses seria encerrada a turma de Jequié,  
58 depois a de Ilhéus e a da Região Metropolitana de Salvador; que turmas do Curso de Extensão em  
59 Administração Hospitalar estavam sendo abertas para quem tivesse interesse e disponibilidade.  
60 Informou ainda sobre o Fórum Nordeste de Gestão em Saúde, que seria realizado de 12 a 14 de  
61 setembro, no Centro de Convenções da Bahia, com diversos eventos em paralelo. Dentro da  
62 programação do Fórum noticiou, no dia 13 pela manhã, a realização de uma mesa sobre o balanço do  
63 Hospital do Subúrbio, inaugurado há exatamente dois anos, com apresentação dos indicadores dos  
64 resultados, em uma discussão acerca do projeto do Hospital do Subúrbio e de seu desenvolvimento nos  
65 dois primeiros anos; e falou sobre uma mesa a ser realizada pela tarde, com apresentação de novos  
66 projetos de parceria pública e privada, sendo dois da SESAB: um da área de imagem e informatização e  
67 um do novo Hospital Couto Maia. E que aquele Evento contaria com a participação de colegas de  
68 secretarias estaduais e municipais de outros estados, que iriam trazer apresentações de projetos que  
69 estavam sendo desenvolvidos naquela área; para o encerramento, no dia 14, informou que, a partir das  
70 16 horas, contariam com a presença do Ministro da Saúde, Dr. Alexandre Padilha e do Governador do  
71 Estado, Sr. Jaques Wagner. A Sra. Ana Paula Dórea, da *Quality* Bahia, agradeceu a participação da  
72 SESAB e também ao Dr. Jorge Solla, por estar proporcionando a oportunidade daquele grande Evento  
73 e solicitou a colaboração de todos para a divulgação nas redes sociais, a fim de que, nos dias 12, 13 e  
74 14, o Centro de Convenções da Bahia pudesse estar repleto de pessoas interessadas em adquirir ainda

75 mais conhecimentos sobre Gestão. Informou que as inscrições eram gratuitas e estavam sendo  
 76 realizadas no site da SESAB, para todos os servidores públicos do Estado. Anunciou também a Feira  
 77 de Produtos, em paralelo a este Evento, no 3º piso do Centro de Convenções e finalizou  
 78 disponibilizando o site do Fórum: [www.forumsaudene.com.br](http://www.forumsaudene.com.br). A Sra. Stela Souza informou que o  
 79 COSEMS também ia participar do Fórum, inclusive com um stand; que já havia se comprometido com a  
 80 equipe da Quality em divulgar nas redes sociais, que a equipe de imprensa do COSEMS já estava  
 81 acompanhando e ajudando na divulgação e que apoiaria também durante o Evento. Ainda nos informes,  
 82 o Sr Coordenador divulgou a Jornada Baiana de Psiquiatria, nos dias 14 e 15 de setembro, no Hotel  
 83 Deville, com maiores informações através do e-mail [ritamoraes@secretariaexecutiva-ba.com.br](mailto:ritamoraes@secretariaexecutiva-ba.com.br).  
 84 Informou também a realização de uma atividade comemorativa dos vinte anos do Programa de Agentes  
 85 Comunitários de Saúde, no dia 10 de setembro, no Centro de Convenções da Bahia, com uma atividade  
 86 solene pela manhã e, à tarde, uma mesa com debates, numa organização conjunta com as associações  
 87 de agentes comunitários, tendo sido feita uma distribuição de vagas nos diversos municípios, para sua  
 88 participação. Colocou que gostaria de contar com o apoio de todas as Secretarias Municipais de Saúde  
 89 para o sucesso do Evento, tanto quanto tem sido o Programa nos últimos vinte anos. O Diretor da  
 90 Atenção Básica, Dr. Ricardo Heinzemann, informou que seria encaminhada uma Nota Técnica deste  
 91 Evento a todos os municípios, pois a SESAB disponibilizaria nove ônibus para trazer os ACS dos  
 92 municípios para Salvador e que a idéia era trazer um agente de cada município, para garantir a  
 93 representatividade de todos os municípios, priorizando os agentes que estivessem com mais tempo de  
 94 atuação no município e que disponibilizaria a Nota Técnica no dia seguinte à CIB (24 de agosto).  
 95 Colocou que a escolha dos agentes seria mediante os sindicatos e associações locais e que estavam  
 96 tendo uma estreita comunicação com eles. Salientou a importância dos gestores municipais liberarem o  
 97 agente naquele dia e que haveria um esquema para evitar ausência do agente no município naquele  
 98 período, com a vinda no domingo e a volta na segunda-feira à noite, para que na terça-feira já  
 99 pudessem estar trabalhando normalmente em suas ações. O Sr Coordenador informou que os agentes  
 100 iriam receber alimentação e transporte, mas que se os gestores municipais liberassem uma diária já  
 101 ajudaria também. Antes de dar prosseguimento à ordem do dia, pediu um minuto de silêncio pela perda  
 102 de dois companheiros, Dra Maria Conceição Benigno Magalhães, Diretora da DIPRO e o Conselheiro  
 103 Estadual de Saúde e Diretor da Confederação dos Trabalhadores, Sr José Barberino. **2. Publicações**  
 104 **de Resoluções *ad referendum*** - Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:

Resolução	Publicação no DOE	Assunto
247/2012	24.07.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma. Simões Filho, São Sebastião do Passé, Jeremoabo, Governador Mangabeira.

248/2012	24.07.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Barra, Jaguarari, Riachão do Jacuípe, Mairi, Marcionílio Souza e Saúde.
249/2012	24.07.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Glória e Feira da Mata.
264/2012	01.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município de Irecê, porte I, conforme recomendação da Portaria nº 1.020/09 do GM/MS.
267/2012	07.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a habilitação do Serviço de Terapia Nutricional de Alta Complexidade do Hospital Santo Antônio: CNPJ 15.178.551/0001-17, CNES 2802104.
268/2012	07.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a habilitação do Serviço de Terapia Nutricional de Alta Complexidade do Hospital do Subúrbio: CNPJ 13.937.131/0001-41, CNES 6595197.
269/2012	07.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família.
270/2012	07.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Bom Jesus da Lapa e Nazaré.
272/2012	09.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município de Prado, porte I, conforme recomendação da Portaria nº 1.020/09 do GM/MS.
273/2012	09.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município de Simões Filho, porte II, conforme recomendação da Portaria nº 1.020/09 do GM/MS.
274/2012	09.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à terceira parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do Município de Cruz das Almas, porte I, conforme recomendação da Portaria nº 1.020/09 do GM/MS.
276/2012	11 e 12.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Manoel Vitorino.
277/2012	11 e 12.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. laçu.
278/2012	11 e 12.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do

		Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma. Serrinha.
279/2012	14.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a habilitação em Atenção Domiciliar dos Municípios de Camaçari e Guanambi.
280/2012	21.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Carinhanha.
281/2012	21.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de UBS para Equipes de Saúde da Família. Macarani.
282/2012	21.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receber os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Reforma. Nilo Peçanha, Pintadas, Novo Triunfo, Iará e Mutuípe.
283/2012	21.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço da Unidade Básica de Saúde (UBS). Barra.
284/2012	21.08.2012	Aprova, <i>ad referendum</i> , a justificativa formal acerca da relevância e da necessidade da alteração do endereço de Construção do Pólo da Academia de Saúde. Barra.

105 **3. Aprovações/homologações** - O Sr Coordenador passou para os expedientes encaminhados à  
106 Secretaria Executiva da CIB, para aprovação/homologação. Superintendência de Atenção Integral à  
107 Saúde – SAIS/DAB - **Credenciamentos aprovados:**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo 2 – Composição da Equipe: Psicólogo (40h); Fisioterapeuta (30h); Terapeuta Ocupacional (20h); Assistente Social (30h).	Retirolândia
	01 NASF Tipo 2 vinculado a 03 ESF – Composição da Equipe: Assistente Social (30h); Fisioterapeuta (30h); Psicólogo (40h); Professor de Educação Física (40h).	Cafarnaum
	Alteração da Composição da Equipe NASF I: Composição atual: 01 Educador Físico; 01 Nutricionista; 01 Fisioterapeuta; 01 Médico Ginecologista; 01 Médico Psiquiatra. Composição solicitada: 01 Educador Físico (40h); 01 Nutricionista (40h); 01 Assistente Social (30h); 03 Fisioterapeutas (60h); 01 Psicólogo (30h).	Rio Real
	Retificação do credenciamento da equipe de NASF tipo II, para a inserção do profissional Assistente Social, conforme projeto de credenciamento do município – Vale ressaltar que este credenciamento foi aprovado na Resolução CIB nº 238/2012, em 19 de julho de 2012.	Queimadas
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB, modalidade I, para USF Dr. Ailton Souza Pereira;	Ruy Barbosa
	01 ESB, modalidade I, para USF de Aeroporto;	Canudos
	01 ESB, modalidade I, vinculada a ESF Sede;	Barro Alto
	01 ESB, modalidade I, vinculada a ESF de Feira Nova;	Ibititá

ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB, modalidade I, vinculada a ESF Jaboticaba;	Quixabeira
	02 ESB, modalidade I: uma vinculada à ESF da USF do Povoado da Laguna; uma vinculada à ESF da USF do Povoado do Cambaitó;	Riacho de Santana
	03 ESB, modalidade I: 01 vinculada à ESF da USF Alecrim; uma vinculada à ESF da USF Tabuleiro; uma à ESF da USF Pitanga.	Cachoeira
	03 ESB, modalidade I: 01 vinculada à ESF da USF Centro; uma vinculada à ESF da USF Zé do Peixe, localizada no Povoado de Passagem; uma vinculada à ESF da USF Manoel Gonçalves Bastos, localizada na Comunidade de Nova Holanda.	Pilão Arcado
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF, modalidade I, para USF de Aeroporto.	Canudos
	01 ESF localizada no Distrito de Feira Nova.	Ibititá
ACS – Agente Comunitário de Saúde	08 ACS.	Serrinha

108 Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: **Solicitação de remoção dos**  
 109 **servidores do Ministério da Saúde que tinham sido cedidos à SESAB - expediente aprovado.**  
 110 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: credenciamento de  
 111 CAPS para as unidades abaixo relacionadas – aprovados.

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Itacaré	7063482	CAPS I de Itacaré	13.030.899/0001-37	CAPS I
Luis Eduardo Magalhães	6980880	CAPS I Gislaine Gado	11.101.542/0001-77	CAPS I
Gandu	6879829	CAPS I de Gandu	11.392.658/0001-02	CAPS I

112 **Habilitação dos procedimentos de laqueadura e vasectomia para a unidade abaixo relacionada –**  
 113 **aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Conceição do Almeida	2389592	Hospital Maternidade Helena Magalhães	14.426.829/0001-65	1901 – Laqueadura tubária 1902 – Vasectomia

114 **Habilitação do procedimento de videocirurgias para a unidade abaixo relacionada – aprovado:**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	0004278	Hospital Martagão Gesteira	15.170.723/0001-06	2901 – Videocirurgias

115 Na seqüência o Sr Coordenador passou às propostas de apresentações encaminhadas à Secretaria  
 116 Executiva da CIB. **4. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP:**  
 117 **Estratégias de Vacinação** – a Dra. Fátima Guirra, da DIVEP, informou que não se tratava de estratégia  
 118 de vacinação, mas da apresentação do que tinha sido aprovado na CIB, em relação à transferência do  
 119 recurso destinado para o apoio das estratégias de vacinação. Informou que a campanha da Influenza  
 120 tinha obtido um saldo positivo, vacinando 1,8 milhões de pessoas do grupo alvo da campanha naquele  
 121 momento: gestantes, crianças menores de dois anos, trabalhadores de saúde, povos indígenas e  
 122 pessoas com mais de sessenta anos. Informou também que trezentos e quarenta municípios tinham  
 123 alcançado a meta preconizada para o controle das três cepas da Influenza - cepa A H1N1, cepa A  
 124 H2N3 e cepa B - que naquele momento estavam circulando no meio ambiente, porém agora em níveis  
 125 aceitáveis em relação à presença, tanto da Influenza como também da Para-influenza e do vírus  
 126 sincicial. E falou da campanha da Poliomielite, para crianças menores de cinco anos, quando trezentos  
 127 e quarenta e cinco municípios da Bahia tinham alcançado a meta de 95% de cobertura, com

128 homogeneidade de aproximadamente 82% dessa cobertura. Noticiou a abertura da Multivacinação,  
129 mais recentemente, com a presença do Sr Ministro, do Sr Secretário da Saúde e do Sr Governador,  
130 com a implantação da Vacina Pentavalente, conferindo proteção para cinco doenças e que já estava no  
131 calendário básico de vacinação da criança, passando a ser uma vacina combinada contra Difteria,  
132 Tétano, Coqueluche, Meningite por Haemophilus B e Hepatite B. Noticiou também estar havendo uma  
133 involução da vacina de Pólio Inativada, fazendo parte do plano de erradicação da Poliomielite no  
134 mundo, até porque ainda existia circulação dos vírus um e três, em três regiões de países como  
135 Paquistão, Afeganistão e Nigéria. Lembrou outro compromisso assumido também na CIB, a realização  
136 pós-campanha de multivacinação do monitoramento rápido de cobertura, que era avaliada pelo Sistema  
137 de Avaliação do Programa de Avaliação – SIAP e que, dentro daquela cobertura, tinha sido verificada  
138 uma heterogeneidade que tinha uma variação de 50% até 340% de cobertura vacinal em todas as  
139 vacinas. Falou que o Estado tinha um perfil de cobertura vacinal desejável para vacina BCG, vacina  
140 contra Hepatite B, vacina contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite por Haemophilus B - a  
141 conhecida Tetravalente - e a vacina Tríplice Viral – Sarampo, Rubéola e Caxumba - de 2006 até o  
142 momento, pois a implantação da vacina Rotavírus tinha sido em março de 2006. E que a cobertura  
143 vacinal vem sendo gradativa, mas que em 2011 havia chegado a 81% e o ideal, para o controle do  
144 Rotavírus pela cepa específica G1, era uma cobertura vacinal em torno de 95%. Ponderou que, para  
145 essa situação, era importante compartilharem que se tratava da taxa de abandono, a diferença entre  
146 crianças que recebem a primeira dose e retornam para receber a segunda dose da vacina Rotavírus,  
147 das que não retornam. Comentou que se tem colocado todos os esforços para captação de crianças  
148 para completarem o esquema com a vacina de Meningite Meningocócica tipo C e a vacina  
149 Pneumocócica 10 valente, ambas implantadas em 2010 e que tinham uma cobertura vacinal variando  
150 hoje de 80% a 91%. A Técnica mostrou que, com aquela heterogeneidade, com a rotina nas três mil  
151 duzentas e cinquenta salas de vacinas cadastradas no CNES, existia também a variedade de  
152 estratégias de vacinação, as estratégias específicas. E que pela primeira vez, naquele momento da  
153 grande chamada para atualização da caderneta de saúde da criança, a multivacinação estava utilizando  
154 metodologia diferenciada, porque a Bahia já tinha uma história e uma cultura de realização da  
155 intensificação vacinal e que era uma semana que terminaria aquele início ou complementação do  
156 esquema vacinal na sexta-feira seguinte àquela reunião. Ressaltou ser necessário, para que o trabalho  
157 fosse concluído, que se conseguisse 100% dos municípios baianos cumprindo com o monitoramento  
158 rápido de cobertura vacinal, e isso com uma metodologia do trabalho casa a casa, para checar se  
159 aquela cobertura administrativa estava dentro da realidade do Estado, que era para atender o objetivo  
160 maior do Programa de imunização - a erradicação, o controle e a eliminação da doença. Ressaltou a  
161 importância do trabalho para todos, pois era um momento difícil para aquela operacionalização da  
162 pesquisa casa a casa, mas que estavam reunindo esforços para assumir o trabalho, pelo menos até o  
163 final de setembro. E colocando-se à disposição, reiterou a grande responsabilidade para o Estado, de  
164 identificar possíveis monções de suscetíveis para as doenças que estavam no caminho da erradicação,  
165 da eliminação e do controle. Dando prosseguimento, o Sr Coordenador passou para o próximo ponto de  
166 pauta. **5. GASEC – COPE: Apresentação do Plano Estadual de Saúde – PES 2012/2015** – O Dr.  
167 Washington Abreu começou falando que apresentaria o resultado de praticamente dois anos de  
168 trabalho na construção do PES, que teve a participação direta e indireta de muitos municípios, a partir  
169 das Conferências Municipais e dos Fóruns de debates produzidos nessa direção. Chamou a atenção  
170 que, com o Decreto 7508, de julho de 2011, e a Lei Complementar número 141, de 2012, os Planos de  
171 Saúde passavam a ter uma importância mais estratégica para a formulação das Políticas Públicas, e o  
172 que decorria do processo de pactuação tinha a ver com o conteúdo destes instrumentos de  
173 planejamento. Colocou que o Plano Estadual de Saúde foi aprovado no dia doze de julho de 2012, pelo  
174 Conselho Estadual de Saúde e, seguindo os compromissos pactuados, o Plano seria apresentado  
175 naquela CIB aos Secretários Municipais de Saúde e demais presentes. Em relação à estrutura do PES,  
176 esclareceu que foi adotada a nomenclatura “Plano Plurianual de Saúde”, exatamente por conta do  
177 respeito ao que estava disposto na Lei Complementar 141, de 2012, quanto à articulação do PPA com o  
178 Plano de Saúde. E prosseguiu, pontuando a trajetória de construção, quando foi traçado um panorama  
179 epidemiológico, um panorama do sistema e dos serviços de saúde, e construída uma Matriz Estratégica  
180 do SUS-Bahia, a partir da problematização, explicitando como se articulavam os diversos compromissos  
181 do Plano às diretrizes que emanaram da Conferência Estadual de Saúde. E que com aqueles  
182 compromissos foram construídos os Módulos Operacionais, com as suas ações e o seu orçamento,

183 portanto, a Previsão Orçamentária e o Quadro de Indicadores. Salientou ser uma apresentação rápida,  
184 que o PES estaria disponível no site na semana seguinte àquela CIB e a versão eletrônica seria  
185 encaminhada à Secretaria Executiva da CIB, para ser socializada e divulgada para todos os municípios.  
186 Informou já existir o compromisso de sua publicação, nos próximos meses, pela Revista Baiana de  
187 Saúde Pública, que tem como Editora a Dra. Joana Molesini, e que a mesma já havia confirmado a  
188 possibilidade desta publicação, seguindo a tendência do Plano anterior. Em seguida, referindo que o  
189 Plano estava estruturado em capítulos, apresentou o Marco Conceitual, com a seguinte concepção: o  
190 enfoque sobre o acesso, principalmente na atenção básica, vigilância em saúde e assistência  
191 farmacêutica; o enfoque nas políticas geracionais, priorizando ciclo de vida e gênero e a promoção da  
192 equidade; e o enfoque nas redes prioritárias, que foram construídas em articulação com o Governo  
193 Federal. E que, do ponto de vista da gestão, tinham trabalhado na perspectiva da gestão do sistema e a  
194 do trabalho e educação na saúde, sempre articulando os princípios do SUS aos conceitos que  
195 orientaram a construção do Programa Bahia Saudável. E na gestão do cuidado, a promoção da saúde e  
196 a humanização das práticas. E que aqueles foram os documentos utilizados e os movimentos durante  
197 todo o processo de construção, desde o Projeto de Governo até as demandas do PPA Participativo, das  
198 conferências municipais e oficinas com as áreas técnicas, que tinha sido todo esse processo, o de  
199 construção daquele Plano. Informou que se tomou o recorte demográfico de dez anos, se comparando  
200 2000 com 2010, se seguindo na análise de situação de saúde e se perseguindo aquele olhar para  
201 perceber em que medida tinha havido avanços, do ponto de vista demográfico, social, epidemiológico e  
202 da prestação e organização dos serviços de saúde. Lembrou que todas aquelas informações constavam  
203 no documento do Plano, como a de que ainda se mantinha aquela relação homem e mulher, que a  
204 população do Estado estava envelhecendo, que a população negra vinha se mostrando cada vez mais  
205 e que isso ia ser importante na apresentação da sua Política; que as desigualdades vinham se  
206 reduzindo, segundo dados do IBGE, assim como o analfabetismo, dados que estavam mais explicitados  
207 no documento. Ressaltou a melhora na curva de mortalidade do Estado, o que significava estar  
208 morrendo menos crianças e as pessoas estarem tendo mais possibilidade de chegar a idades  
209 superiores que as que chegavam há cinqüenta anos e isso num curso de três décadas. Colocou  
210 também que, do ponto de vista da mortalidade, se comparando os anos 2000 e 2010 na série histórica,  
211 tinha havido uma crescente importância das doenças do aparelho circulatório, das causas mal definidas,  
212 das causas externas e das neoplasias e que aquilo refletia exatamente a necessidade de organização  
213 dos serviços para responder àquela mudança da apresentação dos agravos. Enfatizou que, sem dúvida  
214 nenhuma, o Plano publicado teria melhores detalhamentos, porque todo o trabalho tinha sido realizado  
215 em parceria com a Diretoria de Informação em Saúde, que tinha lhes alimentado com aquelas  
216 informações, lhes permitindo fazer os trabalhos que se seguiriam, citando alguns elementos: óbitos,  
217 internações por gravidez, seguidos de doença respiratória, infecciosa, do aparelho digestivo, do  
218 aparelho circulatório e geniturinário, lesões, neoplasias. Demonstrou o perfil das internações do SUS no  
219 Estado, que revelava uma preocupação porque não tinha havido uma mudança muito significativa na  
220 última década. Relatou ter sido realizado um ranking, demonstrando as principais causas de internação  
221 e de morte, e que naquela lógica se verificou que foram internadas muitas mulheres com gravidez e  
222 puerpério, que estavam em primeiro lugar e que as doenças do aparelho circulatório estavam ocupando  
223 o primeiro lugar das causas de morte. Chamou a atenção para os dados dos sintomas, sinais e achados  
224 anormais de exames clínicos e laboratoriais - as causas mal definidas anteriormente - e que ainda era  
225 um motivo de muita preocupação, em virtude da informação do óbito que ainda tinha algumas limitações  
226 por parte dos serviços, principalmente no interior do Estado. E mostrou a seqüência, que revelava  
227 exatamente existir um perfil de adoecimento e um perfil de morte que impunha a necessidade de  
228 políticas públicas numa direção da promoção da saúde, da gestão do cuidado e da humanização das  
229 práticas. E que, apoiados num diagrama que tinham proposto no Manual Prático de Apoio à Elaboração  
230 de Planos Municipais – e enfatizou ser preciso fazer, para dar o exemplo – eles tinham trabalhado a  
231 análise de serviços de saúde do Sistema em cima da lógica de gestão, organização, financiamento,  
232 infraestrutura, prestação de serviços. Ressaltou que o mais importante eram os compromissos, que  
233 precisavam ser levados para discussão nas Comissões Intergestores Regionais, quando do processo  
234 de apoio aos municípios, para elaborarem seus planos e, por conseguinte, na finalização do processo  
235 de planejamento regional das regiões de saúde. Relatou o trabalho em uma matriz analítica constando  
236 gestão, financiamento, infra-estrutura, organização e prestação de serviços, onde foram analisadas as  
237 despesas e os recursos transferidos do SUS, que mostrava um *crescendum* de 2003 até ali e como



238 aqueles recursos estavam distribuídos naquele momento e como estavam distribuídos do ponto de vista  
239 percentual, com destaque para o aumento significativo dos recursos de média e alta complexidade, em  
240 relação aos demais blocos de financiamento do SUS. Prosseguiu se referindo ao trabalho com os  
241 componentes de Planejamento e Descentralização, dando destaque aos movimentos que foram se  
242 constituindo na década para consolidar o Sistema de Saúde do Estado, assim como com a Auditoria,  
243 num recorte de 2007 para cá e com a Gestão do Trabalho, também num recorte de 2007 para cá. E a  
244 Regulação, Controle e Avaliação como componente de gestão, declarando o número de leitos  
245 regulados pelo Estado e todo o processo de interiorização da regulação assistencial. Referiu também  
246 todo o trabalho de Participação e Controle Social, das Sétima e Oitava Conferências Estaduais e tudo o  
247 que decorreu disso, os projetos estratégicos de fortalecimento da participação e controle social e a  
248 Ouvidoria do SUS, como grande instrumento de escuta da sociedade, também no processo de  
249 descentralização. Relatou que, no item Organização e Infraestrutura, se trabalhou exaustivamente os  
250 bancos de dados, principalmente das Conferências Municipais de Saúde, para levantar os problemas,  
251 assim como, no Capítulo da análise situacional, todas as questões relativas à ampliação da estratégia  
252 de saúde da família, dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e da baixa capacidade instalada  
253 de leitos hospitalares; que estavam todos declarados dentro do Capítulo de análise de situação de  
254 saúde e no item Organização e Infraestrutura, com a capacidade instalada distribuída por macrorregião  
255 de saúde, identificando a população assistida, os leitos SUS e não SUS, o total de leitos existentes e a  
256 relação leito/habitante. Informou que o Estado tinha hoje 2,3 leitos/habitante, relativamente mal  
257 distribuídos, tendo sido localizados no mapa os hospitais da rede própria da SESAB, distribuídos nas  
258 macrorregiões de saúde, bem como a distribuição dos leitos de UTI disponíveis no SUS, segundo as  
259 macrorregiões de saúde, inclusive com seus percentuais; destacou que Salvador tinha quase 60% do  
260 total de leitos de UTI do Estado. E informou também que se trabalhou a prestação de serviços, situando  
261 todos os níveis de complexidade por macrorregião e comentou sobre a atenção básica e sua  
262 distribuição, a ampliação da cobertura de 27 para 59% e o destaque para a Região Extremo Sul - com a  
263 cobertura importante de 80% - e para a Região Leste - com a cobertura de 30% - sendo a região que  
264 apresentava a maior necessidade de ampliação. Falou que, quando trabalharam os procedimentos de  
265 média e alta complexidade por grupo, segundo a nova tabela, perceberam o número de procedimentos  
266 sendo colocados como resultado do trabalho analítico; e que a interiorização, a ampliação da produção,  
267 o acesso a medicamentos, principalmente de alto custo, também tinham sido analisados, assim como  
268 as ações de vigilância, com os incrementos importantes na investigação epidemiológica, na saúde do  
269 trabalhador, na disponibilização de imunobiológicos especiais, na cobertura vacinal, informando que  
270 tudo aquilo estava disposto no Plano. Mostrou como os serviços estavam distribuídos, do ponto de vista  
271 da média e alta complexidade e pontuou que infelizmente ainda existia uma grande concentração de  
272 serviços de média e alta complexidade na Macrorregião Leste e mais ainda, de alta complexidade,  
273 quando se somavam, além dos serviços, as ações de assistência farmacêutica de alto custo,  
274 ressaltando a importância de trazer aqueles dados. Prosseguiu falando que se trabalhou a questão da  
275 priorização, não sendo de modo aleatório, mas que tinha sido um processo com várias etapas: uma  
276 grande discussão com o Governo, a Conferência Estadual de Saúde, com o tema Bahia Saudável e que  
277 de lá se extraiu aquilo que efetivamente tinha conformado a priorização dos problemas: ausência de  
278 políticas; cobertura assistencial e qualidade do sistema; mortalidade infantil; mortalidade materna;  
279 transtornos mentais como importantes, declarando a necessidade de se organizar uma rede de atenção  
280 psicossocial; morbimortalidade por condições crônicas; e morbimortalidade por condições agudas,  
281 incluindo-se aí as doenças e agravos não transmissíveis e transmissíveis. Enfim, que tudo aquilo tinha  
282 lhes permitido organizar uma Matriz Estratégica com três diretrizes, que foram construídas a partir das  
283 diretrizes emanadas da Conferência Estadual de Saúde, bem como organizar os compromissos do  
284 Plano, segundo as prioridades estabelecidas, e passou em seguida a apresentá-los: Compromisso Um -  
285 Ampliar as ações de promoção, proteção da saúde e prevenção de doenças e agravos no âmbito do  
286 SUS – Bahia, comentando que o Compromisso estava ajustado aos objetivos do Plano Nacional de  
287 Saúde, com oito ações orçamentárias e recursos previstos de trezentos e vinte e seis milhões de reais,  
288 com metas de notificação, cobertura vacinal, registros de óbitos e licença sanitária, sendo os  
289 responsáveis pelo Compromisso, a Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde, com a  
290 parceria da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologia. Compromisso Dois -  
291 Fortalecer a Atenção Básica, efetivando a mudança do Modelo de Atenção à Saúde, com seis ações  
292 orçamentárias – e mostrou as entregas e iniciativas - tendo como responsável a Superintendência de

293 Atenção Integral à Saúde, por meio da Diretoria da Atenção Básica, com previsão orçamentária de  
294 trezentos e quarenta e nove milhões de reais nos quatro anos. Compromisso Três - Avançar na  
295 Política de Assistência Farmacêutica do SUS Bahia, assegurando e qualificando o acesso aos  
296 medicamentos, com sete ações orçamentárias identificadas e validadas, com previsão de setecentos e  
297 cinquenta e oito milhões de reais e tendo como responsável a Superintendência de Assistência  
298 Farmacêutica e Tecnologia, por meio da Diretoria de Assistência Farmacêutica. E apresentou suas  
299 importantes iniciativas. Compromisso Quatro - Promover o cuidado integral ao ser humano no curso da  
300 vida, considerando a implantação de serviços que atendam as necessidades das políticas gerenciais  
301 em saúde no âmbito do SUS-Bahia, com dois objetivos específicos: a implantação de linhas de cuidado,  
302 com duas ações orçamentárias de quase oito milhões de reais de previstos; e a ampliação das ações  
303 de cuidado integral ao ser humano no SUS, com vistas a promover o envelhecimento ativo e saudável,  
304 considerando a importância do envelhecimento da população, também com duas ações orçamentárias,  
305 num conjunto de sete milhões e novecentos mil reais previstos para o Compromisso. Compromisso  
306 Cinco - Promover a equidade e a humanização no cuidado à saúde das populações historicamente  
307 excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas - apresentando as entregas – e que constituiu o montante  
308 de recurso de vinte e cinco milhões e oitocentos mil reais, distribuídos em oito ações orçamentárias  
309 para os quatro anos, ressaltando que já naquela CIB ia ser apresentada uma das entregas: a Política de  
310 Atenção à Saúde da População Negra. Compromisso Seis - Ampliar o acesso da população às ações e  
311 serviços do SUS de média e alta complexidade, com qualidade e resolutividade, com vinte e uma ações  
312 orçamentárias e previsão de seis bilhões e trezentos mil reais em quatro anos. Compromisso Sete -  
313 Implantar a rede de serviços para o cuidado materno – infantil no SUS – Bahia, contribuindo  
314 efetivamente para a melhoria das condições de vida e a redução da morbimortalidade (Rede Cegonha).  
315 Citou então a Rede Cegonha como parte daquele Compromisso e necessariamente como o carro chefe,  
316 com cinco ações orçamentárias e previsão de noventa mil reais, conduzido pela Superintendência de  
317 Atenção Integral à Saúde e um Grupo Condutor coordenado pelo Gabinete do Secretário. Compromisso  
318 Oito - Promover a atenção integral às pessoas com transtorno mental e/ou usuários de crack, álcool e  
319 outras drogas no âmbito do SUS–BA (Rede de Atenção Psicossocial), com três ações orçamentárias e  
320 quase três milhões de reais previstos. Destacou que os recursos previstos eram do orçamento do  
321 Estado, sendo o que se podia provisionar ainda no PPA em relação às redes e que, na medida em que  
322 as redes fossem sendo constituídas, iriam agregando recursos que viriam com as programações e os  
323 planos de aplicação que cada rede constituiria nos próximos anos. Compromisso Nove - Expandir,  
324 Qualificar e Humanizar a Rede de Urgência e Emergência no SUS – Bahia (Rede de Urgência e  
325 Emergência do SUS-Bahia), com seis ações orçamentárias e cento e dezoito milhões de reais  
326 programados no orçamento do Estado. Compromisso Dez - Consolidar a Rede de Hematologia e  
327 Hemoterapia do Estado da Bahia para atender à demanda do SUS, com onze ações orçamentárias e  
328 setenta e cinco milhões e setecentos mil reais para quatro anos, no orçamento do Estado, tendo como  
329 responsável a Fundação HEMOBA. Compromisso Onze - Fortalecer o controle social em saúde, com  
330 gestão democrática e participativa e ampliação dos canais de diálogo com a sociedade, para a  
331 consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS-Bahia, constituída de três ações orçamentárias, com  
332 dois milhões e setecentos mil reais aproximadamente de previsão orçamentária para os próximos  
333 quatro anos, incluindo o ano 2012. Compromisso Doze - Ampliar a qualidade do Sistema Único de  
334 Saúde - SUS- Bahia, modernizando e fortalecendo os mecanismos de gestão e expandindo sua base  
335 científica, tecnológica e produtiva, doze ações orçamentárias distribuídas com aquelas entregas – que  
336 apresentou em slide - e previsão de cinquenta e nove milhões de reais em recursos orçamentários.  
337 Compromisso Treze - Consolidar a Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com vistas  
338 à qualificação e humanização das práticas de gestão e do cuidado, em atendimento aos princípios e  
339 diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS. Ressaltou que aquela declaração era intencional porque,  
340 como era um Compromisso que estava fechando o Plano, ele resgatava os princípios, diretrizes e o que  
341 havia mobilizado efetivamente a construção do Programa Bahia Saudável: a qualificação e  
342 humanização das práticas da gestão e do cuidado, a promoção da saúde e a gestão do cuidado. Que o  
343 Compromisso contava com nove ações orçamentárias e quatro bilhões de reais, porque ali estava todo  
344 o processo de gestão do trabalho e educação na saúde, inclusive a folha de pagamento prevista no  
345 orçamento da Saúde. Prosseguiu colocando que a distribuição por diretriz - as três diretrizes do Plano  
346 que foram emanadas da Conferência - perfazia um total de mais de doze bilhões de reais, com a  
347 seguinte distribuição: 11,9% na Diretriz I; 54,3% na Diretriz II; e 33,8% na Diretriz III. Que na distribuição

348 do recurso por fontes próprias, tinha 46,5%; e em outras fontes já mapeadas, 52%. Informou que, no  
349 Quadro dos indicadores, já tinham incorporado os indicadores de desempenho do SUS e os do Plano  
350 Plurianual, já refletindo, então, o desempenho do SUS no Estado e que, na primeira avaliação daquele  
351 ano, já iriam ter aqueles resultados para apresentarem ao Conselho Estadual e àquela Comissão  
352 Intergestores. Cada compromisso com seus indicadores, todos os indicadores com método de cálculo,  
353 com linha de base, referindo que na apresentação não dava para mostrar, que então tinham trazido o  
354 listão. Finalizou agradecendo e colocando que o Plano estava sendo entregue oficialmente à Secretaria  
355 Executiva, com a Programação Anual de Saúde de 2012, que também tinha sido aprovada pelo  
356 Conselho Estadual, assim como a Programação Anual 2012-2013, também aprovada pelo Conselho  
357 Estadual, ainda com a pendência das metas - porque ainda estavam no processo de finalização da  
358 programação orçamentária de 2012 - com a condição de que, num segundo momento, fossem  
359 apresentadas as metas de compromisso ao Conselho Estadual de Saúde. Enfatizou que na  
360 Coordenação de Projetos Especiais se encontrava a função planejamento da SESAB e esperava que a  
361 partir daquele momento, com o Plano aprovado e publicado, tivessem mais condições de trabalhar com  
362 os municípios, nas regiões de saúde, a formulação da Política Estadual e a consolidação do SUS no  
363 Estado. Com a palavra Dra. Suzana Ribeiro, falou sobre a referência que faria, antes de abrir a  
364 discussão, quanto a retomar a importância do planejamento e a sua articulação com o processo dos  
365 contratos que estariam chegando em breve e que, conforme tinha sido discutido na última reunião da  
366 CIB, e a pactuação que tinha sido feita em relação ao processo de operacionalização do Decreto na  
367 Bahia, tinha ficado bastante clara a importância do planejamento e do diálogo do planejamento. E que  
368 com o processo de revisão ou de avaliação da regionalização, era importante que se reafirmasse isso,  
369 para que se pudesse entender que planejamento não estava solto, os instrumentos de gestão tinham  
370 um papel fundamental para garantir a qualidade da gestão, que advinha de um planejamento integrado  
371 e, como se tem discutido, regional, saindo do foco do município e pensando na região de saúde. E  
372 consequentemente garantir e reforçar o que estava previsto no Plano Estadual de Saúde, diante da  
373 incompatibilidade dos tempos de cada esfera e de cada ente federativo, o que se constituía num grande  
374 desafio, pois os planos municipais de saúde não se compatibilizavam, em termos de tempo, com o  
375 plano estadual. Que este último estava dialogando em tempo com o plano federal, porque era o mesmo  
376 período da ocorrência da vigência e da mudança das gestões do governo. E reforçou a importância de  
377 se integrar os instrumentos entre si e para dentro de cada território, de cada município, sendo  
378 importantíssimo que os gestores, municipais e da Secretaria do Estado, através das Diretorias  
379 Regionais, pudessem desenvolver juntos a cultura de integrar os diversos instrumentos de gestão.  
380 Comentou que do Plano Municipal de Saúde derivaria, obviamente, a programação anual, salientando  
381 já estar chegando a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, instrumento a respeito do qual  
382 eles estavam articulando, tendo de se pensar também na necessidade de dialogar com o PPA - Plano  
383 Pluri Anual. Comentou que embora os planos municipais e estaduais não se articulassem, em termos  
384 de tempo, já dentro de cada território, de cada município, o PPA e o Plano Municipal tinham uma lógica,  
385 tinham o tempo, se desdobrando, então, a partir do PPA, a LDO - Lei de Diretriz Orçamentária e a LOA  
386 - Lei Orçamentária Anual. E que isso fazia com que o gestor pudesse planejar, readequar as suas  
387 ações e garantir a execução, acompanhado e monitorando de fato tudo o que tiver sido programado e  
388 planejado no seu plano municipal de saúde. Em seguida registrou a presença da Dra Joana Molesini,  
389 que tinha sido servidora da SESAB, estava na vida acadêmica e retornava, para trabalhar com Dr.  
390 Washington Abreu, na Coordenação de Projetos Especiais – Gabinete. Frisando que só os mais jovens  
391 não a conheciam, porque em outros momentos de gestão já tinham tido Dra Joana participando, disse  
392 ser ela quem assumiria o desafio que estavam dialogando, e deu-lhe as boas vindas. Ao perguntar se  
393 havia alguma observação do COSEMS, Sra. Stella Souza solicitou a Dr. Washington Abreu o acesso  
394 completo à sua apresentação, dizendo ser importante para eles e deu os parabéns pelo trabalho e pelo  
395 esforço. Completou sua fala dizendo que sabia que não era fácil, que era uma construção de muito  
396 tempo, de um ano a dois anos, com todas as áreas envolvidas, mas que a COPE era uma coordenação  
397 muito importante e que o Plano estava pronto, precisando agora ser executado. Dra. Suzana Ribeiro  
398 retomou a palavra, propondo a inversão de pauta que tinha, na seqüência, a apresentação da Política  
399 Estadual de Saúde da População Negra e que o quarto ponto seria da SUREGS/DIPRO, com a  
400 apresentação da situação das pactuações das metas e indicadores do SISPACTO, mas que a Sra.  
401 Cristina Camargo – e informou sua presença - juntamente com Sr Cássio, que não pôde estar presente,  
402 haviam solicitado sua retirada de pauta. E que estava acabando de confirmar que realmente não daria

403 para acabar o trabalho e ser apresentado naquela reunião, remetendo-o para a próxima, até porque  
404 duzentos e três municípios já tinham feito a pactuação e já estavam alimentando o SISPACTO e que,  
405 conforme a pactuação da última reunião, seria concluído em todo o Estado até o início de setembro.  
406 Propôs então a inversão, por uma necessidade de agenda dos dois interessados, para um ponto de  
407 pactuação na Pauta, que tratava das transferências da gestão municipal do Município de Salvador para  
408 a gestão do Estado, e que Dra. Ledívia Espinheira iria apresentar, junto com Dr. Eraldo, também  
409 presente. Sra. Stella concordou, em nome do COSEMS, falando em relação ao SISPACTO e que ela já  
410 iria sugerir que o ideal seria terminar o trabalho e apresentar já o panorama geral. **6. Transferências da**  
411 **gestão municipal do Município de Salvador para a gestão do Estado:** Com a palavra então Dra.  
412 Ledívia Espinheira, falando que ia apresentar inicialmente alguns dados sobre os transplantes na Bahia,  
413 por achar importante seu acesso aos Secretários, uma esquematização do funcionamento do Sistema  
414 de transplantes no Brasil, o maior sistema público de transplantes do mundo, com 95% das cirurgias de  
415 transplantes realizadas no país pelo SUS: as Câmaras Técnicas do Sistema Nacional de Transplantes,  
416 o Grupo especializado do Sistema Estadual de Transplantes, a Coordenação dos Núcleos de apoio de  
417 doação de órgãos, que é ligado à Coordenação Estadual, as Organizações de procura de órgãos, que  
418 eram sete na Bahia, sendo quatro em Salvador e municípios como Juazeiro, Conquista, Ilhéus e Itabuna  
419 que têm essas organizações e os hospitais e as comissões intra-hospitalares de doação de órgãos.  
420 Comentou que o SUS oferecia assistência integral aos pacientes transplantados, desde o pré-  
421 transplante - exames preparatórios para a cirurgia - o próprio procedimento cirúrgico, até o  
422 acompanhamento pós-transplante, assim como os medicamentos pós-transplante e o financiamento de  
423 todo o processo de doação. Mostrou que o número dos doadores transplantados na Bahia precisaria ser  
424 superado, que existiam 4,9 doadores por milhão na Bahia, passando para 7,7 no primeiro semestre,  
425 então, que haviam tido um aumento importante, mas que, comparando com os números de outros  
426 estados, o índice poderia melhorar bastante, sendo, portanto, necessário melhorar todo o Sistema de  
427 transplantes. E mostrou a doação de órgãos de tecidos na Bahia em 2011, mês a mês, no total de  
428 sessenta e nove doações de múltiplos órgãos naquele ano, evidenciando que havia tido algumas  
429 variações mensais, mas que era ainda um número muito pequeno, pelo tamanho do Estado e que  
430 realmente poderiam evoluir. Mostrando a Bahia, sinalizou, como o mais importante no slide, que em  
431 trezentos e setenta e quatro casos, apenas sessenta e oito eram efetivados, muitos motivados por  
432 negativa da família para a doação de órgãos, que era aquele um dos maiores problemas no transplante.  
433 E salientou ser um número alarmante, estando acima dos outros estados, um dado que precisava ser  
434 melhorado e que se tem buscado muito melhorar, mediante conscientização, campanhas, trabalhos em  
435 escolas, universidades, mas que infelizmente se precisa de esforço coletivo para se tentar mudar um  
436 pouco aquele número preocupante. Quanto ao número de potenciais doadores, mostrou que a Bahia  
437 tem 29,7 por milhão de potenciais doadores, de acordo com o número de óbitos no Estado, que era  
438 onde se poderia chegar. O número absoluto de potenciais doadores na Bahia, cento e quatro, de janeiro  
439 a março de 2012. Sendo calculado através do número pacientes pelo número de óbitos que tem na  
440 Bahia e se calcula quantos comprovaram morte encefálica que poderiam evoluir para doação. Quanto  
441 aos doadores efetivos de 2012, informou que a Bahia teve vinte e sete no primeiro trimestre, e que até  
442 aquele momento estavam tendo uma melhora na proporção de doadores por milhão. O número anual  
443 de transplantes por estado mostrava que a Bahia tinha ficado bem abaixo, ainda com um número muito  
444 pequeno: três vivos, vinte e seis falecidos, com o total de vinte e nove transplantes na Bahia, durante o  
445 primeiro trimestre de 2012. Informou também que na lista mais atualizada de pacientes constavam  
446 oitocentos e noventa e oito na lista para córnea, quarenta para fígado, um mil e cento e oitenta e cinco  
447 para rim. Apresentou em seguida os transplantes renais do ano, até março: Hospital Ana Nery – vinte e  
448 três transplantes; Hospital Espanhol – dez; Hospital São Rafael – dois; Santa Casa de Itabuna – quatro;  
449 e o UPB, que Dr. Eraldo nomeou, sob o seu protesto, ‘padrão Bahia’ - nove transplantes, significando  
450 serem rins captados que não haviam tido possibilidade de efetivar o transplante na Bahia. E informou  
451 que têm encaminhado esses pacientes com todo pré-transplante pronto, para realizarem transplante  
452 fora, e que o pós-transplante volta, ficando na Bahia. Apresentou a ampliação de transplantes no  
453 Estado, o que estava sendo projetado o que estava sendo trabalhado, bem como o que tinham como  
454 projetos de ampliação em curto e médio prazo. Falou que para o Hospital Ana Nery existia um projeto  
455 de realização de transplante de pulmão e transplante cardíaco, adulto e pediátrico, e que nesse  
456 Hospital, além do investimento federal do Ministério da Saúde, vêm trabalhando com um plano  
457 estratégico de realização, no futuro próximo, pois já existiam prontos a equipe e o projeto de ampliação

458 de enfermagem, para que o Hospital pudesse, além de ampliar um pouco o número de transplantes  
459 renais, passar a realizar aqueles outros tipos de procedimento. Para o Hospital das Clínicas, a  
460 realização de transplantes hepáticos, pediátricos e de adultos, também com a equipe capacitada para  
461 fazer, podendo ser habilitada e que também estava sendo objeto de investimento do Ministério da  
462 Saúde; e salientou a existência de um grupo técnico montando um projeto para que sua efetivação se  
463 desse o mais rápido possível. E, também ligado ao Hospital das Clínicas, o Banco de multitecidos, osso,  
464 pele e válvula cardíaca. Para o Hospital Roberto Santos, transplante renal e de pâncreas, estando em  
465 rediscussão atual o seu perfil, à luz do caráter que ele adquiria hoje no projeto SOS Emergência. Para o  
466 Hospital de Juazeiro, transplante renal, também em discussão bastante avançada, com equipe, com o  
467 Hospital já bem conscientizado e se disponibilizando para fazer esse tipo de transplante. A Santa Casa  
468 de Vitória da Conquista, também em discussão bastante avançada, para realizar transplante renal e a  
469 Santa Casa de Feira de Santana - Hospital Dom Pedro - também para realização de transplante renal.  
470 Ressaltou que para o transplante renal existia uma possibilidade um pouco maior de fazer, dependendo  
471 um pouco menos de uma estrutura complexa, então que tinham realmente facilidade de regionalizar o  
472 procedimento. Colocou que a missão da Coordenação Estadual de Transplantes era assegurar a justiça  
473 na distribuição de órgãos e tecidos, regulamentar e incentivar a procura e a distribuição de órgãos e  
474 tecidos para o transplante no Estado da Bahia e gerenciar as atividades de transplantes no Estado.  
475 Abordou em seguida a proposta trazida em pauta para apreciação da CIB, a transferência do processo  
476 de doação/transplante da gestão do Município de Salvador para a gestão estadual, transferindo para o  
477 Fundo Estadual de Saúde os recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde, referente aos  
478 fundos de ações estratégicas em compensação - FAEC relacionados ao processo de  
479 doação/transplantes. E comentou que a justificativa era a ampliação do número de centros, o  
480 gerenciamento e as negociações com os hospitais, equipes e prestadores, e a independência do teto  
481 financeiro do Município para sua contratualização. Relatou a discussão com a Secretária Municipal, Dra.  
482 Tatiana Paraíso e, enfatizando que o processo de transplante era muito variável, o que eles estavam  
483 trazendo como objetivo era que o transplante não conflitasse às vezes com números e metas  
484 estabelecidas no Município, uma vez que os transplantes estavam relacionados nas metas  
485 contratualizadas para a média e alta complexidade. E continuou explicando que aquelas metas iriam ou  
486 não ser superadas e que os prestadores às vezes se reservavam o direito de não fazer o procedimento,  
487 por causa da meta que já tinha sido atingida, em função de outros procedimentos realizados. Assim,  
488 para evitar o conflito, para que se pudesse ampliar o número de transplantes e aumentar aquela meta, e  
489 para o Município não ter nenhum impacto no seu orçamento nem nas suas metas de média e alta  
490 complexidade, estavam trazendo a proposta para apreciação da CIB. Concluiu agradecendo a Dra.  
491 Tatiana Paraíso e informando que o SITE de transplante da Coordenação Estadual de Transplantes  
492 estava em aberto. Dra. Tatiana Paraíso, Secretária Municipal de Saúde de Salvador, falou que aquele  
493 assunto tinha sido discutido por ela e Dra. Ledívia Espinheira, pelas razões que esta tinha acabado de  
494 citar, julgando ser que aquele o modo mais apropriado da condução para a melhoria e o incentivo do  
495 transplante e, por conta disso, o Município tinha atendido à demanda do Estado. Ao ser perguntado ao  
496 Dr. Eraldo, Coordenador de Transplantes, se ele queria fazer uso da palavra, este agradeceu a todos e  
497 à Dra. Tatiana Paraíso, pela compreensão, pois se tratava de uma ação com uma complexidade não só  
498 municipal, mas que envolvia o Estado todo e muitas vezes a ação ficava na dependência de alguns  
499 pontos específicos como, por exemplo, o Hospital Espanhol, que tinha quatro transplantes  
500 contratualizados por mês e que, se houvesse seis doadores eles ficavam perdidos, que o Município  
501 ficava em uma situação complexa, para realizar aqueles outros transplantes que não estavam no seu  
502 teto orçamentário e nem na sua programação orçamentária. Enfatizou que era uma ação extremamente  
503 importante, mostrando que o Rio Grande do Sul tinha problemas graves e que, quando o Município  
504 começou a regular, estava com Dr. Camargo – e salientou ser o profissional que mais transplantava na  
505 América Latina - e ele falava exatamente da sua angústia. Que em um ambulatório atendiam vinte e  
506 cinco pacientes em pré-transplante por mês e tinham passado a atender só um, após a regulação  
507 municipal; que ele tinha mandado dois pacientes e que tinham passado um mês atrás da regulação do  
508 Rio Grande do Sul, no Município de Porto Alegre, para conseguir regular. Concluiu falando que aquela  
509 era uma ação macro e importante e agradeceu o apoio da Dra. Tatiana Paraíso naquela ação que tinha  
510 como objetivo liberar o Município para outras ações, ponderando que ficaria muito mais fácil negociar as  
511 metas com o prestador, o que tinha de ser feito desde o pré-transplante. E salientou, como outra  
512 situação grave hoje, que às vezes existiam doentes do SUS para fazerem o pré-transplante e que,

513 mesmo pago pelo MS, ele passava um, dois, seis meses, um ano e vencia o exame. Que era então um  
514 objetivo, o de permitir que aquele paciente estivesse pronto em dois meses para ser listado. E finalizou,  
515 agradecendo a todos. O Sr Coordenador disse ter ficado com uma dúvida sobre os procedimentos da  
516 internação dos transplantes, se seriam FAEC e extra teto, e a parte ambulatorial, se seria MAC. Dr.  
517 Eraldo respondeu que toda ação de transplante e do pré-transplante - da consulta, da identificação do  
518 potencial doador e da identificação e preparo do receptor - todos eles eram pagos via FAEC, extra teto.  
519 O Sr Coordenador respondeu que com essa estratégia seria viável e que não haveria dificuldade de  
520 fazer essa separação, sem nenhum ônus para o teto do Município. Sra. Maricélia Oliveira, Membro da  
521 CIB, falou do grande número de pacientes com insuficiência renal crônica, citando, por exemplo, a  
522 Macrorregião Centro Norte. O Sr Coordenador passou ao ponto seguinte, salientando que era o ponto  
523 que tinha sido trocado pelo da pactuação, e que depois teria alguns pontos do quesito 'o que ocorrer',  
524 inclusive o que ela tinha solicitado. **7. Apresentação da Política Estadual da Saúde da População**  
525 **Negra** – Sr Antônio Conceição da Purificação, Coordenador do Comitê Técnico Estadual da Saúde da  
526 População Negra, falou que ia apresentar, pela Diretoria de Gestão de Cuidado, o trabalho de um ano,  
527 a Política Estadual da População Negra: Saúde da População Negra - uma questão de acuidade. Iniciou  
528 enfatizando que o racismo institucional era o fracasso coletivo de uma organização em promover um  
529 serviço apropriado e profissional às pessoas, em razão da sua cor, cultura ou origem étnica, sendo essa  
530 uma fala do Secretário da SEPROMI, Sr Elias Sampaio. Ressaltou a fala de Dr. Luiz Odorico Secretário  
531 da SEGEP/MS, daquele ano, sobre a informação, obtida por meio da Ouvidoria, de que 25% dos  
532 usuários negros e negras tinham sofrido alguma violência por racismo. Passou então a apresentar a  
533 Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra, uma entrega do Plano Estadual de  
534 Saúde, no Compromisso Cinco: Promover a equidade e a humanização do cuidado à saúde das  
535 populações historicamente excluídas, discriminadas e/ou estigmatizadas. E informou ter sido  
536 apresentada no Conselho Estadual de Saúde, no dia 09 de agosto, na sua 189ª reunião, sendo  
537 aprovada por unanimidade. Em seguida apresentou o cenário da população negra na Bahia, segundo o  
538 censo de 2010-IBGE na Bahia, com 76,3% da população composta por negros, pardos e pretos e que  
539 naquele caso já se tratava de autodeclaração, e comentou a fala de Dr. Washington, colocando que a  
540 população já começava a se reconhecer - o autorreferenciamento - sendo a maioria usuária exclusiva  
541 do SUS, que enfrentava uma série de dificuldades no acesso ao acolhimento e atendimento à saúde.  
542 Ressaltou ser, a maior taxa de mortalidade, conforme dados da SESAB, a causada por doenças do  
543 aparelho respiratório, alcançando 24,8%; e que, fazendo uma estratificação segundo os quesitos raça e  
544 cor, entre indivíduos brancos a taxa ficava em 19,9%, contra 65,5% dos negros. E também, segundo  
545 dados preliminares da SESAB, na taxa de mortalidade materna, que representa 0,3% das mortalidades  
546 na gravidez, parto e puerpério, 8% eram para mulheres brancas e 80,6% para mulheres negras.  
547 Colocou que a situação podia revelar que a desigualdade social no Brasil era determinada por raça e  
548 cor, o que levava ao entendimento do racismo institucional como desencadeador das iniquidades na  
549 área de saúde como: dificuldade de acesso ao serviço de saúde, diagnóstico tardio, baixa qualidade da  
550 atenção oferecida e ausência do tratamento. E passou a falar da doença falciforme, como uma das  
551 doenças genéticas de maior incidência no mundo, explicando que a elevada prevalência do gene da  
552 hemoglobina S na África tinha ocorrido como um processo de seleção natural, pois a presença dessa  
553 hemoglobina tinha efeito protetor contra a malária. E mostrou que no primeiro slide se discutia  
554 exatamente aquilo: o mosquito causa uma mutação, e uma das teorias era que a hemoglobina S 'via' a  
555 transformação da hemoglobina B como efeito protetor daquela população e, com o passar dos anos,  
556 aqueles portadores do Gene da hemoglobina S começavam a se cruzar, surgindo, então, a anemia  
557 falciforme. Comentou em seguida sobre dados do Serviço de Referência da Triagem Neonatal de  
558 Salvador, divulgados em janeiro de 2006, evidenciando que a doença falciforme ocorria de 01 para 650  
559 nascidos vivos, o que caracterizava uma questão de saúde pública no Estado da Bahia, cuja população  
560 apresentava componentes genéticos afro-descendentes importantes. E que, em função da grande  
561 miscigenação, a doença falciforme se tornava um problema de saúde pública, independente do fenótipo  
562 da cor da pele, existindo uma média de aproximadamente 30 nascimentos por mês de crianças com  
563 doença falciforme no Estado. Comentou também que no Serviço existem crianças loiras, de olhos azuis  
564 e que, se não existisse um programa de atendimento neonatal, seria muito difícil detectar a doença  
565 falciforme, visto que a maior prevalência da doença era na população negra. Chamou então a atenção,  
566 para as diretrizes da Política: inclusão dos temas racismo e saúde da população negra no processo de  
567 formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS e no exercício do controle social na

568 saúde, lhes incentivando a produção de conhecimento científico e tecnológico em saúde da população  
569 negra; promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aquelas  
570 preservadas pelas religiões e matrizes africanas; implementação de processo de monitoramento e  
571 avaliação das ações de combate ao racismo e da redução das desigualdades étnico-raciais no campo  
572 da saúde, nas distintas esferas do governo. Em seguida apresentou o objetivo geral: promover a saúde  
573 integral à população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao  
574 racismo e a discriminação racial nas instituições e serviços do SUS/BA, no âmbito urbano e rural. E  
575 passou a apresentar os objetivos específicos: garantir e ampliar acesso ao serviço de saúde para a  
576 população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros  
577 e população de rua; garantir e ampliar o acesso da população negra em áreas rurais e ribeirinhas às  
578 ações e serviços de saúde; garantir e ampliar o acesso das populações Quilombolas, às ações e  
579 serviços de saúde; garantir e ampliar o acesso da população negra às políticas e programas afins que  
580 contemplem as doenças mais prevalentes como: doenças falciformes, albinismo, hipertensão, diabetes,  
581 hanseníase e outros; garantir a inclusão do recorte étnico-racial nos programas e ações das redes  
582 integradas de serviços de saúde SUS/BA; garantir a educação permanente dos trabalhadores do SUS,  
583 considerando o recorte étnico-racial; incluir o tema 'combate às discriminações de gênero e orientação  
584 sexual' como destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de  
585 formação e educação permanente dos trabalhadores do SUS e no exercício do controle social;  
586 identificar, combater e prevenir situações de abuso, exploração e violência, incluindo assédio moral no  
587 âmbito do trabalho; ampliar a qualidade do sistema de informação de saúde, por meio da inclusão do  
588 conceito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelo serviço público e próprio,  
589 conveniado e contratado do SUS/BA; identificar as necessidades de saúde da população negra, nas  
590 áreas urbanas e rurais, utilizando-as como critérios de planejamento e definição de prioridades; definir e  
591 pactuar, junto às três esferas de governo, indicadores e metas para promoção da equidade étnico-racial  
592 na saúde; identificar e incluir as práticas tradicionais e as culturas de matriz africana e de benzedeiras  
593 na promoção e prevenção de agravos à saúde; desenvolver intersetorialmente estratégias de redução  
594 dos índices de mortalidade da juventude negra, destacando aqueles que estão em conflito com a lei;  
595 desenvolver intersetorialmente estratégias de atenção integral à saúde das pessoas privadas de  
596 liberdade; desenvolver intersetorialmente estratégias para os índices de mortalidade da mulher negra;  
597 desenvolver estratégias para os índices de morbimortalidade, considerando o aspecto geracional. E  
598 citou as estratégias de gestão: implantar e implementar a Política Estadual da População Negra, em  
599 consonância com a Política Nacional e as políticas municipais de saúde; fortalecer e garantir o  
600 funcionamento do Comitê técnico Estadual de Saúde da população negra, criado através do Decreto  
601 10.572/2007 - e explicou que se tratava de um grupo de assessoramento que tinha como objetivo  
602 elaborar, propor e avaliar o desempenho de medidas relacionadas à população negra. Passou em  
603 seguida a explanar as ações de relevância da saúde da população negra da SAIS/DGC: criação do  
604 Comitê Técnico Estadual de Saúde da população negra; criação da área técnica de saúde da população  
605 negra na coordenação e promoção e equidade de saúde na Diretoria de Gestão do Cuidado;  
606 participação no Grupo Intersetorial Quilombola – GIQ, com várias secretarias; participação na Comissão  
607 Estadual de Povos e Comunidades Tradicionais – CESPCT, coordenada pelo Secretário Elias Sampaio;  
608 inserção do recorte étnico racial na Política de Saúde da Mulher, um capítulo especial da saúde da  
609 mulher negra; realização de oficina com discussão para reestruturação dos conteúdos programáticos  
610 para qualificação dos trabalhadores do SUS na temática saúde da população negra na ESP, com apoio  
611 da Dra. Telma, da SUPERH, informando que tinham conseguido fazer uma reestruturação curricular e  
612 que estava sendo discutido como inserir o tema Saúde da População Negra na formação dos  
613 trabalhadores do SUS; realização da oficina da Rede de Atenção à Saúde, Rede Cegonha, Atenção  
614 Psicossocial, Urgência e Emergência, junto com o Comitê, relatando que, com o apoio da SAIS, tinham  
615 conseguido que os técnicos das redes fossem até o Comitê, ressaltando que no Comitê existia um  
616 movimento social, com a gestão da Secretaria de Saúde do Estado para ser apresentada no final e que  
617 tinha os pesquisadores; e que os técnicos das redes tinham ido até o Comitê onde foi discutido o que  
618 estava sendo construído na Política e que estava em consonância também com a Política Estadual e  
619 Federal. Salientou que a inclusão da investigação da doença falciforme no pré- natal na Rede Cegonha  
620 tinha sido um grande avanço porque a doença falciforme tinha alta prevalência. E que na Rede  
621 Cegonha na Macrorregião Norte, já estava se fazendo a investigação em papel de filtro, semelhante ao  
622 teste do pezinho, nos vinte e sete municípios, tendo sido encerrada naquele mês de agosto sua

623 implantação; que assim, todos os municípios da Macrorregião Norte já estavam tendo acesso à triagem  
624 para a doença falciforme e para as doenças infectocontagiosas. E continuou apresentando as  
625 estratégias de gestão: implantação das unidades de referência para pré natal e parto de gestantes com  
626 doença falciforme na Maternidade do Hospital Roberto Santos, na Climério de Oliveira e na Maternidade  
627 de Referência, sendo que o Hospital Roberto Santos era a Maternidade de Referência, para parto e a  
628 Climério de Oliveira somente para pré natal de alto risco; abertura da linha de pesquisa de saúde da  
629 população negra, albina e doença falciforme no PPSUS; discussão da saúde da população negra na  
630 SAIS, SUVISA, SAFTEC, SUPERH, com provisões dos novos recursos através de emendas  
631 parlamentares, focando a participação, a qualificação dos trabalhadores do SUS, a estruturação da  
632 saúde da família, quilombola e rural; participação no Fórum de Gestores Municipais da Igualdade, com  
633 sessenta e dois municípios participantes, e que eles tinham assumido o compromisso, junto com  
634 aqueles gestores, de ajudarem a implementar a Política nos municípios, e que, quando tivesse acabado  
635 o período eleitoral, já deveriam participar da implantação nos municípios. E destacou que, no Fórum de  
636 Gestores, as ações da saúde foram bastante bem recebidas, ressaltando que se tratava de ações  
637 estruturantes, que algumas ações podiam não dar mídia, mas que eram ações que já estavam  
638 pactuadas na PPI e que teriam reflexo, ao longo dos anos. Continuou falando que tinha sido  
639 apresentada no Fórum, a Bahia como referência de experiência exitosa na gestão da Saúde da  
640 População Negra, enfrentando o racismo institucional para promover a saúde integral da população  
641 negra no SUS. Comentou que tinha ocorrido no mês maio e junho no Ministério da Saúde e que haviam  
642 tido dificuldade em mostrar. Que tinha apresentado um instrumento de gestão, dizendo ser aquele o  
643 compromisso deles para poder defender essa Política, que tinha ações estruturantes, não dava mídia,  
644 mas que aquele cartãozinho, onde estava o compromisso no Plano Estadual, tinha lhes ajudado a  
645 mostrar que a Bahia tinha sim uma experiência exitosa para transferir tecnologia de gestão para outros  
646 estados. Falou que a entrega da assistência religiosa para pacientes da rede própria era uma ação que  
647 estava sendo preparada para o segundo semestre, ressaltando que havia diversas religiões e que  
648 estavam discutindo uma regulamentação na rede própria para a assistência religiosa, para fazer um  
649 alinhamento do que se poderia fazer com as religiões. Ressaltou ser o Brasil um país religioso e que  
650 todas as religiões tinham acesso às unidades hospitalares, mas que precisavam regulamentar as  
651 religiões de natureza africana, de origem angola, Keto, mulçumanos, espíritas, católicos, evangélicos e  
652 que estavam concluindo a regulamentação para apresentar ao Secretário. Falou que o Comitê Estadual  
653 da População Negra, que tinha contribuído efetivamente para a construção da Política, era composto  
654 por quarenta e três participantes, destacando as instituições que tinham participado efetivamente na  
655 construção da Política: SESAB, com representação da SAIS, da SUVISA, da SUPERH; Conselho  
656 Estadual de Saúde; Secretaria de Promoção da Igualdade Racial – SEPROMI; Secretaria de Educação;  
657 Fórum de Gestores Municipais de Políticas para as Mulheres; UNEGRO; Nações Guerreiras; Instituto  
658 Pedra do Raio; Associação de Familiares e Amigos de Presos e Presas do Estado da Bahia;  
659 Associação Baiana de Pessoas com Doenças Falciforme – ABADFAL; Universidade Estadual de Feira  
660 de Santana – UEFS; Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Comentou que a  
661 Política foi construída, portanto, por diversas mãos, com a presença do controle social e da gestão e  
662 concluiu agradecendo à Coordenação de Promoção da Equidade e Saúde e sua equipe da DGC, à Sra.  
663 Nívia - a Coordenadora - sendo ele Coordenador do Comitê e Sub Coordenador da Promoção da  
664 Equidade de Saúde. E continuou, nominando os agradecimentos: Sr Valdemar - Área Técnica de Saúde  
665 da População Negra; Srs. Ubiraci e Matilde - Área Técnica de Saúde da População Negra; Sr Reinaldo -  
666 Área Técnica de Saúde da População Indígena; Sr Uli Tupiná - Área Técnica da População Indígena;  
667 Sra. Eveline Alencar - Área Técnica de Saúde Prisional; Sra. Tânia Coutinho - Secretária Executiva do  
668 Comitê e Sra. Maria Rita – Secretária. Agradeceu também à Diretoria da Gestão de Cuidados, na  
669 pessoa da Sra. Liliane Mascarenhas, e à Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS, na  
670 pessoa de Dra. Gisélia e finalizou, colocando-se à disposição. Dra. Gisélia, da SAIS, parabenizou o Sr  
671 Antônio Conceição e a equipe da DGC pelo esforço, bem como o Sr Secretário, Dr. Jorge Solla e a  
672 Secretaria Estadual de Saúde, comentando ser esse um marco histórico, pela produção de uma política  
673 que ia justamente ao encontro de uma necessidade, em reparação, num olhar diferenciado, específico  
674 sobre a população negra e que, como tinham visto nos dados e no perfil epidemiológico, ficava  
675 demonstrado que existia realmente um nível de iniquidade muito grande na questão da saúde da  
676 população negra, sendo os piores indicadores justamente daquela população e que precisavam ter um  
677 olhar diferenciado e mais do que isso, precisavam ter ações intersetoriais, ações interinstitucionais,



678 no sentido de implementação da Política. Citou a SEPROMI, que tem tido uma aproximação  
679 interessante, tem contribuído nessa formulação e achava que aquela Política, até para ganhar um  
680 reforço maior na iniquidade e um peso político maior, teria que ser publicada como uma portaria  
681 conjunta, ou então um decreto do Governador com as duas Secretarias e talvez outra Secretaria se  
682 agregando e dando força política a Política de Saúde da População Negra. Com a palavra a Sra. Stella  
683 Souza, que parabenizou a toda equipe, não só da DGC como todos aqueles envolvidos no processo e  
684 que tinham apresentado um plano que ela entendia ser necessário e importante, que deveria ser mais  
685 implementado do que ficar só no papel. E fez duas considerações, segundo ela, talvez até para  
686 apimentar, mas também para colaborar. Primeiro, que não tinha visto o COSEMS participando deste  
687 processo, mas que havia representação do COSEMS no Núcleo Nacional de Saúde da População  
688 Negra, pela Secretária de Uibaí, Sra. Katy Barcelo, ha quase quantos anos, representando inclusive o  
689 CONASEMS nas discussões no Ministério da Saúde; e citou o comentário da mesma de que, ou  
690 estavam sendo poucas as reuniões, ou ela não tinha sido chamada para a discussão na Bahia.  
691 Continuou dizendo que era importante trazer esse movimento também para dentro do COSEMS porque  
692 as ações de saúde eram desenvolvidas dentro dos municípios, que era preciso que se ficasse atento  
693 para isso. E a outra colaboração ou pergunta era que, quando se falava população Quilombola, a  
694 população negra como um todo, se devia lembrar que havia regiões como o Recôncavo, que para sua  
695 surpresa era uma região que tinha se deparado com várias situações, com um município com  
696 população predominantemente negra, portanto com um alto índice de problemas de diabetes,  
697 hipertensão, problema oftalmológico e com um número alto de pessoas com doença falciforme e com  
698 dificuldade de acesso. E prosseguiu comentando que ela estava tentando ver como faria para resolver,  
699 que estava dando o exemplo do Município sob sua gestão, mas acreditava que existiam outros  
700 naquelas situações. E ressaltou também que o restante da grande maioria da população tinha traços,  
701 segundo o que se falava, mas, como não tinha comprovado, gostaria que ficasse registrado que era o  
702 que ela tem ouvido falar. Assim, quem não tinha anemia falciforme, tinha traço, sendo por isso  
703 necessário pensar não só em uma determinada população rural, Quilombola, mas também em  
704 municípios como aqueles, e citando o Município de Conceição da Feira, onde estava como gestora,  
705 para que fosse incluído naquele Plano, porque a situação era grave e a população de lá sofria muito e  
706 que tinha visto casos gravíssimos, sendo uma *via crucis* para se conseguir um encaminhamento.  
707 Salientou que não estava trazendo determinado bairro, ou distrito, mas estava falando da população do  
708 Município onde, dos vinte mil e quatrocentos e poucos habitantes, não sabia quantos não estavam entre  
709 os que tinham o traço. Salientando que a Sra. Nívia sabia disso - porque tinha sido comentado em  
710 reunião de Colegiado - solicitou da CIB um olhar especial para o Município. E referiu existir mais dois  
711 municípios do Recôncavo, não sabendo, entretanto, dizer a situação deles, mas pedia que fossem  
712 priorizados. O Sr Antônio Conceição respondeu que estava lançando a Política, um plano de ação  
713 dessa Política. Quanto à doença falciforme, informou já existir um programa estadual que estava  
714 implantando uma unidade de referência na região do Recôncavo, com previsão de, ainda esse ano,  
715 implantarem uma unidade em Cruz das Almas, com o apoio do Hospital de Santo Antônio de Jesus, e  
716 que toda a articulação estava sendo feita pela DGC, que já ia começar a oficina de implantação ainda  
717 nesse ano. E que na Macrorregião Leste já existia algumas unidades: em Salvador, com alguns  
718 serviços sendo capitaneados junto com HEMOBA, APAE e Universidade; Camaçari tinha uma Unidade  
719 de Referência; no próximo mês, na Macrorregião Centro Leste, Serrinha e Feira de Santana e que  
720 estavam em negociação. E explicou que a doença falciforme envolvia desde a atenção básica até a alta  
721 complexidade, devendo por isso existir algumas unidades macrorregionais, como a Unidade de Feira de  
722 Santana. Ressaltou ainda ser necessário ter toda uma logística, desde a criança até o idoso e que na  
723 Macrorregião Sul já tinha uma Unidade de Referência, em Itabuna, que dava um suporte aos  
724 municípios. Respondendo ao questionamento do convite, informou que eles o haviam feito e que, para  
725 toda reunião do Comitê, tem sido entregue um convite via e-mail para o COSEMS. Dr. Raul Molina,  
726 Presidente do COSEMS, lembrou, por já ter sido Secretário de Cruz das Almas, que há quatro, cinco,  
727 ou seis anos atrás, o Instituto do Nordeste - IAN tinha realizado um trabalho no Recôncavo, já tendo  
728 coletado amostras de mais de quatro ou cinco mil pessoas. Informou que ele tinha inclusive se  
729 comprometido a convidar o Instituto, se tivesse que criar alguma referência na região, até para se ter  
730 um estudo que já vem sendo feito, como uma aliança. Comentou que, se fosse o caso, se colocaria à  
731 disposição para falar com o Reitor da Universidade, pois na época tinham lhe procurado e tinham visto  
732 o trabalho que já vinha sendo feito, há muito tempo atrás, na região de Cachoeira. E finalizou voltando

733 ao assunto do convite, dizendo que alguma coisa na comunicação não estava certa, porque todos os  
734 ofícios com convite que chegavam ao COSEMS, eles têm determinado alguém para representar; que  
735 seguramente, se eles tivessem encaminhado o convite, a mesma pessoa que se paga passagem para  
736 mandar para Brasília, não deixaria de receber para vir a Salvador. E comentou que iriam afinar aquela  
737 questão. O Sr Coordenador agradeceu ao Sr Antônio Conceição e perguntou a Dra. Gisélia se tinha  
738 mais algum encaminhamento. Dra. Gisélia, da SAIS, comentou ter achado que a discussão se prendeu  
739 a questões focais da implementação e que já existiam várias ações relacionadas à saúde da população  
740 negra, pontuando que aquele era um momento especial, porque era o momento da aprovação da  
741 Política, que trazia os princípios, as diretrizes, a partir de uma realidade de um perfil epidemiológico já  
742 identificado e que a Política era para ajudar numa harmonização do processo da condução no Estado  
743 da Bahia, do que seria a abordagem da saúde da população negra, reconhecendo o racismo  
744 institucional como algo gravíssimo, que se refletia inclusive nas diversas áreas e políticas de saúde,  
745 como a da saúde materna e infantil e uma série de políticas existentes, e que eram necessárias, do  
746 ponto de vista institucional, e enfatizou que o racismo existia, sendo necessário se desnudar a questão.  
747 Que estavam ali para aprovar a Política de Atenção à Saúde da População Negra, já existindo ações  
748 que deviam ser aprimoradas e ampliadas - e que aquela Política permitia que se fizesse isso,  
749 traduzindo-a no plano de ação. O Sr Coordenador deu continuidade à reunião reiterando que o ponto da  
750 Pauta sobre a apresentação da situação da pactuação das metas dos trinta e um indicadores do  
751 SISPACTO, que vinha ocorrendo nas microrregiões do Estado da Bahia, como tinha sido solicitada a  
752 sua retirada de pauta, tinha passado, então, para a próxima reunião, após a conclusão das oficinas do  
753 SISPACTO. E que passava então a palavra para Dr. Raul Molina apresentar a pauta do COSEMS. **9.**  
754 **Denúncia de recusa do Hospital Dantas Bião em receber pacientes transferidos pelo SAMU -** Dr.  
755 Raul Molina colocou que naquele mesmo dia pela manhã tinha acontecido a reunião ampliada do  
756 COSEMS e que um assunto tratado foi o problema do Hospital Dantas Bião, lembrando que na última  
757 reunião da CIB – e chamou a atenção para a presença de Dr. José Raimundo – tinham encaminhado  
758 uma solicitação da Microrregião de Alagoinhas para uma auditoria naquele hospital. Informou que o Sr  
759 Secretário tinha recebido uma correspondência através do Secretário de Saúde de Alagoinhas,  
760 enquanto que o COSEMS também recebeu, por meio da Microrregião, denunciando que o Hospital  
761 Dantas Bião não estava aceitando os pacientes transferidos pelo SAMU e que alguns Secretários da  
762 região tinham se manifestado, colocando fatos graves. E continuou, dizendo que gostariam de dar uma  
763 satisfação aos municípios da região de Alagoinhas e principalmente os que estavam no SAMU regional  
764 daquele Município, devendo a princípio, passar a palavra para Dr. José Raimundo. Com a palavra Dr.  
765 José Raimundo, Diretor da Auditoria, que informou que essa auditoria estava agendada para a primeira  
766 semana de setembro, tendo sido já formada a equipe que iria. Pontuou que valia a pena fazer contato  
767 diretamente com a Direção do Hospital para que já fosse se resolvendo um pouco a situação e adiantou  
768 que se tratava de uma questão de gestão do Hospital. O Sr Coordenador reforçou que retornariam ao  
769 tema depois que houvesse uma avaliação da Auditoria e registrou estar surpreso quanto ao documento,  
770 em relação à recusa de atendimento aos pacientes encaminhados pelo SAMU, constando também no  
771 documento que isso resultava em apreensão de macas e retenção de ambulâncias, porque o paciente  
772 não tinha sido recusado, que estava dentro do Hospital. E adiantou que provavelmente não tinha  
773 liberado a maca porque não havia mais vagas na Emergência, e que isso não acontecia só em  
774 Alagoinhas; que talvez a diferença fosse que lá o único hospital existente era aquele, não havendo mais  
775 ninguém atendendo pelo SUS no Município, nem nenhum pronto atendimento. E que o hospital, depois  
776 de encaminhar uma cópia do documento que foi direcionado à Central de Regulação do Estado  
777 solicitando, em função de super lotação da emergência, sem perspectiva de vagas de UTI, havia  
778 transferido o paciente para outras regionais, com uma lista de onze pacientes que precisariam ser  
779 transferidos. Falou que esperava que os auditores pudessem comprovar sua hipótese ou rejeitá-la, mas  
780 o que na verdade estava por traz da questão era a super lotação do Hospital e não a recusa de  
781 atendimento. Dr. Raul Molina colocou poder haver algo contraditório no documento, ou podiam estar se  
782 referindo às ambulâncias comuns dos municípios, que estavam chegando lá e ficando com as macas  
783 presas, mas o que lhes tinha chamado a atenção, e que estavam trazendo à CIB, era que entendiam  
784 que o Hospital de Referência para o suporte do SAMU era o Dantas Bião. E falou que,  
785 independentemente do que a Auditoria iria levantar, eles gostariam que a Rede Própria entrasse em  
786 contato com eles, se possível, para questionar aquela posição. E continuou, falando que estão se  
787 referindo a vaga zero SAMU entendeu isso porque agora a apreensão de maca e ambulância entende

788 que não está se referindo ao SAMU pelo que foi relatado pelo Secretário quando colocam o transportes  
789 sanitário é muito mais se refere-se as ambulâncias que estão transportando outros pacientes, e não do  
790 SAMU. Dra. Ledívia Espinheira teve a palavra, esclarecendo que, com relação à solicitação da ida da  
791 Rede Própria ao Hospital por Dr. Raul Molina, gostaria de registrar que tinham estado no Colegiado –  
792 CIR, no último dia sete de agosto, representado a Rede Própria, junto com Dr. Jose Válter, ocasião em  
793 que tinham visitado o Hospital todo, a emergência e UTI. Comentou que Dr. José Raimundo, da  
794 Auditoria, iria fazer essa constatação ao investigar essas declarações, mas, em discussão com os  
795 Secretários no Colegiado, a situação que eles tinham assistido na emergência foi a de nove pacientes  
796 sem ventilação mecânica, com um espaço de menos de cinquenta centímetros entre eles e a UTI  
797 completamente lotada. O que tinham visto então, e com o levantamento da atenção hospitalar,  
798 justamente para construção do plano de urgência, era um grande déficit de leitos clínicos de vanguarda  
799 e longa permanência e de UTI, e ausência de UTI pediatria. Opinou ser uma situação mais ampla do  
800 que o que eles tinham visto e ser esse conflito SAMU e Hospital uma coisa que infelizmente decorria da  
801 situação. Pontuou que não existiam culpados, que na reunião com eles haviam dito que o pessoal do  
802 SAMU deveria entrar e ver a situação. Relatou que não existia, concretamente e fisicamente, onde  
803 colocar um paciente e não havia condição de prestar assistência, àquela altura, a mais pacientes.  
804 Informou também que, quando ela e Dr. Jose Válter mostraram o CNES, alguns Secretários tinham  
805 declarado que existiam alguns leitos lá. Dra. Vicenza Lorusso, da SUREGS, comentou que os leitos  
806 talvez não estejam no CNES e que, portanto, aqueles dados não estavam corretos. Dra Ledívia  
807 Espinheira retomou a palavra, concluindo que em todas as reuniões de colegiados para desenhar os  
808 planos de atenção às urgências regionais, têm feito um esforço muito grande em pedir a atualização do  
809 CNES, por ser esse o dado que tinham para trabalhar e eles tinham dito que havia alguns leitos que  
810 pudessem ser talvez colocados como retaguarda e que isso tinha sido constatado no dia da visita ao  
811 Hospital, com o Diretor da Rede Própria, Dr. Jose Valter e que então, era necessário avaliar novamente  
812 aquela região. O Sr Coordenador lembrou que o Município de Alagoinhas tinha hospitais privados que a  
813 Prefeitura poderia contratar alguns leitos para dar um suporte e que a Microrregião tinha também  
814 Pojuca, Catu e municípios próximos que também poderiam dar um suporte em relação à superlotação  
815 do Hospital Dantas Bião. Dr. Raul Molina chamou a atenção de Dra. Ledívia Espinheira para o que tinha  
816 sido colocado no Colegiado como encaminhamento - disse que a Sra. Jaqueline esteve presente - que  
817 se abrisse a possibilidade de contratar alguns leitos na rede privada, sendo precisamente o que o  
818 Secretário estava chamando a atenção. O Sr Coordenador colocou também que o Município de  
819 Alagoinhas estava em Gestão Plena e recebia recurso no teto do Município e que, até onde sabia, hoje  
820 não contratava nenhum leito de Urgência e Emergência na rede hospitalar privada, o que poderiam  
821 fazer. Dr. José Raimundo acrescentou que, numa auditoria realizada para apurar uma denúncia do  
822 Ministério Público, tinham verificado que o Hospital recebia muitos pacientes dos municípios, com  
823 demanda inclusive de Atenção Básica, sobrecarregando, portanto, o Município porque não existia em  
824 seu entorno uma Atenção Básica estruturada, voltando-se, portanto, ao mesmo problema de sempre. O  
825 Sr Coordenador fechou a discussão informando que retornariam, após a conclusão dos trabalhos da  
826 Auditoria. E passou a palavra para Dr. Raul Molina tratar do outro ponto da pauta. **10. Solicitação**  
827 **Município de Itabuna quanto a Declaração Comando Único, Teto Financeiro, responsabilidade**  
828 **sanitária dos municípios e transição para o COAP** - Dr. Raul Molina informou que o Secretário de  
829 Itabuna tinha trazido aquela demanda já pela segunda e terceira vez, tendo a CIB solicitado, na reunião  
830 passada, que se aguardasse a publicação da Portaria da transição e por isso tinham retirado de pauta e  
831 que dessa vez tinham sido demandados, com a resposta de que iriam trazer novamente para a pauta. E  
832 porque o entendimento, inclusive do próprio CONASEMS, era de que deveriam trazer primeiro para a  
833 CIB antes de encaminhar de outra forma e por isso eles estavam ali, dando oportunidade ao Secretário  
834 de Itabuna trazer a sua demanda, dizendo que Dr. Geraldo Magela, Secretário de Itabuna havia  
835 informado que deixaria toda a documentação relativa à atenção básica e de média complexidade, mas,  
836 no que dizia respeito à solicitação referente ao Teto Financeiro, para ser devolvido para Itabuna, bem  
837 como à Declaração de Comando Único ser liberada pela CIB, eles iriam se basear em questões legais.  
838 Disse ter sido aprovado tecnicamente há cerca de um ano e que haveria uma Comissão Bipartite, de  
839 acordo com Resolução CIB, o que nunca tinha sido feito, e acreditava não existir tecnicamente nenhum  
840 impedimento para que Itabuna pudesse assumir o seu controle. Referiu que, baseados na legislação,  
841 especialmente na Resolução 04, acreditavam que o próximo teto financeiro e a Declaração deveriam  
842 ser liberados para Itabuna e salientou que o Artigo 160 da Constituição Federal vedava a retenção ou

843 qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, naquela seção, aos estados, ao  
844 Distrito Federal e aos municípios, não havendo, então, restrição. E prosseguindo, falou que nas  
845 restrições que estavam dispostas mais adiante na Constituição, em nenhum momento se encontrava  
846 colocado aquilo. Lembrou que dentro de um mês e pouco estaria completando o quarto ano que Itabuna  
847 tinha perdido o Comando Único e que fazia então uma grande pergunta: tinha melhorado ou piorado?  
848 Que na sua avaliação tinha piorado bastante, mas que havia outras pessoas que poderiam avaliar  
849 diferentemente. Referindo-se ainda ao Artigo 160, pontuou estar muito clara a base legal, não tratando,  
850 em nenhum momento, da possibilidade de retenção da entrega do recurso federal diretamente ao  
851 município, ressaltando que todos os detalhes e possibilidades de retenção não incluía a problemática do  
852 Município de Itabuna. Citou também o Artigo 198 da Constituição Federal, referindo-se à  
853 descentralização, com direção única em cada esfera de Governo, não existindo nada que impedisse e  
854 que até então estava impedido pelo chamado do fluxo do pacto de gestão; mas que, como todo o fluxo  
855 foi suspenso pela Resolução CIT, não havia mais como descumprir a Constituição Federal e que, na  
856 sua avaliação, o Artigo 198 nunca deveria ter sido descumprido. Comentou estar bastante claro que a  
857 Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelecia que os recursos fossem transferidos  
858 diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, não sendo isso o que  
859 vinha acontecendo hoje, ressaltando ainda que abaixo da Constituição encontrava-se a Lei 141.  
860 Continuou sua argumentação dizendo que eles vêm recebendo, com um relativo atraso, as  
861 competências de média complexidade – comentando que isso já tinha sido colocado em CIB – e que  
862 então não havia como negar que a Lei 141 não deixava também bastante claro que o repasse era  
863 automático. Mostrou ser nas Disposições Gerais onde constavam as possibilidades de restrições, não  
864 existindo nada que pudesse impedir Itabuna, mas que estava ali qualquer inciso para que todos  
865 pudessem analisar e que a apresentação iria ficar à disposição de todos para divulgação. Ressaltou  
866 ainda o Artigo 22, quanto a ser vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos etc., na  
867 modalidade regular e automática na forma da Lei e esclareceu que Itabuna estava solicitando que fosse  
868 regular, automática e diretamente. Trouxe também à discussão o Artigo 26 que, para fins de efetivação  
869 do disposto tinha a condicionante, mas a condicionante - e que voltava a insistir - não existia nada que  
870 colocasse para Itabuna complementar, depois de expirado o prazo de publicação etc. Colocou as  
871 obrigações dos estados, com relação às transferências de recursos para os municípios, destinados a  
872 financiar ações e serviços públicos de saúde, que seriam realizadas diretamente aos fundos, de forma  
873 regular e automática. Referiu a Portaria GM nº 1580, de 19 de julho de 2012, afastando a exigência de  
874 adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo etc., para fins de repasse de recursos financeiros  
875 pelo Ministério da Saúde a estados e municípios, e revogando as outras Portarias. E concluiu que,  
876 assim, como todas as portarias tinham sido revogadas, todos aqueles fluxos de Itabuna, que vinha há  
877 mais de um ano buscando o comando, até as artimanhas utilizadas, tinham sido suspensas. E enfatizou  
878 ser por isso que, no dia trinta e um de janeiro, na última CIB, havia sido colocada uma série de  
879 exigências e que o COSEMS tinha se posicionado, mas que a SESAB não e que, como havia acabado  
880 o fluxo, a SESAB teria que se posicionar. Comentou que no Artigo 1º e - se não lhe falhava a memória -  
881 nos artigos 2º e 6º e seus anexos, todos os anexos tinham sido revogados, ficando revogado o próprio  
882 Termo de Comando Único e até a Declaração do Comando Único; que todo o fluxo e exigências, tudo  
883 tinha sido revogado, voltando a ser como deveria, desde o início: prevalecer o Artigo 198 da  
884 Constituição Federal. Continuou sua argumentação dizendo que a Resolução CIT 04 dispunha sobre  
885 pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema  
886 Único de Saúde (SUS), colocando que hoje todos os municípios tinham as responsabilidades  
887 municipais e que na manhã daquele mesmo dia havia conclamado todos os Secretários a lerem e  
888 relerem suas atribuições e obrigações, porque iriam ser cobrados. E citou o Artigo 2º, referindo que  
889 todos os entes federados, tendo assinado ou não o Termo de Compromisso de Gestão, passavam a  
890 assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I daquela Resolução; e que assim, todas  
891 as responsabilidades sanitárias eram dos gestores; na esfera municipal, o gestor municipal; na esfera  
892 estadual, o gestor estadual; e na nacional, o gestor nacional. Ressaltou que o financiamento era  
893 tripartite e que estava claríssimo que não existia mais financiamento só do município, defendendo a  
894 maior participação dos entes federados, e citou o que tinha sido colocado no último Congresso do  
895 CONASEMS, de que 70% dos cursos da Atenção Básica eram mantidos pelos municípios, assim como  
896 vários outros programas. Falou também que os municípios passavam a responder por  
897 responsabilidades sanitárias, e que, para haver responsabilidade sanitária no município, tinha que ter o

898 financiamento também dentro do seu município, para o mesmo não ficar com a obrigação e não ter o  
899 recurso financeiro. Comentou ser a Declaração de Comando Único o único apêndice que era para  
900 qualquer município e, citando uma frase de um representante do CONASEMS, falou que todo município  
901 deveria ser obrigado a assumir o comando único e não o contrário: ele pedir para assumir. Exclamou  
902 que estavam ali implorando para assumir, que eles todos tinham a obrigação de assumir a Declaração  
903 do Comando Único e a descentralização da gestão dos prestadores de serviços privados, chamados  
904 tetos contratados e conveniados, tendo sido pactuados na Comissão Intergestores Bipartite ou na  
905 Comissão Intergestores Regional, ficando mantida a Declaração de Comando Único até a assinatura do  
906 Comando não tem nenhuma base legal, mas quem decidiria a declaração que já tinham solicitado à CIB  
907 seria a própria CIB; que a CIB definiria o caso do Teto e o da Declaração. E reforçou a afirmativa de que  
908 a responsabilidade da gestão implicava nos recursos financeiros referentes à descentralização, às  
909 responsabilidades sanitárias dos municípios, de forma solidária, à integralidade da atenção à saúde da  
910 sua população em todas as redes, garantindo ações de média complexidade, promovendo a equidade  
911 na atenção à saúde por meio de adequação da oferta, sendo o município que saberia onde teria a sua  
912 oferta, próxima da população e que iria determinar onde iria ser alocado ou não e organizar o acesso a  
913 serviços de saúde resolutivos, E concluiu dizendo que qualquer gestor que fosse garantir aquilo, tinha  
914 que ter o financiamento, sem o que não seria possível o gestor municipal garantir tudo aquilo, que não  
915 tinha como tentar amputar parte daquela Resolução. E ressaltou que garantir a integridade das ações  
916 de saúde era responsabilidade do gestor, que no caso municipal, pegava parte dos municípios e parte  
917 do Estado e da União, que o município podia e devia estar em parceria com os dois entes federados,  
918 cabendo ao município ter essa decisão, acompanhada pelo controle social. Pontuou também que a  
919 ampliação do acesso da população só era possível, primeiro, com uma boa gestão; segundo, o  
920 município que detinha as melhores informações estava mais próximo de seus munícipes terem o  
921 recurso na sua mão, desenvolvendo a regulação que tinha que estar na mão do município, a partir da  
922 identificação. Lembrou que Dra. Vicenza Lorusso havia apresentado pela manhã as dificuldades de  
923 todos os entes federados, que tanto o Estado como os municípios tinham problemas enormes, mas que  
924 a articulação não podia abrir mão da regulação estar no município, podendo até ser partilhado o que  
925 estava no seu território, mas que o município era detentor da regulação. Colocou-se à disposição de  
926 todos para analisar, explicitando que, a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço, a  
927 equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a  
928 humanização do atendimento, só seriam possíveis com o controle completo e que organizar e pactuar  
929 aquilo eram responsabilidades inerentes a cada município e para isso tinham que estar com recurso  
930 próprio. Lembrou da necessidade de avançar na discussão da PPI e de como flexibilizar a utilização de  
931 determinados recursos e ter a utilização mais correta, sabendo-se onde alocar o recurso de forma mais  
932 apropriada, garantindo as referências de acordo com a programação pactuada e integrada de atenção à  
933 saúde. Concluindo, disse que, como já havia ficado bem explícito, Itabuna estava ali novamente  
934 solicitando a Declaração de Comando Único, bem como o teto financeiro, solicitação que era baseada  
935 em critérios legais e técnicos e, já que o COSEMS havia se posicionado favorável desde trinta e um de  
936 janeiro, estavam pleiteando naquele momento junto ao Governo do Estado, na representação do Dr.  
937 Solla, seu posicionamento na CIB quanto à Declaração de Comando Único e ao teto financeiro para  
938 Itabuna. Finalizou agradecendo a todos e a Dr. Geraldo Magela, ressaltando que aquele entendimento  
939 já havia se dado antes, pois tinham estado várias vezes em Itabuna dando o apoio necessário e que, na  
940 época, estiveram lá com o Ministério Público e tinham feito o relato, inclusive na CIB, que colocava o  
941 empecilho do Município, por problema de adesão ao pacto e a relação que existia entre o Município e o  
942 Conselho Municipal de Saúde. Que tinham entendido, enquanto COSEMS também que, depois de  
943 vencida aquela dificuldade, o Município de Itabuna devia e tinha o direito de pleitear o Comando Único e  
944 solicitavam à CIB que pudessem avançar naquilo também, retornando o Comando Único para Itabuna,  
945 e assim continuarem trabalhando da maneira o mais pacífica possível. O Sr Coordenador pontuou que,  
946 primeiro, havia sido aprovado na Bipartite que deveriam se debruçar sobre a Resolução 04 e sobre o  
947 processo de construção do COAP, porque não podiam fazer um processo exclusivamente voltado para  
948 um dos quatrocentos e dezessete municípios do Estado. Colocou que havia todo o processo de  
949 tramitação que estava vigente e que teria que ser readequado à nova Resolução e aos fluxos que  
950 vierem a ser estabelecidos, salientando haver alguns aspectos importantes que precisavam ser melhor  
951 esclarecidos: o primeiro, que não podiam tratar da posição do Conselho Municipal de Saúde como algo  
952 de somenos importância, que teriam que definir até que ponto iriam desconhecer ou não as definições

953 dos Conselhos Municipais de Saúde, até do próprio Conselho Estadual de Saúde, sendo aquele um  
954 ponto que merecia passar por uma reflexão da Bipartite; o segundo aspecto a ser tratado era de que  
955 tinha sido comentado ali que se estava comemorando quatro anos, que eram quatro anos que a  
956 Prefeitura estava devendo aos prestadores, sem pagar até aquele momento. Solicitou a Dr. Geraldo  
957 Magela que pedisse aos prestadores privados a apresentação da quitação da dívida que a Prefeitura  
958 havia deixado, quando encerrou a Gestão Plena. Ressaltou ser bom lembrar que o Município não tinha  
959 pago aos prestadores privados e a informação era que, até aquele momento, os prestadores não tinham  
960 sido ressarcidos nem com o valor sem correção, quanto mais com o valor recuperado. Falou que tinha  
961 feito uma reunião recentemente com alguns prestadores privados, tendo sido informado que até o  
962 momento atual não haviam conseguido receber as dívidas da Prefeitura e que essa tinha sido a  
963 principal razão. Deu continuidade, dizendo que um terceiro aspecto que merecia ser discutido, e com  
964 muito cuidado – e se dirigiu a Dr. Raul Molina - era que o teto financeiro para o Município de Itabuna,  
965 programado na PPI, era muito inferior ao volume de recurso que estava sendo aplicado hoje lá; então,  
966 não podiam tomar uma posição assolada de passar o teto para o Município, o que significava fechar o  
967 São Lucas, cortar pela metade o dinheiro que o Município recebia no Hospital de Base e reduzir mais de  
968 30% dos recursos que o Hospital Calixto Midlej e o Hospital Manoel Novaes recebiam e que não se  
969 podia desconhecer aquela realidade. E que o quarto aspecto era que a Resolução 04 merecia um início  
970 de debate, que não deveria ser nem na CIB, mas na CIR e que, pelo que estava pactuado naquela  
971 Resolução, a Bahia seria o primeiro Estado a fazer aquele debate na CIR. Continuou dizendo que, por  
972 achar correta e legítima a reivindicação do Secretário Geraldo Magela, propunha que se abrisse de  
973 imediato o debate acerca da implantação do COAP, como iria ser feita a implantação, qual regra e qual  
974 fluxo seriam - e que então não seria para Itabuna, mas para os quatrocentos e dezessete municípios - e  
975 se trabalhar as definições na CIB, nos meses de setembro, outubro e novembro, inclusive para que  
976 pudessem, quando os novos gestores entrarem, já terem aquilo bem estabelecido. E passou aos  
977 encaminhamentos que gostaria de dar: o primeiro, um encaminhamento geral para os quatrocentos e  
978 dezessete municípios, de se estabelecer e aprovar na Bipartite todos os fluxos e mecanismos para a  
979 construção do COAP. O segundo – esclarecendo ser específico da questão de Itabuna, mas podendo  
980 vir a aparecer em outras situações - sobre o que eles iriam fazer quando houver uma decisão do  
981 Conselho Municipal de Saúde, pois a CIB iria atropelar a decisão do Conselho Municipal de Saúde, que  
982 então aquilo tinha que estar ali estabelecido. O terceiro aspecto – ressaltando ser muito específico de  
983 Itabuna, pelo fato do Município ter sido desabilitado, em razão de não ter pagado os prestadores – era  
984 que achava que seria completamente incoerente, na medida em que a desabilitação tinha ocorrido pelo  
985 não pagamento aos prestadores, sendo a apresentação da quitação daqueles débitos o primeiro  
986 requisito para se reabrir o debate. Dr. Raul Molina falou que não poderia deixar de registrar na CIB, em  
987 primeiro lugar, o encaminhamento com relação ao COAP, que achava não haver o que discutir e que  
988 eles tinham mesmo que se debruçar naquele ponto mesmo, que era muito sério e começar a trabalhar a  
989 respeito disso. Quanto ao segundo encaminhamento, que se referia a Itabuna, concordou que não se  
990 podia fazer a devolução do teto de uma forma que não fosse discutida plenamente entre o Município e o  
991 Estado e que teria que haver um momento para começar a conversar isso, estando plenamente de  
992 acordo. Colocou que, com relação à CIR, pela representação do COSEMS em Itabuna, tinham  
993 solicitado à Sra. Aldecir - que não estava ali presente - e que ela tinha levado esse assunto até a  
994 Comissão Regional e que, na última reunião, haviam dito que iriam remeter para a Bipartite, não sendo  
995 mais da alçada deles. Em seguida registrou um problema que tinha acontecido na CIB, no Município de  
996 Itabuna, estando o COSEMS representado por Sra. Stela Souza e Dr. Raul Molina, e o Estado, pelo Sr  
997 Secretário. Relatou que lá tinha se apresentado uma Conselheira, dizendo ter sido indicada para  
998 representar o Conselho Municipal de Saúde – e comentou que Dra. Suzana Ribeiro estava presente – e  
999 que a Promotora, Dra. Itana Viana - que também estava presente na reunião – tinha perguntado se ela  
1000 era Conselheira legitimamente; e que depois eles tinham recebido um Ofício informando que a  
1001 Conselheira não tinha sido indicada pela entidade de classe dela, que não tinha legitimidade no  
1002 Conselho. E pontuou que, como organização de classe, estava defendendo os gestores. Registrou a  
1003 presença do CES e falou do respeito que eles tinham pelos Conselheiros e principalmente pelos  
1004 Conselhos, mas não podiam referendar um Conselho que tinha problema dessa ordem, que trazia e  
1005 colocava o gestor em pauta por várias vezes, sem ter a legitimidade disso. E ressaltou que o Secretário  
1006 estava remetendo para o Conselho Estadual, por todo o tempo, todas as decisões, acreditando  
1007 piamente naquilo que estava sendo trazido de lá e que concordava plenamente que não deveriam

1008 passar por cima das decisões do Conselho, mas questionava como dar legitimidade a um Conselho que  
1009 os colocava – e estava falando na presença dos Conselheiros - na situação delicada que eles e a CIB  
1010 tinham ficado, que tendo sido desagradável tomar conhecimento daquilo depois. Que tinham então que  
1011 dizer que o Conselho Municipal de Itabuna tinha deixado a desejar, no que dizia respeito à sua  
1012 representatividade, com uma legitimidade que poderia ser especificamente para o que se referia ao  
1013 processo de Itabuna, pois inclusive mais adiante, ela tinha se apresentado na Procuradoria Federal  
1014 como Conselheira. Ressaltando serem fatos graves os que tinham sido colocados, salientou que, na  
1015 mesma reunião – lembrando que estava presente Dr. Andrés, representando a Secretaria de Saúde do  
1016 Estado – após terem sido interrogados pelo Procurador se as dívidas estavam realmente sendo pagas,  
1017 foi solicitado aos prestadores que declarassem e eles tinham colocado que estavam sendo pagas  
1018 religiosamente, tendo sido inclusive divididas. E comentou que foi dada oportunidade para eles se  
1019 colocarem, salientando que se tinha que honrar a verdade daquilo que se participava e que queria  
1020 colocar seu testemunho institucional de que tinham estado lá, e presenciado aquilo. Dra. Suzana  
1021 Ribeiro colocou que, para dar encaminhamento na discussão à proposta que o Secretário trazia, como  
1022 estava previsto na Resolução CIT 04, daria conta a CIB remeter à CIR do que se debruçar sobre o tema  
1023 e discutir, fazendo o fluxo natural, que era a Comissão Intergestores Regional, conforme estava  
1024 previsto, ao tempo em que perguntou se já havia sido formalizado pela CIR, pois não tinham recebido a  
1025 formalização. E que outra questão era em relação ao processo de operacionalização do Decreto – e se  
1026 dirigiu ao Dr. Geraldo Magela - que o Secretário havia proposto encaminhamento, que era o que estava  
1027 em discussão, lembrando que, quando pactuaram a discussão do Decreto na reunião anterior,  
1028 discutiram o cronograma, que já tinham deflagrado alguns processos internos e que iriam dar  
1029 seqüência, até para fazer aquela movimentação sugerida pelo Secretário, de apresentar na CIB todo o  
1030 fluxo e operacionalização daquele processo para que, a partir de janeiro, se pudesse dar seguimento  
1031 em todo Estado. Falou que, quanto ao que tinha sido colocado, existia um alinhamento técnico-político  
1032 entre a SESAB, o COSEMS e o Ministério da Saúde, envolvendo a UPB e o Governo do Estado e citou,  
1033 com relação ao mapa da saúde, que precisavam conhecer a ferramenta, envolver as DORES e fazer  
1034 uma agenda programada com as Comissões Intergestores Regionais, onde estariam discutindo e  
1035 construindo esse mapa da saúde e que a partir dele estariam, futuramente, fazendo a discussão do  
1036 processo de regionalização, validando ou não as regiões atuais. Que o alinhamento jurídico entre a  
1037 SESAB e o Ministério Público seria em outro momento, que para o ano em curso seria um momento  
1038 interno, uma vez que estava acontecendo a transição política com os municípios e não dava para trazer  
1039 as Procuradorias Municipais para essa discussão. Informou que o quarto momento tinha ficado para o  
1040 ano 2013, que era o alinhamento político entre SESAB, Ministério da Saúde e COSEMS, e o evento  
1041 único envolvendo Governador e prefeitos juntos, Ministério da Saúde, COSEMS e SESAB para se fazer  
1042 o alinhamento com as procuradorias gerais dos municípios, com as novas gestões municipais. E o  
1043 último momento, a elaboração e assinatura do contrato organizativo de ação pública a partir da região  
1044 de saúde, que não poderiam tratar de COAP sem revisar, discutir e analisar as regiões postas para o  
1045 que teriam que usar a ferramenta do mapa da saúde, que era fundamental para que se pudesse  
1046 visitar as regiões e aquele desenho que estava posto desde 2008 e que tinha sido pactuado na CIB.  
1047 Finalizando, lembrou que estavam sem nenhum tipo de acordo naquela CIB, em relação ao processo de  
1048 operacionalização do Decreto e implantação do COAP, e que tinham a questão do desenho regional,  
1049 com uma discussão a ser feita – dirigindo-se a Dr. Raul Molina e Sra. Stela Souza - em relação ao papel  
1050 das macrorregiões, já tendo ficado definido que as vinte e oito microrregiões eram as vinte e oito  
1051 regiões de saúde, o que já tinha sido formalizado junto ao Ministério. Forneceu a Resolução CIB da  
1052 última reunião e que eles precisavam discutir a reorganização dos espaços macrorregionais, como  
1053 seriam constituídos naquele desenho, dentro dos territórios de saúde. E referiu também a revisão do  
1054 Regimento da CIB e CIR, que já estava bastante avançado, existindo um consenso de que seria um  
1055 único Regimento tratando da CIB e da CIR. Em seguida se referiu aos indicadores do SISPACTO,  
1056 dizendo que a programação já estava sendo realizada, com a sua formalização, através da DIPRO, nas  
1057 diversas Regiões de Saúde. Finalizando, colocou o que tinham deixado como agenda proposta para um  
1058 alinhamento técnico político: pactuarem o Regimento da CIB como um documento conjunto com o  
1059 Regimento da CIR; definirem o SISPACTO, que já estava caminhando; definirem os espaços de  
1060 integração da rede de atenção à saúde, que são hoje as atuais macrorregiões e fazerem o envolvimento  
1061 das DORES em todos os processos, salientando serem estas não só atores, mas também sujeitos neste  
1062 processo; elaborarem o mapa da saúde para se partir então para a discussão e construção dos COAP.

1063 E que não bastava apenas sentarem todos e definirem o que seria, mas que era preciso que fizessem  
1064 um trabalho prévio (salientou essa palavra), e que era aquela a proposta que o Secretário apresentou  
1065 na última CIB, informando que, a partir do mês passado, quando pactuaram esse cronograma, uma  
1066 série de ações já tinha sido feitas junto com COSEMS e que podiam, até o mês de dezembro, fechar o  
1067 trabalho que tinham programado juntos e, a partir de janeiro de 2013, fazerem o movimento com as  
1068 novas gestões municipais e que começariam a construir o COAP, por região, sendo então importante  
1069 que resgatassem aquilo, porque muitas vezes parecia que estavam partindo do nada, mas que desde a  
1070 CIB passada que já sabiam que a Resolução CIT estaria sendo publicada, como o foi no dia após a  
1071 CIB. Achava que o encaminhamento seria aquele – e se dirigiu a Dr. Raul Molina - e assim, ouviria a  
1072 opinião do COSEMS em relação àquela movimentação, e já que Dr. Geraldo Magela havia colocado já  
1073 ter o Colegiado se manifestado antes, eles precisavam que a Resolução do Colegiado de Itabuna fosse  
1074 encaminhada à CIB, porque existia um trânsito formal e que a CIB só poderia ter conhecimento dos  
1075 fatos dos Colegiados, como era regra, através das resoluções publicadas por esses colegiados e que  
1076 agora tinham passado a Comissões Intergestores Regionais – CIR. Dr. Raul Molina colocou que tinha  
1077 um encaminhamento, mas que Dr. Geraldo Magela e a Conselheira gostariam de falar, passando então  
1078 a palavra para a Conselheira, Sra. Fátima Almeida, do CES Bahia, que falou que eles não tinham se  
1079 manifestado, e pediam permissão ao Sr Secretário e ao Sr Presidente porque, quando aquela Comissão  
1080 do Conselho foi formada, tinha sido para acompanhar e então, a partir do momento em que o Sr  
1081 Presidente questionou a presença deles, achava que estavam, enquanto controle social, no dever de se  
1082 pronunciarem ali. Ressaltou que a situação tinha sido tratada em uma reunião do CES, com a instituição  
1083 de dois representantes, a companheira Joilda e o companheiro Marcos, que tinham estado lá e  
1084 elaborado um relatório direcionado a quem de direito. Falou que eles teriam que conversar com o  
1085 companheiro Edson, também representante do Conselho, e outra posição, era a de que o Sr Secretário  
1086 encaminhasse ao Conselho Estadual para avaliarem junto às instâncias pertinentes e legais, a fim de se  
1087 posicionarem sobre a situação; e ao Senhor Presidente da CIB e demais instâncias, para analisarem a  
1088 pertinência legal da tramitação. Dr. Geraldo Magela passou a falar, esclarecendo algumas coisas:  
1089 primeiro, sobre o CES, disse que tinham encaminhado cópia do documento que provava a fraude  
1090 acontecida no Conselho Municipal de Saúde para o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Estadual  
1091 de Saúde e o Ministério Público. Ressaltou que gostaria da presença de Dr. José Raimundo ali porque  
1092 já havia sido feita a auditoria pela SESAB, que tinha confirmado a fraude e que o Conselho Municipal de  
1093 Itabuna não existia de direito, existia de fato; que o ato de nomeação era irregular e não houve a  
1094 indicação pelas entidades, que então, hoje o Conselho não existia, ao contrário, o que vinham sempre  
1095 repetindo era o respeito ao Controle Social, mas que hoje o Controle Social de Itabuna não existia.  
1096 Exclamou, dizendo ser esse o problema e que vinham alertando o Conselho Estadual desde o ano  
1097 passado, pedindo acompanhamento – falou que podiam pegar os ofícios – e que a fraude ocorrida já  
1098 era caso de polícia, já tinham colocado (ênfaticou a palavra) para apurar, que era formação de  
1099 quadrilhas e outras coisas mais. Colocando que nunca viu isso no Brasil, reforçou ter sido encaminhado  
1100 para as autoridades, mas desconhecer isso... Que já tinha sido mandado para o Conselho Estadual e,  
1101 como já havia pronunciado, o caso estava no Ministério Público, estava com Dr. José Raimundo,  
1102 fazendo auditoria no Conselho, quer dizer, estava em todos os setores, então, hoje não havia falta de  
1103 busca de legalidade, ao contrário, todos ali viram todas as Lei e Portarias, e conclamou por  
1104 tranquilidade, que a partir dali tinha que ser muito sereno. Pontuou que o posicionamento do Sr  
1105 Secretário naquele dia não era o mesmo do dia trinta e um de janeiro - quando estava em Cuba – que  
1106 não era o mesmo posicionamento perante o Juiz Federal então, a SESAB vinha se comportando de  
1107 forma diferente, mas que parecia – e pediu desculpa - um ditado popular ‘cozinhar o galo’ porque  
1108 estavam solicitando e, como já havia falado no dia trinta e um de janeiro, perante todos, queria a  
1109 gravação daquela reunião, dissesse sim ou não, porque todos os trâmites estavam sendo cumpridos,  
1110 todos os pareceres técnicos. Solicitou ao Secretário que se colocasse tecnicamente, porque Itabuna  
1111 não poderia assumir, para evitar pensamentos terceiros. E referindo-se à questão da dívida, colocada  
1112 pelo Sr Secretário, ressaltou que até os meses de maio e junho de 2012, todos os prestadores haviam  
1113 dito ter recebido e que em maio tinha sido dois prestadores que falaram que havia umas dívidas. Que  
1114 cerca de seis milhões de reais tinham sido pagos com recursos do Município, por uma gestão que não  
1115 tinha nada a ver com a anterior. E que os dois prestadores tinham solicitado, um grande prestador  
1116 solicitado e estava na justiça, porque era aquele da época da desabilitação, que tinha colocado na  
1117 justiça, na época inclusive que o Hospital estava recebendo a mais. E concluiu dizendo que, se estava



1118 na justiça não era dívida, até que o Juiz decidisse; então, dois prestadores estavam alegando que tinha  
1119 dívida, e que tinha sido reconhecida no mês passado uma dívida de cem mil reais, dos cerca de seis  
1120 milhões de reais, mas que tinha sido apurado no mês passado, então, que não havia dívida. Continuou  
1121 sua argumentação dizendo que, se fossem tomar como base o que o município devia - e se dirigiu ao Sr  
1122 Secretário - a SESAB ficaria em pior situação hoje, pois devia duas competências ao Município de  
1123 Itabuna, e citou o Hospital de Base Municipal, que ainda não tinha recebido verba, os prestadores não  
1124 tinham recebido as competências, que tinha chegado ao Ministério da Saúde que o Município devia  
1125 cerca de cem mil reais, enquanto que a SESAB devia muito mais, achando então, que não seria com  
1126 aquela discussão técnica que teriam que avançar. Propôs que a SESAB decidisse se sim ou não, e não  
1127 ficasse 'empurrando com a barriga' e que achava que tinha sido no dia trinta e um, que Dra. Suzana  
1128 Ribeiro havia feito parte daquele discurso e que teriam que analisar; que estava fazendo um ano que a  
1129 Resolução CIB tinha determinado ao Estado para ir lá e que o Estado não tinha ido. Questionou então  
1130 se existia mais alguma necessidade, em um ano, e não estava dizendo seis meses. E que tecnicamente  
1131 tinha os dados ali para provar que Itabuna tinha a capacidade de assumir anemia falciforme, o único  
1132 centro mantido 100% pelo Município e com várias outras experiências. Concordou com o Sr Secretário,  
1133 de que teriam que sentar e negociar o teto, que eles tinham mesmo isso em aberto, num 'puxa para lá,  
1134 puxa para cá', que ninguém estava discutindo e eles já tinham proposto ao Sr Secretário uma gestão  
1135 compartilhada, que inclusive, o Sr Secretário sabia que ninguém estava fugindo da responsabilidade, ao  
1136 contrário, estavam sendo extremamente responsáveis. Estavam ali propondo, poderiam fazer alguma  
1137 transição, que isso também poderia ser discutido, porém não podia ser negada a base legal, falar que o  
1138 município tenha a responsabilidade sanitária, mas que não vai ter o dinheiro e ponderou que estavam  
1139 no século vinte e um. Pontuou que, quanto à questão da CIR ou CIB estarem em discussão - e que Dra.  
1140 Suzana Ribeiro se lembrava disto - no dia trinta e um, depois tinha sido postergado e tinha sido  
1141 solicitada a retirada até a Resolução 04. Que a discussão estava então na CIB, era a CIB que tinha que  
1142 decidir, entre sim ou não. Colocou que, na questão do Conselho, tinha que ficar muito claro que eles  
1143 tinham seguido todos os fluxos possíveis sendo que, na última CIB, o Sr Secretário tinha sugerido  
1144 mandar para Conselho Estadual até os Relatórios de Gestão do ano 2008 e que o Conselho se negava  
1145 a discutir e ao perguntar o que ia ser feito, adiantou que iria prejudicar ainda mais o Município. E que  
1146 achava, então, que tinham de avançar para sair dali com uma proposta, que aceitavam uma gestão  
1147 compartilhada ou regra de transição, mas que não podiam sair dali desrespeitando todas as normas  
1148 legais, até Resolução CIB, desrespeitar tudo e fingir que nada tenha acontecido, perdendo mais tempo.  
1149 Saliou que dessa maneira seria preciso recorrer à CIT e esperava que isso não ocorresse. O Sr  
1150 Coordenador esclareceu que não estava devendo nenhuma competência a nenhum prestador de  
1151 Itabuna se propondo, se fosse necessário, a trazer na próxima reunião da CIB todos os documentos  
1152 para quem quisesse verificar que todos os contratualizados já tinham recebido a competência julho, o  
1153 processamento dos não contratualizados tinha sido encerrado no dia anterior àquela reunião (22 de  
1154 agosto) e estaria indo para o Fundo de Saúde no dia 25, tendo sido encaminhado no dia 10 de agosto o  
1155 dos contratualizados. Ressaltou que não se podia nunca chegar ali e se fazer uma acusação  
1156 completamente descabida daquele tipo, pois era possível provar ser mentira. Pontuou também que, se  
1157 o Secretário Municipal de Saúde de Itabuna puder sustentar que o Município de Itabuna não tinha  
1158 Conselho Municipal de Saúde, seria uma tese complicada, pois, pela legislação e pela regulamentação  
1159 do SUS, se o município não tivesse Conselho de Saúde de direito, ele não teria direito de receber nada,  
1160 não deveria nem estar recebendo recurso de transferência nenhuma, pois a primeira coisa para se  
1161 regularizar na situação de Itabuna era regularizar Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de  
1162 Saúde, que era regra básica e na seqüência, plano e relatório de gestão, ressaltando que Itabuna  
1163 estava entre os municípios que tinham pendências de relatório de gestão desde 2008, sendo necessário  
1164 resolver. Reiterou que não se devia transformar a questão de Itabuna numa solução específica, que  
1165 seriam discutidos os procedimentos gerais, implantar o COAP, viabilizar os fluxos e os  
1166 encaminhamentos necessários para traçar todo o processo, e que Itabuna entraria no mesmo fluxo, no  
1167 mesmo procedimento, como Salvador, como Feira de Santana, como todos os municípios. Dr. Raul  
1168 Molina solicitou a palavra para pedir que aquela situação de Itabuna fosse encarada, que já havia se  
1169 desgastado muito, há quase cinco anos, desde o processo de desabilitação, que tinha sido bastante  
1170 traumático para todos, e que depois daquilo tinha sido perdido muito tempo e muita energia em relação  
1171 a Itabuna. Que entendiam, enquanto secretários municipais de saúde, que o comando único tinha que  
1172 ser exercido pelo município de uma forma plena, e que, sem sombra de dúvidas, isso tem sido

1173 defendido, que havia feito o encaminhamento e que tinha algumas coisas que precisavam ser  
1174 superadas; que tinham sido colocadas algumas situações, como o problema dos fundos, da própria  
1175 legitimidade do Conselho Municipal de Saúde, como também o problema do teto e dos prestadores,  
1176 independente do COAP, que avançaria. Propôs que, se Dr. Geraldo Magela concordasse, que fosse  
1177 aprovasse *ad referendum* o retorno do comando único de Itabuna, desde que o Município cumprisse as  
1178 exigências levantadas e que tinham que ser provadas, pois não dava para dizer que as coisas estavam  
1179 pagas e não se ter documentos dos prestadores comprovando, que isso facilitaria também o trabalho,  
1180 pois já seria uma relação entre a própria SESAB e o Município que o COSEMS entraria para intermediar  
1181 e facilitar. E salientou que o Conselho Estadual precisava se posicionar a respeito da própria  
1182 legitimidade do Conselho Municipal. E prosseguiu, falando que, vencendo aquelas pendências,  
1183 avançariam naquela questão, sendo necessário ter paciência, e que aquelas coisas fossem cumpridas,  
1184 porque eram determinantes, pontuou que, pela própria postura do Secretário, não havia inconveniente  
1185 nenhum, desde que se vencessem as exigências. E que não se podia concordar também com algumas  
1186 posições que eram colocadas de forma radical, que o COSEMS estava ali para intermediar de forma  
1187 pacífica, ordeira, para que se pudesse chegar a um denominador comum. Mencionou ser aquele um  
1188 encaminhamento, mas que se tivesse outro, também seria discutido. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu  
1189 que, no dia trinta e um de janeiro, foi muito clara a posição em relação à condução da CIB, inclusive  
1190 com a presença do COSEMS, de que o movimento era de retornar ao Conselho Municipal, para que se  
1191 manifestasse, ressaltando ter membros do Colegiado na época - cerca de quatro ou cinco - que se  
1192 tinham se manifestado inclusive contrários à devolução e falou também que, se existia ou não  
1193 legitimidade para isso, era outra discussão. Mas que, como o fluxo do Pacto estava posto, tinha que  
1194 passar pelo Conselho Municipal e pelo Colegiado pra que se manifestassem em relação ao Termo de  
1195 Compromisso, dizendo que tinha sido remetido apenas ao fluxo que era do Pacto de Gestão, que não  
1196 tinha havido nenhuma outra conversa e que a SESAB não andava fazendo um posicionamento diverso,  
1197 entre uma reunião e outra. Em relação ao encaminhamento de Dr. Raul Molina, concordava em parte,  
1198 pois não podia concordar com um *ad referendum*, porque o que era feito ali, criava-se jurisprudência  
1199 para frente, que estava sendo discutida a construção do COAP, além de estar sendo colocado em tela a  
1200 Lei 141. Argumentou que, se a Lei 141 era clara quanto ao fato de que um dos motivos da suspensão  
1201 de repasse de recurso para o município acontecia se, e somente se, ele não tivesse plano de saúde,  
1202 conselho funcionando regularmente e fundo municipal, que então de pronto a própria fala do Gestor  
1203 Municipal punha em cheque a legitimidade do Município, enquanto gestão municipal, para receber  
1204 recurso. Pois se ele dizia que o Conselho Municipal não era legítimo, então seria necessário garantir,  
1205 junto com o Conselho Estadual, junto com o Município, fazer uma força tarefa, lembrando que a  
1206 legitimidade do Conselho Municipal de Saúde era de responsabilidade do Poder Executivo Municipal,  
1207 que encaminhava a legislação e não a Câmara; e que era o executivo que encaminha o projeto de lei,  
1208 tendo que se garantir à luz da Resolução 333, do Conselho Nacional de Saúde, bem como da Lei 8142.  
1209 E concluiu que estava muito claro que, se o Conselho Municipal não era paritário e se não era legítimo,  
1210 então a responsabilidade pela situação não era do Conselho, que não era autônomo, não tinha vida  
1211 própria, e que era gerado inicialmente por uma lei e que a partir de então, sim. Falou também que o  
1212 Gestor Municipal tinha que garantir o orçamento para o Conselho Municipal e sua capacitação, sendo o  
1213 Conselho Estadual fundamental para definir e deliberar que todos os municípios do Estado garantam a  
1214 capacitação dos conselheiros, pontuando que não entendia que uma gestão que fosse de fato  
1215 participativa, pudesse permitir que o Conselho andasse sozinho, sem dar o mínimo de sustentação.  
1216 Além disso, o que era prioridade num governo, numa gestão, estava escrito no orçamento, no Plano  
1217 Municipal, no PPA, na LDO e na LOA, e que se não estivesse escrito não era prioridade; se não tinha  
1218 orçamento para aquilo, então não era prioridade. Retornando ao fato de que se o Conselho estava  
1219 errado, estava ilegítimo, não era paritário, estava mal definido, a responsabilidade era do gestor  
1220 municipal, por que a legislação partia dele e que sem isso não tinha como discutir se o comando único  
1221 iria ser *ad referendum*, porque dessa forma se acabava desresponsabilizando o gestor de fazer o seu  
1222 dever de casa para garantir que a gestão seja de fato participativa. O Sr Coordenador solicitou que se  
1223 fizesse um encaminhamento, pois já tinha mais de uma hora que discutiam o assunto, e não dava para  
1224 discutir um assunto que estivesse 'no que ocorrer' por mais de uma hora, pois havia outros pontos  
1225 também para serem tratados. E propôs que, conforme colocado por Dr. Raul Molina, poderia ser  
1226 apresentada pelo Município a comprovação, como ponto de partida, daqueles elementos que a Lei 141  
1227 deixava claro serem os requisitos iniciais básicos: fundo, conselho e plano; e segundo, a solução do

1228 problema que tinha gerado a desabilitação, a questão das dívidas dos prestadores. E que a partir daí,  
1229 em paralelo, seria estabelecido um fluxo de procedimentos para se fazer o COAP, que seria tratado  
1230 dentro do cronograma do COAP de Itabuna e de outros municípios. Dr. Raul Molina esclareceu que só  
1231 não queria atrelar a sugestão do seu encaminhamento ao COAP, porque o COAP podia ser uma coisa  
1232 que aconteça agora ou acontecer no ano que vem, e se perderia muito tempo a respeito daquela  
1233 situação, se as outras coisas podiam ser sanadas. Pontuou não querer entrar mais em detalhes a  
1234 respeito do Conselho Municipal de Itabuna, até porque isso era uma coisa que gostaria de tratar no  
1235 Conselho Estadual, pois era um fórum que tratava especificamente disso e que por isso não queria  
1236 atrelar ao COAP, que as outras coisas tinham que ser vencidas primeiramente. O Sr Coordenador  
1237 concordou com Dr. Raul Molina e inferiu que a primeira coisa era vencer aqueles itens e que em  
1238 paralelo fariam a discussão do COAP. Dr. Geraldo Magela reiterou que o encaminhamento do Município  
1239 era de que a SESAB se posicionasse se sim ou não, porque o Município tinha direito ao recurso,  
1240 salientando que o Fundo Municipal de Saúde funcionava plenamente e que não tinha o que colocar.  
1241 Que era só ler a Resolução, estando então nas mãos da CIB, que tinha que decidir se sim ou não,  
1242 porque desde trinta e um de janeiro que não se decidia, sendo uma questão de democracia e que se  
1243 não se votasse ali, voltaria à democracia em Brasília. Dr. Alfredo Boa Sorte colocou que, em primeiro  
1244 lugar, aquela questão já tinha acontecido há tanto tempo que não parecia que no final da reunião,  
1245 simplisticamente a decisão fosse sim ou não. Pontuou que o encaminhamento mais correto era o de se  
1246 criar um processo em que se faça um *check list*, a ser realizado por uma comissão completa para fazê-  
1247 lo, com membros do Conselho Estadual, do Conselho Municipal, da Secretaria Municipal de Saúde, da  
1248 SESAB e do COSEMS para ver se após o *check list* o Município teria condições de reassumir a gestão  
1249 plena ou não, e que só a partir desse *check list* é que se teria condição de vir para a CIB tomar a  
1250 decisão. E que ainda assim, teria que ir para a CIT, porque já tinha havido decisão da CIT, no entanto, o  
1251 processo não era tão simples assim, porque se fosse falar que não se tomava conta nem da atenção  
1252 primária – e salientou que podia provar sim - e se queria tomar conta de tudo, mencionou que nem  
1253 precisava falar, perguntando onde estava o Conselho Municipal de Saúde. Naquele momento referiu ter  
1254 sido abordado pelo Secretário Municipal de Saúde quando estava falando e que ele era “vezeiro” em  
1255 desrespeitar a palavra dos outros e comentou que esteve em um debate em Itabuna, com mais de  
1256 duzentas pessoas lhes desrespeitando, que eram coisas e coisas da história que era preciso contar  
1257 para todo mundo que não tinha estado lá. O Sr Coordenador, pontuando que tinha dois  
1258 encaminhamentos: um feito por Dr. Raul Molina – e salientou que o de Dr. Alfredo Boa Sorte era o  
1259 mesmo - e o encaminhamento de Dr. Geraldo Magela, consultou então os membros da Bipartite, se  
1260 todos mantinham a decisão do encaminhamento feito por Dr. Raul Molina e, após todos concordarem,  
1261 ratificou que não tinha *ad referendum* e que Dr. Raul Molina tinha concordado que teria um *chek list*, e  
1262 que teriam que apresentar as condições do *check list* para voltar às discussões. A Sra. Stela Souza  
1263 mencionou que gostaria de votar, com um esclarecimento, por uma questão de ordem, solicitando que o  
1264 representante da SESAB respeitasse os municípios presentes, não só o Município ali representado pelo  
1265 Secretário Geraldo Magela, como a todos os outros gestores, sendo aquele um espaço democrático e  
1266 de respeito, aonde todos tinham que ter cuidado com aquilo que falavam, porque o que era dito ia para  
1267 a Ata, e amanhã ou depois poderia haver surpresas desagradáveis. E salientou que se sentiu ofendida  
1268 e que gostaria que outros momentos como aquele não se repetissem na reunião. Com relação ao *check*  
1269 *list*, esclareceu que a comissão já existia, já havia uma comissão formada, tinha Resolução CIB  
1270 determinando uma comissão pra fazer aquele *check list*, que aquela Bipartite tinha autonomia e já havia  
1271 aprovado uma Resolução com todos os representantes, com nomes inclusive, desde 2010. E voltou a  
1272 pontuar nesse momento que, se o Dr. Alfredo Boa Sorte não permitisse sua fala, enquanto membro da  
1273 CIB pedia que o mesmo se retratasse, pois gostaria de ser respeitada. E reiterou já existir uma  
1274 Resolução CIB, no entanto era necessário refazer e concordava com o encaminhamento. O Sr  
1275 Coordenador considerou que Sra. Stela Souza só tinha reiterado o encaminhamento anterior. Dr.  
1276 Alfredo Boa Sorte ressaltou que não estava de brincadeira e que em nenhum momento desrespeitou  
1277 município nenhum, solicitando que a Secretária Stela Souza provasse para o plenário em qual questão  
1278 desrespeitou o Município, para usar o seu nome, jogando contra o plenário ao dizer que aquilo,  
1279 repetindo que fosse dito em que ele desrespeitou o Município, para que pudesse se retratar. O Sr  
1280 Coordenador ponderou que, ou se tinha bom senso ou seria preciso cancelar a reunião, ressaltando  
1281 que não era cabível discutir se a Sra. Stela Souza estava certa, como não era cabível também discutir o  
1282 conteúdo de intervenção de cada pessoa na Bipartite, cabendo tomar decisões e zelar pelo andamento

1283 da reunião. E concluiu dizendo que, no seu entendimento, aquele item já estava encerrado, já tinha sido  
1284 tomada a decisão do encaminhamento, passando para o próximo ponto. Informou que o primeiro ponto  
1285 da pauta do quesito 'o que ocorrer' tinha sido solicitado pela Secretária Municipal de Salvador, Dra.  
1286 Tatiana Paraíso. **11. Revisão da solicitação de utilização do saldo da assistência farmacêutica de**  
1287 **2010** - Dra. Tatiana Paraíso informou que, na última terça-feira, havia tido uma reunião com o Ministério  
1288 Público Estadual, que tinha trazido a seguinte demanda: quando foi aprovada a utilização do saldo da  
1289 assistência farmacêutica da Secretaria Municipal de Salvador, de 2010, não tinha sido contabilizado um  
1290 recurso que, por não estar na conta do dia trinta e um de dezembro, não foi considerado naquele saldo,  
1291 e que o próprio Ministério Público havia trazido a demanda para que se tentasse chegar a um acordo, e  
1292 que trazia para a Bipartite avaliar e rever a aplicação, a fim de autorizar o Município de Salvador a usar  
1293 aquele recurso pendente, em torno de seis milhões de reais, saldo que era anterior a dezembro de 2010  
1294 e não de 2011, que não tinha constado na conta, em 31 de dezembro daquele ano. Portanto quando o  
1295 Município apresentou o extrato e a proposta à Bipartite, o valor não tinha sido autorizado porque não  
1296 estava no limite, e reiterou ser aquela a proposta trazida, para autorizar o Município de Salvador a  
1297 utilizar o recurso, para fins de pagamento de prestadores. Dr. Raul Molina pontuou que não via nenhum  
1298 problema porque ela estava dentro daquilo que se tinha colocado na Portaria e da própria negociação  
1299 que o Sr Secretário tinha conduzido e levado inclusive ao Ministério, para que se terminasse com  
1300 aquela Resolução. O Sr Coordenador passou então ao segundo ponto do quesito 'o que ocorrer'. **12.**  
1301 **Solicitação de habilitação do IBR de Vitória da Conquista** – o Senhor Coordenador informou que  
1302 tinha sido apresentada a proposta de habilitação do IBR de Vitória da Conquista, de alta complexidade  
1303 de cardiologia, leito de UTI, neurocirurgia, pontuando ter sido feita a visita técnica com um *check list*,  
1304 pela equipe da DICON, que tinha considerado que todos os requisitos técnicos do *check list* estavam  
1305 atendíveis, ou seja, tecnicamente passíveis de habilitação. Que no entanto, o documento encaminhado  
1306 pelo prestador fazia referência a valores contratuais que não guardavam concordância com os valores  
1307 da tabela do SUS, ou seja, era inexequível a contratação, que então não adiantava autorizar uma  
1308 habilitação se o prestador não mandasse o documento dizendo que concordava com as regras do jogo.  
1309 Acrescentou que se tratava de um prestador privado, lucrativo, não sendo nem um filantrópico, que  
1310 pudesse ter uma contratualização, mas um privado, lucrativo. Logo, a proposta era não aprovar e  
1311 devolver ao prestador, informando que tecnicamente ele reunia todas as condições, mas que ele tinha  
1312 que apresentar uma proposta compatível com os valores. E passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro.  
1313 **13. Transferência de recurso para o teto do Estado, para a compra do serviço de triagem pré-**  
1314 **natal com o papel filtro** – Dra. Suzana Ribeiro considerou que, no momento da discussão do  
1315 Componente Pré-natal da Rede Cegonha, a CIB havia pactuado a alocação, no Fundo Estadual, dos  
1316 recursos provenientes do pré-natal para os exames laboratoriais, para viabilizarem a realização da  
1317 triagem pré-natal com o papel filtro. Informou que, embora a decisão tivesse sido encaminhada em  
1318 Resolução CIB ao Ministério da Saúde, para o DRAC, a fim de que, uma vez definido aquilo, se  
1319 pudesse centralizar e ofertar, como acontecia com a triagem do pré-natal, ainda assim o Fundo  
1320 Nacional havia repassado o recurso, no início do mês de agosto, para o teto dos municípios com  
1321 comando único, tendo-se então cerca de sessenta e poucos municípios que haviam recebido o recurso  
1322 do Componente Pré-natal que deveria vir para o Fundo Estadual, para a liberação do Edital e a compra  
1323 do serviço pela APAE, UFBA e DNA. E informou que muitos municípios vinham ligando, tanto para o  
1324 COSEMS quanto para a SESAB, para saber o que poderiam fazer, e que alguns deles tinham dito que,  
1325 como não sabiam, já tinham gastado o dinheiro. Propôs então fazer um ajuste de contas por dentro do  
1326 Teto, referindo a Portaria 1222, de maio de 2012 que, como tem um Anexo detalhando os valores para  
1327 cada município, se fizesse os ajustes já no teto daquele mês, (agosto), pois ainda dava tempo de  
1328 encaminhar o ajuste feito por dentro do Teto do mês, fazendo o desconto naqueles sessenta e poucos  
1329 municípios e passando o valor correspondente para o Teto do Estado, de maneira que se pudesse  
1330 viabilizar a compra do serviço. E reforçou que o Edital já estava pronto e a Procuradoria já o estava  
1331 liberando para a publicação. E assim se contratualizar os três grandes laboratórios, a fim de ofertar o  
1332 serviço em todo o Estado. O Sr Coordenador ratificou que o Edital estava pronto e aprovado pela  
1333 Procuradoria, podendo já ser lançado na semana que se seguia à CIB, já que havia um prestador, a  
1334 APAE, que era responsável pelo lote da Região Norte, já havendo manifestação de interesse em  
1335 participar de mais dois laboratórios, ou seja, havia grande possibilidade de se conseguir, e ao mesmo  
1336 tempo se fazer a contratação de todos os nove lotes, sendo um para cada macrorregião. Dr. Raul  
1337 Molina pontuou que, com relação aos detectores fetais, os municípios já tinham começado a pegar os

1338 detectores – SONAR - no Ministério da Saúde e que naquele dia tinha sido realizado um mutirão, com o  
1339 COSEMS levando os secretários com os documentos para pegarem os detectores, se avançando  
1340 muito, e que continuariam fazendo aquilo, que na próxima CIB seria feito o mesmo processo, porque o  
1341 Ministério não havia liberado nem para a SESAB, nem para o COSEMS entregarem, por isso que  
1342 estavam fazendo aquele esforço para poderem entregar os detectores fetais. O Sr Coordenador reiterou  
1343 que ficava aprovada a proposta apresentada por Dra. Suzana Ribeiro, para o Teto relativo ao mês de  
1344 setembro, e que a DIPRO a operacionalizaria. **14. Homologação do Grupo Condutor do QualiSUS** -  
1345 Dra. Suzana Ribeiro retomou a palavra, mencionando que o QualiSUS já havia sido apresentado, mas a  
1346 representação do grupo condutor precisava ser homologada na CIB; que existia o Conselho  
1347 Interestadual de Gestores da Região do Vale do São Francisco e teriam que formar o grupo condutor do  
1348 QualiSUS Rede, porque já tinha sido apresentado o Plano de Aquisições, de acordo com o trabalho  
1349 montado pelo grupo condutor, que foi aprovado na CIB em *ad referendum* e remetido ao CRIE - o  
1350 Conselho Interestadual - sendo, portanto, necessário se legitimar o grupo condutor. Ponderando que  
1351 nem precisava apresentar em tela, para se ganhar tempo, e que se poderia até aprovar em *ad*  
1352 *referendum*, informou que o Grupo era formado por representantes da SESAB, da Secretaria de  
1353 Pernambuco, dos Municípios que compõem a Região Norte - da Região de Juazeiro, da Região de  
1354 Paulo Afonso, e da Região de Senhor do Bonfim - e das três Regiões de Pernambuco, tendo também a  
1355 representação dos COSEMS de Pernambuco e da Bahia, com o Sr Ubiratan representando este último,  
1356 E informou que estava sendo escolhida a suplência, porque muitas vezes se tinha dificuldade de ter  
1357 quórum, logo, que a proposta era que o COSEMS apresentasse um suplente naquela representação,  
1358 podendo ser até da mesma Região. E que a representação dos municípios de cada região, que já  
1359 estava lá, precisando também indicar um suplente. Informou que a SESAB já havia apresentado seus  
1360 membros, titulares e suplentes, assim como a Secretaria de Pernambuco e seus municípios. E  
1361 esclareceu que Sr Ubiratan já estava como representante titular do grupo condutor, mas poderia colocar  
1362 alguém, pois ele era representante do COSEMS. Sra. Stela Souza esclareceu que a representação do  
1363 COSEMS era o Sr Ubiratan, como titular, e o Sr Luiz Aureliano como suplente e que o COSEMS  
1364 entendia que, na saída de Sr Luis Aureliano, entrasse o Secretário de Paulo Afonso, substituindo o  
1365 mesmo. Dra. Suzana Ribeiro mencionou que ia precisar de representação de titularidade e suplência  
1366 para a Região de Paulo Afonso, que já não era mais do Município, ressaltando a necessidade de se  
1367 remeter a representação às regionais de saúde. A Sra. Lutigardes Santana, apoiadora do QualiSUS  
1368 pelo Ministério da Saúde, pontuou que, para a representação dos municípios, tinha um secretário de  
1369 cada microrregião como representante, tendo ficado definido, na última reunião do grupo condutor, que  
1370 na impossibilidade do titular estar presente, o suplente o representaria. Sra. Stela Souza ponderou que  
1371 no caso de Paulo Afonso, já teria a titularidade pelo Município para a região, que então entraria outro  
1372 suplente, de outro município da Região, porque quando se falava COSEMS, eram os municípios da  
1373 Região e que seria então a Sra. Raquel. E ressaltou ser entendimento do COSEMS que a  
1374 representação era do COSEMS, a indicação da Diretoria e da Presidência do COSEMS, porém, tem  
1375 sido feito esse trabalho regional porque facilitava mais o processo, até para o deslocamento, os  
1376 gestores estando mais próximos; que então se daria um tempo, o COSEMS não dava nenhum nome  
1377 naquele momento, já que estava mantida a titularidade do Secretário de Paulo Afonso, pelo Município  
1378 de Paulo Afonso, e que seria visto outro suplente. A Sra. Lutigardes Santana informou que eram  
1379 necessários três suplentes, um titular para o Município de Juazeiro, um suplente para o representante  
1380 de Senhor do Bonfim e um suplente para o Município de Paulo Afonso. E que o representante do  
1381 COSEMS, Sr Ubiratan, estava enquanto representante do COSEMS e do Município de Juazeiro. Sra.  
1382 Stela Souza reiterou que o COSEMS iria encaminhar os nomes. **15. Financiamento ou repasse de**  
1383 **recurso para o transporte sanitário** - Dr. Raul Molina salientou que pela manhã Dra. Vicenza Lorusso  
1384 havia feito uma apresentação sobre o transporte sanitário, quando ficou definido que iriam começar a  
1385 discussão do transporte sanitário, a princípio com a volta e depois seria discutida a ida; que como todos  
1386 sabiam, tratava-se de uma coisa nova, que ia suscitar outros desdobramentos, tendo sido considerado  
1387 como aprovado aquilo que foi apresentado: o transporte sanitário para o retorno. E considerando que  
1388 aquelas trinta horas tinham sido pactuadas com Dra. Vicenza Lorusso, tinha que ter flexibilidade,  
1389 principalmente no tocante ao fim de semana, ponderando que um fim de semana em uma secretaria  
1390 pequena, onde não se recebe fax, se colocaria trinta horas. E outra situação era que, de Canudos para  
1391 Salvador a distância é de um mil e duzentos quilômetros, eram quase 19 horas de viagem, ficando  
1392 então da seguinte maneira: estavam mantidas as trinta horas, até para que se pudesse ter disciplina na

1393 proposta, com flexibilidade para as outras alternativas que estavam sendo colocadas. Ressaltou que  
1394 pela primeira vez se teria um perfil epidemiológico do custo disso, porque pela distância, com os valores  
1395 que seriam aplicados, talvez houvesse municípios que ficariam devendo muito, o que tinha que ser  
1396 revisto, tendo sido por isso colocado que se faria uma avaliação e que daria para ser feita, segundo Dra.  
1397 Vicenza Lorusso e Sra. Stela Souza, a cada trinta dias, para não haver surpresas adiante. E explicou  
1398 serem trinta dias, começando após o serviço, porque tinha o tempo da licitação, o tempo do protocolo  
1399 que tinha que ser cumprido, e principalmente pelo início do próprio trabalho. Depois de estar  
1400 operativamente funcionando por trinta dias, se veria isso. **16. Revisão do PDR de Canudos – Dr. Raul**  
1401 **Molina colocou, ainda no ‘o que ocorrer’, a revisão do PDR de Canudos, sendo a terceira vez que trazia**  
1402 **aquele assunto, tendo inclusive parecer técnico da DIPRO, que mostrava a quantidade de**  
1403 **procedimentos que eram realizados em Paulo Afonso e em Serrinha, sendo realmente gritante a**  
1404 **diferença entre ambos e que os números mostravam claramente. Ressaltou que havia sido solicitado o**  
1405 **parecer da equipe técnica da DIPRO na CIB anterior, e pelo que tinha sido mostrado, o parecer referia o**  
1406 **fluxo de Serrinha para Juazeiro. A Secretária Municipal de Saúde de Canudos relatou que, em**  
1407 **dezembro de 2011, a Dra. Suzana Ribeiro havia solicitado que o assunto fosse retirado de pauta, para**  
1408 **se fazer a análise da questão do mapa, mas que a DIPRO já havia dado o parecer favorável, assim**  
1409 **como o GT PPI e o Colegiado, e que por isso gostaria de saber qual era o impasse, por que desde**  
1410 **dezembro de 2011 que havia sido feita aquela solicitação, e até aquele momento, nada. Dra. Suzana**  
1411 **Ribeiro esclareceu que na época o parecer tinha vindo da DIPRO, foi conversado com o Município em**  
1412 **maio, numa CIB ocorrida na UPB, tendo sido aquela a última vez que se discutiu sobre isso, porque não**  
1413 **tinha só o Município de Canudos. E ressaltou que Dra Conceição Benigno, então Diretora da DIPRO,**  
1414 **havia sinalizado que existiam outros municípios, e que tinha sido pedido então para ela fazer o**  
1415 **levantamento de todos os municípios que estivessem em condição similar, para que não se aprovasse**  
1416 **somente Canudos sem aprovar os outros, porém, infelizmente não se conseguiu fechar esse desenho.**  
1417 **Salientou que no dia anterior àquela CIB (22 de agosto), tinha sido discutido o assunto com Dr. Abreu e**  
1418 **Dra Joana Molesini, da COPE, que estavam acompanhando agora, com o processo de Canudos em**  
1419 **mãos, já tendo parecer favorável da área técnica e do Colegiado de que havia o fluxo natural da**  
1420 **população e a falta de acesso do Município de Serrinha, e que então, não via nenhuma dificuldade.**  
1421 **Que, no entanto, era preciso também resolver, não só a questão de Canudos, mas se tirar uma diretiva**  
1422 **em relação a outras demandas na Secretaria, inclusive mudanças menores, que são somente as de**  
1423 **Dires, ou mudanças de Região. E propôs que se saísse daquela reunião com um encaminhamento, até**  
1424 **mesmo resolvendo a questão específica de Canudos, e ver qual o caminho que se tomaria com os**  
1425 **demais. O Sr Coordenador perguntou se todos concordavam e em seguida aprovou o encaminhamento,**  
1426 **salientando que, se Juazeiro não estivesse correspondendo, ninguém ia querer passar para lá e que**  
1427 **gostaria de registrar, não só a iniciativa do Município de Canudos, mas também o trabalho de Juazeiro.**  
1428 **Dr. Raul Molina comentou que eram feitas tantas críticas sobre como as coisas aconteciam, por isso**  
1429 **também não se podia passar por cima, e que, mesmo no avançado da hora, era necessário colocar o**  
1430 **que os números estavam mostrando, a resolutividade que Juazeiro estava tendo, e que aquilo não se**  
1431 **podia deixar de pontuar. 17. Demanda dos municípios para a assistência farmacêutica – Dr. Raul**  
1432 **Molina mencionou que tinha um problema com a assistência farmacêutica e que era um ponto em todas**  
1433 **as reuniões do COSEMS, que já era a quinta reunião da CIB que se trazia a demanda. Ressaltou que**  
1434 **foi feito um compromisso e que o Secretário tinha convocado inclusive uma apresentação, porque os**  
1435 **municípios estavam se queixando, há algum tempo, de que estava faltando os medicamentos básicos e**  
1436 **os insumos e que tem sido uma dificuldade imensa. E, solicitando a presença do Superintendente, lhe**  
1437 **pedindo desculpas por tudo o tinha acontecido ali, mas que, quando se generaliza algumas coisas, se**  
1438 **acaba tendo interpretações diferentes, anunciando haver um profundo respeito pelo Superintendente,**  
1439 **que era público que havia. Salientou que estava falando as duas coisas da assistência farmacêutica e**  
1440 **que, quando foi colocado que não se atendia à atenção básica, se generalizou para todos os**  
1441 **municípios, não tendo sido algo que tenha atingido a todos e que sabia não ser aquela a intenção que**  
1442 **se tinha. E por isso estava dando essa oportunidade para o mesmo responder a respeito, pois como**  
1443 **não haveria a CIB de setembro, só acontecendo depois das eleições, que se pudesse ter um momento**  
1444 **para se discutir a questão da assistência farmacêutica. O Sr Coordenador solicitou que, na sua fala, o**  
1445 **Dr. Alfredo Boa Sorte já contribuísse com o encaminhamento acerca do que Dr. Raul Molina havia**  
1446 **colocado, lembrando que já havia sido aprovado na CIB que a Diretoria de Assistência Farmacêutica**  
1447 **e a SAFTEC deveriam apresentar ali o balanço - reforçou que Dr. Raul Molina estava correto em cobrar**

1448 aquela medida - e que aquele ponto devia ser o primeiro ponto de pauta da próxima Bipartite. Dr.  
1449 Alfredo Boa Sorte colocou como primeira questão, que a assistência farmacêutica ia precisar fazer uma  
1450 apresentação com tempo, para que se colocassem os 'pingos exatos nos is exatos', porque muitas  
1451 vezes se colocava a questão, e muitas vezes não se tinha dinheiro, não se tinha remuneração  
1452 financeira, estando tudo empenhado para compra e sem dinheiro; ou tinha dinheiro para comprar e não  
1453 tinha sido comprado. E citando como exemplo, comentou que Salvador sabia disso, que havia ficado  
1454 milhões e milhões lá e que felizmente tinha sido conseguida a autorização para poderem pagar os  
1455 prestadores. E reiterou sua fala de que existia lugar onde havia falta de dinheiro e outro onde tinha  
1456 dinheiro, mas não se comprava, que, portanto, para tudo aquilo precisava ser definido qual era a  
1457 responsabilidade do município na compra de medicamentos. E salientou que cento e vinte e sete  
1458 municípios tinham decidido fazer a compra dos medicamentos, que estava faltando saber os municípios  
1459 para os quais o Estado tinha obrigação de comprar medicamento e que o Estado levava a culpa  
1460 também junto. E que, por conta disso, logo seria esclarecida toda a questão, anunciando que estavam  
1461 sendo realizados seminários regionais com as Secretarias Municipais de Saúde, com a discussão da  
1462 assistência farmacêutica por macrorregião, contemplando exatamente aquilo. Referiu que tinha também  
1463 o programa do governo federal, que era o Qualifa, e o Programa de Farmácia da Bahia, em parceria  
1464 com a BahiaFarma, para qualificar a assistência farmacêutica, liberando recurso para instalação física  
1465 da assistência farmacêutica, que não era mais aquele cubículo que podia ser chamado de uma  
1466 farmacinha municipal. Mas que era uma farmácia qualificada, para fazer de fato a assistência  
1467 farmacêutica e não só a distribuição de remédios, porque assistência farmacêutica era muito mais do  
1468 que distribuir e entregar remédio, tendo toda uma organização que dependia dos municípios, do Estado  
1469 e do Governo Federal. Pontuou que ficava à cavaleiro para colocar aquelas questões porque, na  
1470 verdade, não tinha sido só por falta de vontade da Superintendência de Assistência farmacêutica que  
1471 aquele debate não tenha sido feito, pois muitas vezes, na composição da pauta da CIB, foi sendo  
1472 deixado para depois, e que, se estava sendo colocado naquela reunião, na próxima CIB seria o primeiro  
1473 ponto de pauta, não seria jogado para o final. Que a assistência farmacêutica seria debatida, com as  
1474 responsabilidades de cada um. E para concluir, no 'o que ocorrer' final, deixou claro que, na sua vida de  
1475 participação no Conselho Estadual de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, nos Conselhos  
1476 Municipais e nos Movimentos Sindicais na construção do SUS, nunca teve posicionamento contra  
1477 município, sendo esta uma novidade que nem o consciente sabia disso, devendo ser o inconsciente que  
1478 havia falado mais alto do que o consciente, porque ele não se lembrava de ter falado contra municípios.  
1479 E enfatizou que, no entanto, existem problemas na atenção primária de todos os municípios e que se  
1480 não existisse se estaria com todo o problema do SUS resolvido. Que não era essa a verdade, então,  
1481 como não havia tempo para debater isso e, ponderando que divergências de opinião não era  
1482 desrespeito, não via, sinceramente, porque tinha que se retratar por ter uma opinião divergente. Dr.  
1483 Raul Molina esclareceu que a demanda de cirurgias eletivas estava sendo encaminhada pelo Secretário  
1484 para Dra. Cláudia Almeida, pra que fosse analisada dentro do bojo daquilo que se tinha combinado, a  
1485 revisão que seria feita depois de noventa dias. Colocou ainda que pela manhã, na reunião ampliada do  
1486 COSEMS, tirou-se uma Resolução para fazer uma moção de pesar à família de Dra. Conceição  
1487 Benigno, pois a mesma tinha sido uma pessoa que contribuiu muito com a construção do Sistema Único  
1488 de Saúde, e para todos que tiveram o prazer de conviver com ela, de aprender com ela várias vezes,  
1489 que tiveram contrapontos também por várias vezes, logo, por uma questão de respeito, não se poderia  
1490 deixar de registrar o vazio que ficava para todos na ausência dela e que, enquanto instituição e  
1491 enquanto município, não se poderia deixa de registrar isso, além de prestar solidariedade não só com a  
1492 família, mas também com a própria Secretaria de Saúde do Estado, que perdia dentro do seu quadro  
1493 uma das figuras que seguramente mais contribuiu nos últimos anos e ao longo da sua vida, inclusive,  
1494 com a construção do Sistema Único de Saúde; e por isso colocava que a moção que tinha sido feita na  
1495 reunião ampliada, fosse ampliada também para CIB, para que chegue uma moção de pesar para seus  
1496 parentes e familiares, da importância que Dra Conceição Benigno teve para todos, não somente os  
1497 municípios, mas também as instâncias de pactuação e todos os órgãos com que ela esteve trabalhando  
1498 e que, além do minuto de silêncio que foi feito no começo da reunião, não poderia deixar de registrar e  
1499 fazer o encaminhamento, antes do Secretário fazer o encerramento. O Sr Coordenador solicitou que Dr.  
1500 Raul Molina encaminhasse com a Secretaria Executiva da CIB. Dra. Suzana Ribeiro informou que o  
1501 encaminhamento que tinha sido feito com Dra. Conceição Benigno na última CIB, com relação ao  
1502 cronograma do SISPACTO, com a passagem dela tinha ficado suspenso e que não poderia ser

1503 diferente a agenda da semana após o dia 10, tendo ficado, com isso, duas regiões, a Sudoeste e a  
1504 Norte, sem realizarem o SISPACTO e o Plano da Rede de Urgência. E considerou que, como até então  
1505 o Ministério informou que o SISPACTO ficaria até trinta de setembro, seria preciso dar carga à agenda,  
1506 para cumprir a atividade com os municípios, que a proposta então era que se fizesse a Sudoeste nos  
1507 dias 10 e 11 de agosto e a Norte nos dias 18 e 19 de agosto, lembrando que se teria que reprogramar  
1508 isso, dando tempo de fechar a Bahia, pois dia 04 era Salvador e Camaçari e que, além disso, na  
1509 programação do dia 10 de setembro seria a realização do seminário comemorativo de vinte anos do  
1510 PACS, dando para fechar a programação sem atrapalhar o movimento do SISPACTO. Porque depois  
1511 do dia quinze seria muito mais difícil reunir os municípios em qualquer lugar, porque já estaria faltando  
1512 menos de quinze dias para as eleições municipais. Em seguida o Senhor Coordenador Adjunto  
1513 agradeceu a presença de todos e declarou encerrada a sessão, e que a data da próxima reunião  
1514 ordinária seria informada posteriormente. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio  
1515 Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.  
1516 Salvador, 23 de agosto de 2012.

1517 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_

1518 Suplente: Alcina Marta de Souza Andrade \_\_\_\_\_

1519 Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_

1520 Suplente: Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_

1521 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_

1522 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_

1523 Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_

1524 Suplente: Washington Luiz Abreu de Jesus \_\_\_\_\_

1525 Suplente: Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_

1526 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira \_\_\_\_\_

1527 Tatiana Maria Paraíso \_\_\_\_\_

1528 Suplente: Maricélia Oliveira Figueiredo Lima \_\_\_\_\_