Ata da 137ª Reunião Ordinária de 2006
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Ao seis dias do mês de abril do ano de dois mil e seis, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. José Antônio Rodrigues Alves – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dr. Odilon Cunha Rocha – Coordenador Adjunto da CIB e Presidente do COSEMS, Virgílio Figueiredo Abreu, Maria Nita Pinheiro Ferraz, Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio, Maria do Carmo Tambone de Almeida, Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza, Lenise Lopes Campos Estrela, Humberto Barreto de Jesus, Mara Lúcia Conduru Loureiro e dos Suplentes Lealdina Chaves de Barros, Osmundo Nogueira Gonzaga, Marta Rejane Montenegro Batista, Maricélia Moraes Macedo, Edgar Lessa Crusoé, Rosa Virgínia Fernandes, Jácea Santiago Pinto de Almeida, Ivonildo Dourado Bastos, Aldeci de Almeida Bezerra Silva e Denise Lima Mascarenhas. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador Adjunto declarou aberta à sessão. Em seguida convidou para tomar posse Mara Lúcia Conduru Loureiro – Secretária Municipal de Saúde de Curaçá e Denise Lima Mascarenhas – Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana, na qualidade de Membros da CIB, Titular e Suplente, respectivamente, em substituição a Oberdan Rocha Dias. Dando prosseguimento à ordem do dia, passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Candice de Almeida Rocha Lêdo, para leitura dos expedientes: 1. Coordenação de Saúde da Mulher: Termos de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento dos Municípios de América Dourada e Iuiú; 2. Coordenação de Saúde Bucal: Mudança do Centro de Especialidade Odontológica – CEO Tipo II para Tipo III do município de Salvador; 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde solicita aprovação: a) Credenciamento do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I do Município de Ipirá; b) Credenciamento de dois leitos em UTI neonatal que estão de acordo com a Portaria nº 3432/GM de 12/08/1998 para o Hospital Santa Izabel; c) Credenciamento como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-ortopedia que estão de acordo com as Portarias nº 221/GM e 95/SAS de 14 e 15/02/05 para o Hospital Espanhol; d) Implantação do SAMU 192 em Porto Seguro (o parecer técnico da Coordenação do Sistema Estadual de Atenção às Urgências e Emergências apontou algumas pendências no formulário); 4. SUVISA: a) Ratificação das Resoluções 099/03 e 033/05 para fins de repasse dos recursos do Governo Federal aos municípios durante a Campanha de Vacinação; b) Transferência para o Fundo Municipal de Saúde, do recurso Federal referente ao incentivo da Assistência Farmacêutica Básica conforme solicitação feita pela Secretaria Municipal de Saúde de Macaúbas; 5. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde solicita aprovação para os seguintes Projetos: a) Projeto de Formação Profissional do Técnico em Higiene Dental; b) Projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Extremo Sul/Eunápolis-Ba: Projeto Capacitação em Saúde do Adolescente; Projeto Seminário de Sensibilização de Educação Permanente em Saúde; Projeto Capacitação para Professores de Educação Física e Projeto de Capacitação em Saúde Ambiental; c) Projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Centro Leste/Feira de Santana-Ba: Educação em Saúde e seu Impacto na Redução de DST e Doenças Parasitárias; Capacitação para facilitadores em ações de Qualidade de Vida no Trabalho em Saúde; Capacitação em Sala de Vacinação; Projeto SER 21 – Ano II; Introdutório de Humanização em Saúde para Gestores e Trabalhadores do SUS; Capacitação dos Conselheiros Municipais de Saúde; Qualificação profissional para auxiliares de Consultório Dentário; Educação Permanente dos Profissionais na Área de Enfermagem: compromisso da ABEN/BA Regional de Feira de Santana; Projeto do Laboratório de Semiologia do Curso de Enfermagem; Capacitação em Atendimento ao Paciente Diabético; Capacitação em Vigilância Epidemiológica; Capacitação em Higienização Hospitalar; Projeto de Humanização; Projeto de Implantação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde do Hospital Geral Mário Dourado Sobrinho; 6. O prazo para entrega do Relatório de Gestão 2005 findou no dia 31 de março de 2006. Os municípios de Floresta Azul, Rio do Antônio, Canudos, Castro Alves, Rafael Jambeiro, Nova Viçosa, Itapé, Camaçari, Campo Formoso, Taperoá e Lage solicitaram prorrogação do prazo. Até o momento 73 municípios entregaram o Relatório de Gestão 2005. Dra. Lenise Estrela lembrou que existe uma resolução de março de 2000 que diz que para os municípios que não são Plenos não há necessidade de entregar o Relatório de Gestão, bastando apenas entregar a ata de aprovação pelo CMS. Dr. Odilon Rocha sugeriu que conforme solicitação de alguns municípios, o prazo para entrega do Relatório de Gestão fosse prorrogado até o dia 30 de maio de 2006, que foi aprovado à unanimidade. Dr Odilon Rocha comentou com relação a solicitação da SUVISA de ratificação das Resoluções 099/03 e 033/05 para fins de repasse dos recursos do Governo Federal aos municípios durante a Campanha de Vacinação, que algumas DIRES cumpriram o acordado aqui na CIB e fizeram um demonstrativo da contrapartida estadual e outras continuam sem prestar contas aos pólos onde estão situadas, gastando o dinheiro da forma que quer, como quer e quando quer. Dr. Edgar Lessa solicitou que fossem nominadas essas DIRES para que pudesse tomar providências, porque quando o recurso é repassado é também expedido um ofício circular orientando os procedimentos. Informou que está sendo realizada uma reunião estadual de imunização onde está sendo discutido esse aspecto junto com todas as Regionais de Saúde justamente para definir, inclusive foi elaborada uma planilha dividindo o dinheiro com quanto é que tem que repassar para o município e quanto é que a DIRES vai usar para fazer a sua própria supervisão. Dr. Odilon Rocha sugeriu que fosse aprovado o SAMU de Porto Seguro, mas só fosse encaminhado ao Ministério da Saúde – MS após resolver todas as pendências do município, o que foi aprovado a unanimidade. Em seguida convidou Dra. Graça Tonhá da EFTS - Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis e Dra. Catarina Leite, Odontóloga e Coordenadora de Ensino da mesma para falarem sobre o Projeto de Formação Profissional do Técnico em Higiene Dental. Dra. Graça Tonhá informou que o Projeto foi elaborado pela Equipe Técnica da Escola de forma coletiva, e trata-se de um Projeto que estão pleiteando fazer em cooperação técnico-financeira com o MS, inclusive já está sendo desenvolvido um curso de forma descentralizada para Técnico em Higiene Dental no interior, em quatro municípios, como Projeto Piloto que estará sendo concluído em agosto de 2006 e este é mais um projeto que estará sendo encaminhado a partir da aprovação desta CIB, um Projeto que anteriormente solicitava pactuação em todos os Pólos Loco-Regionais de Educação em Saúde. Informou que no decorrer do segundo semestre de 2005, estes projetos foram apresentados em

alguns pólos, alguns foram pactuados, inclusive na região oeste, o pólo ainda não estava implantado, mas o MS colocou que havendo a aprovação da CIB poderia ser encaminhado. Em seguida passou a palavra para Dra. Catarina Leite para apresentação. “Proposta de Formação Profissional de Técnico em Higiene Dental. 1. Apresentação: Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis - Unidade da SESAB/SRHS, Criação: Lei nº 6.680 de 14/11/1994, Inauguração: Agosto de 1996, Autorização: Portaria SEC-BA Nº 3983/97. 2. Missão: Promover a Educação Profissional em Saúde, de nível técnico na perspectiva de melhoria da atenção à saúde aos usuários do SUS. 3. Justificativa: a) Reorganização do setor saúde; b) Insuficiente número de profissionais com qualificação específica na área de Saúde Bucal; c) Aumento das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas Equipes de Saúde da Família (ESF); d) Surgimento de uma política específica para a área de Saúde Bucal: incentivos financeiros para a formação de recursos humanos do Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Dental (THD); e) Entendimento de que a formação profissional dos trabalhadores de nível médio é uma condição necessária para que os serviços atuem sem riscos, na promoção, prevenção e recuperação à saúde. 4. Dados fornecidos pela Diretoria de Atenção Básica através da Coordenação de Saúde Bucal:

	ESF	**ESB**
Qualificadas	4088	1197
Implantadas	1969	1016
----------	**----------**	**----------**
	ESB Tipo I	**ESB Tipo II**
Qualificadas	1186	11
Implantadas	1012	04

5. Diagnóstico da Força Trabalho, Nível Médio – Saúde Bucal: Resultados Parciais:

Macro-Região	**Nº DIRES**	**Nº Módulo**	**Nº Município**	**Nº Funcionários Sem Qualificação**	**Nº Município Resp. Formulário**
Nordeste	06	31	81	127	24
Norte	03	10	27	116	19
Oeste	03	10	36	111	18
Centro Leste	04	19	67	84	20
Sudoeste	05	16	65	145	28
Sul	05	22	78	163	34
Centro	03	10	42	34	16
Extremo Sul	02	07	21	75	09
TOTAL	**31**	**125**	**417**	**855**	**168**

6. Objetivos: a) Contribuir com o processo de consolidação do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia, através da otimização das ações voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, o que passa necessariamente pela competência dos recursos humanos de nível técnico que compõem as equipes de saúde bucal; b) Proporcionar ao aluno possibilidade de ascensão sócio-econômica, através de um processo educativo que lhe permita identidade e valorização profissional. 7. Meta: Formar 3750 técnicos em higiene dental para atuarem na atenção básica, com o perfil de desempenho exigido pelas bases legais e políticas; e estratégias desenvolvidas pelo sistema único de saúde, assim como, pela legislação da educação profissional. 8. Parceria: A proposta prevê a realização das turmas de Técnico em Higiene Bucal, com itinerário formativo de Auxiliar de Consultório Dentário em parceria de cooperação técnico-financeira entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Secretarias Municipais de Saúde, Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão do Trabalho e Pólos Loco-Regionais. 9. Clientela: a) Trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde Bucal do Programa de Saúde da Família sem qualificação e/ ou habilitação específica; b) Servidores empregados nos serviços de saúde do SUS-Ba, ou em processo de contratação no setor saúde, que não possuam a qualificação específica para as funções que desempenham ou desempenharão na área de saúde bucal; c) Idade mínima de 18 anos; d) Ter concluído o ensino médio ou estar cursando o 3º ano dessa modalidade de ensino, (THD); e) Ter concluído o ensino fundamental (para o curso de ACD). 10. Demonstrativo do nº de turmas por Macro Região:

Macro	**Micro**	**Módulo**	**NºMunicípio**	**Nº Turma**
Nordeste	08	31	81	31
Norte	03	10	27	10
Sul	06	22	78	22
Extremo Sul	02	07	21	07
Sudoeste	03	16	65	16
Oeste	03	10	36	10
Centro	03	10	42	10
Centro Leste	04	19	67	19
Total	**32**	**125**	**417**	**125**

11. Área de Abrangência: O critério utilizado foi o próprio PDR do Estado da Bahia e as turmas foram concentradas no módulo, mas a sede pode ser pactuada, inclusive isso está sendo revisto em função da solicitação de outros municípios. 12. Docência: Aspectos a serem considerados: a) Formação Técnica (Qualificação); b) Formação Ética, Política e Social; c) Formação Pedagógica. 13. Coordenação: a) Coordenação Geral => EFTS; b) Coordenação Pedagógica => EFTS /

Regional; c) Coordenação Local => Municípios. 14. Organização Curricular: É um Curso de mil e quinhentas horas, o que daria um ano e meio de curso. Se o aluno fizer os módulos um e dois com as quatro áreas curriculares, ele é ACD – Auxiliar de Consultório Dentário. Se o aluno fizer os dois módulos e também o terceiro ele é THD – Técnico em Higiene Dental. 15. Execução da Proposta: a) Efetivação de parcerias entre as instâncias federal-estadual-municipal; b) Inscrição e matrícula; c) Preparação dos coordenadores e docentes, através do Curso de Capacitação Pedagógica oferecida pela EFTS, antes do início do processo formativo; d) Implantação das turmas em três etapas, com intervalo de 90 dias para o início das turmas subseqüentes: 1ª etapa (45 turmas) / 2ª etapa (40 turmas) / 3ª etapa (40 turmas); e) Supervisão bimestral com caráter educativo, visando o monitoramento técnico-pedagógico e educativo que envolve o curso; f) Realização de seminário de avaliação (semestral) com representação dos corpos docente, discente, coordenadores, direção e coordenação técnica da EFTS; g) Articulação e integração constante entre os diversos parceiros na perspectiva de compartilhar informações e conhecimentos, interação e busca de solução para dificuldades encontradas; h) Articulação com setores da educação profissional das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e Grupos Representativos da Sociedade. 16. Cronograma de Execução: Finalizou apresentando a estimativa orçamentária com os elementos de despesa utilizados no projeto". Após a apresentação, Dr. Odilon Rocha colocou em discussão e aprovação. Dra. Lenise Estrela parabenizou a EFTS pela iniciativa e abordou a necessidade de priorizar a cidade módulo, pois sendo módulo não significa que tem os profissionais, então é preciso rever essa escolha para que possamos até otimizar a questão dos recursos humanos. Enfatizou que algumas regiões estão trabalhando de uma forma improvisada e considerou que a Saúde Bucal da SESAB pode estar contribuindo para quem tem realmente este aparato de profissionais in loco, mesmo que seja satélite. Dr. Humberto Barreto solicitou esclarecimentos quanto ao curso que está sendo desenvolvido em Itabuna, porque umas dessas turmas é composta por Agentes Comunitários de Saúde. Dra. Graça Tonhá esclareceu que foram iniciadas quatro turmas pilotos em 2004 e toda articulação foi feita com as DIRES e a Coordenação de Saúde Bucal do município, onde foram colocados os critérios para matrícula dos alunos; o MS coloca como um dos critérios que sejam trabalhadores que estejam atuando sem qualificação específica, mas a depender do município não tem ninguém trabalhando na equipe de saúde bucal como também em outras áreas, então colocamos como critério que estivesse trabalhando ou em fase de contratação, eventualmente, os agentes comunitários entraram em vários cursos que a Secretaria vem desenvolvendo através da Escola na área de Enfermagem, isso foi muito comum, e cabe ao município encaminhar e matricular os alunos, porque para nós fica difícil saber a necessidade do município. Realmente entraram muitos Agentes Comunitários no PROFAE, o que é um complicador no momento que estamos para formar o Agente Comunitário; lembrou que na época como era um número muito grande, chegou a falar com Dra. Efigênia sobre o que poderia ser feito, mas como as aulas teóricas também são à noite, fica difícil barrar uma pessoa ainda mais quando a matrícula é feita no município. Comentou que no momento que vamos começar um projeto deste tamanho, a maioria dos municípios começa a solicitar e outros não, até porque ainda não souberam, e foi discutido com a equipe de Saúde Bucal da Secretaria, analisamos quais os municípios que já tinham odontólogos e já estavam implementando as equipes de saúde bucal e se chegou a esse critério de ser o município sede de módulo. Informou ter uma relação de alguns municípios que não estão incluídos, mas estão solicitando, a CIB pode decidir se entrarão outros municípios que estão pleiteando, até porque o MS não determina um número; em cima desse critério de ser em cada módulo colocamos cento e vinte e cinco, mas pode ser mais ou menos, porque o recurso quando vier vem com parâmetro em cima do número de alunos. Lembrou que houve também esse questionamento no pólo da região extremo-sul, numa reunião que houve no município de Conde, e ficaram de resolver quais os municípios que poderiam sediar, só que até o momento não encaminharam; também na região de Juazeiro, foi colocado que seria feito um estudo e encaminhado, mas como até hoje não chegou, mantivemos o critério. Dra. Lenise Estrela comentou que seu município mesmo tendo hoje seis equipes de Saúde da Família e seis Odontólogos e estar caminhando para o CEO com mais três, não consegue crescer e aglutinar recurso; recebe na modalidade um porque não tem profissional capacitado. Lembrou que Itaetê fez vários cursos com acolhimento de toda a região, inclusive alugou casa e deu toda alimentação aos profissionais dos municípios circunvizinhos que não tinham condição de vir, e se colocou à disposição novamente para fazer o THD na sede do seu município. Dr. Odilon Rocha informou que seu município tem o curso e foi feito na época em que não eram oferecidos muitos atrativos, porque não tinha fonte de financiamento bem esclarecida e não existia convênio. Colocou que uma das dificuldades do curso foi que foi feita uma seleção em outubro e houve mudança de gestor em dezembro e aí muitos gestores não indicaram as mesmas pessoas que já iriam participar do curso e já estavam inscritas; no município de São Félix que tinha seis equipes de PSF foi feita uma parceria com Maragogipe, Cachoeira, São Felipe, Governador Mangabeira e Conceição da Feira e abriu vaga para todos estes municípios, só para dar um exemplo, durante um ano os professores não receberam recurso nenhum e é uma coisa custosa, pois tem o financiamento dos agentes para colocar lá e a questão da distribuição. Considerou que hoje, com o financiamento já estabelecido, já existe a experiência do primeiro projeto piloto e não deve haver mais estas dificuldades; trata-se de um ganho extremamente importante para os municípios, em São Félix, por exemplo, valeu à pena fazer o tratamento do pessoal, e ser módulo não quer dizer reserva de mercado, tem que ter a vontade do município de querer fazer, dentro da expectativa do recurso, num processo de negociação. A Secretária Municipal de Ipirá, Orlandina Nascimento, informou que a região de Ipirá já entrou num consenso e junto com os municípios de Pintadas, Pé de Serra, Serra Preta e Baixa Grande pretende fazer uma turma. Após a discussão foi aprovada a consenso a Proposta de Formação Profissional de Técnico em Higiene Dental, na expectativa de que não haja reserva de mercado para nenhum município. Dra. Lenise Estrela questionou sobre a Capacitação do Pólo de Educação Permanente da Macrorregião Centro Leste/Feira de Santana e gostaria de saber quem faz parte deste núcleo. A Secretária Executiva da Rede de Pólo, Sra. Dilza Oliveira da Silva esclareceu que estes projetos foram elaborados lá mesmo e encaminhados para a reunião da Macro Centro Leste onde foram aprovados, estão acompanhados de ata para aprovação da CIB e do CES e posteriormente no MS. Dra. Lenise Estrela esclareceu que sua dúvida é com relação à Macro Centro que antes do PDR não existia e os municípios pertenciam à Macro Centro-Leste; como não tem representante da Macro Centro na Macro Centro-

Leste, gostaria de saber onde estão hoje a 18ª DIRES de Itaberaba, a 27ª de Seabra e a DIRES de Irecê que é a Macro Centro e como estarão inseridos nesse processo de capacitação. Dr. Odilon Rocha esclareceu que a Centro está dentro da Centro-Leste e a Sra. Dilza Oliveira informou que está na ativa, com reuniões periódicas, inclusive a Secretaria funciona na Universidade por seis meses e o restante do ano na Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana. Dr. Odilon Rocha sugeriu que a região centro deve procurar Dr. José Carlos Barboza na EFTS para maiores esclarecimentos. Dando prosseguimento à pauta, passou a palavra para Dra. Marta Rejane Montenegro para dar informes sobre a situação dos CAPS e para apresentação da Rede de Oncologia e Alta Complexidade. Dra. Marta Rejane deu os seguintes informes: a) Foram habilitados pelo MS este ano em fevereiro e março – Lauro de Freitas, Catu, Iguaí, Dias D'Ávila e Bom Jesus da Lapa; b) Foram encaminhados ao MS – Jacobina, Curaçá, Caculé, Tremedal, Santana, Cruz das Almas, Cachoeira, Santo Antônio de Jesus, Vera Cruz, Cândido Sales e Monte Santo; c) Estão aguardando no Cadastro a solução das pendências de atualização de FCES Casa Nova e Uma e aguardando Projeto Terapêutico Senhor do Bonfim e Cansansão; d) Ainda não chegou documentação para habilitação apesar de estar previsto na rede de CAPS que foi aprovada aqui na CIB – Inhambupe, Ibirataia, Barra da Estiva, Barra do Choça, Irecê, Iaçú, Itabela, Barra, Cícero Dantas, Coração de Maria, Riachão do Jacuípe, Riacho de Santana, Santo Estevão, Sento Sé, Ubatã, Itambé, Maragogipe, Mata de São João, Mucuri, Olindina, Pindobaçú, Queimadas, Mairi, Sobradinho, São Gonçalo dos Campos, Serra do Ramalho, Itaberaba, Itapetinga e Valença; e) Em análise na Coordenação de Saúde Mental – Muritiba, Uauá, Canavieiras, Ibotirama, Itabuna, Juazeiro, jaguaquara, Xique-Xique, Irajuba e dois de Salvador. Dr. Luis Eugênio Portela colocou que nas últimas Tripartites, numa discussão sobre o pacto de gestão ficou claro que acontecerão mudanças importantes neste processo dos CAPS, devido à extinção dos financiamentos por programas. Lembrou que o Estado tem vários municípios em fase de implantação e considerou importante que nessa nova regulamentação a ser discutida na Tripartite não sejamos prejudicados, pois estamos em processo de implantação de CAPS e não podemos ter valores incorporados ao teto até porque não temos série histórica. A Proposta da Coordenação de Saúde Mental do MS é de que para os serviços novos continue valendo o critério atual da produção do serviço até se constituir pelo menos seis meses de uma série histórica e a partir daí se incorpore ao teto. Dr. Odilon Rocha colocou que é necessário que as pessoas que estão com seus projetos ou começando a fazer seus faturamentos, tenham a convicção de que os seus tetos vão ser feitos pela produção, e como os CAPS apresentam uma produção baixa no início, é importante que se estabeleça uma produção alta no início para fazer uma média boa, porque senão o município vai ter uma média baixa e um processo de atendimento crescente. Dra. Lenise Estrela observou que foi informado Itaberaba como não implantado, acontece que o município já tem CAPS há mais ou menos três anos. Dra. Aldeci Silva, comentou que para Canavieiras foi aprovado em 2003, o processo ficou todo pronto para ser liberado em 2004, por questões políticas o processo foi arquivado, sendo reaberto em 2005, acontece que naquela época não havia liberação na CIB para que fosse implantado e hoje a única pendência é que o Cadastro exige que haja o número da resolução da CIB, só que não há essa resolução porque quando foi aprovado e liberado para implantação não havia essa necessidade. Dr. Odilon Rocha lembrou que a CIB deliberou que para todos os municípios habilitados para implantação de CAPS com a documentação em dia, deveria ser feita uma resolução ad referendum para não haver atraso. Enfatizou que temos um pacto com processo de descentralização e temos que constituir também na Bahia um processo de descentralização, porque senão descentraliza do governo federal e o governo estadual absorve a centralização, então é preciso começar a dar andamento porque estes processos demoram muito. Em seguida passou a palavra novamente para Dra. Marta Rejane para apresentação da Rede de Oncologia e Alta Complexidade, que informou ter ocorrido uma nova publicação de portaria mudando as regras de credenciamento para serviços de oncologia. "Houve uma oficina de trabalho de três dias há duas semanas, quando o MS veio ao Estado e nos reunimos com os municípios que possuem serviço de oncologia, com a representação do COSEMS para discutir todo o processo de implantação dessa nova portaria no Estado. Uma mudança fundamental que ocorreu com relação à Portaria nº 3535 que foi revogada pela Portaria nº 741 foi a questão de que antigamente se colocava um critério populacional de um CACON para cada quinhentos e cinqüenta mil habitantes, na Portaria nº 741 o critério fica baseado na estimativa de casos novos para 2006 que é publicada pelo INCA que seria uma unidade de alta complexidade em cardiologia ou um centro de alta complexidade para cada mil casos novos de câncer. Enfatizou que há necessidade de organizar e implantar essa rede estadual ou regional como ficar definida para oncologia, porque precisamos estabelecer um fluxo de referência e contra-referência para garantir o acesso da população à assistência oncológica no Estado e também há necessidade de auxiliar todos os gestores na regulação do acesso e no controle e na avaliação desta assistência. Por definição da Portaria, a organização desta Rede de Atenção ficou assim definida: Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia – CACON tem que estar em hospital de ensino tem que ter residência e especialização médica na área de rádio, cancerologia e enfermagem oncológica; Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – CEDICO tem que estar instalado numa unidade hospitalar, realizar cirurgia oncológica além das especialidades básicas e também cabeça, pescoço, torácica e cirurgia plástica, fazer oncologia clínica, ter serviço de hematologia e radioterapia próprio; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON tem que estar instalado numa unidade hospitalar, realizar cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia (opcional que seja própria ou referenciada) e para os serviços isolados de rádio e quimioterapia eles tem que estar obrigatoriamente vinculados a um CACON ou a uma UNACON e tem que ser assegurada esta referência, não pode ser um serviço isolado, não pode ser porta de entrada que tem que ser sempre um CACON ou uma UNACON, excedendo a capacidade dela é que o gestor daquele território vai estar encaminhando para essa unidade isolada e só vai ser credenciada novamente se houver necessidade dentro da capacidade instalada existente em cada Estado. Os critérios para o planejamento foram: a população a ser atendida que é o critério prioritário do MS, os casos novos, a necessidade de cobertura assistencial (temos hoje 36% do Estado coberto para assistência oncológica, de acordo com esse critério), mecanismos de acesso com fluxo de referência e contra-referência, capacidade técnica e operacional do serviço, série histórica de atendimentos realizados levando em conta a demanda reprimida e integração com os mecanismos de regulação e com os demais serviços

assistenciais que compões a Rede de Atenção Oncológica no Estado. De acordo com a portaria existente, o existente o e necessário por macrorregião para o Estado da Bahia, esta é a estimativa dada pelo INCRA para cada uma das macrorregiões, e teríamos num total de treze mil seiscentos e quarenta casos novos, então precisaríamos ter na Região Nordeste uma unidade de alta complexidade, há necessidade de cinco então ficou definido que pelos critérios seriam pelo menos três CACON e duas ANACON, na Região Sul duas unidades sendo um CACON e uma ANACON, na Região Extremo Sul uma ANACON, na Região Sudoeste um CACON, na Região Oeste um CACON, na Região Centro uma UNACON, e na Região Centro-Leste dias unidades sendo um CACON e uma UNACON que dá um total de quatorze unidades para o Estado da Bahia como um todo. Atualmente temos cinco CACONS sendo quatro em Salvador que são Aristides Maltez e Santa Izabel que foram credenciados sem pendências e a Universidade e o São Rafael que têm pendências no credenciamento desde o anterior da Portaria nº 3535, e uma em Itabuna que foi credenciada no final de 2003 também sem pendências, o que dá um percentual de cobertura de 36%. Isso em termos de CACON que é o que está sendo proposto na nova Portaria; na situação atual temos três serviços isolados em Feira de Santana, os quatro CACONS em Salvador e dez serviços isolados, sendo oito serviços isolados em salvador, um em São Félix e um em Santo Antônio de Jesus, temos um CACON em Itabuna, um serviço isolado em Ilhéus, três serviços isolados que são dois de quimio e um de rádio em Vitória da Conquista, e um serviço isolado de quimio em Eunápolis. Esta é a situação do Estado da Bahia. O MS chamou atenção sobre o excesso de serviços isolados que a Bahia tem, pois se fossemos transformar todos eles em CACON, excederiam e muito o parâmetro da nova portaria para o Estado da Bahia. De acordo com a Portaria teremos que instalar onde tem CACON na Região Oeste, Sudoeste, Sul, Centro Leste e três na Nordeste e UNACON uma na Região Norte, uma na Centro, uma na Centro Leste, uma na Sul, e outra na Extremo Sul, além dos dois da Região Nordeste, este é o desenho de acordo com os critérios estabelecidos pela Portaria do MS. Considerando os prazos e as fazes de implantação, teremos que estar em curto prazo credenciando os serviços existentes, fazer um estudo para adequação desse pool de serviços isolados que existem no estado da Bahia para ver quais terão condições de se adequar para ser um CACON ou uma UNACON, em médio prazo, credenciar os CACONS das macrorregiões Sudoeste e Centro Leste, um estudo para implantação de UNACON e CACON nas macrorregiões Oeste, Centro, Norte e Extremo Sul, um estudo também para definição de quais seriam os centros de referência em alta complexidade porque os requisitos são bastante desafiadores e em longo prazo, o credenciamento nas macrorregiões Oeste, Centro, Norte e Extremo Sul. “Após a apresentação, Dr. Odilon Rocha colocou em discussão e comentou que houve uma discussão no CONASS sobre o projeto original de que essa proposta do MS era para tornar o serviço mais elitisado ainda e mais concentrado, porque na verdade se fala em descentralização, mas as dificuldades para se implantar um serviço algumas vezes torna impossível essa implantação. Foi discutida também a possibilidade de que existe um estudo hoje que diz que pelo menos 6% das cirurgias oncológicas são feitas em unidades não oncológicas, são hospitais que fazem esterectomias e não recebem os recursos como se fossem cirurgias oncológicas e estava sendo aberto um precedente para os hospitais fazerem isso, só que não foi apresentado nessa proposta, então eles devem ter retirado isso que é para os hospitais gerais não façam mais, porque não tem cabimento que um hospital de grande porte como o de Barreiras não possa realizar essa cirurgia e o paciente precise vir aqui e esperar de oito a dez meses para marcar uma cirurgia oncológica e quando é marcada, ele já morreu. O Secretário Municipal de Camaçari, Washington Couto questionou se não seria interessante dentro dessa distribuição para a região Nordeste, já que o Estado está sendo visto como um todo, também ter esse olhar das distâncias das regiões; exemplificou que tem em seu município um serviço de quimioterapia que não está credenciado e fazendo uma visita ao Hospital Geral de Camaçari, podemos perceber que com pouco investimento é possível colocar como uma UNACON e ter esse serviço isolado de quimioterapia, então a pergunta é no sentido de que se poderia em parceria com o Estado já começar a pensar nesses municípios que tem esse potencial de ter uma UNACON, mesmo compreendendo que já existem serviços isolados. Enfatizou que o município de Camaçari vai fazer este pleito e gostaria de entender como realmente fazer este ajuste. Dra. Marta Rejane considerou que este é um processo de negociação; os que já estão hoje tem um prazo de seis meses para cumprirem os critérios e serem credenciados, pois ficou bem claro que não é re-credenciamento e sim um novo credenciamento, é como se estivesse partindo do zero frente a essas novas diretrizes que o MS colocou na Portaria. Dra Marta Rejane Batista colocou que só tem direito a cinco porque esta sendo credenciado no nordeste por isto que estão abrindo exceção, havendo necessidade podemos continuar com serviços isolado tendo que existir critérios de referencia não sendo porta de entrada, o mesmo foi discutido sobre a questão da cirurgia CACON tem uma produção baixíssima com exceção do Hospital Aristides Maltes. Salientou que formos pegar todos serviços isolados e colocar dentro dos CACON tem capacidade instalada para atender mais não atende. Informou que temos demanda reprimida mais também temos muitos serviços com baixa produção se colocarmos os CACON para funcionar plenamente de acordo com os critérios; salientou que dificilmente iremos permanecer com credenciamento de serviços isolados para cumprir porque isto foi uma da reclamação do Ministério da Saúde a o Estado da Bahia. Dr. Washington Couto questionou se temos a UNACON ou CACON no território de Salvador e se pode ter o serviço isolado de Quimioterapia em Camaçari está atrelado a UNACON ou CACON com Salvador. Dra Maria do Carmo Tambone lembrou que existe quatro serviço em Salvador e que deverá ser criado um novo serviço em outro lugar na macro observando critérios como distancia. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que deverá ter o entendimento que a época de política engessada deve acabar com Pacto caso contrário não tem Pacto. Dra Maria de Carmo Tambone colocou que não entende porque na época do Pacto o Ministério da Saúde lança várias portarias. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que esta situação tem que ser revolvida entre aqueles que tem acesso ao fórum de debate como CIT. Dra Marta Rejane Batista chamou atenção quanto à questão das cirurgias que irá funcionar do mesmo jeito; citou como exemplo tendo uma fila de noventa meses para algumas cirurgias no Hospital Aristides Maltes pode fazer um acordo com alguns serviços para estarem realizando estas cirurgias para que o paciente não fique a espera por vários meses, isto dentro da pactuação e com critérios de garantia de referencia e contra referencia.O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dr. Luis Eugênio Portela Souza lembrou que houve uma

discussão na CIB sobre as Redes de CACON que a dificuldade de Profissionais de Recursos Humanos diante disto questionou se esta proposta contempla curto e médio prazo. Dra Marta Rejane Batista informou que tem algum que colocam Profissionais em longo prazo, apenas é preciso fazer uma negociação com UFBA – Universidade Federal da Bahia e quem tem Residentes com a Comissão Estadual de Residentes com pessoal do recurso humano para ver como viabilizar para quando chegar ao longo prazo termos profissionais agregados que efetivamente possa agregar ou habilitar com CACON ou UNACOM. Dra Lenise Estrela falou sobre a região centro que tem setecentos e cinqüenta casos novos a região está desassistido não tendo apoio diagnostico para dar precisão a setecentos e cinqüentas casos. Colocou que não pode engessar o sistema dentro das portarias como foi apresentado tendo que deixa aberto porque nas duas micros de Irecê e Seabra não tem nenhuma infra-estrutura para ter UNACON porque o paciente vão para Feira de Santana ou para Salvador. Solicitou que fosse verificada a possibilidade de este tratamento vá para a região centro de fato onde seja fluxo de referencia para os vinte e sete municípios. O Senhor Coordenador Adjunto agradeceu a Dra Marta Rejane Batista e em seguida convidou Dr. Juarez Dias que apresentou o SVO - Serviço de Verificação de Óbito tem como objetivo o esclarecimento da causa mortis; instituições que têm como finalidade a determinação da realidade da morte, bem como sua causa, desde que natural e não externa, nos casos de óbitos ocorridos sem assistência médica ou com assistência médica sem elucidação diagnóstica. Enfatizou quais são os objetivos do SVO: elucidar diagnóstico para definição e implementação de políticas públicas de saúde; aumentar a fidedignidade estatística do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); auxiliar na investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmado de doença de notificação compulsória; Garantir à população acesso a serviços especializados de verificação da causa mortis decorrente de morte natural, com a conseqüente agilidade na liberação da Declaração de óbito Pontuou as funções do SVO: realizar necropsias de pessoas falecidas de morte natural sem assistência médica ou com assistência médica sem elucidação diagnóstica, inclusive as que lhes forem encaminhadas pelo Instituto Médico Legal, fornecendo as respectivas declarações de óbito; remover para o Instituto Médico Legal os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, verificados antes ou no decorrer da necropsia, os em avançado estado de decomposição e os de morte natural de identidade desconhecida; comunicar ao órgão municipal competente os casos de corpos de indigentes ou não reclamado, após a realização de necropsia, para que seja procedidos os registros do óbito, no prazo que determina a lei, e o sepultamento; proceder as devidas notificações aos órgãos municipais e estaduais de epidemiologia. Pontuou que gostaria de referendar nesta reunião a criação da rede de SVO integrando os serviços já existentes e os serviços a serem criados no Estado da Bahia; chamou atenção que é um dos poucos Estados que não possuem SVO. Chamou atenção da Necrópsia ou Exame Cadavérico em caso de mortes violentas ou necrópsia médico-legal que tem o objetivo de determinar a causa Jurídica da morte podendo ser Homicídio, Suicídio e Acidente. Esclareceu que a Necrópsia em caso de mortes naturais ou necrópsia anatomopatológica em como objetivo determinar a causa médica da morte ou Doenças. Apresentou gráfico onde mostra Necropsia realizada no IML – Instituto Médico Legal nos anos de dois mil e três a dois mil e cinco fez em média 4.000 (quatro mil) necropsias ano e que em torno de 1200 (mil e duzentos) são de mortes naturais. Informou que as Delegacias que mandam os corpos são de onde se encontram os grandes Hospitais Roberto Santos, HGE, Hospital Geral de Camaçari, Hospital Menandro de Farias, Hospital João Batista Caribe, Obras Sociais de Irmã Dulce e Hospital Ernesto Simões Filho. Colocou que há várias solicitações de Exames Necroscópicos de Mortes Naturais no ano de dois mil e cinco sendo um impacto muito grande para o IML; calcula que cada exame Necroscópico custe R$ 700,00 (setecentos reais); se computar o total dá R$ 700.000,00 (setecentos mil reais) ano. Chamou atenção que recentemente uma funcionaria da SESAB foi a óbito em uma unidade Hospitalar conveniada ao SUS chegando morta à unidade o corpo foi encaminhado ao IML que fez a Necropsia; apesar do Legista ter encontrado coágulos no coração com um processo de pneumonia, saiu o laudo de morte causa indefinida. Quanto à área técnica administrativa ocorrem desvios de competência do IML – mortes violentas; sobrecarga nos serviços; diminui a eficiência nos serviços prestados; aumenta o número de indeterminações na causa da morte, distorcendo as estatísticas de segurança e saúde pública. Pontuou que o impacto social a recusa do fornecimento da declaração de óbito, em casos de morte natural sem assistência médica, submete a família do cadáver a constrangimentos diversos, incluindo o envolvimento policial desnecessário. A rede SVO sob gestão SUS integra-se ao Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Comissão de Implantação e acompanhamento da Rede de SVO com Técnicos e Gestores do SUS, incluindo representação do CONASS e CONASEMS. Colocou que a composição e gestão das Secretarias de Saúde dos Estados e DF; elaboram um Plano Estadual para a implantação da Rede Estadual de SVO; submetem à CIB e análise e aprovação e encaminham à SVS-MS com análise e habilitação; Os Serviços já existentes deverão se adaptar às condições definidas e, após aprovação pela CIB, encaminhar solicitação de habilitação junto à SVS-MS . Os Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimento da Causa Mortis integrarão uma Rede Pública sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde. Apresentou a Composição e gestão das Secretarias Municipais de Saúde que poderá, por deliberação da CIB, gerenciar um SVO, integrante da rede, localizado em seu território e que o Gestor da rede poderá, à sua conveniência, celebrar acordo ou convênio com instituição pública de ensino superior, Secretaria de Segurança Pública ou equivalente para a operacionalização do SVO. Quanto à área de abrangência definida, os SVO devem atender a demanda de um grupo de municípios, de acordo com planejamento integrado ao Plano Diretor de Regionalização a ser coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e pactuado na CIB. Colocou que os SVO de porte I e II localizados em Estados que não dispunham de SVO de porte III, receberão o apoio de um SVO deste porte de outro Estado, a ser definido em comum acordo entre os mesmos com a mediação da SVS ou MS. Citou as Características: os SVO de Porte III desempenharão papel de referencia para apoio diagnostico e para treinamento de pessoal para os de Porte I e II e que todos deverão possuir serviço de remoção de cadáver próprio, contratado ou conveniado com outra entidade pública, e que os Porte tem um total de setenta e três. Apresentou os Projeto VIGISUS II e Componente MS com Investimento em reforma, ampliação e equipamento com vinte e sete serviços na localidade a critério das CIB. Quanto ao valor unitário do projeto: R$ 7.200,00 (sete mil e duzentos); Valor unitário para obras: R$ 76.200,00(setecentos e seis mil reais e duzentos reais); valor unitário por equipamentos é de :

R$ 144.700,00 (cento e quarenta e quatro mil reais e setecentos reais); PLANVIGI – municípios elegíveis pelas Bipartites . Apresentou os Projetos Arquitetônicos e a Contratação que se enquadra em serviço de consultoria; contratar pelo método Seleção Baseada nas Qualificações do Consultor – SQC; Elaborar estimativa de custo, em seguida enviar para UGP ou SVS, com as devidas aprovações, memorando capeando Termo de Referência e estimativas de custo. Os critérios adotados para Contratação dos Projetos Arquitetônicos são elaborar uma lista-curta de firmas; emitir parecer sobre qualificação das firmas interessadas. Podendo emitir parecer sobre a proposta da melhor firma qualificada acompanhando a execução do contrato; recomendar pagamentos mediante parecer técnico; enquadra-se em pequenas obras; contratar pelo método três cotações; projeto arquitetônico AUTOCAR; desenhos AUTOCAD e especificações de cada SVO; planilha de quantidades para cada SVO e cronograma físico financeiro para cada SVO. Quanto à reforma de ampliação foi elaborar estimativa de custo de cada SVO considerando o preço de mercado; enviar para UGP ou SVS, com as devidas aprovações, memorando capeando projetos, desenhos, planilhas, especificações e estimativa de preço por SVO; avaliar e emitir parecer técnico sobre as cotações recebidas, recomendando adjudicação do contrato; acompanhar a execução do contrato e recomendar pagamentos mediante parecer técnico. Com relação aquisição de equipamentos tem preferência por pacote de aquisições; com a impossibilidade de agrupamento de aquisições, os equipamentos poderão ser adquiridos com a aplicação do método SHOPPING. Adotando critérios como apresentar lista de equipamentos para casa SVO; apresentar especificação dos equipamentos para cada SVO; apresentar lista de serviços adicionais como instalação, transporte, seguro, treinamento, testes de validação, certificação de agencia reguladora, etc para cada equipamento, conforme o caso. Como também apresentar estimativa de custo para cada equipamento considerando a inclusão dos serviços adicionais e entrega no destino final; enviar para UGP ou SVS, com as devidas aprovações, memorando com a relação de equipamentos, serviços adicionais, respectivas especificações e estimativa de preço por SVO; avaliar e emitir parecer técnico sobre as cotações recebidas, recomendando adjudicação do contrato; acompanhar a execução do contrato; acompanhar a instalação dos equipamentos; testar os equipamentos recebidos; emitir parecer de aceitação final e recomendar pagamentos mediante parecer técnico. Informou o valor mensal do incentivo segundo ao porte I o valor de R$ 20.000,00 (vinte mil reais); porte II com valor de R$ 30.000,00 (trinta mil reais) e para porte III o valor de R$ 50.000,00 (cinqüenta mil reais) o incentivo nos dois primeiros meses de implantação serão dobrados para custear despesas de implantação. Informou que para habilitação dos termos de adesão assinado pelo Secretario de Saúde do Estado ou Municípios, Distrito Federal; Ato formal de criação do Serviço de Verificação de óbito e esclarecimento da Causa Mortis; comprovar disponibilidade de área física com instalações e tecnologias necessárias, inclusive computador conectado a internet e encaminhamento a SVS ou MS até abril do ano 2006. Apresentou as dificuldades com os recursos humanos qualificados; remuneração; horário de funcionamento; autorização para realização da necropsia; transporte dos corpos; Corpos em decomposição; Necropsia de fetos, nati-mortos e placenta; emissor de Declaração de óbito. Lançou como proposta que o Estado da Bahia tenha o serviço de SVO - Serviço de Verificação de Óbito e que conta com a ajuda da CIB para oficializar esta reivindicação. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dr. Luis Eugênio Portela Souza informou que participou de uma reunião na Secretaria de Justiça com Dr. Juarez e Márcia e que trata-se de uma situação vexatória não conseguir termos um Serviço de Verificação de Óbitos. Chamou atenção do fato de termos óbitos em Hospitais de pacientes internados há dias e que os médicos profissionais se recusam a atestar a causa morte. Salientou que o paciente até quarenta e oito horas sabe que pode ser causa externa, tendo a necessidade de Médico Legista. Colocou que o projeto apresentado por Dr. Juarez Dias vai batalhar para conseguir a implantação e que a situação do IML é realmente delicada. Pontuou que não se sabe que a medida de curto prazo a Secretaria do Estado não poderia intervir neste sentido. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra Lenise Estrela salientou que esta preocupada com apresentação SVO feita para CIB por Dr. Juarez Dias com a presença de poucos municípios com um Estado representativo com 417 quatrocentos e dezessete municípios. Colocou que ver a necessidade de fazer um seminário para se ter uma discussão ampliada de um assunto muito importante como é SVO. Informou que quando algum paciente morre em Salvador os municípios têm que ir apanhar o corpo e às vezes só tem um Profissional, que às vezes está de férias tendo que se deslocar até 500KM para conseguir chegar no destino e retorna gerando um custo para o município. Solicitou que agende uma reunião para discutir este assunto. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra Maria Nita Ferraz colocou que a SURAPS já vem trabalhando e que as Funerárias dão muito atestado dos pacientes que não são encaminhados e que as Equipes Médicas destes Hospitais da Rede Estadual estão sendo sensibilizados inclusive com normalização interna dentro dos Hospitais para que melhore a estatística de encaminhamento. Colocou que existe alguma dificuldade com relação a profissionais que não é para acontecer; deu como exemplo paciente internado com mais de quarenta e oito horas não justifica porque esta encaminhando. Salientou que tem sido feito um trabalho há mais de dois anos com os Gerentes dos Hospitais do Estado e municípios principalmente os Hospitais de Macro região para que possamos melhorar esta estatística. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra Rita de Cássia Rego, Secretária de Saúde de Lauro de Freitas que parabenizou a Secretaria do Estado por estar fazendo este trabalho devido a gravidade do problema que leva o profissional Epidemiologista a se sentir frustrado quando chega na rede .Pontuou que o Seminário que foi proposto por Dra Lenise Estrela que o Conselho Regional de Medicina esteja envolvido para ter uma sensibilização em relação aos profissionais quando se trata de preencher o atestado de óbito. Lembrou que deve ser convidado o hospital Pequeno das Prefeituras que passam grandes dificuldades com as Urgências e Emergências. Salientou que desse jeito não podemos ter a realidade do perfil de mortalidade; enfatizou é impossível. Dr. Edgar Lessa informou que esteve na região de Barreiras em Santa Maria da Vitória para pactuar a programação integrada PPI e uma das metas é melhorar a qualidade dos atestados de óbitos. Pontuou que os Secretários de Saúde dos Municípios estão reclamando que os Médicos não querem atestar de óbito que é uma obrigação do Profissional Médico. Pontuou que tem que envolver o Conselho Nacional de Medicina para resolver esta questão. Dr. Juarez Dias lembrou que o Ministério da Saúde deu o prazo até o final do mês de abril do ano de dois mil e seis para apresentar um projeto; chamou atenção se

houver o Seminário que seja feito breve. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dr. Humberto de Jesus que colocou que o Seminário tem que ter o caráter educativo porque no Trabalho que realizo de Médico II SESP uma vez ficou suspenso do pessoal que trabalhava com as declarações; não entendeu determinadas letras e solicitou a minha ajuda, mas infelizmente não pude ajudá-lo, tendo então de ligar para o médico que ficou supresso porque a declaração foi parar na Secretaria. Dr. Juarez Dias informou que as declarações são codificadas em Salvador. Dra. Maria do Carmo Tambone Pontuou que concorda com a idéia do seminário mais que seja realizado depois que terminar o projeto. Dr. Odilon Rocha colocou que Dr. Juarez Dias informou que não sabe como e quem irá ajudá-lo a ter o serviço a não ser que o Estado se comprometa. Pontuou que fica preocupado quando passamos um serviço de extrema importância para Universidades Federal que tem a questão das greves. Lembrou que existe uma portaria especifica do serviço de verificação de óbito municipais que deve esclarecer esta situação, porque os profissionais do PSF que tem condição de dar o Atestado de óbito estão se recusando. Dra Maria do Carmo Tambone informou que irá ter uma reunião com IML para encaminhar como tem que ser feito porque este recurso é exatamente para ajudar a estrutura do serviço de manutenção que é muito pouco e o Estado irá entrar com o restante. Dr. Luis Mariano informou que é legista em Guanambi a mais de vinte e cinco anos e que esta questão tem vivenciado no município de Guanambi, o regional teve uma reunião com o Hospital há dois meses atrás estando mais ou menos resolvido esta questão do profissional atesta o óbito e quanto à questão do PSF temos que conversar porque às vezes o Profissional fica com medo de atestar óbito. Dr. Luis Mariano lançou como proposta tem que haver uma parceria entre Secretaria Segurança Pública e Secretaria de Saúde a adequando local contratando o Profissional para fazer o serviço de investigação de morte natural e o Legista para fazer investigações de mortes violentas, quanto à questão de patologista não é problema porque pode ser encaminhado o material para o Patologista em Salvador. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dra. Itana Viana Procuradora do Ministério Público pontuou que o CREMED já foi diversas vezes provocado pelo Ministério Público por causa da inexistência de serviço de verificação de óbito em razão de varias duvidas citadas por famílias da causa de que morreu algum parente ficando muito difícil quem irá resolver, são problemas que ficam insolúveis e que o Estado no sentido do poder público fica devendo ao cidadão porque tudo aquilo que está previsto é para ser cumprido, feito se não vamos pegar nossos parlamentares revogando tudo, nos tornando diferente do que somos um País avançadíssimo no que diz respeito a legislação e na pratica um País que nunca pode realizar as coisas. Salientou se não pode vamos ser mais primitivos e não termos uma legislação sofisticada que aos olhos de outras nações que somos realmente um País desenvolvido e civilizado. Quanto à questão de Eunapólis pontuou que era Promotora da Cidade quando este serviço foi instalado numa negociação com a Prefeitura que o Prefeito era um Médico que não era político que só foi Prefeito numa Gestão e nunca mais quis saber disto foi em um acordo de liderança que instalou um Legista Dr. Luis que é antes de tudo um homem comprometido com a saúde da população tanto é que fez em minha presença varias exumações, necropsias de cadáver em estado de putrefação as vezes encharco a vários dias vitima de crime que o estado físico do cadáver não permitia porque ao pegar largava o pedaço e improvisarmos uma bica com bambu para abrir e encontra a causa morte e as vezes obtemos a prova do crime imediato. Colocou a disposição de quem interessa pode contar porque tem um desejo de um dia escrever um livro contando estas historias. Pontuou que não se pode exime a responsabilidade dos municípios e o Estado, se não pode de uma maneira então vamos estabelecer metas para fazer porque é possível fazer, Eunápolis se fez. Lembrou que tem o serviço medico legal em Itamaraju mais não faz quando não é morte violenta e quanto à estória de remeter para o IML dentro da estrutura legal do Estado, está errado IML é um órgão da Policia Judiciária estando a serviço da Justiça Criminal como órgão auxiliar da justiça que é a Policia Judiciária. Salientou que tem visto algum equívoco em Jornais de que perito para fins da Justiça não é tarefa para órgão de saúde; citou que até porque Órgão de Saúde não tem porque fazer perícia trata-se de um elemento de prova que esta no código de processo civil e no código de processo penal, portanto perícia e algo que ira consubstancia uma prova para ser apreciada em Juízo, então não é tarefa do IML, tanto que quando o analise do Patologista encontra indícios de que existe um crime ou causa de externa como envenenamento que não tenha sinais exteriores o corpo é emitido ao IML porque o órgão de verificação de óbito não tem competência legal de remeter para Justiça como prova, não tendo valor probante. Chamou atenção que preciso ficar claro. Salientou que foi uma tarde feliz com a reunião da CIB irá comemorar porque luta há anos por este Serviço de Verificação de Óbito - SVO e que há anos atrás em uma reunião que se realizou no IML o Professor Rui de Laurent para discutir estas questões porque não é possível existirem lugares que trabalhou com estatística enormes de leptospirose em pessoas que a família tinha a leptospirose, mas tinha a causa básica como Hepatite C ou hemorragia gástrica e algum que para a Epidemiologia é uma desmoralização. Pontuou que se divide regionalmente é possível porque houve dia que não tínhamos um médico no Estado da Bahia no raio de km e hoje já temos; salientou então vamos trabalha para o futuro. Pediu perdão pela intervenção nesta comissão sentar elaborando plano com projeto de Plano de metas cumprindo o dever para com o Cidadão que é um dever do Serviço Público. Agradeceu a todos. O Senhor Coordenador Adjunto colocou em discussão para aprovação do Plano e estabelecer que a Secretaria dentro de um período não maior que trinta dias, que foi aprovado por todos dos membros. Dr. Edgar Lessa apresentou a Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde no ano de dois mil e seis, cujas metas foram referendadas pela CIT. Colocou que distribuiu a pactuação já foi discutida pelos municípios e que a documentação encaminhada ao COSEMS com antecedência para que já tivesse discutido na reunião de Diretoria do COSEMS hoje pela manhã. Apresentou PPI da Vigilância à Saúde do Estado solicitando a aprovação da CIB e encaminhar a SVS do Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador Adjunto colocou em discussão e aprovação, em seguida foi aprovado por todos. Convidou Liane Andrade para fazer a apresentação da programação e pacto da atenção básica. Dra. Liane Andrade falou que na atenção básica é feito esse período de programação, que trouxe uma metodologia nova que foi apresentada na CIB no ano de dois mil e cinco e está sendo finalizada, a avaliação será em abril com o processo do pacto, o dia que será marcado a assinatura do pacto será no dia dezenove de abril no Centro de Convenções de Salvador, com todos os secretários e prefeitos. Pontuou que as etapas são: ETAPA I – Revisão e definição de parâmetros, reuniões com as áreas técnicas (NOAS), assistência farmacêutica, vigilância

epidemiológica de sanitária, construção do Manual de orientação da Programação da Atenção Básica 2006; ETAPA II – Oficinas regionalizadas de orientação para a realização da programação municipal e intra-municipal, avaliação da rede básica de saúde municipal por unidades de saúde, avaliação das metas proposta pelo Estado para o município, envio das metas municipais e as justificativas na que divergem da proposta pelo Estado através do aplicativo da internet – PROAB. ETAPA III – Avaliação das programações municipais pelos técnicos estaduais através do aplicativo da internet - PROAB e o que faltava que era a apreciação da CIB nas ações mais críticas de implementação. Mencionou que teve uma adesão boa dos municípios, cerca de noventa e quatro por centos dos municípios aderiram, aonde apenas vinte e três não encaminharam as suas planilhas. Mencionou os municípios que não encaminharam a planilha que são; Capela do Alto Alegre, Casa Nova, Crisópolis, Floresta Azul, Ibicaraí, Ibipitanga, Ibitiara, Ipecaetá, Itagimirim, Itaju do Colônia, Itapé, Jucuruçu, Mata de São João, Nova Viçosa, Pau Brasil, Pedro Alexandre, Pilão Arcado, Santa Bárbara, Santanópolis, São Félix do Coribe, Seabra, Sítio do Quinto, Tanhaçu e Uauá. Salientou que de homologado sessenta e oito por cento de planilhas, dez por cento de planilhas estão em análises e vinte e um por cento são planilhas que o município ou não mandaram ou que planilhas que a área técnica invalidou dando sugestões de reajustes para voltar para o município. Mostrou o nível de adesão a nível de DIRES, que ainda está sendo aguardado o retorno dessas DIRES. Informou que as principais justificativas são baixa cobertura de PSF, infra-estrutura existente insuficiente, escassez de recursos humanos. Falou vem tendo muitos problemas quanto às justificativas, porque alguns municípios mandam as metas propostas, que esse momento é importante para o estado e importante para o município para que sejam avaliados os parâmetros para que sejam vistos se de fato eles estão condizendo com a realidade, se as ações propostas estão condizendo com o que realmente estão condizendo com o que realmente será feito para promover a organização do serviço da atenção básica e que nesse sentido as áreas técnicas estão aprendendo com isso. Mencionou que os aspectos que são considerados são: validade da justificativa exposta, ou seja, tem alguns tipos de justificativas que são invalidando e pedindo um posicionamento melhor do município; importância da contra-argumentação como processo educativo, ou seja, aqueles municípios que tem um momento ruim, que tem questões de gestores que saíram e a equipe técnica está pontuando essas questões. Mencionou que os pontos positivos são: disponibilidade da programação on-line, possibilitando a prática de planejamento de forma integrada e participativa, maior participação e articulação das áreas técnicas na programação, possibilitando a prática de avaliação e monitoramento, diagnóstico das dificuldades apontadas pelos municípios para organização da atenção básica, maior aproximação da gestão municipal de estadual, incentivo a programação local. Salientou que os pontos críticos são; primeiro ano de implementação da nova metodologia, mudança de equipe municipal, melhorar o monitoramento das ações programadas e período de férias. Informou que o pacto de indicadores, que entra como processo de avaliação está regulamentado o de dois mil e seis pela portaria quatrocentos e noventa e três, de dez de março. Falou que foi criada uma pasta na página da SESAB, onde será dado com a base estadual. Mencionou que o fluxo e prazos do pacto. Informou que o pacto foi iniciado no dia vinte de março, para entrar no mesmo sistema de dois mil cinco, que é bom o município agilizar a sua senha, olhar sua avaliação e procurar dados em relação a isso e que todos os pactos tem que ser impressos e assinados pelo Secretário. Informou que no dia dezenove de abril será o dia simbólico de assinatura, que então nesse dia o Secretário já poderá trazer seu pacto assinado, que terá um grande evento no Centro de Convenções de Salvador, disponibilizando computadores e técnicos para orientar os secretários nesse dia para fazer a pactuação. Pontuou que no vinte e oito de abril é encerrado o processo de pactuação e no dia vinte e quatro de maio será concluído o pacto estadual. Salientou que dentro do pacto existe um grande projeto no estado, que é o projeto Saúde Bahia que também pega indicadores do pacto para monitorar os municípios e que esses são os indicadores do Saúde Bahia, que provavelmente deve sair a portaria estadual colocando esses indicadores em negrito como indicadores estaduais a serem pactuados, uma vez que ao final desse ano o estado deve estar avaliando a sua fase no projeto Saúde Bahia. Mencionou que diante disso, serão convidados alguns municípios que tiveram variação grande de alguns indicadores. Dr. Odilon Rocha pontuou que seria dado continuidade à pauta do COSEMS, que é incremento de recursos financeiros para gestão plena do sistema municipal de saúde do município de Lauro de Freitas. Convidou Dra. Rita de Cássia para falar um pouco mais sobre o assunto. Dra. Rita de Cássia salientou que passou o ano de dois mil e cinco completo se preparando para ir para gestão plena e que na verdade os cálculos para passar para a gestão não foram devidamente feitos, que está conversando com a Secretaria de Saúde em relação ao termo de ajuste, em que foi assinado numa CIB extraordinária, que havia um acordo de que seria feita uma revisão no período de um mês e que está nesse processo. Pontuou que independente disso, o município de Lauro de Freitas tem um crescimento de dez por cento ao ano, que está situado numa rodovia, na qual todo mundo que se acidenta na Estrada do Coco é atendido no município. Informou que tem um aeroporto, que embora seja considerado de Salvador, está situado no município de Lauro de Freitas, que é uma área de alto risco e que a proximidade à Salvador, tem um acréscimo no índice de pessoas que se deslocam para o lá no final de semana. Mencionou que por conta desses fatores, está argumentando a necessidade de um aumento de teto em função de todos esses aspectos que envolvem o município. Falou que foi feito um cálculo e que o município está pleiteando isso. Dr. Odilon Rocha falou que a Dra. Rita de Cássia poderia falar também da importância da portaria municipal e estadual para o médico regulador de urgência. Dra. Valéria, diretora do departamento de regulação. Mencionou que devido às várias dificuldades que têm sido enfrentadas na continuidade da assistência em relação ao SAMU e as unidades hospitalares de toda rede assistencial, que o próprio médico regulador do município de Salvador, solicita que fosse instituído médico regulador como autoridade sanitária. Explicou que é muito difícil ficar com o paciente dentro da viatura, que tem ficado mais de doze horas com o paciente dentro da viatura e que o SAMU não é um serviço para ficar com o paciente internado dentro da viatura. Dr. Odilon Rocha perguntou a Dra. Marta Rejane se ela teria alguma coisa para falar desse assunto. Dra. Marta Rejane pontuou que a carreira de médico regulador não é âmbito do quadro do estado. Que quanto a questão de ter uma regulamentação estadual para dar uma autoridade sanitária, que poderia levar para próxima reunião do Comitê Estadual de Urgência, que é onde são discutidas essas questões. Dr. Odilon Rocha falou que a solicitação do município de Vera Cruz, que também é de

recursos financeiros para gestão plena do sistema municipal. Dr. Emerson Gomes informou que todo mundo conhece Vera Cruz, que conhece a dificuldade da Ilha, que a explosão demográfica da população no período de férias, feriados e outros momentos, não é preciso nem dizer. Salientou que lutou muito para Vera Cruz entrar em plena, que foram feitos os cálculos e que esses eram viáveis, contudo quando a portaria saiu, percebeu que os cálculos não eram viáveis. Disse que quando recebeu o recurso da plena, setenta e sete mil reais, o hospital do município apresentou uma conta no valor de cento e um mil reais e que o prefeito ficou sem saber de onde iria tirar o restante do dinheiro. Mencionou que o que está pleiteando, é que a CIB possa aprovar a possibilidade da revisão do teto para o município de Vera Cruz e que o Ministério foi claro em dizer para que fosse pedido em bloco, já que foi articulado para Salvador, existe a possibilidade de ser para outros municípios. Salientou que é gritante quando é percebida a dificuldade de Vera Cruz, que chamou o coordenador do SAMU e disse que iria cumprir a pactuação da grade que foi dita, que iria pegar paciente de Vera Cruz e que quer saber com que dinheiro e como vai pegar paciente de Vera Cruz, porque pela pactuação da grade do SAMU, não ficou nada de urgência e emergência de um porte maior na Ilha, que tudo ficou em Salvador, mas que o município está se virando para resolver, que não ta deixando que o paciente tenha um gasto maior para ir para Salvador. Encerrou pedindo a ampliação do teto. Dr. Odilon Rocha informou que existe também um pedido de incremento de teto financeiro no município de Vitória da Conquista, que depois iria propor um encaminhamento dessa situação e que antes de ser feito esse encaminhamento, tem a implantação do laboratório de prótese dentaria no município de Medeiros Neto e que acha que ninguém tem nada contra a implantação. Pontuou que tem que dar primeiro a boa notícia de que tem dinheiro no orçamento para aumentar o teto do estado. Falou que a CIB poderia fazer um movimento específico de recomposição do teto desses municípios que estão em plena, que estão passando uma situação muito difícil. Ficou estabelecido que seria feito um estudo do estouro do teto de todos os municípios e encaminhado depois para o Ministério da Saúde, já que o mesmo afirmou que este dinheiro sendo meramente necessário fazer o pedido. Em relação ao problema de Lauro de Freitas, Dra. Maria do Carmo passou para ele que poderia ser feita revisão de entes públicos do que era possível não cobrar. Pontuou que termo de entes públicos é para isso mesmo, que é para ser revisado e repactuado de noventa em noventa dias, que com distorções grandes pode ser feito por mês. O Senhor Coordenador assumiu a presidência da reunião e foi discutido de maneira ampla a questão do HPP e os problemas para adequação dessas unidades as normas da ANVISA, não tendo se chegado a um consenso, ficou estabelecido que seria discutido entre técnicos do COSEMS e da SESAB para se ter uma proposta para a próxima reunião. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 04 de maio de 2006 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Candice de Almeida Rocha Lêdo, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 06 de abril de 2006.

José Antônio Rodrigues Alves_____
Suplente: Lealdina Chaves de Barros_____
Odilon Cunha Rocha _____
Suplente: Osmundo Nogueira Gonzaga_____
Virgílio Figueiredo Abreu_____
Suplente: Marta Rejane Montenegro Batista_____
Maria Nita Pinheiro Ferraz_____
Suplente: Maricélia Moraes Macedo_____
Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio_____
Suplente: Edgar Lessa Crusoé_____
Maria do Carmo Tambone de Almeida_____
Suplente: Rosa Virgínia Fernandes_____
Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza_____
Suplente: Jácea Santiago Pinto de Almeida_____
Lenise Lopes Campos Estrela_____
Suplente: Ivonildo Dourado Bastos_____
Humberto Barreto de Jesus_____
Suplente: Aldeci de Almeida Bezerra Silva_____
Mara Lúcia Conduru Loureiro _____
Suplente: Denise Lima Mascarenhas_____