Ata da 140ª Reunião Ordinária de 2006
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Ao seis dias do mês de julho 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. 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, Edgar Lessa Crusoé, Rosa Virgínia Fernandes, Ivonildo Dourado Bastos. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador Adjunto declarou aberta à sessão, colocando em aprovação a ata da Reunião 138ª da CIB entregue anteriormente aos membros, que foi aprovada à unanimidade Dando prosseguimento à ordem do dia, passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, Candice de Almeida Rocha Lêdo, para leitura dos expedientes: 1.1- Termos de Adesão ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento dos Municípios de Itatim, Barra do Rocha, Érico Cardoso e Ipiaú, que foram aprovados; 1.2- Habilitação de CEO Tipo I do município de Pintadas; Habilitação de CEO Tipo II do município de Ipiaú; Mudança do CEO Tipo II para CEO Tipo III do município de Jequié; Habilitação de LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária dos municípios de Teixeira de Freitas, Itabuna e Luis Eduardo Magalhães, todos com parecer favorável da área técnica. Dra Candice Rocha informou que os pedidos dos municípios de Jequié, Ipiaú, Teixeira de Freitas, Itabuna e Pintadas por já terem CIB Macro implantadas serão encaminhados para aprovação nas respectivas CIBs. Ficou estabelecido que os municípios com CIB Macro implantadas seriam remetidos para os colegiados regionais para aprovação. Só foi aprovado Luis Eduardo Magalhães; 1.3- Credenciamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS: Dra. Maria Quitéria no Municipal de Santo Estevão, Novo Tempo no Municipal de Itiúba; Santo Antônio de Queimadas no Municipal de Queimadas, Zé Isaac no Municipal de Cícero Dantas, que foram aprovados; 1.4- Credenciamento de Novas Unidades de Terapia Intensiva: Hospital do Oeste em Barreiras com sete leitos de neonatal, sete pediátricos e dez adulto, Hospital Regional Dantas Bião em Alagoinhas com dez leitos adulto, Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Neto em Salvador com vinte leitos neonatal e dez leitos pediátrico, foi aprovado parecer favorável ao credenciamento dos leitos de Terapia Intensiva; 1.5- Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - Projetos do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Macrorregião Sudoeste/Vitória da Conquista: a) Projeto Saúde da Criança – Da Puericultura às Doenças Prevalentes; b) Vivência teórico/prática em tuberculose e hanseníase; c) Educação permanente em saúde para o controle da hipertensão arterial e diabetes Mellitus; d) Capacitação para assistência em saúde reprodutiva na macrorregião Sudoeste; e) Humanização da assistência materno infantil na macrorregião Sudoeste; f) Capacitação para o planejamento e desenvolvimento de Ações em Saúde Bucal Coletiva na Atenção Básica; g) Capacitação para atenção em saúde mental em serviços substitutivos na macrorregião Sudoeste; h) Capacitar para reduzir DST/AIDS; i) Treinamento introdutório para PSF; j) Capacitação para Conselhos Municipais de Saúde; k) Curso de Especialização em Saúde Coletiva com área de concentração em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde; l) Estruturação do centro de Documentação e Disseminação de Informações em Saúde. Após uma discussão, ficou estabelecido que seria aprovado com a ressalva de rever os custos do projeto, e quando for encaminhado o novo valor, poderá ser publicada a resolução. Dando prosseguimento á reunião, foi disponibilizada a todos os Membros da CIB uma relação dos municípios que já entregaram o Relatório de Gestão 2005 e o Plano Municipal de Saúde 2006/2009. O Senhor Coordenador Adjunto convidou Dra Marta Rejane Montenegro que apresentou as Diretrizes Gerais para a constituição da Rede de Alta Complexidade de Oncologia do Estado da Bahia. São elas: 1- Todos os serviços CACON e SI serão submetidos à auditoria compartilhada pelas três instâncias DENASUS, SESAB, SMS; 2- Definição da demanda a ser referenciada para macro Nordeste, colocou que devem ser considerados: os casos novos de câncer estimados das Macrorregiões Centro, Oeste e Norte, onde não existem serviços até o ano de dois mil e oito; os casos de câncer que não são atendidos, pela sua complexidade, nas demais Macrorregiões; O estudo da estimativa desta demanda a ser referenciada pelo grau de complexidade deverá ser concluído no prazo máximo de trinta dias; 3- A partir do dia primeiro de outubro, os Serviços Isolados de quimioterapia não serão

mais autorizados a atender casos novos, devendo manter a prestação do atendimento ao paciente em tratamento, salvo parecer contrário da auditoria, implicando na transferência destes para outros serviços. Será assegurada a continuidade do tratamento dos pacientes daqueles serviços que venham a ser descredenciados; 4- Após a aprovação da Rede Estadual, os Gestores Municipais deverão apresentar no prazo máximo de trinta dias a relação dos estabelecimentos que integrarão a rede no seu território para o devido credenciamento no ano dois mil e seis; 5- Os gestores municipais deverão apresentar um Plano de Ação voltado à fase de transição na implantação das UNACON'S - Unidade de Alta Complexidade em Oncologia e CACON'S - Centro de Alta Complexidade em Oncologia prevista para o ano de dois mil e sete a dois mil e oito. Colocou que dentro do cronograma de alguns municípios só será possível esta implantação no dois próximos anos. Apresentou os passos que os grupos formados por estas três esferas estão fazendo: 1- revisão do desenho da Rede Estadual-Resolução Nº 46/CIB 06/04/2006, face à alteração na estimativa de Casos Novos de Câncer - CNC, segundo Macrorregião do Estado, realizada pelo INCA em junho no ano de dois mil e seis; 2- aplicação de Chek-list em anexos IV e V da Portaria Nº 741 SAS de 19/12/2005, nos CACONS e SI para definição da Rede Estadual. Colocou que esta aplicação do chek-list visa fazer um diagnóstico de quais são os requisitos que não cumprir de acordo as novas regras; 3- treinamento sobre Processo Autorizativo de APAC Onco-MS, INCA, SESAB e SMS. Informou que o Ministério da Saúde deixou claro que existem diversas melhorias que deverão ser feitas no processo para autorização para funcionamento das unidades, pois o perfil que o INCA apresentou de pagamento de PAC é diferente do que o Estado da Bahia vem realizando; 4- realização da PPI de Alta Complexidade em Oncologia no Estado; 5- realização de Estudo, pela SESAB, para definição quanto à implantação dos Serviços de Oncopediatria e oncohematologia nas UNACON'S e CACON'S com referência para o Estado. Levantamento, por município, da estimativa do nº de Casos Novos de Câncer, para definição de metas a serem pactuadas pelas Macrorregiões sem oferta de Serviços, no caso das regiões Norte, Centro e Oeste. Colocou em discussão e esclarecimentos. O Senhor Coordenador Adjunto passou a palavra para Dr. Valter Secretário do Município de Saúde de Juazeiro que solicitou esclarecimento quanto à questão da região norte, pois o município ficaria sem a criação do serviço UNACON. Após questionamentos feitos ao Ministério da Saúde, Dra. Sonia Saldanha confirmou a criação de um UNACON na Região Norte. Dra Marta Rejane Montenegro informou que o Ministério da Saúde não oficializou a criação de um UNACON em Juazeiro e que este posicionamento de não criar o serviço de UNACON na região norte foi do INCA – Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, porque alegaram a proximidade de Petrolina que tem mais recurso e que poderia ser a referência para Juazeiro. Entende que o município deve solicitar que o MS informe à SESAB. O Senhor Coordenador Adjunto pontuou que a Rede está fazendo um processo de concentração com qualidade. Dra Kátia, Secretária de Saúde de Irecê, sugeriu que deve se pensar em UNACON para cada Macro Região porque tem ficado extremamente difícil a centralização da Alta Complexidade no recôncavo. Dra Lenise Estrela descordou da estimativa feita pelo INCA – Instituto Nacional do Câncer; Colocou que deveria ser feito baseado no número absoluto de casos e não estimando. Citou como exemplo a região Centro diminuirão os casos de Oncologia novos; pontuou que isto não acontece na prática, porque avançando na atenção básica conseqüentemente avança no quantitativo do serviço. Sugeriu que deveria repensar na questão da descentralização da Quimioterapia porque estamos crescendo na Atenção Básica e esbarrando no aspecto da Alta Complexidade. O Senhor Coordenador Adjunto colocou que os dados trabalhados pelo INCA - Instituto Nacional do Câncer são baseados em dados epidemiológico que mostra as incidências nas grandes cidades e regiões de municípios de pequeno porte dentro destes dados é que faz o calculo. Salientou que a questão não é centralizar ou descentralizar e sim obedecer ao critério que demonstram onde ocorrem estes casos e onde pode dar um atendimento com qualidade. Colocou que as diretrizes apresentadas estão corretas e devemos aprovar, entendendo que não se pode resolver todos os problemas. As Diretrizes Gerais para a constituição da Rede de Alta Complexidade de Oncologia do Estado da Bahia, foi aprovada à unanimidade. Dra Marta Rejane Montenegro deu continuidade à reunião apresentando a proposta de novo teto de TRS – Terapia Renal Substitutiva. O total do teto para o Estado da Bahia é de R$ 5.925.861,58 (cinco milhões, novecentos e vinte e cinco mil, oitocentos e sessenta e um reais e cinqüenta e oito centavos). Nos municípios em plena temos: Alagoinhas – R$ 175.664,18; Barreiras - R$ 114.354,71; Camaçari R$ 220.672,75; Feira de Santana R$ 965.825,86; Ilhéus R$ 189.318,43; Itabuna R$ 188.176,10; Jequié R$ 272.140,97; Juazeiro R$ 215.835,85; Vitória da

Conquista R$ 346.924,08; Salvador R$ 2.544.948,64; sob gestão do Estado R$ 692.000,00. O Senhor Coordenador Adjunto informou que já foi publicada no dia dezesseis de junho uma portaria credenciando o Instituto de Urologia de Vitória da Conquista e o serviço do município de Paulo Afonso. Foi aprovado o novo teto de TRS para o Estado da Bahia. O Senhor Coordenador Adjunto convidou Dra Glória Pestana que apresentou a proposta de Cirurgia Eletiva do Município de Amargosa que propõem atender os municípios de sua área de abrangência Amargosa com 33.039 mil habitantes, Elísio Medrado com 7.873 mil habitantes, Milagres com 13.802 mil habitantes, Santa Terezinha com 8.593 mil habitantes, dando um total de 63.307 mil habitantes. Colocou que o Projeto de Cirurgia tem uma validade de seis meses com um recurso financeiro sujo valor semestre é de R$ 71.220,00 (setenta e um mil e duzentos e vinte reais) e o valor mensal é R$ 11.870,00 (onze mil e oitocentos e setenta reais) com total de procedimentos que o município se propõem a realizar é de 336 procedimentos hospitalares. Apresentou a proposta de Cirurgia Eletiva do Município de Santa Maria da Vitória que propõem atender os municípios de sua área de abrangência; Santa Maria da Vitória com 41.094 mil habitantes, Correntina com 32.198 habitantes, Canapólis com 9.911habitantes, Cocos com 18.631 habitantes, Coribe com 15.763 habitantes, Jaborandi com 9.408 habitantes, São Felix do Coribe com 11.659 habitantes, Santana com 23.807 habitantes, Serra Dourada com 18.355 habitantes, Serra do Ramalho com 32.247 habitantes, Tabocas do Brejo Velho com 13.457 habitantes; com total de 226.530 habitantes. Colocou que ficou um recurso financeiro a receber por semestre de R$ 254.846,25 (duzentos e cinqüenta e quatro mil e oitocentos e quarenta e seis reais e vinte e cinco centavos) e o valor mensal de R$ 42.474,37 (quarenta e dois mil e quatrocentos e setenta e quatro reais e trinta e sete centavos). Informou que o total de procedimento que o município de Santa Maria da Vitória se propõem a realizar é de 630 procedimentos hospitalares no período de seis meses. Após discussão, ficou estabelecido que seria aprovado o do município de Santa Maria da Vitória, e que o de Amargosa dependeria do encaminhamento do documento assinado pelos gestores dos municípios envolvidos com o projeto concordando com o mesmo. Dando prosseguimento, o Coordenador Adjunto convida Dra. Conceição Riccio para apresentação da pauta solicitada: 1. Solicitação do município de Vera Cruz quanto ao remanejamento do recurso da Portaria 1349 - Dra. Conceição informou que na prática alguns municípios já estavam aprovados para poder pleitear um recurso extra para ações de controle da dengue, entretanto, alguns municípios ainda não solicitaram, isso a exemplo de Alagoinhas, Barreiras, Campo Formoso, Camaçari, Candeias, Ipirá, Itaberaba, Paulo Afonso e São Francisco do Conde. O município de Vera Cruz solicitou aprovação da CIB para que possamos encaminhar ao MS uma proposta de remanejamento deste recurso que não está sendo utilizado pelos demais. Após uma grande discussão e de uma ressalva feita pelo Coordenador Adjunto que não concordou em alguns municípios se aproveitarem, de uma informação privilegiada para poder ampliar os seus recursos, foi aprovada a realocação dos recursos para o município de Vera Cruz e também ficou estabelecido que a Superintendência de Vigilância iria informar aos municípios listados anteriormente que eles fazem direito a este recurso. Antes de encerrar o assunto, Dra. Conceição ponderou que o município de Vera Cruz necessita deste dinheiro para o controle da dengue, pois tem características especiais, é um município com muitas localidades, de população variável, um município típico de veraneio que tem muitos imóveis e poucos habitantes, então como o repasse de recurso regulares é per capita, o recurso dele é insuficiente para atender a demanda de visitas domiciliares para esses imóveis existentes. Dando prosseguimento à pauta, informou que o município de Belmonte pleiteou assinar o Termo de Ajuste e Metas – TAM para realização das ações especiais em Vigilância Sanitária e na supervisão realizada ele apresentava a equipe mínima e a estrutura identificada na Resolução 40 e o parecer foi favorável, assim foi aprovada a consenso a solicitação do município. Com relação à Proposta de revisão da Resolução da CIB/BA Nº 40/04 que identifica a necessidade da estruturação de equipe de Vigilância Sanitária, de estrutura mínima necessária para o funcionamento na área. Ademais, identifica as ações que seriam apontadas como atenção básica e que todos os municípios hoje já realizam, e no restante das ações de média e alta complexidade. A necessidade de rever veio da observação que a grande parte dos municípios que já assumiram o TAM, já estão estruturados a ponto de fazer algumas ações que ainda estavam identificadas como sendo do Estado, por esses motivos houve a solicitação de revisão. Após uma discussão bem interessante em reunião com um grupo de Secretários e depois este grupo foi ampliado também com técnicos da Vigilância, foi sugerido que fosse retirado do corpo da resolução e entrasse como anexo a categorização das ações. Dr.

Odilon Rocha falou que todo este movimento foi positivo e destacou a participação maciça das áreas técnicas dos municípios em gestão plena. Houve consenso de todos do COSEMS para aprovação da Proposta de revisão da Resolução da CIB/BA Nº 40/04. Dr. Luis Eugênio Portela explicou que não pôde participar da referida reunião, mas considerou pertinente a proposta de revisão e os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde estão de acordo com a discussão em linha geral, entretanto, fizeram sugestões para a DIVISA e SUVISA que não são condições para aprovação. Ficou aprovada a proposta e estabelecido que Dr. Luis Eugênio iria encaminhar as suas sugestões para passarem a compor o texto da resolução. Quanto ao próximo ponto de pauta - Apresentação do relatório consolidado do PLANDEVISA, Dra. Conceição Riccio informou que estamos em processo de construção e a ANVISA propôs que fosse trabalhado um Plano Diretor para a área de Vigilância Sanitária, mas o Estado da Bahia optou por não fazer uma construção de um Plano Diretor de Vigilância Sanitária até porque no Estado nós já trabalhávamos com um Plano Diretor para a área de Vigilância da Saúde que foi inclusive revisto no ano de 2003, então optamos por ampliar essa discussão que foi um processo muito interessante porque tivemos a participação em massa dos municípios. “Plano Diretor de Vigilância a Saúde: 1. Passos da revisão do PLANDEVISA: a) Realizadas discussões locais e regionais no período de maio a junho/2006; b) 04 Reuniões de trabalho para preparação da revisão do PLANDEVISA; c) 08 Oficinas preparatórias nas Macrorregionais: Nordeste – Santo Antônio de Jesus (71 participantes), Norte – Juazeiro (50), Sudoeste – Vitória da Conquista (125), Centro-Leste – Feira de Santana (157), Sul-Ilhéus (144), Extremo-Sul – Eunápolis (35), Oeste – Barreiras (66) e Região Metropolitana – Salvador (71); c) 03 reuniões com o grupo condutor e técnicos das áreas de Vigilância da Saúde, para consolidação dos dados. 2. Dados do PLANDEVISA no Estado: a) Número de Municípios envolvidos: 330 - Total de Participantes: 706; b) Atores envolvidos: Secretários municipais de Saúde, Coordenadores municipais e estaduais de Vigilância Sanitária, Coordenadores municipais e estaduais de Vigilância Epidemiológica, Coordenadores municipais e estaduais de Vigilância Ambiental em Saúde, Coordenações municipais e estaduais de Vigilância em Saúde do Trabalhador, Coordenadores municipais e estaduais de Assistência Farmacêutica, Coordenadores e técnicos do LACEN, Coordenadores municipais de Atenção Básica dos municípios e profissionais do Estado e Coordenador Estadual e Equipe Técnica do Centro de Informação Anti-Veneno. 3. Eixos discutidos: a) Eixo 1: Gestão e Organização; b) Eixo 2: Ação Regulatória do Sistema Estadual de Vigilância à Saúde; c) Eixo 3: Integralidade das Ações; d) Eixo 4: Produção de Conhecimento, Pesquisa e Tecnologias para o Desenvolvimento da Vigilância à Saúde; e) Eixo 5: Construção Crítica tendo como foco a Vigilância à Saúde: Mobilização, Participação da Sociedade e Controle Social. 4. Principais Propostas: Eixo 1 - Gestão e Organização: a) Planejar as ações de vigilância à saúde de forma conjunta visando a integração das Vigilâncias; b) Buscar a intersetorialidade com os setores de Educação, Meio Ambiente, Recursos Hídricos, Planejamento, Ordenamento do Solo entre outros, além do Ministério Público; c) Otimizar a aplicação dos recursos financeiros, satisfazendo as necessidades do setor, referentes a equipamentos, veículos e instrumentos de trabalho. Eixo 2 - Ação Regulatória do Sistema Estadual de Vigilância À Saúde: a) Implantar Laboratório de Saúde Pública em cada Macro e melhorar a estrutura dos existentes para atender as demandas dos Programas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde do trabalhador e de Vigilância Ambiental em Saúde; b) Implantar em caráter de urgência o Laboratório de Referência Estadual em Toxicologia; c) Implementação das Notificações, visando sistematizar os eventos adversos e capacitar os técnicos e responsáveis para a utilização e retroalimentação do sistema em tempo hábil. Eixo 3 - Integralidade das Ações: a) Efetivar ações de descentralização no sentido de permitir a integralidade das ações de vigilância à saúde; b) Reestruturar as DIRES quanto às competências profissionais, permitindo desempenho efetivo nas ações de descentralização; c) Definir as ações a serem desenvolvidas conforme a competência de cada instância envolvida no processo, pactuadas na CIB. Eixo 4 - Produção de Conhecimento, Pesquisa e Tecnologia para o Desenvolvimento da Vigilância a Saúde: a) Divulgar para a população as ações desenvolvidas e seus resultados; b) Proceder a análise de situação de saúde nas diversas áreas da vigilância à saúde; c) Promover pesquisas junto a rede pública e privada de ensino e outros setores dentro e fora do município, fomentando parcerias. Eixo 5 - Construção da Consciência Crítica, tendo como foco a Vigilância a Saúde: Mobilização, Participação da Sociedade e Controle Social: a) Ampliar comprometimento da Administração Pública com a participação popular e a gestão participativa; b) Democratizar informações de vigilância à saúde; c) Instrumentalizar a sociedade civil para

exercer o controle social; d) Aprimorar mecanismos de escuta da sociedade". Finalizou a apresentação dizendo que foram levantados alguns tópicos e que na verdade estamos consolidando o documento como um todo para que possa ser repassado. Informou que nos dias 25 e 27 acontecerão oficinas aqui na Bahia para os estados do Nordeste com a participação de municípios e do Estado da Bahia e em agosto deveremos estar tendo a consolidação do Plano Nacional. Após a apresentação o Senhor coordenador Adjunto colocou em discussão e aprovação, sendo aprovado. Dr. Odilon Rocha parabenizou o pessoal da Vigilância e também o município de Juazeiro que foi premiado na Portaria nº 1.145 de 25 de maio, como um dos municípios que teve um excelente processo de execução do Componente 1 do PROESF. Em seguida e convidou Dra.Efigênia Cardoso para apresentação do Pacto dos Indicadores Estaduais e encaminhamento sobre as inconsistências de profissionais de saúde cadastrados no SIAB e apresentação dos os Subprojetos do Saúde Bahia que necessitam de aprovação na CIB. Dra. Efigênia informou com relação aos Subprojetos do Saúde Bahia que como ocorreu das outras vezes, foram contemplados sessenta e dois municípios e agora está trazendo os últimos municípios (Gongogi, Nova Redenção, Lafayete Coutinho, Pindaí, Ibiquera, Jucuruçú, Itagibá, Itapé e Matina) que foram contemplados com construção e reforma de unidades naquela lógica já prevista do Projeto Saúde Bahia, cujos valores estão detalhados em valores fixos para o Projeto de Controle Ambiental. Lembrou que são oitenta e oito municípios e agora com estes chegamos a sessenta e dois, objetivando nessa segunda fase, contemplar os oitenta e oito mais pobres do Estado e informou que esse índice é emitido pela SEPLAN, de quais são os cem municípios mais pobres a partir dos dados de 2002. Os Subprojetos foram aprovados. Com relação à apresentação do Pacto dos Indicadores Estaduais, lembrou que todo ano é passado para apreciação da CIB porque é uma exigência da portaria ministerial. Para apresentação, convidou Liane Andrade da Coordenação de Acompanhamento e Programação á Atenção Básica para demonstrar um pouco de como isso aconteceu. Avaliação dos Indicadores da Atenção Básica 2006: 1. Metodologia: a) Revisão de indicadores com a DICS; b) Levantamento de resultados dos indicadores do Pacto Estadual de 2001 a 2005; c) Oficina com áreas técnicas envolvidas para avaliação do ano de 2005 e proposição de metas 2006 (09.06.06); d) Prévia Validação do Pacto Estadual com o MS (21.06.06); e) Apreciação e aprovação da CIB (06.07.06); f) Assinatura do Secretário Estadual de Saúde. 2. Tipos de indicadores do pacto: a) Principal - é obrigatório para todos os municípios do Estado; b) Complementar - é uma sugestão do MS; c) Opcional - depende de cada estado que pode criar os seus indicadores. 3. Saúde da Criança – Indicadores Principais: 3.1 Coeficiente de Mortalidade Infantil(/000), Bahia, 2001/2005 - há uma oscilação que representa a questão dos sub-registros. A meta de 2005 foi de 26,64 e a área técnica sugeriu manter a meta em 2006, devido ao movimento que está acontecendo no estado de incentivo à melhoria dos dados; 3.2 Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer (%), Bahia, 2001/2005 – o estado continua no mesmo patamar e a área técnica sugeriu manter também a meta proposta em 2005 que foi de 7,9, uma vez que uma melhoria no pré-natal e na assistência do pré natal ocorre também um pico inicial no baixo-peso ao nascer; 3.3 Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas (%), Bahia, 2001/2005 – é um indicador de qualidade de dados, então quanto menor ele fica é um sinal que está melhorando; a área técnica sugeriu manter a meta de 2005 que foi de 7,2, atingimos 6,8 sendo que a meta proposta foi de 7,0 para 2006; 3.4 Taxa de internações por Infecção Respiratória Aguda em menores de 5 anos de idade(/000), Bahia, 2001/2005 – neste indicador temos uma tendência de queda, talvez devido a um aumento da cobertura do PSF e melhoria do acesso no estado; atingimos a meta de 35,23 em 2005 e a área técnica propôs para 2006 a meta de 32; 3.5 Taxa de internações por Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos de idade (000), Bahia, 2001/2005 – é um indicador novo que não estava no pacto anterior e o MS agora colocou como indicador principal. Há uma oscilação, mas avaliando esse dado por regiões do estado, percebemos que algumas regiões têm os indicadores mais evidenciados, justamente nas regiões norte e oeste, então em 2005 não foi pactuado e a meta proposta para 2006 é 24. 3.6 Percentual de internações por doenças infecciosas agudas (%), Bahia, 2001/2005 – é um indicador obrigatório do Projeto Saúde Bahia, mas devido ao indicador de Doença Diarréica Agudas, optamos de manter só o primeiro e esse entrar no monitoramento do Estado; 3.7 Homogeneidade de cobertura vacinal por tetravalente em menores de 01 ano (%), Bahia, 2001/2005 – em 2001 foi quando começou a vacinação e percebemos que pela homogeneidade temos tido alguns momentos de queda e estão sendo feitas algumas ações para melhorar a cobertura vacinal no estado, ano passado foi pactuado 70 e este ano a área

técnica sugeriu estar pactuando 50% de homogeneidade, entendemos que homogeneidade não é cobertura vacinal por município e sim quantos municípios atingiram 95% da vacina. 4. Saúde da Mulher – Indicadores Principais: 4.1 Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados (%), Bahia, 2001/2005 – percebemos que há um aumento de 10 para 32 e isso ocorreu devido ao trabalho da vigilância epidemiológica com a implantação da investigação do óbito e também dos comitês. A meta proposta para 2005 foi 35, não atingimos e para 2006 a sugestão é que seja 40 devido a esses investimentos da vigilância epidemiológica. 4.2 Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 4 ou mais consultas de Pré-natal (%), Bahia, 2001/2005 – é um indicador principal com uma tendência de elevação e pode ser associado também ao aumento do acesso, principalmente da cobertura do PSF; em 2005 pactuamos 74,0, atingimos a meta e para 2006 a área técnica sugere 82,6; 4.3 Razão entre exames citopatologicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária(Razão), Bahia, 2001/2005 – dados preliminares do primeiro semestre de 2005, em 2005 não atingimos a meta proposta e devido a isso a sugestão foi manter o valor de 2005 segundo a área técnica de Saúde da Mulher; 4.4 Taxa de mortalidade materna (/00000), Bahia, 2001/2005 – é um indicador complementar, onde observamos também uma oscilação, em 2005 não foi pactuado esse indicador e a meta proposta para 2006 é 66,5; 4.5 Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou mais consultas de Pré-natal (%), Bahia, 2001/2005 – é um indicador de qualidade do pré-natal onde percebemos uma discreta elevação e esse é um indicador que os municípios que estão habilitados no PROESF são acompanhados também, não foi pactuado no ano passado e a meta sugerida pela área técnica para 2006 é de 32,6. 5. Controle da Hipertensão Arterial – Indicador Principal: 5.1 Taxa de internações por Acidente Vascular Cerebral (AVC) (/0000), Bahia, 2001/2005 – há uma tendência de queda que pode ser associada à melhoria dos serviços para os pacientes de hipertensão, não atingimos a meta de 24,78 em 2005 e a área técnica sugeriu que em 2006 seja 36, vale salientar que tem o Projeto Mais saúde Bahia que é um eixos de atuação desse indicador; 5.2 Taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva (/0000), Bahia, 2001/2005 – também com uma tendência de queda 36, não foi um indicador pactuado em 2005, vale salientar que tem o Projeto Mais Saúde Bahia que é um eixos de atuação desse indicador. A área técnica de hipertensão sugeriu pactuar a meta de 70/000. 5.3. Proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados, Bahia 2001/2005, indicador complementar não inserido em 2006. Está relacionado com o cadastramento do Hiperdia, tem uma tendência de elevação. Em 2005 atingiu 18,42. Meta proposta para 2006 é de 30%. 6. Controle do diabetes mellitus – Indicador Principal: 6.1. proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados (%) Bahia, 2001 a 2005. Este indicador teve pouca variação em 2005, foi incluído no Pacto em 2006. A área técnica sugere a meta de 1,03%. 6.2. Indicador complementar – proporção de portadores de diabetes mellitus cadastrados (%), Bahia, 2005. Indicadores incluídos no Pacto 2006. A área técnica sugere a meta de 46,68. 6.3. Proporção de intervenções por cetoacidose e coma diabético, Bahia, 2001 a 2005. A meta pactuada em 2005 (16,53) foi atingida com resultado de 14,1. Este indicador teve uma grande influência por erros no registro da AIH's, identificado no segundo semestre de 2005. Acredita-se numa queda significativa deste indicador. A meta proposta para 2006 é de 13,4%. 7. Controle da tuberculose – Indicador principal. 7.1. Proporção de abandono de tratamento de tuberculose (%), Bahia, 2001 a 2005. Há uma tendência de queda que pode esta associada às intervenções de melhoria do registro de dados de avaliação e monitoramento do indicador, bem como o aumento das equipes de saúde da família. Entretanto, em 2005 não atingiu a meta 5%. A meta proposta para 2006 foi de 6%. 7.2 Indicador complementar - Taxa de incidência de tuberculose pulmonar por 100.000, Bahia 2001-2005. Não foi pactuado em 2005. Para 2006 a meta proposta foi de 28%; entre 2002 e 2006 este indicador tem variado pouco. 7.3 Indicador Estadual – Percentual de cura de casos novos de tuberculose, Bahia, 2001-2005. Pouca variação neste período de 64,4 (2001) para 65,6 (2005); a meta para 2005 não foi atingida (85%) e para 2006, foi proposto 68%. 8. Eliminação da Hanseníase. 8.1. Indicador principal - Coeficiente de prevalência de hanseníase por 10.000, Bahia, 2001-2005. Observa-se uma variação entre 2, 8 e 3, 7 de 2002 a 2005; não foi pactuado em 2005 e para 2006 foi proposto 1,7. 8.2. Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000, Bahia 2001 a 2005. Este indicador tem uma tendência de aumento associado provavelmente às intervenções para a busca de casos, detecção em todo o Estado, principalmente, movida pela vigilância epidemiológica e pelos Projetos Mais Saúde Bahia, iniciados no 2º semestre de 2005. Representa um dos indicadores selecionados no Projeto Saúde Bahia. 9. Saúde Bucal – 9.1 Indicador Principal - Cobertura de 1ª consulta odontológica

programática (%), Bahia, 2001-2005. Observa-se uma tendência de crescimento, entretanto em 2005 a meta de 13% não atingida. Para 2005 a proposta foi de 12% .9.2. Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada, é um indicador novo, para 2006 a proposta é de 15%. 9.3. Indicador Complementar - Média de procedimentos odontológicos básicos individuais, não foi pactuado em 2005. O resultado 2005 foi de 0,90, para 2006 a meta proposta é 1,3. 9.4. Indicador complementar - Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação as ações odontológicas individuais (%). Este indicador não foi pactuado em 2005, o resultado neste ano foi de 6,09%. Para 2006 a meta foi de 8%. 10. Gerais – Indicador principal 10.1 proporção da população coberta pelo programa saúde da família, Bahia 2001 a 2005. A meta de 2005 (33%) foi alcançada com resultado de 38,99. Para 2006, a meta será de 55%, considerando o grande avanço da estratégia. 10.2. Média de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas, Bahia, 2001 a 2005. Em 2005, o Estado atingiu a meta de 1,8, para 2006 a meta proposta será de 1,2 consultas. 10.3. Indicador Complementar – Média mensal de visitas domiciliares por família, Bahia, 2001 a 2005. Em 2005, o resultado foi de 0,66, não atingindo a meta de 0,80. Para 2006, foi pactuado 1,0, considerando a ampliação do acesso com o PSF". Dando continuidade à pauta da Diretoria da Atenção Básica, Liane Andrade apresentou algumas considerações sobre a Inconsistência de Cadastro de Profissionais no SIAB "1. Histórico: em 2005, foi incluído o Relatório de Crítica de Cadastro de Profissionais no SIAB (versão 4.2), iniciou o acompanhamento do Estado através da notificação dos municípios com problemas no cadastro, o Ministério da Saúde solicitou da Diretoria da Atenção Básica da Bahia um posicionamento, e iniciou-se a construção do Manual de Rotinas Operacionais do SIAB em fevereiro de 2006. 2. Conceito de Inconsistência: Associação de dados cadastrais dos profissionais cadastrados no SIAB entre os municípios do país, atentando para os seguintes documentos: CPF e Identidade Profissional. A identificação da inconsistência acontece entre os municípios que compõe o nível de análise (regional, estadual e federal). 3. Tipos de inconsistência: a) Campo do cadastro em branco (Identidade Profissional); b) Campo da identidade profissional do cadastro com dados fictícios (ooooooo, 1111111, xxxxxxx); c) Não atualização da situação do profissional no município (A – ativo ou I – inativo com a respectiva dada desta situação); d) Campos com registro de profissionais iguais (CPF e número da Identidade Profissional). Foram apresentados exemplos: a) Trata-se do mesmo profissional, só que um está ativo e vinculado na equipe e o outro está ativo mais não esta vinculado. A orientação é que o município onde o profissional está sem vínculo seja inativado, para que o mesmo desapareça do relatório de inconsistência; b) A profissional Laurizia Sobrinha S. Bezerra foi cadastrado com o número fictício "xxxxx" no campo de identidade profissional, o que gerou uma inconsistência com o município destino, (cód. 14703) onde o mesmo cadastrou a profissional Raimunda Bastos Reis com o mesmo numero fictício "xxxxx" usado pelo município 25303; c) O profissional "José José" encontra-se ativo, com o mesmo nº de CPF, RG e Identidade profissional, e está vinculado a uma equipe nos dois municípios. Posteriormente, foram mostrados os encaminhamentos em relação à detecção de inconsistências como: a) Após notificação das regionais e continuando a inconsistência por 02 meses, a situação deverá ser avaliada e encaminhada a solicitação de suspensão de recurso e os devidos encaminhamentos junto ao MS; b) Todas as regionais serão atualizadas quanto a este monitoramento; c) Será publicado um manual de orientações gerais do SIAB/Bahia. Finalizou pontuando alguns pontos críticos: a) O Ministério recomenda respeitar os 90 dias de prazo de contratação de profissional (portaria 468/06); b) Para continuidade de recursos, o município deverá realizar a solicitação de ressarcimento financeiro do período em contratação; c) Este ano provavelmente sairá a versão nova do SIAB que utilizará o CNES como base de avaliação do cadastro de profissionais e unidades de saúde". Quanto a discussão da atenção básica houve uma ponderação dos técnicos da SESAB e representantes do COSEMS acerca das vitórias dos municípios e dos pontos que necessitam ser melhorados. Dr. Odilon Rocha pontuou do grande trabalho desenvolvido pelos municípios no que se refere a atenção básica e que todos os bons índices apresentados representam esta luta. Acerca das inconsistências do SIAB, ressaltou quer não há motivos para desespero porque nunca houve bloqueio e que só haverá bloqueio depois que passar pela CIB. Dando prosseguimento, acerca do plano operativo de Cruz das Almas, o mesmo ainda não foi concluído ficando estabelecido que todos os municípios em plena que acabassem seus projetos e enviassem a documentação a CIB e que seriam aprovados ad referendum para não prejudicar os municípios. No que ocorrer, Dra. Lenise Estrela explicou que está havendo um movimento dos municípios que foram chamados para serem capacitados e para

criar autorização de AIH. Salientou que o município de Bonito solicitou para que fosse revista a questão da contratação do profissional. Informou que foi feita uma discussão onde foi reconsiderado o fato de que seja revisto a questão da ética do médico que autoriza e do médico que interna, porque dentro da realidade dos municípios de pequeno porte que tem HPP, estão contemplados na portaria das trinta e duas horas do médico no PSF e as oito horas no plantão. Explanou que a proposta do COSEMS é que esse próprio médico possa ser o autorizador da AIH, considerando que não irá agregar valores e nem aumento de AIH ser diferenciada, sendo o valor fixo todo mês. Pontuou que outra proposta é o laudo da AIH ser gerado e encaminhado para a DIRES. Colocou que o atraso na questão de estar remunerando os municípios, que não estar suportando mais aguardar desde de dois mil quatro, que fez dois anos em junho discutindo HPP e que esteve com o pessoal de Sergipe, onde todos os municípios estão recebendo os recursos do HPP sem informação nenhuma disso. Dra. Marta Rejane pontuou que quanto aos órgãos emissores, as duas sugestões de Dra. Lenise Estrela serão submetidas à auditoria. Pontuou que será discutida a questão da DIRES e será levada a discussão junto com o COSEMS. Pontuou que a Bahia teve um avanço significativo reconhecido nacionalmente, quando delegou a todas secretarias municipais a questão do processo autorizativo. Mencionou que todos os municípios atualmente são órgãos emissores municipais e que retornar para DIRES é um retrocesso. Dr. Odilon Rocha pontuou a necessidade da discussão quanto à questão das AIH´s psiquiátricas, pois está sabendo que foram agregadas quinhentos e vinte AIH´s no teto do estado e que está no teto do município de Salvador. Pontuou que gostaria de se reunir com os técnicos para poder o COSEMS fechar uma proposta conjunta. Acerca deste tema, ficou estabelecido que Dra Marta Rejane iria designar técnicos para fazer junto aos municípios esta discussão para apresentação na próxima reunião desta proposta. Também foi feita a queixa por parte dos municípios dos problemas existentes quanto a regulação. Ficou estabelecido que seria feita uma reunião entre COSEMS e o complexo regulador, se possível os diretores de hospitais, para que possa ser vista essa questão da regulação, porque está difícil o acesso dessa questão do paciente do interior. Dra. Conceição Riccio pontuou que foi repassada uma cópia da certificação da Bahia com relação ao controle de chagas, a interrupção do controle vetorial e que também foi chamada a atenção para a necessidade para que seja mantida a vigilância. Informou que tem se deparado com um tumulto gerado porque foi localizado um barbeiro num determinado condomínio de Salvador, que isso pode estar acontecendo porque a doença de chagas é uma doença própria de animais e que tem a presença de outros vetores, de outros barbeiros que não são domiciliados, que por isso não constituem um risco grande desde que o barbeiro na venha se domiciliar. Mencionou que a discussão sobre a cobertura vacinal, envolvendo os secretários municipais e os diretores de regionais, que está sendo convocando tendo em vista a segunda etapa, que o estado já conseguiu como um todo alcançar a meta, mas que há uma preocupação porque alguns grandes municípios não conseguiram alcançar a meta desejada. Chamou a atenção dos municípios de Alagoinhas, Eunápolis, Itamraju, Porto Seguro, Serrinha, Jequié, os municípios da região metropolitana, Juazeiro, Vitória da Conquista e Barreiras. Disse que para que para que se tivesse uma idéia, havia uma meta para a população menor de um ano para ser vacinada e a Bahia já conseguiu alcançar cento e nove por cento, significando de fato que tem crianças para serem vacinadas. Dr. Odilon Rocha disse que então foram invadidas as fronteiras. Dra. Conceição Riccio explanou que é uma questão de parabenizar e reconhecer que em especial na primeira etapa houve um envolvimento muito grande por parte dos municípios. Esclareceu que a ata da CIB não precisaria ser escrita com todas as palavras dita na CIB, que é preciso ser feita uma coisa mais sintética do que foi dito e decidido. Dra. Iracema Paim informou que entregaria oficialmente as planilhas da revisão da PPI, porque a macro extremo sul já fechou e está sendo encaminhada. Pontuou que a macro centro está sendo fechada sem ter o encaminhamento de cinco municípios. Colocou que a macro norte, três municípios não encaminharam revisão de PPI. Perguntou se já pode ser dado o encaminhamento, porque conforme havia sido combinado, chega a macro e o município que não vem junto significa que não pediu revisão de PPI. Explanou que na macro norte total, a microrregião total de Paulo Afonso não encaminhou revisão de PPI; na macro nordeste existem nove municípios que não encaminharam pedido de revisão de PPI; na macro centro leste, dezoito municípios não encaminharam o pedido de revisão de PPI; na macro sudoeste não houve o recebimento de quarenta municípios, sendo que desses quarenta, parece que vinte e quatro estão encaminhando. Esclareceu que a macro oeste parece que foi um problema de internet e que o COSEMS encaminhou já e que a macro sul não recebeu ninguém. Dra. Mara Lúcia

mencionou que com relação a macro norte, o problema está com a micro de Paulo Afonso. Ressaltou que está com o conjunto revisado para ser encaminhado para a validação do cadastro, que ou irá encaminhar e validar a macro sem a micro de Paulo Afonso ou irá aguardar para encaminhar para ser validado. Ficou estabelecido que o processo iria caminhar para não atrasar ainda mais os demais município. Dra. Maria Nita citou que colocará em pauta da próxima CIB a estática da rede de atendimento em Salvador e nas macrorregiões. Colocou que muitas vezes, ambulâncias do interior chegam só com o motorista e o paciente, geralmente em estado grave e que em alguns casos chegam a óbito. Mencionou que é importante que isso seja discutido e que seja trazido para conhecimento dos secretários municipais de saúde. Pontuou que estava pensando em notificar o secretário de saúde, toda vez que a ambulância chegar em Salvador dessa forma na porta do hospital. Dra. Lenise Estrela informou que quando o Clériston Andrade faz a caridade, é colocado, mas quando não faz, vem para Salvador. Colocou que ou há investimentos na sua região, ou irá continuar dessa forma. Pontuou que são doze municípios da décima oitava sem serem assistidos, que só tem assistência da atenção básica. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária para o dia 10 de agosto 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 julho de 2006.

Suplente: Lealdina Chaves de Barros_____
Odilon Cunha Rocha _____
Suplente: Osmundo Nogueira Gonzaga_____
Virgílio Figueiredo Abreu_____
Suplente: Marta Rejane Montenegro Batista_____
Maria Nita Pinheiro Ferraz_____
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_____
Lenise Lopes Campos Estrela_____
Suplente: Ivonildo Dourado Bastos_____
Humberto Barreto de Jesus_____
Mara Lúcia Conduru Loureiro _____