

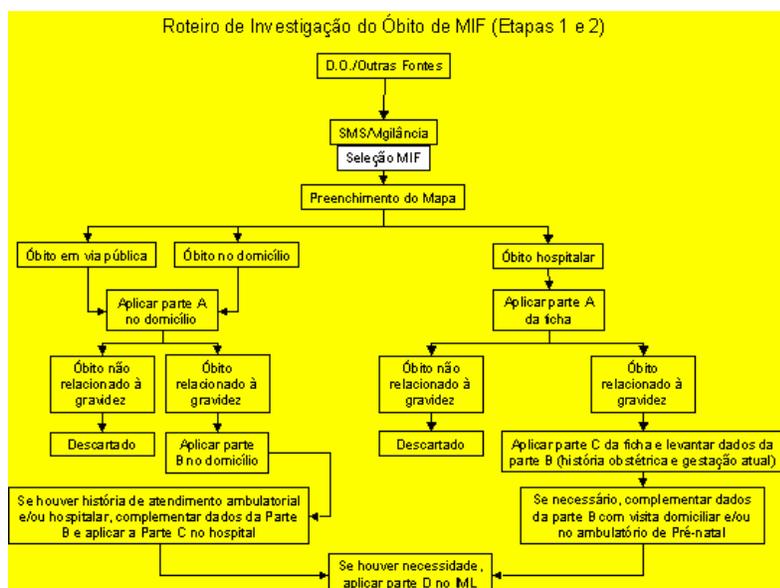
1
2
3 Aos seis dias do mês de março do ano de dois mil e oito, na Sede da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB, 4ª
4 Avenida, Plataforma 06, lado B, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças
5 dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dra. Suzana
6 Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso
7 Filho, Washington Luis Silva Couto, Carlos Alberto Trindade, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli
8 Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias
9 Borges dos Reis, Emerson Gomes Garcia, Wilson Martins Mendes e José Carlos Almeida. Às 14h30min, havendo número legal, o
10 Senhor Coordenador declarou aberta à sessão colocando em discussão e aprovação as ata das 157ª e 158ª Reuniões Ordinárias
11 que foram encaminhadas anteriormente aos membros, tendo sido aprovadas por unanimidade, com a seguinte ressalva feita por
12 Dra. Denise Mascarenhas na ata da 157ª Reunião Ordinária: página 09, linha, 509, onde se lê “Colocou ainda que o
13 credenciamento veio desde **14 de dezembro** para a SESAB, seguindo exatamente todos os parâmetros, e ressaltou a visita de
14 vários técnicos da SESAB na Santa Casa que não podem negar o que viram do funcionamento”, leia-se, “Colocou ainda que o
15 credenciamento veio desde **14 de novembro** para a SESAB, seguindo exatamente todos os parâmetros, e ressaltou a visita de
16 vários técnicos da SESAB na Santa Casa que não podem negar o que viram do funcionamento”. Dando início à ordem do dia,
17 efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes e aprovação/homologação: a)
18 Informes: 1. Ampliação do SAMU e anúncio da liberação do recurso do QualiSUS: Amanhã, dia 07 de março, às 08:30, na
19 Fundação Luis Eduardo Magalhães acontecerá uma solenidade de ampliação do SAMU no Estado da Bahia; nessa etapa foram
20 aprovados pelo Ministério da Saúde – MS os seguintes projetos: o Regional de Guanambi, o Regional de Bom Jesus da Lapa, o
21 Municipal de Senhor do Bonfim, o Região Metropolitana de Salvador, o Regional de Camaçari que pega o Litoral Norte e o de
22 Paulo Afonso. Ao todo foram liberadas cinquenta e quatro viaturas pelo MS, sendo sete de expansão de frota de Salvador e
23 quarenta e sete destes novos projetos que estarão sendo implantados. Existem ainda alguns projetos em negociação como o de
24 Livramento de Nossa Senhora e Brumado entre outros, e esperamos que ainda este ano haja uma segunda etapa de ampliação.
25 Em relação ao QualiSUS, informou que a negociação do Projeto foi iniciada em 2004, passamos todo o ano de 2007 resolvendo
26 uma série de pendências arquitetônicas do projeto de equipamentos e felizmente agora todas foram sanadas; são seis hospitais
27 que vão ter uma aplicação importante de recurso para reforma e equipamentos: HGE, Roberto Santos, Ernesto Simões, São
28 Jorge, Batista Caribé e Menandro de Farias. Já está sendo negociada uma segunda etapa do Projeto QualiSUS onde serão
29 negociados investimentos no Hospital Clériston Andrade em Feira de Santana, Hospital Luis Viana Filho em Ilhéus, Hospital de
30 Base de Vitória da Conquista e uma segunda etapa de ampliação para o HGE. Em torno das 11 horas acontecerá uma atividade
31 com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador para reabertura das Unidades de Saúde da Família que anteriormente eram
32 terceirizadas com o Hospital Espanhol e às 14 horas, no Centro de Convenções, como parte de um encontro organizado pelas
33 Voluntárias Sociais e SESAB, com as Primeiras Damas das Prefeituras Municipais e Secretarias Municipais de Saúde, acontecerá
34 o lançamento da Campanha Nacional de Planejamento Familiar com apresentação das peças de TV, rádio e jornal que vão ser
35 lançadas pelo MS e um anúncio dos quantitativos de métodos contraceptivos que estarão sendo distribuídos por parte do MS. A
36 primeira carga da Bahia já chegou e a partir da próxima semana começaremos a viabilizar a distribuição com os municípios, e tudo
37 indica que teremos um bom período com um fornecimento bem interessante por parte do MS; é a maior compra de contraceptivos
38 já feita pelo Brasil. 2. Retomada da Gestão Direta do Hospital de Guanambi: Informou que no ano passado, dos hospitais da rede
39 estadual, foi feito o processo de municipalização de Irecê, Paulo Afonso, Itamaraju, Macaúbas e Paramirim, e o Hospital de
40 Guanambi pelo seu porte e seu peso regional foi submetido a uma avaliação sobre a importância de trazê-lo para a administração
41 direta já que este estava terceirizado desde a sua origem. Foi montado todo um processo de contratação de profissionais, de
42 organização da estrutura, de abastecimento e logo no primeiro dia de funcionamento o hospital recebeu uma boa carga de
43 materiais, medicamentos e insumos. Enfatizou o grande apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi, e lembrou que no
44 dia que marcou sua retomada para a gestão direta houve a representação de vários municípios e DIRES. b) Homologação: 1.
45 Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da
46 FUNASA, cedidos à SESAB – Lista encaminhada – Aprovado. 2. Superintendência de Planejamento e Descentralização –
47 SUPLAN: 2.1 Credenciamento de 02 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I – 01 na USF Santa Rita e 01 na UFS Paranaguá, no
48 município de Rafael Jambeiro; 2.2 Credenciamento de 05 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I – 01, no município de Santo
49 Estevão; 2.3 Credenciamento de 01 Equipe de Saúde da Família na USF do bairro Alto do Cruzeiro, no município de Ibiassucê; 2.4
50 Credenciamento de 02 Equipes de Saúde da Família no município de Várzea do Poço; 2.5 Credenciamento de 07 Agentes
51 Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 156 ACS no município de Irecê; 2.6 Credenciamento de 01 Equipe de Saúde Bucal –
52 Modalidade I – para Equipe de Saúde da Família de Torquato, no município de Glória; 2.7 Credenciamento de 06 Equipes de
53 Saúde Bucal – Modalidade I – nas localidades: Alto da Maravilha/Alagadiço, Dom José Rodrigues/Pedro Raimundo,
54 Argemiro/Piranga I e II, Novo Encontro/Olarias, São Geraldo/Jardim Universitário e Itaberaba, no município de Juazeiro; 2.8
55 Credenciamento de 02 Equipes de Saúde Bucal, sendo uma na USF Rosaria Mendes Ferreira/Distrito de Parateca e outra na USF
56 Santa Izabel/Distrito de Julião, no município de Malhada; 2.9 Credenciamento de 01 Equipe de Saúde Bucal na USF do Alto da
57 Lagoinha, no município de Ubaíra; 2.10 Termo de Adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do
58 município de Potiraguá; 2.11 Credenciamento de 01 Equipe de Saúde da Família e 02 Equipes de Saúde Bucal – Modalidade I na
59 USF's Neumi Pereira e Silva e Epaminondas Arcanjo, no município de Poções. Todas as solicitações foram aprovadas. Em
60 seguida o Senhor Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1.
61 Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: 1.1 Aprovação das propostas de operacionalização das
62 Vigilâncias do Óbito infantil e Materno – Apresentação Dras. Marta Pereira e Irani Dorzeé – DIVEP. Dra. Marta colocou que a
63 elaboração da proposta da vigilância do óbito infantil vem sendo trabalhada desde o ano passado pelos técnicos da DIVEP
64 articulados com a área técnica de Saúde da Criança e a Diretoria de Informação e Saúde – DIS. Informou que esta proposta já foi
65 apresentada em oficinas para algumas regionais como Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim, Mundo Novo e em novembro
66 de 2007 houve um seminário estadual em que foi apresentada às DIRES que manifestaram algumas contribuições que já foram
67 adaptadas e encaminhadas ao COSEMS em dezembro de 2007. “Vigilância Epidemiológica do Óbito Infantil

68 Bahia: Iniciou a apresentação com um organograma mostrando que hoje a Vigilância do Óbito Infantil e Materno está situada na
69 Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP e faz parte da Coordenação de Controle e Avaliação – COAVE, e um gráfico
70 ilustrativo elaborado pela DIS mostrando a taxa de Mortalidade Infantil (por 1.000 nascidos vivos), segundo faixa etária no Estado
71 da Bahia, de 2000 a 2005 onde observamos que houve um decréscimo, mas ainda é um valor muito alto (22/1.000 nascidos vivos)
72 e que precisa melhorar, pois comparando com outros estados verificamos que alguns no Sul e Sudeste apresentam Mortalidade
73 Infantil na faixa de 16/1000 nascidos vivos e o nosso objetivo é trabalhar cada vez mais na investigação desses óbitos e
74 identificando em que parte do sistema é preciso melhorar. 1. Instrumentos Legais: a) Portaria nº. 1172 do Ministério da Saúde,
75 publicada em 17 de junho de 2004 estabelece na seção III, artigo 3º, inciso XIII, que a vigilância epidemiológica e monitoramento
76 da mortalidade infantil e materna é uma das atribuições do município, que deve garantir estrutura e equipes compatíveis para
77 exercer tais atividades; b) Portaria 91/GM de 10/01/2007 – Pacto Unificado; c) Decreto 10.264 de 08/03/2007 – Institui a Comissão
78 Estadual de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Estadual pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.
79 2. Ações Realizadas em 2007: a) Diagnóstico da Vigilância do Óbito Infantil no estado da Bahia – Vigilância Epidemiológica do
80 Óbito Infantil por município no estado Bahia, 2007: Foi encaminhado às DIRES uma planilha para identificação dos municípios que
81 estavam realizando a vigilância e dos 417 municípios, 51% realizam, 8% não informaram e 41% não realizam. Dos 19 municípios
82 acima de 80.000 habitantes, 13 informaram que investigam e em junho de 2007, nas 5ª, 11ª e 28ª DIRES não existia nenhum
83 município realizando investigação no período. b) Diagnóstico da existência de Comitê no estado da Bahia - Comitês de
84 Mortalidade Infantil por município no estado da Bahia, 2007: Dos 417 municípios, apenas 6% possui comitê, 86% não possui e 8%
85 não informaram. Dos 19 municípios acima de 80.000 habitantes, 09 possuíam comitê (Camaçari, Barreiras, Porto Seguro, Vitória
86 da Conquista, sendo que Salvador, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Santo Antonio de Jesus implantaram em 2007). 2. Problemas: a) Baixo
87 percentual de investigação no estado: 1,6% em 2006 - 5,7% em 2007; b) Baixa qualidade das investigações: Investigação parcial
88 (na maioria das vezes só hospitalar, ou só domiciliar, ou só ambulatorial); não identificação da evitabilidade; não realização de
89 recomendações; e não utilizada para o planejamento e melhoria das ações; c) Ausência de Capacitação para Profissionais para
90 Vigilância do Óbito Infantil; d) DIRES e municípios com referência para Vigilância do Óbito Infantil incipientes; e) Ausência de
91 articulação entre as áreas nos municípios (vigilância epidemiológica, atenção básica, ambulatorial, hospitalar); f) Ausência de um
92 link entre as investigações dos óbitos de doenças transmissíveis e as não transmissíveis com a investigação do óbito infantil; g)
93 Ausência de levantamento do funcionamento de Comitês hospitalares no estado da Bahia. 3. Objetivo Geral:
94 Implantar/implementar a Vigilância do Óbito infantil no estado da Bahia no ano de 2008. 4. Operacionalização do processo de
95 investigação: 4.1 Recomendações para implantação: a) Definir a ficha de investigação; b) Definir de responsáveis pela Vigilância
96 Epidemiológica do óbito infantil no nível municipal e regional; c) Definir critérios para investigação; d) Estabelecer referência
97 técnica quando da inexistência de Comitê de Investigação do Óbito Infantil e Fetal tendo por objetivo de auxiliar na conclusão de
98 casos mais complexos." No momento da notificação a pessoa responsável pela equipe ou pelo município deverá fazer a busca
99 ativa das DO's nos hospitais, nas casas de partos e no PSF, para que semanalmente haja um controle da emissão dessas DO's
100 porque quando chegar no nível central ou no município essa própria pessoa vai fazer a verificação. Se a criança que faleceu for do
101 próprio município, deverá ser solicitada uma cópia da DO para deflagrar o processo de investigação, caso a criança não seja do
102 município, a proposta é que seja encaminhado para a DIRES para que esta possa fazer a investigação hospitalar e depois
103 encaminhe para o município de residência junto com a cópia da DO, ou seja, a partir do momento em que no local que ocorreu o
104 óbito tiver um comitê hospitalar ele poderá estar auxiliando na investigação. Neste processo de investigação também vai haver
105 dois cortes, primeiro a separação dos óbitos de menores de um ano, exceto má formação congênita e que em áreas cobertas pelo
106 PACS/PSF essa investigação ambulatorial seja feita pelas próprias equipes. A proposta é que após essa investigação, seja feita
107 uma discussão/análise numa integração entre todos os atores envolvidos, ou seja a rede hospitalar, a rede ambulatorial, a área
108 técnica da saúde da criança e a área técnica da saúde da mulher, para que possam discutir e ver quais as recomendações que
109 irão propor para as áreas que forem necessárias. Enfatizou que este momento de discussão/análise está sendo visto como um
110 processo educativo para que possamos detectar no sistema alguma falha e depois resolver. Logo depois das recomendações,
111 naqueles casos em que não forem fechados serão encaminhados para o comitê municipal ou a referência técnica do município, os
112 que forem fechados serão encaminhados mensalmente para a DIRES que vai encaminhar para a DIVEP também mensalmente e
113 aqui faremos a discussão/análise e encaminhar para o MS. No caso de dificuldade tanto das DIRES quanto da DIVEP em fechar
114 casos, será encaminhado para os comitês regionais e estaduais. Este é o fluxo da informação que é o mesmo fluxo da DO. Na
115 seqüência foi apresentada a Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno Bahia por Dra. Irani Dorzeé que iniciou colocando que a
116 morte materna é um importante indicador do desenvolvimento social e humano para todos os países, além de revelar a qualidade
117 do serviço de saúde oferecido às mulheres. Informou que esta proposta foi elaborada em 2005 no contexto de reestruturação da
118 SESAB e foi revisada em 2007 por conta do Decreto 10.253 do Governo do Estado que estabelece o Óbito Materno como de
119 notificação compulsória e o Óbito de Mortalidade Infantil como de investigação obrigatória. "Proposta de
120 Implantação/Implementação do Sistema de Vigilância de Mortalidade Materna na Bahia: 1. Fatores determinantes da Morte
121 Materna: a) Social e econômico; b) Falta de Humanização; c) Profissionais de Saúde; d) Acesso ao Serviço de Saúde; e)
122 Qualidade de Assistência. 2. Gráfico/Série histórica – Razão de Mortalidade Materna obtida pelo SIM e corrigida, (Bahia 2000-
123 2006) – Indicador que mede o risco de morte das mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Na década de
124 90 tínhamos uma tendência estável em torno de 50 óbitos/100.000 nascidos vivos e a partir do ano de 1997 quando foram
125 desencadeadas as investigações houve uma tendência de ascender. No ano de 2006 a razão de mortalidade foi em torno de 55,6
126 aplicado o fator de correção foi para 97,9. Lembrou que a Organização Mundial de Saúde – OMS tem como aceitável o índice de
127 10 a 20 óbitos /100.000 nascidos vivos. 3. Indicação dos principais problemas: Matriz de Análise da Situação de Vigilância ao
128 Óbito Materno no Estado:

CATEGORIA	PROBLEMA	DESCRITORES
Informação	a) Subnotificação de Óbitos. b) Subnotificação das Causas. c) Falha no preenchimento da Declaração de Óbito.	a) 32% dos óbitos do estado não são notificados. b) 50% dos óbitos maternos investigados não são declarados. c) Observação das DO's de MIF selecionadas para investigação de 1997 a 2004.

	d) Elevado percentual de óbitos por causas mal definidas. e) Inexistência de informatização dos dados da Vigilância.	d) 26% do total de óbitos nos anos de 2002/2003 (76% sem assistência médica). e) Retardo no uso das informações geradas.
Vigilância	Baixa cobertura de investigação dos óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF).	Percentual de até 15% de 2000 a 2003 e 20% de cobertura em 2004. Avaliação anual do CEEMM e DIVEP.
Estado de Saúde	Alta Razão de Mortalidade Materna (RMM).	RMM de 49,7 em 2002 e de 58,3/100.000 nascidos vivos em 2003. Fonte: SIM, SINASC e Comitês.
Serviços e Sistema de Saúde	a) Ausência de Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) na quase totalidade do Estado. b) Integração insuficiente das áreas da Assistência, Vigilância a Saúde e CEEMM no nível estadual. c) Ausência de diretrizes do nível nacional para estruturação da VOM.	a) Laudos de necropsia de óbitos de MIF investigados sem exame anátomo patológico do útero e anexos. Existência de SVO em Eunápolis e Teixeira de Freitas. b) Articulação intrasetorial e intersetorial insatisfatória. c) Portaria nº 653/GM/MS/2003
Comitês de Mortalidade Materna	a) Ausência e/ou escassa participação dos médicos Obstetras nos Comitês para análise das fichas de investigação e elaboração de medidas de controle. b) Comitês Regionais desativados. c) Número insuficiente de Comitês Hospitalares.	a) Informações de membros dos Comitês Regionais e Estadual. b) Relatório do Projeto Protegendo a Vida – CEEMM/UNICEF-2003. c) Informação do CEEMM.

129 4. Desenho da Situação Objetivo: a) Implantar/Implementar a Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna em toda a rede de
130 serviços; b) Identificar grupos de risco para o monitoramento das principais complicações da gravidez, parto e puerpério; c)
131 Reduzir a sub-notificação das causas e o sub-registro dos óbitos. 5. Desenho das Estratégias/Vigilância Ativa (correção das falhas
132 dos registros vitais e Detecção precoce das situações de risco – evento sentinela): a) Implantação da Vigilância Sentinela de casos
133 de doenças consideradas mascaradas; b) Divulgação do problema – Discussão inter e intra setorial para garantir soluções que
134 contribuam para a redução da MM. Distribuição de notas técnicas, relatórios e boletins; c) Avaliação das medidas de prevenção e
135 intervenção necessária; d) Realização de Oficinas de Capacitação na Vigilância do óbito materno; e) Desenvolver um subsistema
136 de informação VEOM; f) Implantação de Serviços de Verificação de Óbitos/PDR; g) Fornecimento de subsídios aos Conselhos de
137 Saúde; h) Estímulo a promoção de ações educativas junto às mulheres, famílias e comunidades de áreas selecionadas; i)
138 Articulação de ações de Vigilância Sanitária nos hospitais e maternidades. 6. Momento Tático Operacional: a) Legitimação da
139 Proposta junto à SESAB e CIB; b) Regulamentação da VEMM; c) Operacionalização da Vigilância Epidemiológica do Óbito
140 Materno; d) Elaboração do Plano Operativo: assegurar a execução das ações previstas; e) Divulgação da Proposta; f) Realização
141 de Supervisão Integrada e Periódica; g) Articulação com Comitês de Mortalidade Materna. 7. Instrumentação legal: 7.1 Na Esfera
142 Nacional: a) Resolução Nº 256 de 10/1997 do CNS; b) Portaria Nº 653/2003/MS; c) Portaria Nº 1172/2004/MS; d) Portaria Nº
143 91/Pacto Unificado pela Saúde. 7.2 Na Esfera Federal: a) Decreto Nº 10263 de 03/2007. 8. Momento Tático Operacional/
144 Operacionalização da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno: a) As normas e procedimentos para operacionalização estarão
145 contidos no Manual de Vigilância do Óbito Materno; b) Dando continuidade às capacitações; c) O Monitoramento dos Indicadores
146 contidos no PAP/SVS. 9. Notificação de Óbito – Ação Básica: a) Principais instrumentos: Declaração de Óbitos (DO), e Ficha de
147 Investigação Confidencial do Óbito Materno; b) Principais fontes: Base de Dados dos Sistemas Nacionais de Informação: SIM,
148 SINASC, SIAB, SIH e SIA; c) Fontes alternativas: cemitérios não oficializados, Lideranças locais, Parteiros PACS/PSF; d) Fontes
149 Especiais: Estudos epidemiológicos, Sistema Sentinela, Laudo de necropsia, Registros Médicos Hospitalares, Imprensa e
150 População. 10. Investigação Epidemiológica dos Óbitos de MIF: a) Entrevista domiciliar; b) Levantamento de dados dos serviços
151 de saúde (prontuários e Laudos de necropsia); c) Resumo e Conclusão sobre o caso (análise de evitabilidade); d) Identificação das
152 medidas de prevenção/intervenções necessárias. 11. Quem entrevista: a) Setor de Vigilância da SES/SMS; b) Programa de Saúde
153 da Família; c) Comitê Hospitalar de MM; d) Núcleo Hospitalar de Vigilância. 12. Vigilância do Óbito Materno: a) Busca Ativa da
154 Declaração de Óbito: Cartórios, Serviços Funerários e Cemitérios não Oficiais; b) Busca Ativa de Óbitos Maternos: Nos hospitais,
155 clínicas e outras unidades. 13. Discussão e Análise: Promover reunião com os diversos atores envolvidos: Equipes de Saúde,
156 representantes dos Serviços (unidades e hospitais) e das Áreas Técnicas (atenção a saúde da mulher, informação em saúde,
157 vigilância epidemiológica), para conclusão dos casos investigados. Os casos não encerrados serão submetidos a apreciação dos
158 Comitês de Mortalidade Materna. Na inexistência dos mesmos recomenda-se a identificação de Referência Técnica da Rede. 14.
159 Conclusão/Recomendação: a) Correção dos dados notificados; b) Decisão/Ação: Recomendações de medidas; c)
160 Retroalimentação do Sistema de Vigilância; d) Relatório de divulgação de informações pertinentes. 15. Indicadores de
161 Acompanhamento e Avaliação: O processo de pactuação e avaliação dos indicadores é atrelado ao programa das ações de
162 atenção básica através das análises dos dados registrados nos Sistemas de Informações. a) Razão de Mortalidade Materna; b)
163 Proporção dos Óbitos de MIF investigados; c) Proporção de Municípios com VE implantada; d) Razão de Mortalidade Materna
164 Específica (Agenda); e) Número de Comitês implantados; f) Percentual de Sub-informação. 16. Indicadores da PAP-VS (SMS/MS):
165 Monitoramento de agravos de relevância epidemiológica: 16.1 Investigar Óbito Materno: a) Municípios com população > ou =
166 80.000 habitantes – investigar 75% dos óbitos de MIF; b) Municípios com população < 80.000 habitantes – 75% de municípios com
167 vigilância de óbito materno implantada. 17. Roteiro de Investigação do Óbito de MIF (Etapas 1 e 2):
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177



201 18. Roteiro de Investigação do Óbito de MIF (Etapas 3 e 4):



221 19. Fluxograma da Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno - Comentários: A partir da Notificação (Hospitais, SVO, IML, outros)
222 é encaminhada a Certidão de Óbito para a SMS que fará a Triagem dos óbitos de MIF (10 a 49 anos) e encaminhará para
223 investigação (Hospital, Ambulatório, Domicílio, Outros) nas SMS. No caso do Hospital, havendo CHMM ou Núcleo de VE, o
224 mesmo se encaminhará dessa vigilância e deverá devolver ao distrito sanitário ou à SMS que fará Análise/Avaliação,
225 Investigação/Recodificação, Recomendação/Divulgação. Havendo necessidade de manter articulação com o CMMM esse trabalho
226 de Análise e Recomendação poderá ser feito em conjunto, caso o município não tenha condição operacional, essa investigação
227 deverá ser realizada pela Regional de Saúde que deverá efetuar o mesmo processo através de seus técnicos e se articular com o
228 CRMM nas condições de casos inconclusivos. Este trabalho é encaminhado para o nível central (SES/DIVEP/DIS) para uma
229 Análise preliminar com relação à causa básica e se a investigação evidenciar mudança de causa básica, isso é feito à nível do
230 sistema. Aqueles casos inconclusivos que não vêm fechados das regionais e dos municípios são procedidos com o CEEMM. Aí
231 então acontece o encaminhamento das informações ao MS/SVS. 20. Legenda: CHMM – Comitê Hospitalar Mortalidade Materna,
232 CEEMM – Comitê Estadual de Estudo de Mortalidade Materna, CMMM – Comitê Municipal de Mortalidade Materna, CNMM –
233 Comissão Nacional de Mortalidade Materna, SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde, VE – Vigilância Epidemiológica. 21. Número
234 de óbitos de MIF declarados, investigados e cobertura de investigação Bahia 97/2005*:"

235
236
237

**NÚMERO DE ÓBITOS DE MIF DECLARADOS, INVESTIGADOS E
COBERTURA DE INVESTIGAÇÃO
BAHIA 97/2005***

238
239
240
241
242
243
244

ANO	Nº DE ÓBITO DE MIF	ÓBITOS INVESTIGADOS	COBERTURA
1997 ¹	3.899	147	3,7
1998 ¹	4.170	275	6,6
1999 ¹	4.387	337	7,7
2000 ¹	4.225	413	9,7
2001 ¹	4.326	458	10,6
2002 ²	4.368	577	13,2
2003 ²	4.227	700	16,5
2004 ²	4144	1260	30,4
2005 ²	3740	1300	34,0

Fonte: Declaração de óbitos – SESAB/DICS

Fichas de investigação – CEEMM e DIVEP

* Dados Preliminares

245 Após a apresentação, o Senhor Coordenador parabenizou a equipe da DIVEP e colocou em discussão e votação. Dra. Suzana
 246 Ribeiro sinalizou que é preciso colocar na prática, pois o grande desafio é transformar isso em realidade com a parceria de todos,
 247 trabalhadores, prestadores e gestores, já que cada dia que passa fica mais difícil garantir uma informação qualificada. Lembrou
 248 que houve na semana passada no Conselho Estadual de Saúde uma discussão sobre o funcionamento dos comitês e a
 249 investigação do óbito, e informou que nos dias 17 e 18 acontecerá uma oficina para definição de estratégias no controle do óbito
 250 materno, programado pela SVS/MS. Enfatizou a necessidade de capacitação dos profissionais e gestores a fim de melhorar não
 251 só a investigação, como também para estabelecer estratégias realmente eficazes. Existem muitas dificuldades do ponto de vista
 252 operacional não só da investigação, porque quando ela está centralizada na regional, obviamente que tem mais dificuldade de
 253 fazer em toda uma microrregião; os municípios que já assumiram o Comando Único ou que ainda estão no processo de
 254 organização de seus Pactos e que vêm historicamente do processo da NOAS como módulo assistencial ou municípios plenos de
 255 um modo geral, sede de microrregião, tem que estar sinalizando isso em seu Termo de Compromisso. Reafirmou o compromisso
 256 do COSEMS no sentido de avançar e descentralizar essa discussão junto com a SESAB, criando condições para que possamos
 257 estar implantando os Comitês não só nos municípios, mas também os hospitalares, que são um grande nó na estrutura dos
 258 hospitais, principalmente no interior do estado. Considerou excelentes as apresentações e afirmou que temos condições de levar
 259 em frente essa proposta, tentando implementar nas microrregiões de uma forma organizada, amarrando o compromisso de gestor
 260 municipal através do Termo de Compromisso de Gestão. O Senhor Coordenador chamou atenção de que apesar de ser um
 261 grande problema de saúde pública, pelo número de ocorrências não é nada muito complicado que as investigações sejam feitas
 262 por cada um dos municípios, se conseguirmos viabilizar como prioridade um suporte a partir das regionais e o acompanhamento
 263 de cada um desses casos. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu ainda que os municípios pudessem envolver as estratégias de Saúde da
 264 Família, para não deixar a coisa correr tão centralizada e envolver e capacitar as equipes no sentido de apoiar não só a
 265 investigação do óbito, mas também no sentido de avançar com a própria política. Após breve discussão, foram aprovadas as
 266 propostas de operacionalização das Vigilâncias do Óbito infantil e Materno. Em seguida o Senhor Coordenador informou que o
 267 Governo da Bahia está em negociação com o Banco Mundial para um outro projeto que vai abarcar a saúde o acesso à água, que
 268 são as duas prioridades definidas para esta negociação. No âmbito da Saúde, foi acordado que a prioridade vai ser relacionada
 269 com a mortalidade materna infantil e a estratégia que está sendo pensada entre um conjunto grande de ações que pode ser
 270 agregado nesse projeto, passa pelo processo de regionalização com fortalecimento dos principais pólos regionais para assistência
 271 neonatal e para ações de qualificação da assistência ao parto. Avisou que em breve retomaremos aqui essa discussão em função
 272 do processo de elaboração dessa pauta para o Projeto de Saúde com o Banco Mundial. Dando prosseguimento, passou para as
 273 solicitações da Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde/DASF: 4.2 Implicações orçamentárias,
 274 financeiras e administrativas para adoção da nova Portaria 3237, de 24 de dezembro de 2007, que tratam do Financiamento da
 275 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – Apresentação Giovanna Queiroz “Assistência Farmacêutica na Atenção Básica -
 276 Portaria MS nº 3.237 de 24/12/2007, em vigor desde Janeiro/2008. 1. Bloco de Financiamento da
 277 Assistência Farmacêutica: Portaria nº 204/07 – Define os Blocos de Financiamentos: 1.1 Assistência Farmacêutica: a)
 278 Componente Básico da Assistência Farmacêutica: Elenco Referência - Pactuação tripartite per capita; Medicamentos e insumos
 279 adquiridos pelo MS (Insulina Regular, Insulina NPH, Contraceptivos – valor per capita); b) Componente de Medicamentos de
 280 Dispensação Excepcional: MS + Estados (pagamento e controle da contrapartida Federal por APACs); c) Componente Estratégico
 281 da Assistência Farmacêutica – medicamentos adquiridos pelo MS: Endemias Focais, ARV do Programa DST/AIDS, Sangue e
 282 Hemoderivados, Imunobiológicos; Portaria nº 3.237/07 – insere os medicamentos e insumos para o Combate ao Tabagismo e para
 283 a Alimentação e Nutrição. 2. Principais Alterações (Portaria nº 2.084/05 e Portaria nº 3.237/07): a) Base Populacional: Utiliza os
 284 dados populacionais do censo IBGE 2007 (Resolução nº 7 de 04/10/2007). População da Bahia: 14.079.966 habitantes. b) Valores
 285 Mínimos Aplicados para medicamentos do Elenco de Referência: União: R\$ 4,10 hab/ano, Estado: mínimo de R\$ 1,50 hab/ano e
 286 Municípios: mínimo de R\$ 1,50 hab/ano. c) Inclusão do financiamento para o elenco do Programa de Medicamentos de Saúde
 287 Mental na Atenção Básica. Revogação da Portaria nº 1.077/99 a partir de 01/02/2008. d) Inclusão de uma contrapartida das três
 288 esferas de Governo para aquisição de Insumos para usuários diabéticos insulino-dependentes: Tiras reagentes de medida de
 289 glicemia capilar, Lancetas para punção digital e Seringas com agulha acoplada para aplicação insulina. e) Valores Aplicados para
 290 insumos destinados aos usuários insulino-dependentes conforme Lei Federal nº 11.347/2006 e a Portaria GM 2.583 de 10/10/2007
 291 (necessidade de conta específica): Estado – R\$ 0,30 hab/ano e Municípios – R\$ 0,30 hab/ano. f) Alteração no elenco fornecido
 292 pelo MS a ser pactuado: Inclusão da Insulina Regular no Componente Estratégico fornecido pelo MS; Valores Aplicados para
 293 medicamentos adquiridos pelo MS: - Insulina NPH e Insulina Regular: R\$ 0,68 hab/ano, - Contraceptivos e Insumos do Programa
 294 Saúde da Mulher: R\$ 0,30 hab/ano. g) Extinção do SIFAB e necessidade de apresentação de Relatório de Gestão. h) SIFAB
 295 obrigatório para verificação de recursos aplicados até 2007.h) Orçamento da AFBásica - O que era (Portaria nº 2.084/05):
 296 População Bahia: 13.000.000 habitantes; Aquisição de Medicamentos:

Produto	União	Estado	Municípios
Medicamentos	R\$ 48.750.000,00	R\$ 13.000.000,00	R\$ 13.000.000,00
Insulina NPH	R\$ 3.380.000,00	-	-
Contraceptivos e Insumos do Programa Saúde da Mulher	R\$ 11.700.000,00	-	-
Total	R\$ 63.830.000,00	R\$ 13.000.000,00	R\$ 13.000.000,00

297 i) Novo Orçamento da AFBásica: Aquisição de Medicamentos e Insumos: População da Bahia – 14.079.966 habitantes.

Produto	União	Estado	Municípios	Total
Medicamentos	R\$ 57.727.860,60	R\$ 21.119.949,00	R\$ 21.119.949,00	R\$ 99.967.758,60
Insumos	R\$ -	R\$ 4.223.989,80	R\$ 4.223.989,80	R\$ 8.447.979,60
Insulina NPH e Regular	R\$ 9.574.376,88	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.574.376,88
Contraceptivos e Insumos do Programa Saúde da Mulher	R\$ 9.574.376,88	R\$ -	R\$ -	R\$ 9.574.376,88
Total	R\$ 76.876.614,36	R\$ 25.343.938,80	R\$ 25.343.938,80	R\$ 127.564.491,96

298 j) Novo Orçamento da AFBásica: Aquisição de Medicamentos e Insumos do Gerenciamento Estadual: 129 municípios –
 299 Gerenciamento Fundo a Fundo e 288 municípios - Gerenciamento Estadual do recurso federal.

Produto	União (288 municípios)	Estado (417 municípios)
Medicamentos	R\$ 20.122.759,00	R\$ 21.119.949,00
Insumos	R\$ -	R\$ 4.223.989,80
Total	R\$ 20.122.759,00	R\$ 25.343.938,80

300 "O atendimento da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia SAFTEC/DASF: 1. Como era realizado: a) Assistência
301 Farmacêutica Estadual era a Central Farmacêutica da Bahia – CEFARBA; b) Programas de Medicamentos para atendimento da
302 Assistência Farmacêutica na Atenção Básica com localização distante da Diretoria; c) Programa Farmácia Básica com enfoque no
303 gerenciamento financeiro; d) Elenco do Programa Farmácia Básica disponibilizados conforme o tipo de contrapartida; e) Ausência
304 de Cumprimento da Contrapartida Estadual: Elevado saldo devedor; f) Pedido de Medicamentos enviado por FAX; g) Solicitação
305 da Assistência Farmacêutica Municipal, por telefone, da agenda de Distribuição de Medicamentos; h) Duplicidade dos
306 procedimentos e fluxos de atendimento aos Programas destinados a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (Farmácia
307 Básica e Saúde Mental). 1.1 Problemas: a) Dificuldade de contato com a DASF/CEFARBA pela insuficiência de Linhas Telefônicas
308 - 04 (quatro) linhas telefônicas para atender aos 417 municípios, 31 DIRES, todos os Hospitais e Centros de Referência; b)
309 Documento com o pedido encaminhado ao setor errado; c) Documento com o pedido pouco legível ou ilegível; d) Elevado custo
310 com realização de cópias dos documentos; e) Custos para as Secretarias Municipais de Saúde com ligações telefônicas
311 interurbanas; f) Ausência de sistematização da agenda de distribuição dos Programas da AFBásica (Farmácia Básica e Saúde
312 Mental) - Duplicidade da agenda de distribuição de medicamentos; g) Duplicidade de recursos humanos e materiais para
313 atendimento aos mesmos clientes; h) Prazo elevado entre o envio do pedido e o agendamento; i) Ausência de comprovante de
314 realização do agendamento. 2. O que mudou em 2007: a) Transferência dos Programas para a sede da SESAB; b) Fusão
315 Administrativa dos Programas (Farmácia Básica e Saúde Mental): Otimização dos Recursos Humanos e Materiais e Uniformização
316 da agenda de distribuição; c) Ampliação do número de linhas telefônicas destinadas a Assistência Farmacêutica - Aquisição de 20
317 linhas telefônicas; d) Flexibilização do elenco do Programa Farmácia Básica; e) Incremento do papel assessor do Estado aos
318 Municípios; f) Cumprimento da Contrapartida Estadual para aquisição de Medicamentos. g) Para não esquecer:

Programa	2006 – Fonte 30	2006 – Fonte 49	2007 – Fonte 30	2007 – Fonte 49
Farmácia Básica	R\$ 4.418,00	R\$ 9.699.157,00	R\$ 13.287.640,00	R\$ 13.883.722,00
Saúde Mental	R\$ 598.844,00	R\$ 1.697.095,00	R\$ 2.327.854,00	R\$ 1.933.099,00
Programa Medicamentos Excepcionais	R\$ 7.586.752,00	R\$ 34.447.105,00	R\$ 28.812.053,00	R\$ 33.060.463,00
Total	R\$ 8.190.014,00	R\$ 45.843.357,00	R\$ 44.427.547,00	R\$ 48.877.284,00

319 Fonte: Ano 2006 – Relatório SEPLAN e Ano 2007 – Relatório CSO/SUREDE/SESAB. h) Maiores dificuldades de 2007: - Precária
320 infra-estrutura da Diretoria de Assistência Farmacêutica: Ausência de informatização e Capacidade de armazenamento da
321 CEFARBA insuficiente; - Ausência de dados consistentes da demanda de medicamentos para planejamento da aquisição; -
322 Aumento exponencial da demanda de medicamentos (principalmente para Programa Hipertensão e Diabetes); - Registro de
323 Preços anterior com quantidade insuficiente em estoque para atendimento a nova demanda; - Fornecedores sem condições de
324 atender a nova demanda de medicamentos; - Equipe técnica de farmacêuticos em formação e sem experiência. 3. Como será
325 realizado em 2008 – Ações 2008: a) Informatização da Assistência Farmacêutica; b) Formação da equipe técnica e inclusão da
326 Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no Organograma da DASF; c) Melhoria da infra-estrutura da
327 Diretoria de Assistência Farmacêutica da SESAB; d) Nova regulamentação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
328 (Portaria MS 3.237/07); e) Antecipação da demanda de medicamentos necessária para atendimento ao ano 2008 - Solicitação aos
329 municípios da demanda anual de medicamentos; f) Novos canais de comunicação, procedimentos e fluxos de solicitação de
330 medicamentos; g) Oficinas de Capacitação destinadas aos farmacêuticos da Assistência Farmacêutica Municipal na Capital e por
331 macrorregional de saúde. Temas: - A Nova Política de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia e os Programas de
332 Medicamentos na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e na Atenção Especializada; - A Gestão da Assistência
333 Farmacêutica: a Programação, Aquisição, Armazenamento e Distribuição de Medicamentos; - A atuação do farmacêutico no
334 Sistema Único de Saúde para garantia do Acesso e da Promoção de Medicamentos. 4. Novo
335 Plano de Atendimento da Assistência Farmacêutica: 4.1 Elenco de Medicamentos da AFBásica: a) Mantido o elenco atual até
336 revisão da REMED/Ba - Até agosto/08; b) Saúde Mental – mantido o elenco da Classe que o município está habilitado. Municípios
337 não habilitado – obrigatório a habilitação para recebimento dos medicamentos psicotrópicos. 4.2 Solicitação de Medicamentos: a)
338 Pedido de Medicamentos - Prazo por trimestre: Até o dia 10 do mês subsequente ao atendimento na
339 SESAB/SAFTEC/DASF/CEFARBA. Exemplo: Município retirou medicamento na CEFARBA no mês de Janeiro - Prazo para envio
340 do pedido do próximo trimestre – até 10 de Fevereiro - Mês de retirada do pedido na CEFARBA em Abril. b) Instrumento a ser
341 utilizado para o pedido: 1º Planilha: Medicamentos; 2º Planilha: Insulina NPH e Regular; 3º Planilha: Insumos para usuários
342 insulino-dependente; 4º Planilha: Anticoncepcionais Orais - Nova Planilha AFBásica.xls. c) Nova Via de Comunicação: Internet:
343 Portal da SESAB - www.saude.ba.gov.br. d) Envio do Pedido: Utilizar o e-mail corporativo da Saúde: - Login:
344 sesab.afnomedomunicipio@saude.ba.gov.br Exemplo: sesab.afabaira@saude.ba.gov.br. - Senha Inicial: 1234. - Como enviar:
345 Destinatário: sesab.afbasica@saude.ba.gov.br (novo e-mail), Assunto: Solicitação de Medicamentos/Insumos Trimestre – Nome
346 do Município, Exemplo: Solicitação de Medicamentos/Insumos 1º Trimestre – Abaíra; - Clicar em: Confirmação Automática de
347 Recebimento, Mensagem Importante; - Anexar planilha de solicitação de medicamentos; - Enviar. e) Agenda de Distribuição: -
348 Data do Agendamento definida por ordem de encaminhamento do pedido. N° Municípios a serem agendados por dia (máximo): 11
349 (existe a avaliação da densidade populacional no momento do agendamento); A data do agendamento será informada pela
350 Agenda do Correio Corporativo e por e-mail. f) Acompanhamento da Agenda: - Na página inicial do e-mail corporativo da Saúde
351 haverá disponibilizada a Agenda de Distribuição: Cada município receberá um e-mail confirmando a Agenda (é obrigatório
352 ACEITAR a agenda ser oficializada); A Assistência Farmacêutica Municipal poderá visualizar a própria agenda ou a agenda de
353 distribuição da DASF; Para remarcar a data de recebimento dos medicamentos: Enviar e-mail para
354 sesab.afbasica@saude.ba.gov.br solicitando reagendamento com as justificativas; Prazo: Até 5 dias úteis antes da data agendada;

355 Confirmação do reagendamento será efetuada por e-mail e disponível na página inicial do e-mail corporativo. 4.3 Agenda de
356 Distribuição: 1º Trimestre: Obs: No mês de Dezembro não há atendimento devido ao Inventário Anual.

Mês Recebimento	Mês Pedido (até dia 10)	Mês Retorno (2º trimestre)
Janeiro	Fevereiro	Abril
Fevereiro	Março	Maio
Março	Abril	Junho

357 2º Trimestre: Obs: No mês de Dezembro não há atendimento devido ao Inventário Anual.

Mês Recebimento	Mês Pedido (até dia 10)	Mês Retorno (3º trimestre)
Abril	Maio	Julho
Maio	Junho	Agosto
Junho	Julho	Setembro

358 3º Trimestre: Obs: No mês de Dezembro não há atendimento devido ao Inventário Anual.

Mês Recebimento	Mês Pedido (até dia 10)	Mês Retorno (4º trimestre)
Julho	Agosto	Outubro
Agosto	Setembro	Outubro/Novembro
Setembro	Outubro	Novembro (antecipado)

359 4º Trimestre: Obs: No mês de Dezembro não há atendimento devido ao Inventário Anual.

Mês Recebimento	Mês Pedido (até dia 10)	Mês Retorno (1º trimestre do próximo ano)
Outubro	Novembro	Janeiro
Outubro/Novembro	Novembro	Janeiro/Fevereiro
Novembro (antecipado)	Dezembro	Março

360 4.4 Utilização do Expresso.Ba: Termo de Compromisso para utilização do E-mail Cooperativo da Assistência Farmacêutica
361 Municipal :- Exclusiva utilização do e-mail pelo Farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal; Necessidade
362 de encaminhamento a DASF do documento oficial assinado pelo Secretário de Saúde e Coordenador da Assistência Farmacêutica
363 (em caso de desligamento é obrigatório informar a DASF através de documento oficial). 4.5 Suporte ao Expresso.Ba: -
364 Informações Disponíveis no site da SESAB (www.saude.ba.gov.br): Portaria SESAB nº 2.556 de 01.10.2007, Manual do Usuário e
365 Termo de Responsabilidade para utilização do e-mail; - Suporte ao Usuário: Diretoria de Modernização Administrativa - Tel: (71)
366 3115-8444 (atendimento exclusivo ao farmacêutico responsável pela conta do e-mail). 4.6 Relatório de Gestão da AF: - O que é? É
367 o instrumento de prestação de contas da aplicação dos recursos financeiros na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; -
368 Qual o período a ser informado? Semestral: 1º Relatório = Janeiro a Junho e 2º Relatório = Julho a Dezembro; - Qual o prazo para
369 encaminhamento? Até o 15º dia útil do mês subsequente ao semestre de competência; - Quais os pontos a serem
370 acompanhados? Informações financeiras (valores aplicados, Número de valores das Notas Fiscais de compra de medicamentos,
371 etc) e Informações para acompanhamento da evolução e qualificação da AF Municipal. 4.7 Plano de Trabalho:

O que fazer?	Quando fazer?	Quem fazer?
Elaboração do Projeto	Janeiro/2008	SESAB/SAFTEC/DASF
Apresentação do Projeto na CIB	06/03/2008	SESAB/SAFTEC/DASF
Validação do Plano de Atendimento por 09 municípios	Fevereiro/08	SESAB/SAFTEC/DASF
Treinamento interno dos auxiliares e farmacêuticos da Coordenação da AF na Atenção Básica/DASF	10 a 14/03/08	SESAB/SAFTEC/DASF
Treinamento aos Farmacêuticos da AF Municipal (Cronograma)	24 a 27/03/08	SESAB/SAFTEC/DASF
Implantação do Plano de Atendimento SAFTEC/DASF	Abril/2008	SESAB/SAFTEC/DASF

372 5. Pagamento do Saldo (Diferença do 1º trimestre 2008 - Saldo 2007): 5.1 Forma de Pagamento: a) Diferença da contrapartida (R\$
373 0,125 hab/ano) do 1º Trimestre de acordo com a Portaria MS 3.237/07: - 1 parcela no 2º Trimestre; b) Saldo 2007 e resíduo 1º
374 trimestre 2008: - 2 parcelas fixas iguais no 3º e 4º Trimestre. 5.2 Pactuações CIB (Março/2008): a) Manutenção do elenco da
375 AFBásica até a revisão da REMED/BA: - Estado: Elenco de medicamentos já pactuado na CIB nº 55/07 (atualmente fornecido);
376 Saúde Mental – mantido elenco de medicamento por classe da habilitação do município; - Municípios: Elenco de medicamentos
377 descritos na CIB nº 55/07; Elenco de referência descrito no Anexo II da Portaria MS nº 3.237/07; b) Relatório de Gestão. “A missão
378 da prática farmacêutica é dispensar medicamentos e outros produtos e serviços para o cuidado à saúde, e ajudar as pessoas e a
379 sociedade a utilizá-los da melhor maneira possível.” (Organização Mundial de Saúde/1993). Finalizou a apresentação convidando
380 todos os farmacêuticos da Assistência Farmacêutica Municipal para um treinamento no período de 24 a 27 de março, no auditório
381 da DIVISA. Após a apresentação, o Senhor Coordenados parabenizou a Equipe da Assistência Farmacêutica e colocou em
382 discussão. Dra. Suzana Ribeiro também elogiou a apresentação, porém observou que isso vem de encontro a uma série de
383 demandas e necessidades que os municípios vêm apresentando. Espera que os fluxos possam ser realmente efetivados e que
384 sejam minimizadas as dificuldades existentes na questão de medicamentos, como oferta, regularização da contrapartida estadual
385 e a logística de distribuição, que ainda é um grande desafio a ser superado. Dra. Gisélia Souza comentou que a Resolução CIB nº
386 55 sobre flexibilização do elenco foi naquele momento um ato de ousadia, primeiro porque ainda estavam trabalhando numa
387 estrutura muito débil, segundo porque tinham um registro de preço limitado a uma quantidade e ao fazerem a flexibilização para
388 alguns itens daquele elenco, principalmente de hipertensão e diabetes, tiveram dificuldades na aquisição e no fornecimento desses
389 produtos devido ao crescimento da demanda e alguns municípios sinalizaram a dificuldade no atendimento de alguns itens que
390 foram objeto dessa flexibilização. Enfatizou que 2007 foi um ano de muitas dificuldades em que trabalhamos com um enorme
391 esforço e o Secretário buscou fazer um rearranjo do ponto de vista orçamentário, pois tínhamos um orçamento muito apertado
392 tanto nos medicamentos de alto custo que era um orçamento de cinco milhões e gastamos cerca de vinte e nove milhões. Na
393 Farmácia Básica que não havia cumprimento da contrapartida no ano anterior, o Secretário também deu um jeito no orçamento
394 buscando dinheiro onde não tinha para cumprir essa contrapartida. Informou que já existe um processo de aquisição de softwar
395 de informatização de toda a rede para que os municípios possam entrar nessa modernização e também reforma da CEFARBA, ou
396 seja, todo um projeto para melhorar e qualificar o serviço da Assistência Farmacêutica. Ressaltou a necessidade de uma parceria
397 com os municípios inclusive com o entendimento das dificuldades e estabelecendo um processo de troca, e ressaltou a

398 importância dos três dias de treinamento com os farmacêuticos desses municípios, o primeiro grupo será no dia 24 para os
399 municípios com mais de cinquenta mil habitantes. Dra. Gisélia ressaltou que se todos aderirem ao e-mail eletrônico com certeza o
400 atendimento vai melhorar muito, pois vamos trabalhar com o planejamento e poderemos atender melhor os municípios, assim,
401 solicitou a colaboração de todos e afirmou estar sempre à disposição para as queixas e também para os elogios. Dra. Denise
402 Mascarenhas parabenizou pela apresentação e retomou a questão do relatório semestral, pois o Relatório de Gestão é realmente
403 o instrumento gerencial que todos os gestores precisam apresentar e aí será mais um documento e sugeriu que os detalhes
404 referentes à Assistência Farmacêutica fossem acrescentados ao Relatório de Gestão. Dr. Emerson Garcia enfatizou a maravilhosa
405 condução da Superintendência de Assistência farmacêutica por Dra. Gisélia e lembrou que os municípios já sofreram muito por
406 falta de medicação; o ano de 2007 foi tumultuado numa reestruturação, mas conseguiu atender muitos e sempre haverá aqueles
407 que reclamarão. Demonstrou sua preocupação em relação a uma questão anteriormente discutida que é formação do
408 farmacêutico, pois um profissional querendo avaliar outro é muito complicado, e já teve uma farmacêutica muito bem preparada
409 que conduzia a gestão dos programas sem dificuldade. Ressaltou a importância do investimento que está sendo proposto para
410 reorganização e treinamento do profissional de farmácia que está acabando de sair da academia e não tem contato direto com o
411 serviço público, pois com certeza vai valorizar ainda mais essa profissão. Considerou como uma falha no processo de distribuição
412 de medicamentos, a questão da assinatura da solicitação que só pode ser do prefeito ou do secretário municipal, pois se existe um
413 farmacêutico no município, uma vez bem treinado, este tem condições de avaliar a necessidade de sua farmácia podendo manter
414 contato com a equipe técnica. O Senhor Coordenador lembrou que em 2006 o Governo do Estado gastou apenas quatro mil,
415 quatrocentos e dezoito reais do Tesouro Estadual com medicamentos básicos, então saímos desse valor para um pouco mais de
416 treze milhões, o que foi um salto de praticamente zero para mais de treze milhões e este ano vamos ter que chegar a mais de vinte
417 e um milhões de reais. Colocou que o orçamento deste ano foi feito anteriormente às mudanças nessa portaria e às negociações
418 que ocorreram no MS com estados e municípios, o que significa que mais uma vez vamos precisar fazer adequações no
419 orçamento para viabilizar a programação. No ano passado, pela primeira vez, o Estado da Bahia cumpriu a contrapartida de
420 medicamentos básicos e já estamos trabalhando para dar conta de assegurar os recursos necessários para isso. Comentou ainda
421 que este esforço que o Governo Federal tem feito de aumentar os repasses para medicamentos básicos, precisamos traduzir
422 efetivamente em resultados, e com a ampliação que houve na distribuição no ano passado, não se traduziu de forma igual em
423 todos os municípios, porque alguns fizeram substituição de fonte, chegou mais medicamento repassado pelo Estado e aí tirou o
424 recurso próprio para compra de medicamentos. Deixou claro que será ampliado o processo de acompanhamento de controle e
425 avaliação e o relatório semestral é fundamental para isso, além dos municípios em gestão plena que são auditados anualmente,
426 auditoria será feita por amostragem em um outro conjunto de municípios que vai focar entre outras coisas especialmente a
427 questão da assistência farmacêutica. Manifestou a necessidade de discutir com o COSEMS a possibilidade de fazer um registro de
428 preços de medicamentos básicos que permita que os municípios se consorciem com o estado e possam fazer a compra através do
429 registro de preço, reduzindo com isso o preço direto da compra; de um lado reduz o preço da compra do município que ao invés de
430 comprar de um fornecedor que vai colocar o preço lá em cima ele pode usar um registro de preço global num quantitativo maior e
431 assim possamos ganhar em escala, do outro lado facilita também o processo de distribuição. Dra. Gisélia Souza reforçou a
432 questão do relatório lembrando que o SIFAB (Sistema de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica) era alimentado
433 mensalmente e agora estão sendo solicitadas semestralmente as informações básicas e fundamentais para se ter um nível de
434 acompanhamento efetivo com relação ao que o município está realizando no âmbito da assistência farmacêutica, então isso é o
435 mínimo necessário para que neste momento a coisa seja estruturada de acordo com o que almejamos: melhorar o atendimento à
436 população. Dr. Raul Molina parabenizou a equipe e registrou a satisfação em assistir a esta apresentação que remete a uma nova
437 expectativa para todos; considerou a Portaria muito clara e lembrou que foram os próprios municípios que solicitaram a extinção
438 do SIFAB. Dra. Marta Rejane Montenegro, Secretária Municipal de Saúde de Dias D'Ávila, colocou que nos últimos tempos têm
439 sido produzidos vários relatórios para todo tipo de contrapartida e recurso, até federal, que entra no município e isso está se
440 tornando insustentável para as áreas técnicas e assessores dos municípios. Solicitou uma reflexão sobre isso, pois uma coisa é
441 pegar um dado no sistema e outra é elaborar um relatório que precisa de apresentação, introdução, análise, desenvolvimento e
442 conclusão. Destaca: com isso estamos desmerecendo um instrumento que foi pactuado e consta nas normas do SUS que se
443 chama Relatório de Gestão; se continuar assim cada município terá que ter uma sala imensa com vários assessores só para
444 elaborar relatórios, isso é investir tempo técnico e os municípios não possuem toda essa capacidade; questionou ainda quanto a
445 outras formas de qualificar a assistência farmacêutica que não seja essa prestação de contas com relatório de atividades
446 semestral. Levantou a questão do cronograma de pagamento dos atrasos do ano passado, pois os municípios passaram todo o
447 segundo semestre sem receber nada de saúde mental nos CAPS, os municípios tiveram que se endividar, fazer processos de
448 licitação, inexigibilidade, correr atrás de procuradoria para não deixar os pacientes sem os medicamentos de saúde mental e agora
449 está posto que só vão receber junto com o terceiro e o quarto trimestre, que vai ser no segundo semestre desse ano e questionou
450 se não daria para antecipar um pouco pagando pelo menos um no segundo e um no quarto trimestre. Ressaltou que ainda não
451 recebeu o cronograma que deveria ter mandado até o dia 10 de fevereiro da solicitação do segundo trimestre, então como pode
452 estar aprovando hoje com uma data retroativa de 10 de fevereiro se muitos municípios não receberam essa comunicação.
453 Questionou ainda quem não mandou como é que vai ser feito, se vai poder mandar ainda e vai ser aceito para ser distribuído em
454 abril. Dr. Amauri Teixeira parabenizou a equipe e considerou um avanço essa desburocratização, um acesso facilitado ao
455 relacionamento entre os municípios e a Secretaria. Informou ser Auditor Fiscal da Receita Federal e comentou sobre o
456 preenchimento do RAF – Relatório de Atividade Fiscal onde se relata diariamente as atividades e ninguém se opõe; considerou
457 que um relatório bimestral talvez fosse abusivo, mas acha que um relatório anual é para quem não faz gestão, significa que no
458 final do ano vai buscar em arquivo porque não tem como acompanhar o ano todo e condensar de forma sistemática, um relatório
459 semestral é o mínimo que as partes que estão pactuando têm que contatar, um comunica ao outro aquilo que está sendo feito para
460 se corrigir o rumo, se controlar o que for necessário. Concordeu que alguns municípios têm dificuldade de cumprir isso devido à
461 falta de estrutura, mas não podemos ter uma relação paternalista com os municípios que também tem as suas responsabilidades.
462 Citou que na Alemanha e na Europa toda cresce o conceito que democracia não é só direito, democracia é direitos e obrigações,
463 não existe democracia concebida, isso é uma visão paternalista, uma visão de submundo a democracia concebida em direitos.
464 Enfatizou que na verdade nós temos pouco controle sobre os recursos da saúde, pelo pouco tempo que tem aqui na SESAB,

465 espanta-se com a falta de controle na fiel aplicação dos recursos públicos; o volume de recursos na saúde não é pequeno como a
466 população lá fora pensa e muitas vezes como é legado; o volume de recursos na saúde inclusive com medicamentos é muito
467 grande e precisa ser controlado, para melhor racionalizar o uso, distribuir melhor e muitas vezes repensar o repasse estabelecido,
468 portanto, o mínimo que se pode fazer trata-se de um relatório semestral para um programa desse tipo. O Senhor Coordenador
469 lembrou que é estabelecido que toda secretaria municipal e estadual deve a cada trimestre fazer uma prestação de contas ao seu
470 respectivo Conselho de Saúde, portanto as informações precisam ser registradas e consolidadas a cada trimestre, o que não
471 dificulta que ao final de cada seis meses elas sejam traduzidas num relatório desse tipo. Trata-se de um relatório enxuto, com as
472 informações essenciais que dê visibilidade do que foi adquirido e aos processos de prestação de contas; isso não é mais do que já
473 era feito com o SIFAB, sendo que agora feito será de forma mais simplificada e ao invés de mensalmente vai ser semestralmente.
474 Quanto aos medicamentos de Saúde Mental, lembrou que no ano passado houve uma ampliação de mais de cinco vezes no
475 quantitativo e nos recursos aplicados pelo Governo do Estado, se em algum momento teve problema de distribuição em algum
476 município, a equipe já está com o cronograma para corrigir isso. Em relação ao saldo do ano passado citado por Dra. Marta
477 Rejane, Fernanda Rodrigues da DASF esclareceu: só a partir deste ano é que a Saúde Mental passou a fazer parte da Farmácia
478 Básica e hoje já temos o recurso disponível para comprar todos os medicamentos do elenco, portanto, o saldo deste ano pode ser
479 disponibilizado para os medicamentos de Saúde Mental. Em relação ao relatório, informou que já existe um modelo simples a ser
480 seguido e quanto aos municípios que não conseguiram receber o aviso de mandar até o dia 10 de fevereiro, que já estão sendo
481 contatados e o mês de abril só vai ser fechado depois que todos os municípios que foram atendidos em janeiro estiverem
482 agendados em abril. Em seguida o Senhor Coordenador passou para a próxima pauta da DASF 4.1 Termo de Compromisso do
483 Programa Medicamento em Casa. Dr. Raul Molina informou que já foi discutido e aprovado na reunião do COSEMS e sugeriu que
484 a Assistência Farmacêutica colocasse à disposição dos municípios, no que houver consenso. O Senhor Coordenador chamou
485 atenção de que neste primeiro momento só vão assinar os municípios que estão no teste de campo. Dando prosseguimento,
486 passou a palavra para Dra. Alcina Andrade apresentar as pautas da SUVISA: 1.2 Proposta de repasse de recursos relativos a
487 futuras campanhas de Vacinação Anti-Rábica direto do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde: "Proposta de
488 realização da 1ª Etapa da Campanha de Vacinação Anti-Rábica Animal: 1. Critérios: Os critérios adotados para seleção dos
489 Municípios participantes da 1ª Etapa de Vacinação Anti-Rábica Animal foram os seguintes: a) Baixa Cobertura Vacinal em 2007; b)
490 Casos de Raiva Animal Confirmados; c) Municípios que fazem fronteiras com outros Estados para formação de um "Cinturão
491 Vacinal" em toda a extensão do Estado da Bahia; d) A inclusão de todos os Municípios da Região Metropolitana de Salvador,
492 pertencentes à 1ª Diretoria Regional de Saúde, por serem considerados áreas de alto risco para Raiva Humana. 2. Objetivos: a)
493 Reduzir a incidência de Raiva Animal e eliminar a ocorrência Raiva Humana no Estado da Bahia; b) Vacinar, mínimo de 80% da
494 população canina e felina nos Municípios selecionados; c) Eliminar a circulação da variante canina do vírus rábico; d) Elevar a
495 cobertura vacinal canina e felina no Estado da Bahia; e) Aumentar a homogeneidade da cobertura vacinal canina e felina por
496 Município. 3. Metas: a) Número de Municípios selecionados: 157 (153 Municípios Certificados e 04 Municípios Não Certificados);
497 b) População Canina Estimada a vacinar: 1.013.317; c) População Felina Estimada a vacinar: 202.705; d) População Animal Total
498 a vacinar: 1.216.022. 4. Período: 28 de Abril a 06 de Junho de 2008. 5. Instituições envolvidas: MS/SESAB/SMS. 6. Áreas
499 Limítrofes com outros estados – Divisa do estado da Bahia para formação de um "Cinturão Vacinal". O Estado da Bahia possui
500 uma extensa área de 587.295 Km² e mais de 13 milhões de habitantes. Limita-se a Nordeste com Sergipe e Alagoas, ao Norte
501 com Pernambuco e Piauí, a Oeste, Goiás e Tocantins e ao Sul com Minas Gerais e Espírito Santo. Nestes Estados limítrofes
502 foram registrados casos de Raiva Animal e Humano em anos anteriores. Diante disto, torna-se essencial estabelecer novas
503 estratégias para o controle da raiva conforme as diferentes realidades epidemiológicas. Com o objetivo de expandir as áreas de
504 proteção contra raiva na Bahia foi instituído desde 2006 um "Cinturão Vacinal" em toda extensão das divisas do Estado, por se
505 tratar de mais uma área de risco para o agravo. 6.1 Área de Atuação do "Cinturão Vacinal". A vacinação anti-rábica será executada
506 em todo o município, sendo que, na zona rural a área de abrangência deverá ser realizada até o limite com o município
507 pertencente ao outro Estado. Os resultados finais desta vacinação serão enviados às Secretarias de Saúde dos Estados
508 correspondentes para seguirem iguais condutas nos seus Municípios: a) Municípios limítrofes com o Estado de Sergipe – Jandaíra
509 e Rio Real (3ª Dires – Alagoinhas); Coronel João Sá, Pedro Alexandre, Santa Brígida, Paulo Afonso (10ª Dires – Paulo Afonso);
510 Adustina, Fátima, Heliópolis, Itapicuru, Paripiranga e Ribeira do Amparo (11ª Dires – Cícero Dantas); b) Municípios limítrofes com
511 o Estado de Pernambuco – Abaré, Chorrochó, Glória e Rodelas (10ª Dires – Paulo Afonso); Casa Nova, Curaçá e Juazeiro (15ª
512 Dires – Juazeiro); c) Municípios limítrofes com o Estado de Alagoas – Paulo Afonso (10ª Dires); d) Municípios limítrofes com o
513 Estado do Piauí – Campo Alegre de Lourdes, Casa Nova, Pílão Arcado, Remanso (15ª Dires – Juazeiro); Buritirama (22ª Dires
514 – Ibotirama); Formosa do Rio Preto, Mansidão, Santa Rita de Cássia (25ª Dires – Barreiras); e) Municípios limítrofes com o
515 Estado de Tocantins – Barreiras, Formosa do Rio Preto, Luis Eduardo Magalhães, Riachão das Neves e São Desidério (25ª
516 Dires – Barreiras); f) Municípios limítrofes com o Estado do Espírito Santo – Mucuri e Nova Viçosa (9ª Dires – Teixeira de
517 Freitas); g) Municípios limítrofes com o Estado de Goiás – São Desidério (25ª Dires – Barreiras); Correntina e Jaborandi (26ª
518 Dires – Santa Maria da Vitória); h) Municípios limítrofes com o Estado de Minas Gerais – Guaratinga e Itagimirim (8ª Dires –
519 Eunápolis); Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto e Mucuri (9ª Dires – Teixeira de Freitas); Itarantim, Macarani, Maiquinique
520 (14ª Dires – Itapetinga); Cândido Sales, Condeúba, Cordeiros, Encruzilhada, Piripá, Tremedal (20ª Dires – Vitória da
521 Conquista); Mortugaba e Jacaraci (24ª Dires – Caetité); Cocos e Feira da Mata (26ª Dires – Santa Maria da Vitória);
522 Carinhanha, Iuiú, Malhada, Sebastião Laranjeiras e Urandi (30ª Dires – Guanambi). Chamou atenção de que o município de
523 Salvador não está incluído nesse repasse; já houve uma conversa anteriormente com a área de vigilância do município que no ano
524 passado não fez a campanha de vacinação e tem alguns problemas de controle da raiva na cidade de Salvador por conta de um
525 TAC a que o município está submetido, o que tem causado problemas, portanto o MS não autorizou a sua inclusão. Como não fez
526 a campanha no ano passado o recurso não foi utilizado, será utilizado agora, pois, a campanha foi transferida para 2008 e o
527 recurso já está em conta desde o ano passado.

528
529
530

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS
RECURSOS FINANCEIROS PARA A 1ª ETAPA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA ANIMAL

(28 de Abril a 06 de Junho de 2008)

ESTADO : BAHIA

CÓD. IBGE	ESTADO	RECURSOS FEDERAIS PARA A 1ª ETAPA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI- RÁBICA ANIMAL (R\$)	CONTRAPARTIDA (R\$)	TOTAL RECURSOS (R\$)
29	BA	3.922,60		

CÓD. IBGE	MUNICÍPIO	RECURSOS FEDERAIS PARA A 1ª ETAPA DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTI- RÁBICA ANIMAL (R\$)	CONTRAPARTIDA (R\$)	TOTAL RECURSOS (R\$)
290020	Abaré	R\$ 1.431,10		
290035	Adustina	R\$ 1.223,20		
290040	Água Fria	R\$ 1.249,05		
290100	Amargosa	R\$ 2.754,40		
290135	Andorinha	R\$ 1.216,05		
290160	Antas	R\$ 1.356,85		
290180	Antônio Gonçalves	R\$ 878,35		
290205	Araçás	R\$ 1.035,65		
290200	Aracatu	R\$ 1.279,85		
290225	Arataca	R\$ 884,40		
290270	Barra	R\$ 3.939,65		
290290	Barra do Choça	R\$ 4.341,15		
290320	Barreiras	R\$ 11.395,45		
290323	Barro Alto	R\$ 1.106,05		
290430	Brejões	R\$ 1.406,35		
290475	Buritirama	R\$ 1.788,60		
290480	Caatiba	R\$ 1.633,50		
290520	Caetité	R\$ 4.007,85		
290540	Cairu	R\$ 1.131,35		
290570	Camaçari	R\$ 16.274,50		
290580	Camamu	R\$ 2.825,90		
290590	Campo Alegre de Lourdes	R\$ 2.368,30		
290600	Campo Formoso	R\$ 5.374,05		
290650	Candeias	R\$ 6.872,80		
290670	Cândido Sales	R\$ 2.654,85		
290740	Catolândia	R\$ 310,75		

290710	<i>Carinhanha</i>	R\$	2.354,00		
290720	<i>Casa Nova</i>	R\$	5.140,30		
290760	<i>Central</i>	R\$	1.429,45		
290770	<i>Chorrochó</i>	R\$	873,40		
290800	<i>Coaraci</i>	R\$	2.102,10		
290810	<i>Cocos</i>	R\$	1.552,65		
290840	<i>Conceição do Coité</i>	R\$	4.888,40		
290860	<i>Conde</i>	R\$	1.946,45		
290870	<i>Condeúba</i>	R\$	1.497,65		
290900	<i>Cordeiros</i>	R\$	702,90		
290920	<i>Coronel João Sá</i>	R\$	1.777,05		
290930	<i>Correntina</i>	R\$	2.680,70		
290990	<i>Curaçá</i>	R\$	2.620,20		
291005	<i>Dias d'Ávila</i>	R\$	4.599,10		
291040	<i>Encruzilhada</i>	R\$	3.421,55		
291050	<i>Entre Rios</i>	R\$	3.692,15		
291072	<i>Eunápolis</i>	R\$	7.768,20		
291075	<i>Fátima</i>	R\$	1.560,90		
291077	<i>Feira da Mata</i>	R\$	523,05		
291080	<i>Feira de Santana</i>	R\$	44.221,10		
291100	<i>Floresta Azul</i>	R\$	853,05		
291110	<i>Formosa do Rio Preto</i>	R\$	1.719,85		
291140	<i>Glória</i>	R\$	1.307,35		
291180	<i>Guaratinga</i>	R\$	1.938,20		
291185	<i>Heliópolis</i>	R\$	1.187,45		
291190	<i>Iaçú</i>	R\$	2.499,20		
291220	<i>Ibicoara</i>	R\$	1.451,45		
291230	<i>Ibicuí</i>	R\$	1.217,70		
291260	<i>Ibiquera</i>	R\$	413,05		
291310	<i>Ibititá</i>	R\$	1.536,15		
291350	<i>Iguai</i>	R\$	2.214,85		
291370	<i>Inhambupe</i>	R\$	2.837,45		
291380	<i>Ipecaetá</i>	R\$	1.639,00		
291400	<i>Ipirá</i>	R\$	5.038,00		
291460	<i>Irecê</i>	R\$	5.171,10		
291530	<i>Itagimirim</i>	R\$	628,10		
291570	<i>Itamarí</i>	R\$	697,95		
291580	<i>Itambé</i>	R\$	2.968,90		
291600	<i>Itanhém</i>	R\$	1.702,80		
291610	<i>Itaparica</i>	R\$	1.800,70		
291620	<i>Itapé</i>	R\$	1.146,75		
291640	<i>Itapetinga</i>	R\$	5.051,20		
291650	<i>Itapicuru</i>	R\$	2.533,30		
291680	<i>Itarantim</i>	R\$	1.378,30		
291700	<i>Itiúba</i>	R\$	3.001,90		
291720	<i>Ituaçu</i>	R\$	1.472,35		
291730	<i>Ituberá</i>	R\$	2.209,35		

291733	<i>Ituí</i>	R\$	946,55		
291735	<i>Jaborandi</i>	R\$	762,85		
291740	<i>Jacaraci</i>	R\$	1.183,05		
291750	<i>Jacobina</i>	R\$	6.309,60		
291760	<i>Jaguaquara</i>	R\$	4.287,80		
291780	<i>Jaquaripe</i>	R\$	1.337,05		
291830	<i>Jitaúna</i>	R\$	1.750,10		
291840	<i>Juazeiro</i>	R\$	19.019,00		
291860	<i>Jussiapé</i>	R\$	945,45		
291890	<i>Lajedão</i>	R\$	286,00		
291900	<i>Lajedinho</i>	R\$	356,95		
291920	<i>Lauro de Freitas</i>	R\$	12.067,55		
291955	<i>Luiz Eduardo Magalhães</i>	R\$	1.873,85		
291960	<i>Macajuba</i>	R\$	1.007,05		
291970	<i>Macarani</i>	R\$	1.236,95		
291980	<i>Macaúbas</i>	R\$	3.846,15		
291992	<i>Madre de Deus</i>	R\$	1.167,10		
292000	<i>Maiquinique</i>	R\$	573,65		
292020	<i>Malhada</i>	R\$	1.327,70		
292045	<i>Mansidão</i>	R\$	957,55		
292050	<i>Maracás</i>	R\$	2.890,25		
292060	<i>Maragogipe</i>	R\$	3.471,60		
292070	<i>Maraú</i>	R\$	1.569,15		
292090	<i>Mascote</i>	R\$	1.325,50		
292110	<i>Medeiros Neto</i>	R\$	1.804,55		
292150	<i>Monte Santo</i>	R\$	4.700,30		
292180	<i>Mortugaba</i>	R\$	1.147,85		
292200	<i>Mucuri</i>	R\$	2.952,95		
292205	<i>Mulungu do Morro</i>	R\$	1.331,00		
292210	<i>Mundo Novo</i>	R\$	1.965,15		
292230	<i>Muritiba</i>	R\$	2.716,45		
292275	<i>Nova Ibiá</i>	R\$	567,05		
292290	<i>Nova Soure</i>	R\$	2.119,70		
292300	<i>Nova Viçosa</i>	R\$	3.042,60		
292305	<i>Novo Triunfo</i>	R\$	1.275,45		
292335	<i>Ouroândia</i>	R\$	1.456,95		
292380	<i>Paripiranga</i>	R\$	2.338,60		
292400	<i>Paulo Afonso</i>	R\$	8.563,50		
292420	<i>Pedro Alexandre</i>	R\$	1.529,55		
292440	<i>Pilão Arcado</i>	R\$	2.710,40		
292460	<i>Pindobaçu</i>	R\$	1.675,85		
292467	<i>Pirai do Norte</i>	R\$	733,70		
292470	<i>Piripá</i>	R\$	1.679,15		
292520	<i>Pojuca</i>	R\$	2.492,60		
292540	<i>Potiraguá</i>	R\$	1.458,60		
292550	<i>Prado</i>	R\$	2.421,10		
292600	<i>Remanso</i>	R\$	3.135,55		

292650	Ribeira do Amparo	R\$	1.163,25		
292700	Rio Real	R\$	3.077,80		
292710	Rodelas	R\$	635,80		
292720	Ruy Barbosa	R\$	2.422,20		
292750	Santa Bárbara	R\$	1.603,80		
292760	Santa Brígida	R\$	1.615,35		
292770	Santa Cruz Cabralia	R\$	3.028,85		
292840	Santa Rita de Cássia	R\$	2.156,55		
292850	Santa Teresinha	R\$	817,85		
292860	Santo Amaro	R\$	5.078,70		
292890	São Desidério	R\$	2.075,70		
292905	São Félix do Coribe	R\$	1.057,10		
292920	São Francisco do Conde	R\$	2.537,15		
292950	São Sebastião do Passé	R\$	3.488,10		
293015	Serra do Ramalho	R\$	2.654,85		
293040	Serra Preta	R\$	1.466,30		
293050	Serrinha	R\$	6.233,70		
293070	Simões Filho	R\$	9.073,90		
293076	Sítio do Quinto	R\$	1.708,30		
293090	Tabocas do Brejo Velho	R\$	1.123,65		
293105	Tanque Novo	R\$	1.413,50		
293135	Teixeira de Freitas	R\$	10.198,10		
293180	Tremedal	R\$	1.716,55		
293200	Uauá	R\$	2.244,55		
293230	Ubatã	R\$	2.045,45		
293245	Umburanas	R\$	1.324,95		
293250	Una	R\$	3.037,10		
293260	Urandi	R\$	1.332,65		
293280	Utinga	R\$	1.586,75		
293315	Várzea Nova	R\$	1.095,05		
293320	Vera Cruz	R\$	2.918,85		
293360	Xique-Xique	R\$	3.953,95		
TOTAL		R\$	441.910,15		

534
535
536

Teto para a Campanha	R\$	445.832,75
-----------------------------	------------	-------------------

1.3 Solicitação de aprovação das datas para realização da Seleção Pública para Agentes de Combate às Endemias – ACE, conforme cronograma: Relação dos 33 municípios com processo seletivo ACE adiado de 2007 para 2008:

	Data proposta 30/03/08	
DIRES	Município	Nº de Inscritos
2ª	Capela do Alto Alegre	176
3ª	Itanagra	9
3ª	Catu	1200
6ª	Una	408
7ª	Itabuna	1980
9ª	Alcobaça	113
9ª	Prado	400
11ª	Ribeira do Amparo	780
12ª	Barrocas	312
16ª	Caem	205
19ª	Jussiape	262
9 DIRES	11 municípios	5845

	Data proposta 20/04/08	
DIRES	Município	Nº de Inscritos
4ª	Itatim	331
7ª	Santa Cruz da Vitória	
12ª	São Domingos	208
12ª	Retirolândia	320
12ª	Teofilândia	705
20ª	Encruzilhada	157
20ª	Tremedal	272
21ª	Central	509
22ª	Buritirama	200
24ª	Lagoa Real	145
24ª	Guajerú	150
27ª	Abaíra	285
9 DIRES	12 municípios	3282

537

	Data proposta 25/05/08	
DIRES	Município	Nº de Inscritos
3ª	Jandaíra	
7ª	Itapé	
7ª	São José da Vitória	
7ª	Gongongi	
7ª	Pau Brasil	
10ª	Chorrochó	
13ª	Boa Nova	
16ª	Mirangaba	
19ª	Dom Basílio	
6 DIRES	9 municípios	

538 Informou ainda que os outros municípios vão receber uma correspondência dando um prazo para aqueles que têm interesse em
539 publicar edital e encaminhar para que haja tempo de licitar uma empresa e a seleção deverá acontecer no final do mês de maio,
540 em uma única data, de forma descentralizada por DIRES, provavelmente nas respectivas sedes. Após a apresentação, o Senhor
541 Coordenador colocou em discussão e aprovação. A Sra. Ana Cristina Meira, Técnica do município de Ubaitaba, relatou que o
542 município encaminhou umas provas de seleção e está aguardando o parecer técnico. Dra. Alcina Andrade esclareceu que existem
543 alguns municípios que fizeram a seleção antes da lei e que agora estão passando pelo parecer da Comissão de Certificação para
544 que seja recomendada ou não a despreciação dos vínculos desses agentes; para resolução destes casos já está sendo
545 agendada uma reunião com a Comissão para aprovação ou não, pois todos os processos já foram analisados. Dr. Edelmir Lima,
546 Secretário Municipal de Saúde de Várzea do Poço, questionou quando será o treinamento das pessoas que já foram classificadas
547 nos processos seletivos anteriores. Dra. Alcina Andrade respondeu que alguns problemas começaram a ocorrer a partir da
548 aprovação aqui na CIB em janeiro de 2008 da separação dos processos seletivos de ACE e ACS, por falta de definição do MS de
549 incentivo para capacitação e contratação destes agentes e o problema é que para esta capacitação ainda não existe um incentivo
550 definido. É preciso se resolver rapidamente para dar posse aos agentes e isso só pode acontecer depois do introdutório, portanto,
551 orientou que os municípios façam o introdutório com o mesmo instrutor do ACS já que o material é o mesmo, classifiquem as
552 pessoas, dêem posse, e a partir daí colocaremos à disposição o nosso pessoal para a capacitação específica, ou seja, o nosso
553 pessoal descentralizado para as DIRES, o pessoal da FUNASA que possui todo o conhecimento para isso, pois essa capacitação
554 de pessoal nos municípios já vem sendo feito ao longo de uns dez anos. O Coordenador da COAD, Ricardo Heinzellmann,
555 informou que quanto ao Curso Introdutório do ACS, segue a carga horária de 40 horas do Curso de formação técnica, coordenado
556 pela Escola de Formação Técnica com uma parceria da DAB. Tendo sido comunicado a Escola quando irá acontecer o Curso
557 Introdutório, e por sua vez a Escola está em processo de formação dos instrutores. Informou que foi agendada reunião semanal
558 com a Escola de Formação Técnica e a DAB – Diretora de Atenção Básica para que os processos de Formação de Instrutores
559 sejam mais rápidos, para dar início ao Curso Introdutório do ACS nos municípios. Dra. Cristiane, Assessora do Secretário Santa
560 Cruz de Cabralia, colocou que obteve informação da Escola de Formação Técnica que está em fase de licitação e que não tem
561 data de quando irá iniciar o processo de formação dos instrutores. Exclamou que os Agentes Comunitários estão pressionando
562 querendo trabalhar, e o município não tem como atender. O Senhor Coordenador sugeriu a Dra. Cristiane contactar a equipe da
563 Escola de Formação Técnica para resolver esta questão. Dando continuidade, convidou Dr. Andrés Alonso para apresentar o
564 Credenciamento de Leitos de Retaguarda. Dr. Andrés Alonso colocou que foi apresentado na reunião da CIB do dia vinte do mês
565 de fevereiro do ano dois mil e oito, a proposta de contratação de Leitos de Retaguarda de longa permanência para urgência e
566 emergência sendo piloto três municípios dentro do Estado da Bahia que seriam Salvador, Vitória da Conquista e Feira de Santana.
567 Lembrou que diante de algumas ponderações na ocasião por conta de dificuldades operacionais dentro do processo, a comissão
568 composta pela SESAB e COSEMS discutiu e chegou a conclusão que é prudente acatar algumas destas ponderações, do ponto
569 de vista operacionais, gestão e supervisão. Diante disto resolvemos restringir esta proposta neste primeiro momento ao município
570 de Salvador. Abriu para discussão e aprovação. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que na reunião do COSEMS Dr. Andrés colocou a
571 proposta e que o COSEMS entendeu que é preciso avançar no ponto de vista técnico operacional que precisava ser mais bem
572 discutida e encaminhada para os municípios, por que aqui a SESAB têm condição de avançar com supervisão, controle e
573 regulação de uma forma mais efetiva, dando início com Salvador e na próxima reunião da CIB podemos avançar com Feira de

574 Santana e Vitória da Conquista. O Senhor Coordenador colocou em discussão, não havendo discordância foi aprovado por
575 unanimidade. Em continuidade a reunião, o Senhor Coordenador convidou Dr. Humberto Torreão para apresentar Revisão do
576 Regimento da CIB e aprovação da Minuta de Regimento dos Colegiados de Gestão das Microrregiões. Dr. Humberto Torreão
577 colocou que a apresentação da Revisão do Regimento da CIB vai postergar para a próxima reunião da CIB, para a DIPRO -
578 Diretoria de Programação e Apoio à Gestão dos Sistemas Municipais de Saúde detalhar melhor as propostas de alteração devido
579 a instituição do regimento dos colegiados de gestão das microrregiões. Pontuou que apenas irá apresentar e submeter a
580 aprovação a Minuta de Regimento dos Colegiados de Gestão das Microrregiões que já foi discutida e aprovada na reunião do
581 COSEMS, diante disto não vê a necessidade de detalhar outra vez. Colocou para aprovação a Minuta de Regimento dos
582 Colegiados de Gestão das Microrregiões e que seja avaliado pela Comissão com a Diretoria de Programação que construiu a
583 proposta para fazer a redação técnica junto com a assessoria jurídica. Dr. Alfredo Boa Sorte pontuou que gostaria de conhecer
584 Minuta de Regimento dos Colegiados de Gestão das Microrregiões porque não teve acesso, até porque acha que deveria ser
585 pactuado e como ficaria a coordenação destes colegiados. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que foi uma comissão entre COSEMS
586 e SESAB que recebeu por e-mail a proposta do regimento, e o grupo responsável fez algumas colocações na Diretoria, e hoje pela
587 manhã Dr. Humberto Torreão apresentou e fizemos a discussão pontuando item a item. Colocou que a Coordenação do CGR será
588 assumida pelo Estado. Lembrou que foi aprovado em Resolução CIB que a executiva e repasse fundo a fundo se daria para os
589 municípios pela questão de operação orçamentária e financeira, e que o município sede de micro que estaria assumindo o CGR
590 assumiria a Secretaria Executiva. Pontuou que em algumas microrregiões tem alguns municípios se mobilizando para fazer o CGR
591 e inclusive para discutir o Regimento. Informou que foi esclarecido para todos os municípios que o Regimento foi aprovado na CIB
592 Estadual como esta prevista no Pacto e que o Regimento será o orientador para os 28 (vinte e oito) CGR - Colegiados de Gestão
593 das regiões do Estado, estabelecendo os mesmos princípios e diretriz. Pontuou que cabe a Dr. Humberto Torreão esclarecer em
594 relação à discussão e conhecimento do regimento. O Senhor Coordenador propôs um encaminhamento: encaminha-se para todos
595 os Membros da CIB - Comissão Intergestores Bipartite a minuta, estabelece-se um prazo até a próxima reunião da CIB para
596 sugestões, e não havendo divergências importantes na próxima reunião nós fazemos à homologação. Dra. Suzana Ribeiro
597 ressaltou que algumas oficinas da Macrorregião para discussão do Pacto, irão acontecer no intervalo até a próxima reunião da
598 CIB, e diante disto não podemos inviabilizar porque havia proposta de implantação. O Senhor Coordenador pontuou que o
599 proposto não irá atrapalhar porque a CIB já fez o pronunciamento sobre as questões centrais que são definidoras para o
600 Regimento. Autorizou que sejam realizadas as oficinas e as reuniões dos Colegiados Regionais. Dra. Suzana Ribeiro explicou que
601 a implantação do CGR se dá nas oficinas; chamou atenção que irá se instalar o CGR e o regimento que estará sendo aprovado na
602 reunião da CIB do dia dezessete do mês de abril não pode ser fator impeditivo para que o CGR funcione, porque os princípios
603 básicos: a coordenação, Secretária Executiva e a localização já foram pactuados. Colocou que o COSEMS entende que a
604 localização do CGR no ponto de vista estratégico talvez seja melhor dentro da DARES porque tem infra-estrutura melhor que a
605 Secretaria Municipal. O Senhor Coordenador colocou que a sua sugestão é que a CIB considera todos os pontos centrais
606 aprovados, não impedindo que os Colegiados comecem a se instaurar. Salientou que em qualquer momento as decisões podem
607 ser revistas e alteradas; podemos considerar que os pontos principais já haviam sido aprovados anteriormente; distribui a minuta
608 da versão preliminar do Regimento para todos os Membros da CIB e qualquer sugestão pode ser incorporada na próxima reunião
609 da CIB, sem comprometer a implantação dos Colegiados. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Alfredo Boa Sorte.
610 Exclamou que a sugestão dada não resolve desde que o Regimento já esta aprovado, não tem porque postergar a decisão, pelo
611 visto do que foi colocado. Informou que foi procurado por alguns Diretores de DARES que questionaram que a Coordenação dos
612 Colegiados Regionais fique em nome de municípios Sede. Pontuou que as atribuições do Município na esfera municipal, Estaduais
613 e Federais estão muito claras para o SUS – Sistema Único de Saúde; colocou quando nós partimos para discutir Colegiados
614 Regionais que tem responsabilidade Estadual em parceria com o Município, cabendo a participação do Ministério da Saúde
615 quando necessário, do ponto de vista da Gestão do Colegiado. Exclamou que não está claro se a Gestão é compartilhada, e como
616 fica o papel da DARES porque para mim foi passado que a Coordenação do Colegiado ficaria sobre responsabilidade do Município
617 Sede. Dr. Humberto Torreão esclareceu que o colegiado é composto de Coordenação, Vice-coordenação e Secretaria Executiva, e
618 que a Coordenação é de responsabilidade do Estado e o vice-coordenador é um Gestor Municipal indicado pelo pares da
619 Microrregião, e a Secretaria Executiva é de responsabilidade do Município Pólo. O Senhor Coordenador passou a palavra para
620 Dra. Stela Souza. Salientou que na DARES de Jequié não tinha como o diretor saber por que não participou do evento. Concordou
621 com a colocação de Dr. Humberto Torreão quando diz que a Coordenação é de responsabilidade do Estado e o vice-coordenador
622 é um Gestor Municipal indicado pelo pares da Micro região, e a Secretaria Executiva é de responsabilidade do município pólo,
623 como ficou definido em reunião do COSEMS e SESAB. Pontuou não está de acordo de a Secretaria Executiva ser de
624 responsabilidade do Município Pólo, e porque não da DARES. Esclareceu que esta proposta foi feita pelo Estado no Regimento e
625 os Municípios concordaram. Dr. Alfredo Boa Sorte entendeu perfeitamente as explicações, e que o problema não se traduz
626 meramente numa decisão técnica e burocrática, envolvendo questões políticas, culturais e regionais; salientou que não há
627 questionamentos sem motivação, destacou não é nada de absurdo o que está colocando, que como já está parecendo estar
628 pactuado com certa maioria, vamos testar para ver como irá funcionar este processo e dentro do possível ajustamos na CIB, já
629 que a não aprovação pode interferir no processo das reuniões do colegiado. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.
630 Raul Molina. Colocou que deveríamos aprovar para que os municípios não tenham maiores prejuízos. Dra. Suzana Ribeiro colocou
631 que entende perfeitamente a colocação de Dr. Alfredo e precisamos está relevando isto. Houve uma discussão dos municípios
632 com a presença de Dr. Humberto Torreão, mas o fato que foi colocado por Dr. Alfredo é que a grande maioria dos Membros da
633 CIB não conhece o Regimento, e se os Membros identificarem a necessidade de acrescentar alguma coisa ao regimento, isto deve
634 está aberto. Colocou uma proposta para que se estabeleça um prazo e encaminhe o Regimento para todos os membros da CIB e
635 a princípio iremos considerar na íntegra que aprovamos, caso não aja alterações encaminhamos a Resolução CIB com data
636 retroativa CIB, e se houver alteração recebe as contribuições e faz o encaminhamento para próxima CIB. Registrou que o
637 regimento sendo remetido para próxima CIB que é dezessete do mês de abril, não inviabiliza a implantação dos colegiados de
638 Gestão. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Simone, Secretária de Nossa Senhora do Livramento. Colocou que a
639 MICRO de livramento tem duas DARES Brumado e Boquira, diante disto, como ficaria a Coordenação. Esclareceu que o município
640 de Boquira não é micro e sim DARES e está na Micro de Brumado. Dra. Suzana Ribeiro pontuou que na reunião do COSEMS ficou

641 claro que no Regimento a Coordenação do Colegiado é indicada pelo Secretário do Estado. Dr. Amauri Teixeira pontuou que as
 642 DIRES são instituições subordinadas ao Secretário do Estado, não havendo nenhum problema. Dr. José Carlos Almeida solicitou
 643 que seja estabelecido um prazo para os municípios que ainda não implantaram o Colegiado de Gestão, e defendeu providências a
 644 serem adotadas para aqueles que não cumprirem. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Rosângela, Secretária de
 645 Saúde de Camamu, que pontuou que tem problema muito sério em relação ao Colegiado da Micro Valença, o município sede que
 646 ficaria com Secretaria Executiva e com o repasso fundo a fundo, Valença, o secretário esteve ausente em todas as reuniões do
 647 Colegiado e como poderá assumir esta responsabilidade. O Senhor Coordenador pontuou que o Regimento foi considerado
 648 aprovado, e distribuir a minuta e na próxima reunião será o prazo para qualquer sugestão. Dando continuidade, passou a palavra
 649 para Dr. Humberto Torreão apresentar os Critérios para Assunção do Comando Único da MAC pelos Municípios quando da Adesão
 650 ao Pacto pela Saúde. O Senhor Humberto comentou que na reunião anterior o conselho ficou de discutir detalhes sobre o fluxo do
 651 processo de adesão ao pacto, dos municípios com o Estado, e critérios para os municípios assumirem o comando único da média
 652 e alta complexidade, o que está sendo proposto é o restabelecimento da coerência dos conceitos e critérios que foram utilizados
 653 na aprovação do PDR, que são os conceitos de economia de escala, economia de escopo, e definiu que se tivesse um pólo de
 654 micro e macro região e que se trabalhasse em uma lógica de trabalhar recurso, entendendo toda a tecnologia de oferta de serviços
 655 de media e alta complexidade e ter essa característica que necessite essa concentração. Informou que esses critérios foram
 656 propostos e acordados na reunião com o COSEMS, de que no momento da adesão, o município solicitante será primeiramente
 657 avaliado com o critério de entrada, ou seja, será definido se o município irá assumir ou não o comando único de media e alta
 658 complexidade, independente de prazo, pois como a media e alta complexidade se entende por uma alta concentração de recursos,
 659 concentrar tecnologia, imagina-se por conta disso que não são todos os municípios que não vão ofertar a media e alta
 660 complexidade. Exclamou que a proposta para o critério de entrada seria ser pólo da micro ou da macro região ou ser referência
 661 para outros municípios em parte da sua micro região, uma vez que uma micro região pode ter organizado uma rede horizontal de
 662 que além do pólo que oferece a grande parte das ações de media complexidade na micro região outros municípios podem fazer uma
 663 oferta complementar, e esses municípios poderiam passar pelo critério de entrada para poder assumir o comando único. Informou
 664 que o próximo passo seria estabelecer quais os mecanismos que serão instituídos para verificar esses critérios, caso o município
 665 passe por esse critério de entrada, então será avaliado os critérios para definir se o município assumi imediatamente ou não, o
 666 comando único de media e alta complexidade. Critérios para Assunção do Comando Único da MAC pelos Municípios quando da
 667 Adesão ao Pacto pela Saúde:

CRITÉRIO DE ENTRADA	MECANISMOS DE VERIFICAÇÃO
Ser pólo da microrregião. Ser referência para outros municípios em parte da sua microrregião.	Possuir unidade hospitalar pública com mais de 50 leitos, que realize procedimentos de urgência e emergência, internação nas clínicas básicas, com Raio X, ECG e Patologia Clínica Básica e que tenha no mínimo 40% de internações de outros municípios.
CRITÉRIOS	MECANISMOS DE VERIFICAÇÃO
Ter Fundo Municipal de Saúde; Secretário ser gestor do FMS;	Declaração do Banco de que o Secretário movimentar as contas da saúde; Lei de criação do FMS; auditoria estadual.
Cumprir a EC29	SIOPS
Ter mais de 40% de Cobertura do PSF, exceto para os municípios com mais de 300.000 habitantes.(20%).	Relatório DAB/SAIS
Possuir equipe mínima e a capacitação necessária para processamento de produção e pagamento de prestadores	Referencial DICON/SUREGS, certificados de capacitação ou treinamento.
Não ter nenhuma pendência com o Componente Estadual de Auditoria do SUS, particularmente na área financeira.	Relatório do Componente Estadual da Auditoria do SUS

668 Quanto ao último item pendência com o Componente Estadual significa: auditoria realizada, prazo de resposta decorrido, análise
 669 da resposta e conclusão da auditoria. Informou que o município que cumprir todos os critérios citados assume imediatamente, se
 670 não cumprir todos, aqueles que tiverem pendentes serão discutidos e acordados, onde será pactuado um prazo para ele assumir,
 671 e nesse prazo o município vai se preparar e posteriormente assumir o comando único. Quanto ao prazo, será estabelecido trinta
 672 (30) dias antes do vencimento da data estabelecida para assumir o comando único, os critérios serão reavaliados e caso não
 673 estejam cumpridos 100%, nova data será pactuada. Quanto da suspensão do Comando Único observa-se que o não cumprimento
 674 de qualquer dos critérios por mais de 3 meses consecutivos ou o não cumprimento de dois dos critérios a qualquer tempo
 675 implicará no encaminhamento imediato à CIB de pedido de suspensão do Comando Único da MAC pelo tempo necessário ao re-
 676 estabelecimento sustentado dos critérios condicionantes. Concluiu que esta seria a proposta para se definir como será o processo
 677 de ascensão do comando único. O Senhor Washington Couto indagou que, com relação aos critérios citados, seria melhor ter
 678 critérios que venham a estar contribuindo nesse processo, como por exemplo, do critério do PSF, que não está induzindo a
 679 questão da montagem das equipes de saúde da família pelos percentuais apresentados, pois se têm outras demandas que são
 680 atreladas a questão do PSF cujos percentuais são de setenta por cento. Comentou que é um tipo de critério que só está
 681 constando, mas que poderia-se adicionar o critério da organização do Fundo Municipal, porque muitas vezes existe o Fundo, mas
 682 o Secretário não é o próprio gestor do Fundo. Informou que mesmo o secretário não sendo gestor do Fundo Municipal de Saúde, a
 683 própria organização valoriza muita mais o processo do Comando Único do que a colocação do critério de cobertura do PSF que
 684 não se agrega muito pelos próprios percentuais que estão ali. O Senhor Raul comentou que a finalidade desses critérios é solicitar
 685 dos municípios que eles realmente invistam na atenção básica, e quando se colocou esses quarenta por cento a princípio e hoje
 686 se colocou para municípios com mais de trezentos mil habitantes. O Senhor Coordenador comentou que sua preocupação é que
 687 caso não se tenha muitos critérios não seria garantida a escala, e haveria um aumento da questão de dispersão de recursos, pois
 688 ao se disponibilizar um grande conjunto de municípios de pequeno porte populacional, de poucas condições de fixação e atração
 689 de profissionais especializados, os recursos seriam pulverizados. Informou que se iria aprofundar ainda mais a situação que se

690 tem onde existem poucos pólos micro região com capacidade real resolutive para atenção especializada hospitalar. Exclamou que
691 é muito tentador o discurso demagógico de que todos os municípios têm os mesmos direitos, sendo que as responsabilidades no
692 sistema de saúde são diferentes, em função da capacidade de cada município em operacionalizar as ações. Comentou que
693 realmente tem que ter critérios que restrinja efetivamente e que evitem que se tenha a pulverização muito grande, uma vez que
694 esse critério em relação à saúde da família é importante para evitar justamente que um município não faça a atenção básica e
695 direcione tudo para a atenção especializada hospitalar, mas os critérios ainda estão muito em aberto. Concordou com tudo o que
696 foi apresentado, mas sugeriu uma proposta adicional para que fosse feito um estudo com o COSEMS e a partir daí mapeasse
697 quais os municípios que atenderiam esses critérios e se trouxesse inclusive para uma discussão anterior para fazer os ajustes,
698 para ter uma noção da rede que nos temos hoje, se a rede existente hoje se encaixa nesses municípios e tem algumas situações
699 anômalas que podem acontecer tanto de um lado quanto do outro, ou seja, municípios que têm hoje já um papel importante na
700 oferta ou potencialmente importante que não estejam contidos nos critérios, e principalmente municípios que estariam contidos no
701 critério, mas que não tem como viabilizar a atenção especializada com referência micro regional. O Senhor Humberto informou
702 que os estudos que o Senhor Coordenador pediu, com relação aos critérios de entrada que já se tem um estudo pronto pré-liminar
703 e o da atenção básica já está pronto e está sendo encaminhando os demais. A Senhora Suzana informou que na última reunião
704 ficou fixado que se tinha uma necessidade de mapear essa questão, outro ponto que foi levantado é que além do critério de
705 entrada, como mostrado na planilha, se ter uma qualificação desse critério, e dados que pudessem conceituar e referenciar esse
706 critério para deixar claro o que está sendo exposto e o mecanismo de verificação. O Senhor Andrés informou que quando foi
707 pensando esse percentual de quarenta por cento, foi feita uma avaliação rápida e se concluiu que seria um percentual
708 relativamente baixo, considerando inclusive outras situações que demandam uma cobertura bem maior às situações relativamente
709 mais simples. Pontuou que uma situação que não foi colocada é que existe também um processo que garante uma suspensão do
710 Comando Único em situações especificadas, não foram só acordados critérios de entrada e liberação do Comando Único, mas
711 também forma acordados dentro dos critérios que foram estabelecidos para permissão da entrada desse Comando Único que
712 houvesse também critérios para suspensão desse Comando em alguns casos. Concordou que se precisa quantificar e qualificar o
713 que foi exposto sendo que nesta questão da cobertura do PSF, considerando a colocação do Senhor Washington que foi bem
714 pertinente e concluiu que a cobertura está bem abaixo do que se pode esperar de um município que queira assumir o Comando
715 Único considerando a questão das cidades com mais de trezentos mil habitantes, mas alterando um pouco o percentual
716 apresentado. O Senhor Alfredo afirmou que o objetivo desta proposta é organizar cada vez mais a atenção à saúde nas macro e
717 micro regiões, portanto essa proposta tem que partir do pressuposto de uma realidade. Comentou que deve ser levada em conta,
718 dentro da linha que está sendo estabelecido, com toda uma terminologia, uma nomenclatura diferente, a regionalização solidária,
719 colegiado de gestão entre outros. Indagou sobre a terminologia Comando Único, que não cabia bem nesse contexto, sugerindo
720 que fosse analisado uma outra denominação para quem vai administrar a MAC, onde sugeriu a denominação Critérios para
721 Assunção da Administração da MAC pelos municípios quando da adesão do pacto. O Senhor Geraldo Magela concordou com o
722 reforço dos critérios de entrada, concordou também com a questão da pulverização, afirmou também sobre a revisão dos critérios
723 de saída, que foi discutido e que o município precisa saber que vai perder o Comando Único. Comentou que a partir deste
724 momento as coisas começam a trabalhar mais consistentemente. Comentou sobre os quarenta por cento de cobertura do PSF,
725 que acha um valor razoável, sugeriu a criação de novos critérios para assunção do Comando Único, e de uma primeira avaliação
726 técnica por parte da equipe de planejamento, e posteriormente submeter à CIB. Comentou da situação de alguns municípios que
727 assumiram o Comando, mas que deveriam perder, sugeriu o aumento dos critérios de entrada e facilitar os de saída, sendo que a
728 avaliação seria uma avaliação técnica, feita pelo COSEMS e o setor de planejamento. O Senhor Washington comentou que sobre
729 o critério do PSF, se poderia fazer um recorte para os municípios acima de cem mil, e fazer um incremento na planilha englobando
730 populações menores, para que seja seguido pelo menos um padrão que se tem hoje de está exigindo sempre além de cinquenta
731 por cento. Concordou também com a necessidade de dar maior robustez a questão dos critérios, mas colocou a importância de
732 não se permitir os casos onde o município detém o Comando, mas não tem uma administração correta dos recursos, ou o
733 município não foca na hora dos investimentos. O Senhor Coordenador informou sobre a questão da porcentagem de cobertura do
734 PSF, e sugeriu que se fizesse uma outra discussão entre o COSEMS e a área de programação para estudar, na linha que o
735 Senhor Washington propôs, a possibilidade de se ter três faixas, tentando compatibilizar com outros padrões de cobertura.
736 Informou que essa questão deverá ser trazida na próxima reunião, e até lá vigora o que está acordado até o presente momento. O
737 Senhor Humberto comentou que na próxima reunião se tratasse do fato de que esses novos critérios irão valer retroativamente
738 para quem já aderiu. O Senhor Coordenador informou que esses critérios ficam aprovados até a próxima CIB, os municípios que já
739 aderiram ao Pacto de Gestão, mas que não cumprem alguns desses critérios vão precisar ajustar para cumprir, e os municípios
740 vão ser submetidos a mesma regra e terá um prazo de três meses para o município se adaptar. Informou que na próxima reunião
741 será novamente discutida a questão do percentual de cobertura do PSF. Propôs que os itens 2 (SUPERINTENDÊNCIA DE
742 RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE – SUPERH) e 3 (SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E DESCENTRALIZAÇÃO –
743 SUPLAN/DAB) do roteiro da reunião fossem adiados, consequentemente o item 6.1 (Credenciamento de 06 Núcleos de Apoio à
744 Saúde da Família – NASF de Juazeiro) também ficou adiado. Questionou sobre alguma pendência com relação ao item seis ponto
745 dois e seis ponto três, passando a palavra a Senhora Suzana. A Senhora Suzana comentou que em relação ao item 3.1
746 (Apresentação da proposta de nova Resolução que define Diretrizes, Estratégias e Normas para a Atenção Básica no Estado da
747 Bahia, em substituição à Resolução CIB Nº 167/2006 e Regulamentação do Credenciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da
748 Família – NASF), informou que pela manhã, na reunião do COSEMS, pediu para prorrogar a consulta pública em relação a
749 resolução, pediu também para garantir a regulamentação do fluxo de credenciamento considerando também que a própria DAB
750 entendeu desta forma, por já ter alguns projetos em mãos. Informou que o fluxo poderia ser definido e pactuado no presente
751 momento. O Senhor Coordenador informou que o fluxo ficaria aprovado, mas o credenciamento de qualquer projeto fica para
752 próxima reunião, pois não houve apreciação em tempo hábil. O Senhor Ricardo comentou que o caso de Juazeiro já existe na
753 Diretoria um parecer favorável ao credenciamento. O Senhor coordenador informou que é sabido a visita técnica, o parecer
754 favorável, só que está considerando que está se aprovando o fluxo, e que não poderia aprovar em um mesmo momento um
755 projeto. Sugeriu que fosse aprovado o fluxo, e na próxima reunião da CIB já irá analisar não só o município de Juazeiro como
756 qualquer outro município que queira apresentar proposta em tempo hábil para ser analisada. A Senhora Suzana comentou que o

757 COSEMS tinha entendido na reunião com a DAB que não haveria nenhum impedimento de aprovar Juazeiro, visto que essa
758 questão está em pauta desde o mês de Janeiro, o projeto já tinha sido apresentado. Informou que foi pactuado com o Senhor
759 Heider a data de trinta e um de março, onde acontecerá uma oficina de capacitação para elaboração de projetos do NASF. O
760 Senhor Coordenador informou que o fato de não aprovar o projeto já nesta reunião não vai alterar nada do ponto de vista de
761 habilitação junto ao ministério da saúde, informou que ainda não houve um processo de discussão com os municípios de como
762 organizar e estruturar os núcleos. Argumentou que não está criando obstáculo algum para aprovação, e que na próxima reunião
763 da Bipartite será discutida essa questão junto aos municípios, e que os municípios que quiserem poderão apresentar seus projetos
764 que os mesmo serão apreciados na próxima reunião da CIB. Dando seguimento a pauta passou a palavra para a Secretária
765 Suzana, a qual informou que o Ministério recebeu no dia anterior o processo do credenciamento de atenção auditiva do município
766 de Vitória da Conquista, onde o serviço já está em atividade desde o mês de novembro. Informou que esta necessitando de
767 aparelhos auditivos e o serviço não foi habilitado ainda, devido algum problema no processo interno de encaminhamento,
768 informado pela técnica Liliane Silveira. Em seguida, o Coordenador passou a palavra A Dr^a. Ana Paula Mattos para realizar a
769 apresentação sobre a Regulação de Ambulâncias em Transferências Intermunicipais. Comentou que para falar sobre ambulâncias
770 teria que falar sobre regulação e regular, sujeita a regras; dirigir; regrar; encaminhar conforme a lei; esclarecer e facilitar por meio
771 de disposições; regulamentar; estabelecer regras para; regularizar; estabelecer ordem, parcimônia; acertar; comparar; estar
772 conforme; trabalhar ou funcionar com acerto, precisão, regularidade; servir de regra; dirigir-se, guiar-se, orientar-se. Comentou que
773 o Transporte Intermunicipal tem de ser feito em Unidade adequada às condições clínicas do paciente, comentou que têm
774 encontrado com muita frequência paciente em estado gravíssimo, chegando em ambulâncias básicas que muitas vezes não têm
775 nem o suporte de oxigênio, nem um técnico de enfermagem. Informou que o transporte tem que respeitar as pactuações e
776 referências, o que não está sendo respeitado. As regulações intermunicipais têm que ser efetuadas, o paciente não vai poder ser
777 simplesmente colocado em uma ambulância e encaminhado onde quer que seja sem uma previa regulação, e as
778 responsabilidades vão ser apuradas pelos possíveis transportes de pacientes em unidades inadequadas, pacientes transportados
779 sem regulação, sem comunicação prévia para a unidade que vai receber. Comentou que a regulação vai contribuir para a
780 reorganização da rede SUS, pois quem vai receber o paciente tem que saber se vai receber, até para se reestruturar, para saber
781 se tem condições naquele momento. Afirmou que o grau de complexidade dos serviços terá que ser respeitado, a hierarquia terá
782 que ser respeitada para otimizar recursos, o paciente tem que vir da unidade mais simples para a mais complexa sem pular
783 etapas, para que se otimize a utilização dos recursos da rede. Informou que terá que ser previamente acordado de preferência
784 pela regulação, caso não seja possível, se o município não dispuser que pelo menos seja feito um contato com a sua microrregião
785 para ser encaminhado de forma correta. Comentou que os métodos, critérios e Princípios do SUS serão seguidos pelo Médico
786 regulador de acordo com os critérios de regulação, de gravidade, de fila. Comentou que tudo isso já está sendo feito pela Central.
787 Informou dos tipos de ambulância, discriminando a ambulância tipo A, denominada ambulância de transporte, é o veículo
788 destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de
789 caráter eletivo. Sobre a ambulância tipo B, denominada ambulância de suporte básico, é o veículo destinado ao transporte pré-
790 hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido e transporte inter-hospitalar, contendo apenas os equipamentos mínimos
791 à manutenção da vida. Ambulância tipo C, denominada ambulância de resgate, veículo de atendimento de emergências pré-
792 hospitalares de pacientes com risco de vida desconhecido, contendo os equipamentos necessários à manutenção da vida.
793 Ambulância tipo D, denominada ambulância de suporte avançado (ASA) ou ambulância UTI móvel, veículo destinado ao transporte
794 de pacientes de alto risco. Ambulância tipo E, denominada aeronave de transporte médico. A ambulância tipo F, denominada nave
795 de transporte médico, veículo motorizado hidroviário destinado ao transporte de pacientes por via marítima ou fluvial, devendo
796 possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento dos mesmos conforme sua gravidade. Informou sobre a resolução
797 do Conselho Federal, de nº 1.672, de 09 de julho de 2003, que destaca que o sistema de transporte inter-hospitalar de pacientes
798 deverá ser efetuado conforme o abaixo estabelecido: I. O hospital previamente estabelecido como referência não pode negar
799 atendimento aos casos que se enquadre em sua capacidade de resolução. Comentou que o atendimento não pode ser negado, a
800 referência tem que atender o paciente, e o código de ética será consultado em determinados casos. II. Pacientes com risco de vida
801 não podem ser removidos sem a prévia realização de diagnóstico médico, com obrigatória avaliação e atendimento básico
802 respiratório e hemodinâmico, além da realização de outras medidas urgentes e específicas para cada caso. Informou que é
803 frequente a chegada de pacientes em unidades, não só do interior, mas como também de regiões metropolitanas da capital, e não
804 recebe nem o primeiro atendimento, nem o suporte básico, sendo sequer retirado da ambulância para avaliação, acarretando em
805 uma infração gravíssima do código de ética e inclusive do código civil. Comentou que infelizmente Dr^a. Itana não pode estar
806 presente para dar mais explicações, mas estará em reunião brevemente e irá cobrar essas responsabilidades. Exclamou que o
807 primeiro suporte tem que ser dado ao paciente, e só depois ser solicitada a regulação, se não tem como dar seguimento no
808 tratamento. III. Pacientes graves ou de risco devem ser removidos acompanhados de equipe composta por tripulação mínima de
809 um médico, um profissional de enfermagem e motorista, em ambulância de suporte avançado. Nas situações em que seja
810 tecnicamente impossível o cumprimento desta norma, deve ser avaliado o risco potencial do transporte em relação à permanência
811 do paciente no local de origem. Informou que a resolução refere-se a um profissional de enfermagem, mas a portaria diz uma
812 enfermeira, pois o Conselho Federal não é soberano sobre o serviço de enfermagem. Comentou que muitas vezes o paciente está
813 melhor onde ele está do que no corredor de uma grande emergência em Salvador, pois muitas vezes a Central nega o
814 encaminhamento em determinado instante por está superlotada, a central está tentando otimizar o recurso na Capital, transferir
815 pacientes que já receberam o primeiro atendimento nas grandes emergências de Salvador para os leitos de retaguarda. Informou
816 da importância do Projeto de Leito de Retaguarda que tem o intuito de oferecer o aporte dos pacientes a esses leitos, logo, é
817 melhor que o paciente fique onde está, com suporte, do que ele ir em um transporte inadequado, para um leito inadequado ou até
818 mesmo no corredor. VIII. A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o
819 paciente seja efetivamente recebido pelo médico receptor. Comentou que é um risco muito grande de um médico ao colocar um
820 paciente em uma ambulância, sem uma prévia avaliação, ou em um transporte inadequado, e encaminhar sem regulação, sem
821 comunicação, ou seja, até o paciente chegar na unidade de destino e ser efetivamente recebido por uma equipe médica a
822 responsabilidade é deste médico que encaminhou, se alguma coisa acontece a esse paciente durante o transporte, ou até ele ser
823 recebido a responsabilidade é do médico que o encaminhou. Informou que alguns profissionais imaginam que ao colocar o

824 paciente na ambulância, ele está isento de responsabilidade e livre do problema, quando isso não for verdade essas
825 responsabilidades vão ser cobradas. A Responsabilidade será do médico da ambulância até ele chegar à unidade de origem, mas
826 no caso de uma ambulância sem médico a responsabilidade será do médico que solicitou e que encaminhou. Informou que o fluxo
827 ideal de regulação intermunicipal seria o paciente passar por uma avaliação inicial, ser estabilizado se necessário, ser solicitado a
828 transferência à central de regulação por telefone ou por fax, unidades que não têm fax podem falar, podem registrar a ocorrência
829 por telefone. A central de regulação pode ser municipal, se não houver, pode ser regional, de micro ou de macro-região, se não
830 houver essa possibilidade a estadual também vai regular, e só depois disso, só depois dos contatos feitos, da liberação desse
831 encaminhamento, do paciente regulado a remoção vai ser autorizada pela central já para o leito na unidade que tem condições de
832 resolver o caso. Comentou que o fluxo ideal seria a unidade solicitante comunicar a uma central de marcação ou de regulação
833 municipal ou micro-região que vai comunicar a macro-regional para a regulação estadual para ser autorizada essa transferência.
834 Todas as hierarquias têm que ser respeitadas sempre que possível, sempre que houver. Relatou que o que está acontecendo
835 atualmente é que a unidade solicitante ou faz aquele fluxo certinho pede a central municipal de marcação, ela faz contato com a
836 referência com outras centrais de leito, é autorizada essa transferência, o paciente é acolhido na unidade ou pactuada ou de
837 referências ou urgência. Muitas vezes o serviço social contata a referência ou a central porque o município não dispõe de central,
838 então é autorizada a transferência intermunicipal e o paciente é acolhido, porque esse contato foi feito e a unidade sabe que vai
839 receber aquele paciente e concorda em receber, mas tem havido muitos casos do encaminhamento sem regulação sem contato
840 prévio. Comentou que trabalhou também em emergência e constantemente chegam inúmeros pacientes em aviso prévio,
841 causando uma desorganização da rede SUS, impondo risco para pacientes que são transportados, são transferidos desta forma,
842 trazendo dificuldades para o controle e avaliação. Ressaltou que o município de Salvador tem sofrido muito com isso. Informou
843 que esteve no Ministério, na última segunda-feira, com Dr. Ricardo, e Dr^a. Itana lhe pediu que incluísse esse item informando que
844 irá cobrar essas responsabilidades e que o Ministério Público já está atento e já está solicitando as unidades cujos pacientes foram
845 encaminhados sem regulação e sem comunicação prévia e qual o município que o encaminhou. Expôs também que haverá uma
846 dificuldade no acolhimento do paciente, na maioria das vezes ou porque ele foi encaminhado por uma unidade inadequada ou
847 porque a unidade está superlotada e naquele momento não tem como atender. Todas as ocorrências inerentes à transferência
848 devem ser registradas no prontuário de origem. Informou que todo paciente removido deve ser acompanhado por relatório
849 completo, legível e assinado (com número do CRM), que passará a integrar o prontuário no destino. Quando do recebimento, o
850 relatório deve ser também assinado pelo médico receptor. Os médicos diretores técnicos das instituições, inclusive os dos serviços
851 de atendimento pré-hospitalar, serão responsáveis pela efetiva aplicação destas normas. Concluindo a apresentação relatando
852 que o objetivo de todos nós é favorecer as minorias, sempre. Ao final da apresentação o Dr. Raul Moreira comentou que no dia
853 anterior foram discutidos alguns pontos do que fora exposto, informando que já tivera notícia da ação do Ministério Público em
854 alguns casos e frente à dimensão e o problema que tudo que foi exposto irá acarretar, pediu que este assunto fosse discutido no
855 seminário que Dr^a. Itana se comprometeu em fazer, com a participação de todos da mesa visto que será preciso alterar toda a
856 estrutura da saúde, não somente dos municípios como também do Estado, em toda a rede e em todo o sistema de regulação.
857 Relatou que o problema deve ser bem mais profundo do que se imagina. Pontuou que seria inviável simplesmente colocar
858 questões éticas e profissionais para sanar um problema como se fosse uma regra ou fazer um rito sumário. Salientou que essa
859 discussão não seria meramente superficial, pediu que fosse feito uma ementa para um momento em que se fizesse todo um
860 mapeamento de toda a regulação, toda a central para o assunto poder ser discutido. O Senhor Coordenador tomou a palavra e
861 comunicou a Bipartite que, referente ao recurso de ampliação da alta complexidade no município de Salvador, cento e cinquenta
862 dois mil e quatrocentos reais, estão sendo alocados para ampliação da oferta de cardiologia de alta complexidade no Hospital
863 Espanhol, informando que serão repassados para o Fundo Municipal de Salvador para essa finalidade contratual. O Senhor
864 Coordenador informou que o Sr. Andrés iria apresentar a questão da habilitação do Hospital das Clínicas da UFBA, para a
865 neurologia e cardiologia. O Senhor Andrés informou da Habilitação do Hospital Universitário Professor Edgar Santos, da
866 Universidade Federal da Bahia, como centro de referência em alta complexidade para neurologia e medicina cardiovascular,
867 podendo ser especificado como neurocirurgia e cardiovascular de alta complexidade. Informou que caso houvesse possibilidade
868 ou interesse a mesa poderia discutir sobre os procedimentos que vão constar do centro de referência. O senhor coordenador
869 indagou sobre a questão do credenciamento de ortopedia do Hospital das Clínicas, o que foi informado que sim, estando pendente
870 então o credenciamento da cirurgia bariátrica, que já está no Ministério. O Senhor Coordenador colocou que se ninguém se
871 opusesse o processo da neurocirurgia e o centro de referência cardiovascular do Hospital das Clínicas seria encaminhado. O
872 Senhor Carlos Alberto comentou que existiam muitas pessoas perguntando sobre a situação de Salvador, situação que tem estado
873 constantemente na mídia, informando que o processo de mudança em relação do critério de contratação do PSF, a partir de
874 amanhã está sendo apresentado à cidade o novo modelo, que é um modelo de convênio, que está sendo feito com a entidade
875 Cruz Vermelha, brasileira, e a partir de amanhã serão reabertos os postos de saúde que foram fechados durante esta semana.
876 Informou também que a re-entrega desses postos de saúde do PSF seria feito junto com o Ministro da Saúde sob essa nova égide
877 de relacionamento. Comentou que o objetivo deste processo é a transição para licitação efetiva do PSF, concluindo-se com o
878 processo do concurso público. Informou que existiu muito a especulação na mídia, houve uma série de interposições de
879 processos judiciais, muita contra-informação, e que esta semana onde se trabalhou muito a questão de se estar veiculando
880 informações corretas diante daquilo que vinha sendo vinculado. Comentou que o cume foi hoje, onde o Jornal A Tarde veiculou
881 uma informação totalmente inverídica de que o Conselho Municipal de Saúde de Salvador teria rejeitado a proposta de contratação
882 o que não é fato, sendo que já foi dada a autorização do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, previamente, e todo o
883 processo que está em curso. Enfim, normalmente seguindo tudo aquilo exatamente tudo aquilo que foi pactuado com o conselho,
884 mas, como se está mexendo de fato com alguns interesses muitos poderosos, as reações a essa mudança também tem sido muito
885 forte, mas têm-se conseguido sustentar esta necessidade de mudança e de fato amanhã estará sendo apresentada esta nova
886 situação do PSF. Reafirmou que tudo que está sendo apresentado amanhã é uma proposta de reordenamento da saúde no
887 município de Salvador, proposta que foi amplamente trabalhada, formando-se uma agenda de seis pontos, sendo um dos pontos a
888 revisão completa da questão da atenção básica na cidade, surgindo novas propostas para a expansão do PSF e esse
889 reordenamento completo. Complementou informando que os outros cinco pontos que foram pactuados com o Ministério da Saúde,
890 com a Secretária Estadual, amanhã irão compor essa agenda que estará sendo anunciada para a cidade toda. Finalizou

891 convidando a mesa a participar às 11h, na unidade de saúde de São Cristóvão, em Itapuã da reabertura simbólica dos postos de
892 saúde e do anúncio da agenda dos seis pontos. O Senhor Coordenador informou da existência de uma solicitação de aprovação
893 dos processos de cirurgia eletiva que foram entregues para análise: São Felix, Santa Cruz de Cabrália, Irecê, Alagoinhas, Catu,
894 Guanambi e Lauro de Freitas. Comentou que existe um conjunto grande de Projetos que estão no Ministério desde o ano passado
895 e o Ministério não aprovou nenhum, e que a dúvida era de se deveria encaminhar outros processos. Informou que sua opinião era
896 que deveria ser encaminhado. Informou que poderia sair alguma nova regulamentação do Ministério que alterasse alguma coisa,
897 mas que se alterasse a ponto de ter que se refazer os projetos ir-se-ia voltar e cada um refaria seu projeto. A Sr^a. Suzana
898 ressaltou que tinha duas solicitações de municípios, sendo uma de Urandi, que solicita a transmissão simultânea dos dados,
899 informando que na verdade foi encaminhado em setembro do ano passado, porém não houve um encaminhamento para CIB,
900 sendo assim o município reapresenta o pleito para realizar transmissão simultânea. Comentou que a Dr^a. Claudia Rodrigues já
901 está ciente, que informou que do ponto de vista técnico não tem problema, segue a mesma norma que a gente tinha estabelecido
902 na Bipartite, e sobre o município de Camamu, a secretária Rosângela que estava presente, e trouxe a questão da contratualização
903 da Santa Casa, à falta de comprimento do POA da Santa Casa em relação aos municípios da micro-região, não só de Valença.
904 Neste momento a Sr^a. Rosângela solicitou o apoio da mesa, informou que já conta com o apoio de Dr^a. Cláudia na questão do
905 processo de efetivação da contratualização com a Santa Casa de Valença, mas em várias reuniões da Câmara Técnica de Saúde
906 na Murbis, é percebido um certo desinteresse por parte do prestador da Santa Casa, inclusive seria ideal disponibilizar a agenda
907 do prestador para que a Secretaria de Saúde do nosso município, sede micro que é Valença, efetue realmente o nosso processo
908 regulatório. Comentou que isso tem causado uma série de transtornos na região, não tendo garantia alguma de mandar nada à
909 Santa Casa, informando que a Dr^a. Paula está ciente do fato, inclusive já esteve lá com todos os secretários presentes, foram
910 feitas reuniões com o provedor da Santa Casa, Dr^a. Mirian esteve em reunião da Câmara Técnica colocou para nós secretários da
911 região que iniciáramos o processo em janeiro, informou que possui cópias dos ofícios que entregamos a Suzana onde, a Santa
912 Casa simplesmente não responde, e pediu a intervenção do Estado e ao COSEMS. Frisou que está desprovida de assistência
913 com o município onde os recursos são alocados, são quatorze municípios, da Murbis são onze, e todos eles são destinados à
914 Valença sem garantia alguma, informou que representantes do município Tancredo Neves estão aqui e outros municípios também
915 estavam aqui presentes para relatar a realidade e infelizmente não puderam continuar por questões de horário de Ferryboat.
916 Comentou que a Santa Casa não recebe nem dá garantia nenhuma, os pacientes são enviados à Salvador e ficam na fila, logo
917 essa é realidade, é sabido que Dr^a. Claudia tem colaborado muito e pediu mais ajuda nesse sentido. A Dr^a. Claudia comentou que
918 realmente existiu todo esse processo com o município de Valença, o Secretário também se dispôs a ajudar, terminou-se de fazer
919 uma contratualização no Plano Operativo, reza essa relação de regulação junto a esses municípios. Já esteve lá, mas infelizmente
920 a Santa Casa de Misericórdia não respeitou o plano, inclusive o Secretário já está sabendo da situação, e na próxima semana
921 ficou de agendar uma reunião inclusive com a presença deste prestador. O Senhor Coordenador afirmou que gostaria de solicitar
922 que a Superintendência de Regulação fizesse um levantamento de situações como esta e como os municípios que foram
923 pactuados aqui com relação à aplicação de aumento de teto que iria ter um termo a ser assinado, comentou que tem muitos
924 municípios que não assinaram o termo ainda, além de alguns que assinaram e não estão cumprindo, e queria que se levantasse
925 essas situações junto com o COSEMS, e discutisse algumas alternativas com relação à Santa Casa que não cumpre o que está
926 no contrato, o que se fazer com o município que recebe anualmente aumento de teto Federal, recurso Estadual e não cumpre com
927 o mínimo de suas obrigações assistenciais. Informou que se poderia estabelecer alguns mecanismos, criar alguns processos que
928 poderiam ser aplicados a qualquer município ou qualquer instituição. O Doutor José Carlos Almeida deu início a sua apresentação
929 informando sobre o problema do município de Itabuna, comentou que o Senhor Raul tinha lhe passado que o Conselho Estadual
930 de Saúde criou uma comissão para avaliar o hospital de base. Informou também que o diretor do hospital de base não tem ligação
931 alguma com o secretário, o prefeito insiste em manter este diretor, estando a situação um caos, visto que o pronto-socorro do
932 hospital da Santa Casa não está ativo, comentou que a regulação está funcionando apenas um turno, os funcionários estão com
933 os salários atrasados, havendo greve inclusive. Concluiu que a situação de Itabuna merece uma discussão ampla sobre as
934 questões supracitadas. Informou também que tem reunião do CONDER, marcada para o próximo dia doze, na Santa Casa, com
935 todos os municípios, colocando em pauta a situação do município de Itabuna, comentou da possibilidade do Conselho Estadual de
936 Saúde já estar presente na reunião citada. A Senhora Estela informou da questão da regulação de um turno, pois em Jequié, onde
937 a mesma trabalha, o serviço de regulação funciona dois turnos, não conseguindo contatar o município de Itabuna. Comentou que é
938 importante, na reunião do próximo dia doze informada anteriormente, a ajuda da CIB para tentar resolver a questão do município
939 de Itabuna, situação que está prejudicando a demanda de toda uma região. O Senhor Coordenador informou que o hospital de
940 base, em Itabuna é mantido por uma Fundação Municipal e na avaliação que foi feita pela auditoria Estadual ficou evidente de que
941 o município de Itabuna não repassa para a fundação o que seria devido do repasse Federal, muito menos uma participação do
942 município. Comentou da questão de ter-se um gestor de hospital que não repassa os recursos, além do fechamento da
943 emergência da Santa Casa comprometendo a referência de toda reunião. A Senhora Suzana afirmou que as questões envolvendo
944 as Santas Casas são sérias, citando o município de Vitória da Conquista que está comprometendo a região sudoeste do estado,
945 citando o município de Valença, onde se trata de uma questão diferenciada, visto que a gestão é do Estado, propondo que os
946 municípios participassem das reuniões junto com o Secretário como forma de fortalecer as relações dos municípios enquanto
947 reguladores junto com o Estado, de acordo com o que foi proposto em uma das reuniões da CIB no ano anterior, onde a CIB
948 pudesse ser parceiro dando esse apoio ao Estado, principalmente quanto a relação com o prestador que oferta serviço para a
949 região inteira. Comentou da situação do Hospital Dom Pedro de Alcântara, de Feira de Santana, com relação ao serviço
950 cardiovascular. Fomentou a idéia de se trabalhar organicamente enquanto gestores, em conjunto, para a resolução dos problemas.
951 Informou do Projeto da Cardiovascular que está 'emperrado', afirmando que não arriscaria fazer nenhum movimento embora
952 reconheça a importância e necessidade emergencial de centralizar o serviço. Frisou a importância de se chamar inicialmente os
953 três municípios pólo para conversar, junto com a representação do COSEMS, gestores municipais e o Ministério Público. Informou
954 da precariedade do setor de urgência da Santa Casa do município de Vitória da Conquista, sugeriu uma reunião em caráter de
955 urgência, com a presença do Ministério Público, para colocar os prestadores no lugar que lhes cabe nesse processo. O Senhor
956 Coordenador concordou com a proposta de se fazer uma reunião com os três municípios que têm Santa Casa e querem habilitar
957 em cardiovascular. Citou o Município de Feira de Santana que recebe, há aproximadamente um ano, dinheiro suficiente para

958 viabilizar emergência na Santa Casa, mas não habilita a emergência informando que a prefeitura não repassou o dinheiro,
959 acontecendo o mesmo com a Santa Casa de Itabuna. Comentou que será dado um prazo para o município repassar o dinheiro
960 para Santa Casa e um prazo para a Santa Casa colocar a emergência para funcionar, caso os componentes da mesa
961 concordassem seria feita, na próxima reunião, uma avaliação do caso na próxima CIB, e se vencido o prazo e a Prefeitura não
962 repassasse o dinheiro esses fundos seriam retirados do teto, caso houvesse o repasse e a Santa Casa não abrisse esta não seria
963 habilitada. Informou que no caso do município de Feira de Santana, se o município não aceitasse a proposta os equipamentos
964 seriam retirados, sendo que todos os equipamentos foram comprados com recursos do SUS, todos os equipamentos de
965 hemodinâmica foram comprados com recursos do SUS, todos os equipamentos da UTI foram comprados com recursos do SUS, a
966 reforma da Santa casa foi feita com recursos do SUS, e se encontra lá até hoje fechada com a convivência aberta do município,
967 pois o recurso está entrando para o fundo municipal e ele não está pagando a Santa Casa e a Santa Casa está achando ótimo
968 porque utiliza o dinheiro que o SUS coloca lá dentro. Isto está acontecendo em Itabuna e está acontecendo em Feira de Santana.
969 Informou que em Juazeiro a Santa Casa foi reaberta com a equipe do Hospital Estadual, o dinheiro está indo para o fundo
970 municipal e até agora todo mês em que se é discutido há sempre uma desculpa para não contratualizar com a Santa Casa e não
971 repassar o recurso. A Senhora Angeli comentou que a sugestão seria fazer imediatamente um convênio interestadual com
972 Petrolina e começar a credenciar os serviços de Petrolina. O Senhor Raul comentou que na próxima CIB já deveria ser trazida
973 uma relação dos problemas citados, visto que está havendo falta de assistência, há gente morrendo, e o conselho não pode mais
974 desconsiderar essas situações, comentou da responsabilidade sanitária, há a questão da desabilitação, que foi acordado que não
975 se chamará desabilitação e sim suspensão do recurso, afirmou que algo deve ser feito, e que a comissão se reunisse dentro dos
976 próximos quinze dias e trabalhasse para trazer uma proposta já para próxima CIB. O Senhor Coordenador comentou que dever-
977 se-ia adotar critérios previamente compactuados no Bipartite ou qualquer medida irá parecer que é retaliação do gestor municipal
978 com o prestador, do estadual com o município, ou se adota critérios previamente acordados ou não se conseguirá fazer nenhuma
979 definição. Comentou sobre alguns municípios que tomaram iniciativas próprias importantes como: Senhor do Bonfim, que assumiu
980 a Santa Casa de lá, Jacobina que assumiu a filantrópica, Itaberaba que recentemente tomou uma medida deste tipo. Afirmou que
981 a Comissão tem que ter alguma definição, pois, onde o gestor municipal assumiu, nós estamos ajudando, mas onde tiver esse
982 processo com divergências ou se tem critérios antes ou não vamos ter condição de assumir uma regra única para todos. O Sr.
983 Raul propôs que na próxima CIB seja apresentado aqui um conjunto de critérios e medidas a serem tomadas em relação às
984 punições a serem estabelecidas, de mecanismos a serem estabelecidos, tanto em relação a prestadores, que têm um peso
985 regional, quanto aos municípios. A Senhora Ana Cristina informou da questão da PPI que está dificultando a tomada de decisão,
986 uma vez que o dinheiro chega a um determinado município, o mesmo não oferece os serviços adequados e os municípios não
987 podem fazer nada, comentou que não pode tomar nenhuma atitude enquanto não houver uma revisão da PPI. A Secretária
988 Municipal de Saúde do município de Santa Sé informou da preocupação em conversar e chegar a um consenso com o município
989 de Juazeiro, até discutir quais as dificuldades, mas a Secretaria Municipal se abstém de todo o processo, não frequenta as
990 reuniões do CONDER, sendo isso um empecilho. O Senhor Alfredo comentou que se deveria chamar os presidentes das
991 associações de filantrópicas das Santas Casas, tanto da Bahia quanto de outros estados, sentar com esses presidentes, colocar
992 toda essa problemática, fechar todos os caminhos de negociações possíveis, ter também o acompanhamento do Ministério Público
993 e a partir disso marcar uma reunião com as Santas Casas, concordou que não daria para tratá-las isoladamente, mesmo porque
994 os problemas são semelhantes, mudando-se apenas de tamanho e município e tomar-se as medidas que tem que ser tomadas
995 como retirada de teto, retirada de equipamento, combinar com o Ministério da Saúde, uma vez que o Ministério estaria presente no
996 dia seguinte, de que forma ele poderia ajudar nesse aspecto, mesmo porque caso essas questões não sejam resolvidas, existem
997 interesses e têm-se que chegar a um acordo e pactuar minimamente o funcionamento dessas Santas Casas. Comentou que no
998 caso de Juazeiro a questão é diferente, pois a Santa Casa de Juazeiro estava completamente fechada, e os recursos que estão
999 entrando lá já estão sendo bloqueados pela justiça em função dos débitos trabalhistas que eles já tinham. Informou que Juazeiro
1000 talvez tenha que ter outro tratamento embora entre também no bojo de toda essa discussão e tudo mais. O Senhor Andrés
1001 comentou que apesar da situação ser global é necessário tratar esse problemas de duas formas, tem situações que são problemas
1002 de gestão municipal, e essas questões serão resolvidas junto com os gestores municipais e irá se encontrar a solução, um
1003 caminho para a resolução destas questões. A outra questão é que envolvem casos específicos como os das Santas Casas.
1004 Concordou com a sugestão do Senhor Alfredo, em incorporar uma representação importante da Santa Casa, aproveitando a
1005 presença da presidência nacional das filantrópicas na Bahia, Senhor Antônio Brito. No entanto, concluiu que não há mais tempo
1006 para aguardar resultado de negociações, comentou que se deveria chamar o Senhor Antônio Brito para que ele participe da
1007 discussão, definição e do encaminhamento do processo, com a presença do Ministério Público, o Provedor da Santa Casa e o
1008 Gestor Municipal. A Senhora Marta Rejane comentou da necessidade de se tomar uma posição com relação à questão do
1009 gerenciamento das filantrópicas, pois desde que saiu o programa de incentivo às filantrópicas que os problemas vêm se
1010 acumulando, pois o dinheiro é repassado e não se melhora o desempenho, não tem qualificação na gerência. O Senhor
1011 coordenador comentou que seria marcado uma reunião específica para tratar da questão das três Santas Casas, com processo de
1012 habilitação da cardiovascular, mas deixou claro que recusaria o credenciamento da cardiovascular se todos os critérios não forem
1013 cumpridos; se não funcionar a urgência, a emergência, e a UTI não for geral. Esta Santa Casa não seria habilitada. Informou da
1014 marcação da reunião com os municípios da região de Itabuna, sugeriu que a diretoria do COSEMS acompanhe de perto. Propôs
1015 que se levasse a sugestão aos municípios para que façam um documento para ser divulgado amplamente, pois a opinião pública
1016 precisa tomar conhecimento da dimensão do problema. Informou que na próxima reunião da Bipartite já haveria uma proposta com
1017 relação a critérios. A Senhora Claudia informou que o que não está sendo cumprido pelos municípios refere-se ao cumprimento do
1018 plano operativo. Em seguida, o Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima
1019 reunião ordinária para o dia 17 de abril de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes
1020 Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 06 de março
1021 de 2008.

1022
1023 Jorge José Santos Pereira Solla _____
1024 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____

1025 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
1026 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
1027 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
1028 Suplente: Gisélia Santana Souza _____
1029 Andrés Castro Alonso Filho _____
1030 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
1031 Washington Luis Silva Couto _____
1032 Carlos Alberto Trindade _____
1033 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
1034 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
1035 Denise Lima Mascarenhas _____
1036 Suplente: Wilson Martins Mendes _____
1037 Angeli Santos Matos _____
1038 Suplente: José Carlos Almeida _____