

1  
2  
3 Aos onze dias do mês de junho 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, Lorene Louise Silva Pinto, Alfredo Boa Sorte  
7 Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima Mascarenhas, Angeli  
8 Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, José Raimundo Mota de Jesus, Eduardo José Farias Borges dos Reis e  
9 Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, Dra. Suzana Ribeiro declarou aberta a sessão colocando em  
10 discussão e aprovação as atas das 160ª e 161ª Reuniões Ordinárias e 1ª Reunião Extraordinária de 2008, encaminhadas  
11 anteriormente aos membros, que foram aprovadas à unanimidade. Dando início à ordem do dia, passou a palavra para a  
12 Secretária Executiva da CIB, Nanci Nunes Sampaio Salles que efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria  
13 Executiva da CIB para informes relacionados ao Relatório de Gestão de 2007: 1.1 Até o momento, 169 municípios já  
14 encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB, sendo que Itaberaba, Jaguaquara, Jaguarari, Lagoa Real e Vera Cruz não  
15 encaminharam a ata de aprovação do Conselho Municipal de Saúde. Alguns municípios encaminharam os Relatórios diretamente  
16 para as DIRES, que já foram notificadas através de ofício solicitando o redirecionamento dos mesmos para a CIB; 1.2 Apenas 05  
17 municípios enviaram apenas a ata de aprovação do Relatório de Gestão de 2007 pelo CMS para a CIB; 1.3 48 municípios já  
18 encaminharam o Relatório de Incentivo Financeiro Estadual do Programa Saúde da Família 2007 para a CIB; Na seqüência, Dra.  
19 Suzana continuou a leitura dos outros informes: 1.4 O FES-BA solicita a designação de um representante da CIB para integrar o  
20 Colegiado da Câmara Técnica do Núcleo Estadual de Apoio ao SIOPS, em substituição à Dra. Denise Mascarenhas, que pediu  
21 desligamento da mesma em função dos seus múltiplos afazeres, o que a impede de se fazer presente nas reuniões bimestrais do  
22 Colegiado. Em resposta, afirmou que o COSEMS encaminhará amanhã para o FES-BA o nome para a substituição; 1.5 Os  
23 Termos de Compromisso de Gestão Municipal dos municípios de Araçás, Catu e Ilhéus encontram-se na CIB aguardando  
24 documentação; 1.6 Relação dos Municípios para Adesão ao Termo de Compromisso do Pacto de Gestão com pendências na  
25 DIPRO: Cipó, Cruz das Almas, Capim Grosso, Esplanada, Guanambi, Itapicuru, Livramento de Nossa Senhora, Laje, Nordestina,  
26 Queimadas, Paramirim e Umburanas. Dando continuidade, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da  
27 CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: 1.1 Solicitação de  
28 aprovação das remoções dos servidores da FUNASA, cedidos à SESAB – **Aprovado**. 1.2 Solicitação de  
29 aprovação dos Planos de Ação dos Centros de Referência Regionais em Saúde do Trabalhador (CEREST) da RENAST/BA,  
30 referentes ao período de 2007-2008, dos seguintes municípios: Santo Antônio de Jesus, Barreiras, Conceição do Coité, Itaberaba,  
31 Juazeiro, Vitória da Conquista, Camaçari, Feira de Santana, Itabuna, Jequié, Salvador e Teixeira de Freitas. Os referidos Planos já  
32 passaram pela aprovação dos respectivos Conselhos Municipais de Saúde, bem como pela apreciação do CESAT – **Aprovado**. 2.  
33 Projeto Saúde Bahia: 2.1 Extensão de prazo dos Termos de Compromisso de 09 municípios oriundos do Projeto Saúde Bahia:  
34 Antônio Cardoso, Campo Alegre de Lourdes, Encruzilhada, Érico Cardoso, Itapé, Manoel Vitorino, Tabocas do Brejo Velho,  
35 Tremedal e Várzea da Roça – **Aprovado**. 2.2 Alteração de valores de 05 Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde  
36 Bahia: Ajustina, Ourolândia, Rafael Jambeiro, Riachão das Neves e Sátiro Dias – **Aprovado**. 3. Superintendência de Gestão e  
37 Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS: 3.1 Habilitação em Alta Complexidade do Centro de Reabilitação Física e Motora Mãe  
38 Maria, no município de Teixeira de Freitas – **Aprovado**; 3.2 Apresentação e aprovação dos Termos de Compromisso da Gestão  
39 Municipal dos Municípios que solicitaram Adesão ao Pacto pela Saúde: Rio Real, Ouriçangas, Entre Rios, Aramari, Crisópolis,  
40 Aporá, Sátiro Dias, Amélia Rodrigues, Olindina, Nova Soure, Sítio do Quinto, Caem, Alagoinhas, São Sebastião do Passe,  
41 Jacobina e Ipirá. Dr. Andrés Alonso argumentou que os municípios de Jacobina e Ipirá não poderiam ser aprovados, pois há  
42 pendências com a auditoria. Dra. Suzana colocou a necessidade de se reunir a representação de acompanhamento da discussão  
43 do Comando Único com a equipe da DIPRO, os municípios de Jacobina e Ipirá e a Auditoria para esclarecer qual a situação real,  
44 pois a princípio não estavam na pauta e apenas hoje foram acrescentados com a informação de que não havia mais pendências,  
45 assim, faz-se necessário tal esclarecimento antes de uma definição final pela não aprovação dos mesmos, porque se não forem  
46 pendências inviabilizantes, poderão ser ajustadas para que possamos avançar com o Pacto. Dr. Andrés sugeriu que fosse  
47 aprovado num segundo momento a depender da viabilização ou não da pendência existente com a Auditoria, porque estes foram  
48 os critérios pactuados com o COSEMS no processo de discussão da Adesão ao Pacto. Dr. Emerson Garcia lembrou que Ipirá foi  
49 um dos municípios a dar entrada anteriormente, junto com os que já foram aprovados e quando a Diretoria de Programação  
50 passou o e-mail para o COSEMS informando as pendências, não citou nada sobre Ipirá com relação à Auditoria, então o processo  
51 já existia antes, o que não inviabiliza a aprovação agora. Ficando acordado. 4. Superintendência de Atenção Integral à Saúde –  
52 SAIS:

Solicitação	Especificação	Município
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família – <b>APROVADO**</b>	01 NASF I	Ibicaraí
	03 NASF I	Porto Seguro
	01 NASF I	Amargosa
	01 NASF I	Santo Amaro
	01 NASF I	Dias D'Ávila
	01 NASF I	Cruz das Almas
	01 NASF I	Iaçu
	01 NASF I	Jeremoabo
	01 NASF I	Jaguaquara
	02 NASF I	Santo Antônio de Jesus
	02 NASF I	Salvador
	02 NASF I	Lauro de Freitas
	02 NASF I	Paulo Afonso

	01 NASF II 01 NASF II 01 NASF II	Chorrochó Formosa do Rio Preto Macururé
ESB – Equipe de Saúde Bucal – <b>APROVADO</b>	01 ESB – Mod. I 01 ESB – Mod. I 01 ESB – Mod. I 01 ESB – Mod. I – USF de Aroeira 01 ESB – Mod. I – USF de Papagaio 01 ESB – Mod. I – USF de Carnaíba	Santo Amaro Amargosa Ibicaraí Filadélfia Filadélfia Pindobaçu
	02 ESB – Mod. I 02 ESB – Mod. I 02 ESB – Mod. I	Cruz das Almas Tanque Novo Poções
	01 ESF 01 ESF 02 ESF	Caem Ibicaraí Poções
ESF – Equipe de Saúde da Família – <b>APROVADO</b>	01 ESF com ESB – Mod. I – USF Vila Jacaré	Juazeiro
	01 ESF com ESB – Mod. I – USF Centro II	Juazeiro
	01 ESF com ESB – Mod. I – USF Centro III	Juazeiro
	01 ESF com ESB – Mod. I – USF Campos	Juazeiro
ACS – Agente Comunitário de Saúde – <b>APROVADO</b>	04 ACS	Itabela
	De 50 para 54 ACS	Coronel João Sá
	De 449 para 455 ACS	Juazeiro

53 Dr. Ricardo Heinzellmann, Coordenador da COAD, informou com relação aos **NASF\*\***, que o município de Santo Amaro teve um  
54 problema técnico no projeto em relação ao número de equipes credenciadas e não encaminhou a tempo, ficando de fora da  
55 aprovação e que os municípios de Amargosa, Dias D'Ávila, Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus, Salvador e Lauro de Freitas,  
56 ainda não encaminharam a ata do CMS, ficando pendente para aprovação. A Secretária de Santo Amaro informou ter  
57 encaminhado hoje a documentação pendente; como o fechamento da pauta foi até ontem, ficou pendente a confirmação de  
58 recebimento com a área técnica para aprovação do NASF I do município. Dando prosseguimento à ordem do dia, o senhor  
59 Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de  
60 Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS: 1.1 Municípios que fizeram adesão ao Programa de Reestruturação e  
61 Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, de acordo com a Portaria nº 96 de 11/01/08: Morro do Chapéu, Mutuípe, Xique-  
62 Xique, Miguel Calmon e Paramirim – Apresentação Dra. Claudia Almeida que colocou que a perspectiva era de realizar a  
63 contratualização de onze unidades no perfil do Programa Estadual de Filantrópicos, mas infelizmente apenas cinco conseguiram  
64 avançar: “Programa Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS-Bahia - Programa  
65 Estadual Hospitais Filantrópicos: 1. Base Legal: a) Resolução CIB nº 179, de 6 de dezembro de 2008 – Aprova o Programa  
66 Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS-Bahia; b) Portaria Estadual nº 96, de 11 de  
67 janeiro de 2008 – Cria o Programa Estadual de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS-Bahia; c)  
68 Portaria Estadual nº 1.052, de 23 de abril de 2008 – Prorrogação do prazo de adesão formal ao Programa Estadual. 2.  
69 Formalização da Adesão:

MUNICÍPIOS	NOME DO EAS
Miguel Calmon	Hospital Padre Paulo Felber
Morro do Chapéu	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Mutuípe	Hospital Maternidade Célia Rebouças
Paramirim	Hospital José Américo Rezende
Xique-Xique	Hospital Julieta Viana

70

MUNICÍPIO	HOSPITAL	SAI – MAC	AIH – MAC	ADESÃO 20% PARCELA ÚNICA	IEC	TOTAL
Miguel Calmon	H. Paulo Paulo Felber	414.660,00	1.046.757,12	14.421,34	57.685,36	1.533.523,82
Morro do Chapéu	H. Maternidade São Vicente de Paulo	194.643,60	1.503.370,80	21.077,87	84.311,50	1.803.403,77
Mutuípe	H. Maternidade Célia Rebouças	322.306,80	953.397,72	12.382,11	49.528,42	1.337.615,05
Paramirim	H. José Américo Rezende	378.601,56	1.193.108,64	15.650,81	62.603,25	1.649.964,26
Xique-Xique	H. Julieta Viana	595.224,00	1.774.410,72	25.972,40	103.889,59	2.499.496,71
<b>TOTAL</b>		<b>1.905.435,96</b>	<b>6.471.045,00</b>	<b>89.504,53</b>	<b>358.018,12</b>	<b>8.824.003,61</b>

71 Após a apresentação, o Senhor Coordenador pediu que comentasse sobre os que estão com pendências e Dra. Claudia relatou  
72 que dos onze municípios, seis estão com pendências e informou que o Hospital São Marcelo apresentou apenas o protocolo de  
73 solicitação do Certificado de Filantropia que já estava vencido e foi solicitada uma atualização; o Hospital Maternidade Helena  
74 Magalhães em Conceição do Almeida está aguardando o ofício de adesão e tem também alguma pendência jurídica; com Caetité  
75 foram várias negociações, mas infelizmente o valor total global a que chegamos ainda não está a contento do prestador que ficou  
76 de negociar junto ao Secretário do município e dar um retorno; a Santa Casa de Misericórdia de Una tem problemas com a  
77 Auditoria e o Hospital São Domingos não tem mais perfil para ser filantrópico. Colocou ainda que as discussões do HPP já estão  
78 sendo retomadas e será encaminhado para publicação os quatro HPP que já estavam assinados, quanto aos demais que na

79  
80

realidade seriam nove, estão retornando a documentação que estava no DLC para a DICON a fim de manter uma relação mais direta com os prefeitos e secretários. Na oportunidade, lembrou a questão da neurocirurgia e apresentou o Anexo da Portaria 144:

Barreiras	Hospital do Oeste	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Camaçari	Hospital Geral de Camaçari	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Ilhéus	Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus - Hospital São José	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Ilhéus	Hospital Geral Luis Viana Filho	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Itabuna	Santa Casa de Misericórdia de Itabuna - Hospital Manoel Novaes	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Itabuna	Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Itabuna	Santa Casa de Misericórdia de Itabuna - Hospital Calixto Midlej Filho	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Associação das Pioneiras Sociais – Sarah	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital Geral Roberto Santos	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05 - 16.06
Salvador	Hospital Santa Isabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05 - 16.06
Salvador	Hospital Geral do Estado	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital São Rafael	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05 - 16.06
Salvador	Real Sociedade Espanhola de Beneficência - Hospital Espanhol	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital Santo Antonio	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital Ernesto Simões Filho	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Salvador	Hospital Martagão Gesteira	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Feira de Santana	Hospital Geral Clériston Andrade	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Porto Seguro	Hospital Regional Luis Eduardo Magalhães	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Teixeira de Freitas	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05
Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia	16.03 – 16.04 – 16.05

81 **Após a apresentação, foi aprovado à unanimidade.** Na oportunidade, Dra. Suzana lembrou que houve duas reuniões de  
82 acompanhamento da contratualização pactuada na CIB anterior, sendo que na última saiu uma proposta de estruturação de uma  
83 Comissão Estadual de Acompanhamento e solicitou que Dra. Claudia apresentasse o material. “Comissão Estadual de Avaliação e  
84 Acompanhamento dos Hospitais Filantrópicos: 1. Proposição: Criação da Comissão Estadual Técnico-Científica de Avaliação e  
85 Acompanhamento de todas as unidades contratualizadas no Programa Nacional de Hospitais Filantrópicos no Estado da Bahia,  
86 independente do nível de gestão do município; 2. Composição: Gestores de saúde dos municípios plenos que possuem unidades  
87 contratualizadas no Programa Nacional de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos, COSEMS e SESAB; 3.  
88 Cronograma: A Comissão se reunirá ordinariamente no 5º dia útil do término de cada semestre, conforme cronograma  
89 estabelecido pela Comissão, impreterivelmente, e extraordinariamente quando da solicitação do COSEMS e/ou CIB; 4.  
90 Atribuições: a) Acompanhar, avaliar e emitir parecer técnico dos resultados apresentados pelas comissões municipais; b) Propor  
91 alteração nos contratos e nas metas quantitativas e qualitativas descritas no plano operativo, conforme desempenho dos  
92 estabelecimentos de saúde contratualizadas; c) Avaliar e emitir parecer técnico sobre necessidade de implementação de serviços  
93 nas unidades contratualizadas, habilitação de novos serviços, bem como estabelecer o perfil das unidades; d) Avaliar  
94 semestralmente o desempenho das unidades contratualizadas no Programa Nacional de Reestruturação e Contratualização de  
95 Hospitais Filantrópicos; e) Elaborar e divulgar relatório conclusivo sobre a avaliação das unidades contratualizadas. 5.  
96 Instrumentos padrão para acompanhamento do desempenho: a) Plano Operativo Padrão; b) Planilha padrão de acompanhamento  
97 e avaliação dos Hospitais Filantrópicos Contratualizados.” Colocou ainda que para a composição desta Comissão estão aptos  
98 todos os Secretários Municipais de Saúde que tenham unidade contratualizada no município, além do COSEMS e da SESAB. O  
99 Senhor Coordenador considerou que já são vinte e dois hospitais filantrópicos contratualizados na gestão estadual, com mais os  
100 novos que estão entrando e Dra. Claudia enfatizou que estes da gestão estadual deverão ser representados pela SESAB. O  
101 Secretário Municipal de Saúde de Amélia Rodrigues, Emílio Pontes, questionou sobre seu município e Dra. Claudia informou que a

102 habilitação deverá ser publicada provavelmente amanhã. Dando prosseguimento, O Senhor Coordenador passou para o próximo  
 103 ponto de pauta: 2. Superintendência de Assistência Farmacêutica e Tecnologias em Saúde/DASF: 2.1 Mudança de pactuação em  
 104 relação ao financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica dos municípios de Iramaia e Santa Luz – **Aprovado**.  
 105 Como as solicitações do COSEMS dependiam de manifestação da área técnica e no momento não havia nenhum representante,  
 106 passou às apresentações e depois retomaria a pauta do COSEMS. Apresentações: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção  
 107 da Saúde – SUVISA: 1.1 Situação da Febre Amarela no Estado da Bahia. Apresentação Dra. Jesuína Castro, que iniciou  
 108 agradecendo a sensibilidade das pessoas que permitiram a realização dessas ações de forma oportuna, mesmo não estando sob  
 109 a pressão da mídia, nem sob a pressão de uma epidemia, mas em função da vigilância de eventos sentinelas contra a febre  
 110 amarela, estamos com uma oportunidade que, por exemplo, o estado de São Paulo que está com ocorrências graves, inclusive  
 111 muito próximas da área urbana, não teve. Informou que a apresentação demonstra a situação da Febre Amarela na Bahia e no  
 112 Brasil, e as ações que estão sendo tomadas em virtude da notificação de eventos de interesse para a vigilância desse agravo.  
 113 Informou com relação às áreas de risco da Febre Amarela Silvestre, redefinidas – Brasil 2003, que temos no Estado da Bahia, na  
 114 nossa área de risco potencial e de transição, 62% dos municípios envolvidos. Foi uma situação que se ampliou muito, até 1999  
 115 eram poucos municípios nessa condição, então em função dos eventos acontecidos, sobretudo em Minas Gerais, Goiás e outros  
 116 estados fora da área endêmica e da área de transição, essa área foi aumentada em 2003. “Situação Epidemiológica da Febre  
 117 Amarela – Brasil/Bahia: 1. Definições: a) Área Endêmica: áreas com alta circulação viral ou com ocorrência de casos humanos; b)  
 118 Área de Transição: áreas com evidência de circulação viral (pode haver casos humanos em forma de surtos esporádicos) e com  
 119 características ambientais homogêneas, ou seja, semelhantes à estas áreas com circulação viral; c) Área Indene de Risco  
 120 Potencial: áreas contíguas às áreas de transição (com circulação viral), que apresentam características de eco-sistema, por  
 121 critérios hidrográficos e de vegetação que são de maior risco para circulação viral. Áreas prioritárias para:  
 122 implementação/intensificação de vigilância de epizootias e entomológica, intensificação de vigilância epidemiológica e organização  
 123 de serviços e rede de assistência. 2. Dados demográficos comparativos da área de transição 2001 e 2003:

	2001	2003
<b>Unidades Federadas</b>	Parcial: 7	Parcial: 7
<b>Municípios</b>	831 MG: 345 RS: 43 BA: 36	1.409 MG: 640 RS: 58 BA: 44
<b>População (2000)</b>	18.148.848	22.347.837

124 3. Definição de caso: a) Caso suspeito (1): Para operacionalização da vigilância epidemiológica, no momento atual, o Ministério da  
 125 Saúde estabeleceu a seguinte: Indivíduo com quadro febril agudo acompanhado de icterícia e/ ou sangramentos, residente ou  
 126 procedente de área de risco para Febre Amarela Silvestre (FAS) nos últimos 15 dias, sem comprovação de ser vacinado contra FA  
 127 nos últimos dez anos; b) Caso suspeito (2): Indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), acompanhado de icterícia e  
 128 manifestações hemorrágicas, independente do estado vacinal para Febre Amarela. Para confirmação de um caso de febre  
 129 amarela, além do resultado laboratorial, todas as demais informações devem ser avaliadas conjuntamente entre Ministério da  
 130 Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. 4. Detecção precoce da circulação viral: a) Morte de macacos (epizootia) (notificação de  
 131 autoridade sanitária ou de qualquer cidadão sobre ocorrência sem causa esclarecida); b) Vigilância entomológica: análise de pools  
 132 de mosquitos silvestres/ urbanos nos locais de epizootias. 5. Situação Epidemiológica atual: a) Distribuição dos casos suspeitos e  
 133 confirmados de Febre Amarela por UF do local provável de infecção\*:

Unidade Federada provável de infecção	Confirmados		Em investigação		Descartados		Total de notificações de suspeitos	
	Casos	Óbitos*	Casos	Óbitos*	Casos	Óbitos*	Casos	Óbitos*
Goiás	21	13	-	-	13	3	34	16
Distrito Federal	6	4	-	-	3	-	9	4
Acre	-	-	-	-	1	-	1	-
Mato Grosso do Sul	9	2	-	-	2	-	11	2
Mato Grosso	2	2	-	-	1	1	3	3
Minas Gerais	1	-	-	-	1	-	2	-
Pará	1	-	-	-	2	-	3	-
Rondônia	-	-	-	-	2	1	2	1
Paraná	2	1	-	-	2	2	4	3
São Paulo	-	-	1	1	2	-	3	-
Amazonas	-	-	2	-	-	-	-	-
Tocantins	-	-	-	-	1	-	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>73</b>	<b>29</b>

134 Fonte: SVS/MS - Dados até 29/05/08. \* óbitos incluídos no total dos casos

135 b) Distribuição de municípios com registros de morte de macacos, epizootias por Febre Amarela Silvestre (FAS) e casos humanos  
 136 (Dez/07 a Maio/08): Temos eventos espalhados no Brasil, muitos estão fora da área considerada endêmica ou de transição e risco  
 137 potencial - Fonte: SVS/MS - Dados até 29/05/08; c) Municípios com registros de epizootias prováveis ou confirmadas e casos  
 138 humanos confirmados de FAS (Dez/07 a Maio/08): a confirmação destes casos está concentrada numa área relativamente restrita.  
 139 A Epizootia Provável se dá quando um animal morre e na necropsia foram identificadas alterações compatíveis com a infecção

140  
141

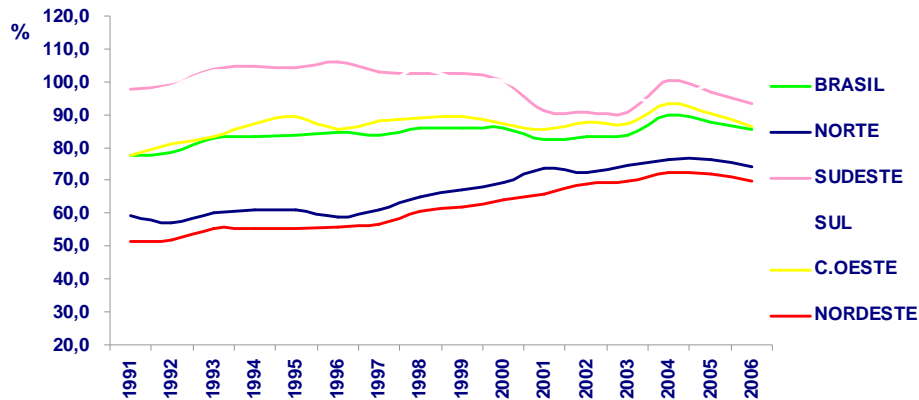
pele vírus da febre Amarela. 6. Número de localidades com morte de macacos e epizootias por Febre Amarela Silvestre e UF. Brasil, jan/2007 a mai/2008:

Unidade Federada de Ocorrência	Jan. a Nov. 2007		Dezembro 2007		Jan./maio 2008	
	Morte de macaco	Epizootia	Morte de macaco	Epizootia	Morte de macaco	Epizootia
Goiás	-	47	-	34	-	113
Distrito Federal	-	1	-	7	-	71
Mato Grosso	1	-	-	-	16	2
Mato Grosso do Sul	-	1	-	-	2	3
Minas Gerais	2	-	1	1	11	5
Roraima	-	-	-	-	2	-
Paraná	-	-	6	-	19	1
Rio Grande do Sul	6	-	-	-	3	-
Rio Grande do Norte	1	-	-	-	-	-
Piauí	1	-	-	-	-	-
Tocantins	-	13	-	-	-	26
São Paulo	-	-	-	-	96	11
<b>BAHIA</b>	-	-	-	-	<b>6*</b>	<b>1</b>
Maranhão	-	-	1	-	6	-
Acre	-	-	-	-	1	-
Rondônia	-	-	-	-	8	-
Amapá	-	-	-	-	2	-
Espírito Santo	-	-	-	-	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>62</b>	<b>8</b>	<b>42</b>	<b>174</b>	<b>233</b>

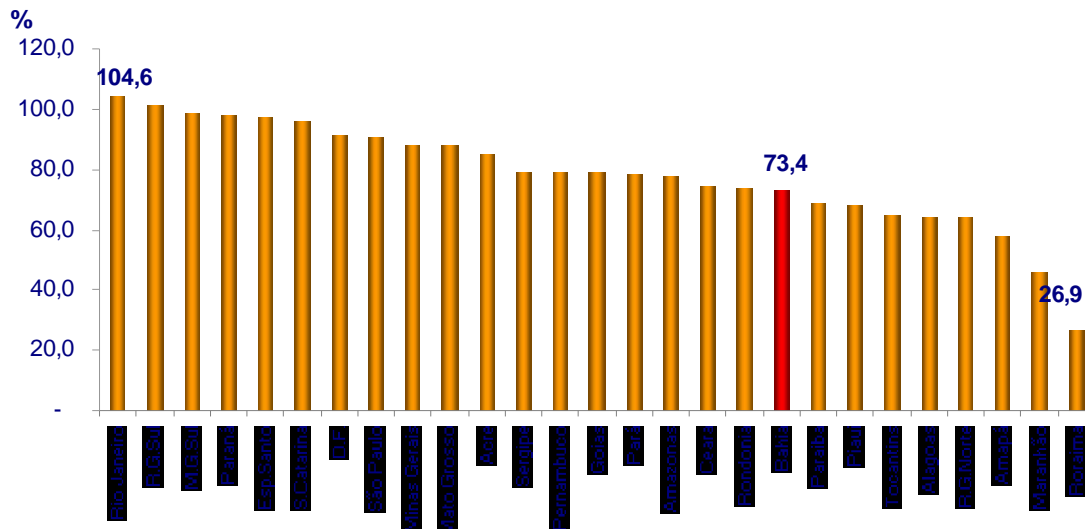
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177

Fonte: SVS/MS/SES (29/05/08) \* Salvador; Simões Filho; Alagoinhas; Vitória da Conquista; Correntina; Jaborandi; Coribe; Feira de Santana; Camaçari e Barreiras. 7. Recomendações: Tendo em vista que a ocorrência atual de epizootias e/ou de casos humanos de FAS compreende uma área geográfica circunscrita (área afetada – mapa 2), correspondendo ao Distrito Federal e aos Estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso do Sul, noroeste de Minas Gerais, noroeste de São Paulo, sudeste e noroeste de Mato Grosso e centro-oeste do Paraná, recomenda-se: a) Priorizar a imunização das pessoas, a partir de seis meses de idade, não vacinadas nos últimos 10 anos residentes ou que se dirijam para as áreas afetadas; b) Não é indicada a revacinação, em período inferior a 10 anos da última dose; c) A revacinação é segura e em geral se acompanha de menor frequência de eventos adversos, mas a revacinação antes de decorridos 10 anos é desnecessária e por isso não recomendada, além de sobrecarregar o sistema de saúde sem nenhum benefício para o vacinado; d) Nas áreas afetadas, considerando que as coberturas vacinais são elevadas, deve-se implementar estratégias para identificar e proteger as pessoas ainda não vacinadas; e) Ratificar a recomendação de que cada registro de morte de macaco seja devidamente investigado, somente sendo classificada como epizootia por FAS após avaliação adequada e em comum acordo com a SVS; f) As mortes de macacos epidemiologicamente caracterizadas como epizootia por FAS serão priorizadas para coleta, envio de amostras e exame no laboratório de referência nacional; g) Nestes episódios, se necessário, devem ser também coletados vetores para buscar evidência de circulação viral; h) A ocorrência de morte de macacos, enquanto não for devidamente caracterizada como epizootia provável ou confirmada para FAS, considerando a cobertura vacinal da área endêmica brasileira não indicará, temporariamente, a vacinação; i) Considerar somente como caso suspeito de FAS aquele que atenda à definição de caso conforme estabelecida por Nota Técnica da SVS e ratificada pelo Comitê de Especialistas em Febre Amarela, publicada no site da SVS ([www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)) no dia 11 de janeiro de 2008; j) Os casos que não atendam à definição descrita não justificarão aporte adicional de vacina aos estados; k) Considerando a situação de risco no Paraguai, em comum acordo com o Ministério da Saúde desse país, recomenda-se a vacinação para todas as pessoas com destino ao Paraguai, com antecedência mínima de 10 dias. Esta recomendação é válida apenas para aqueles não vacinados ou com mais de dez anos de vacinação; l) Também se recomenda a vacinação para os viajantes que se dirigem à área de ocorrência de casos e epizootias na Argentina.” Finalizou a apresentação sinalizando a necessidade de atenção permanentemente em relação a estes eventos, pois eles são fundamentais, além da nossa vigilância entomológica que até hoje não identificou mosquito não silvestre na área urbana e nem outras espécies além das classicamente relacionadas à transmissão da doença; isso não ocorreu no nosso estado até o momento, e precisamos monitorar para que isso não se configure. Dra. Lorene Pinto enfatizou que em qualquer ocorrência de morte desses animais é preciso capturar e encaminhar para o LACEN. Alertou também em relação à Malária, lembrando que temos um intercâmbio muito grande com Angola e desde o ano passado, vários trabalhadores de algumas empreiteiras principalmente da construção civil, periodicamente vêm passar férias com a família aqui na Bahia, e por conta da concomitância da dengue, toda vez que chega um trabalhador de Angola febril, ele tem circulado sem identificar imediatamente esse diagnóstico e às vezes já chega com o quadro grave no Hospital Couto Maia ou em outros hospitais. Portanto, ao identificar um paciente que veio de Angola, deve-se suspeitar primeiramente de Malária, para que este seja tratado adequadamente. Chamou atenção de que mesmo a Dengue sendo uma grande preocupação, as outras coisas não deixam de acontecer, e o risco está colocado para muitos grupos da população, por isso é preciso estar atento. Dra. Jesuína informou ainda que a letalidade da Febre Amarela é muito maior que a da Dengue, e destacou que não é só a morte do animal, o último evento sentinela aqui foi uma moradora da Praia do Flamengo que encontrou seus animais em crise convulsiva e levou para o

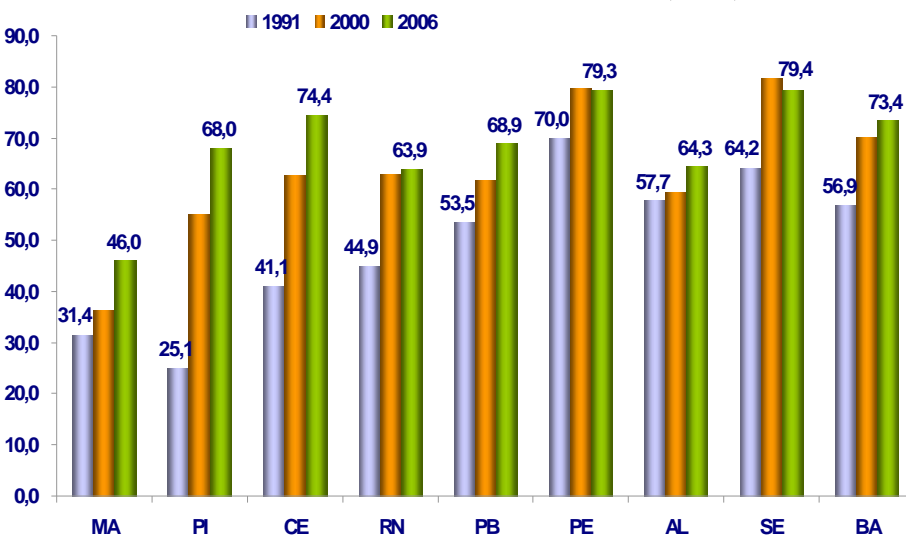
178 veterinário, onde foi realizada a eutanásia dos animais e o material está em Belém para ser avaliado. O Senhor Coordenador  
 179 agradeceu pela apresentação e passou para a próxima pauta: 1.2 Situação do Sistema de Informação sobre Mortalidade e o  
 180 Projeto de redução do percentual de óbitos por causas mal definidas e aumento de cobertura do SIM – MS/SESAB. Apresentação  
 181 Dra. Márcia Mazzei: "Mortalidade: 1. Cobertura do SIM nas Regiões do Brasil, 1991 - 2006": A região nordeste mostra a mais baixa  
 182 cobertura do país.



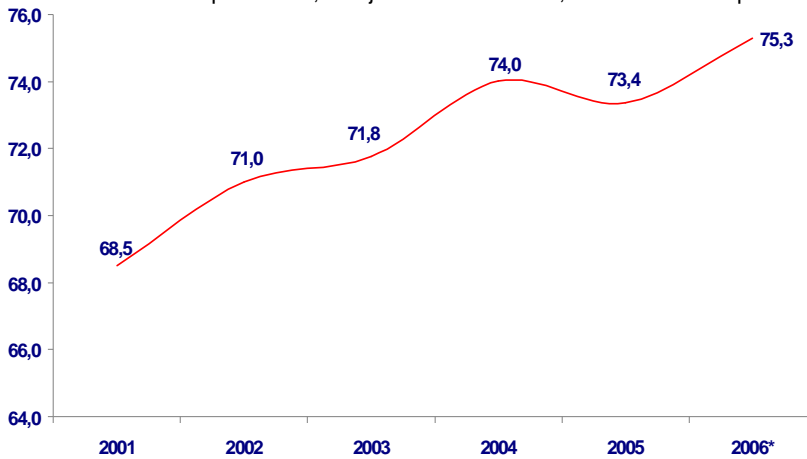
201 2. Percentual de cobertura do SIM, segundo Estado da Federação. Brasil, 2006: No momento, a Bahia tinha 73,4% de cobertura,  
 202 ou seja, 73,4% dos óbitos esperados para o Estado eram conhecidos.



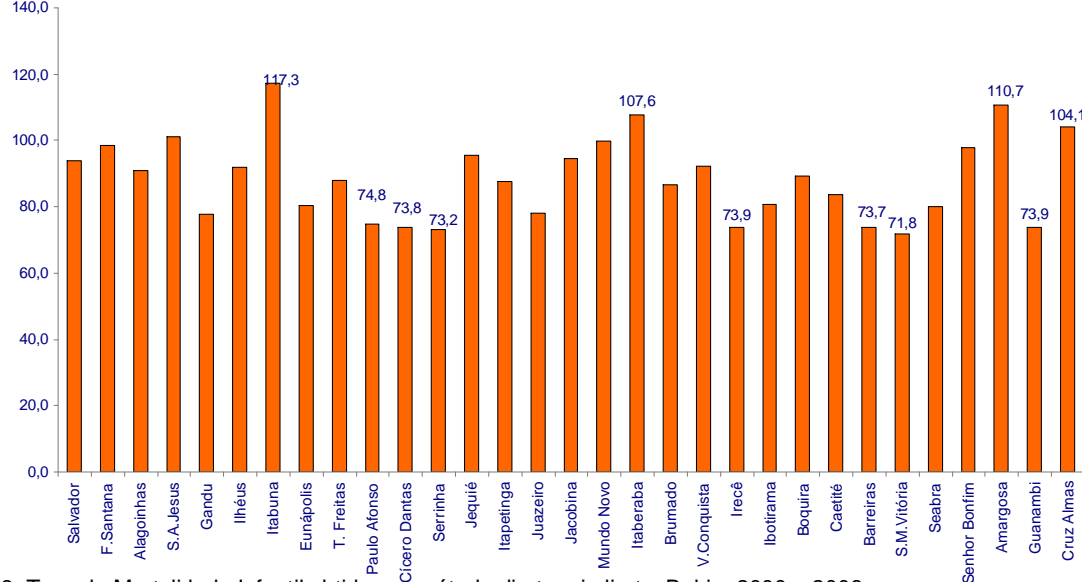
224 3. Percentual de cobertura do SIM nos Estados do Nordeste do Brasil, 1991, 2000 E 2006\*:



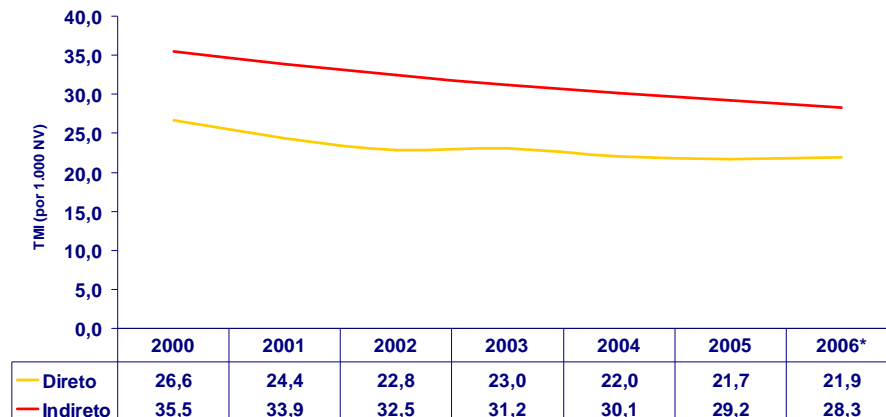
245 Neste gráfico observa-se que a Bahia teve um aumento dessa cobertura, mas este processo ainda está muito lento, ainda temos  
 246 uma cobertura muito baixa do SIM, diferente de Sergipe e Pernambuco que naquela ocasião já tinham perto de 80% dos óbitos  
 247 esperados. 4. Evolução da cobertura do sistema de informação sobre mortalidade. Bahia, 2001 – 2006: Observa-se uma curva  
 248 ascendente de 2001 para 2006, e hoje estamos com 75,3% dos óbitos esperados para o Estado.  
 249



267 5. Cobertura do SIM\*, segundo DARES. Bahia, 2006\*\*: Essa cobertura foi calculada com o coeficiente esperado de 5,3% que seria  
 268 o mínimo esperado para o Estado como um todo, que foi aplicado na população de cada Regional. Sabemos que o coeficiente é  
 269 variável de uma região para outra por conta da mortalidade infantil, mas dá para ter uma idéia de onde essa cobertura é mais  
 270 baixa.



293 6. Taxa de Mortalidade Infantil obtida por método direto e indireto. Bahia, 2000 – 2006:

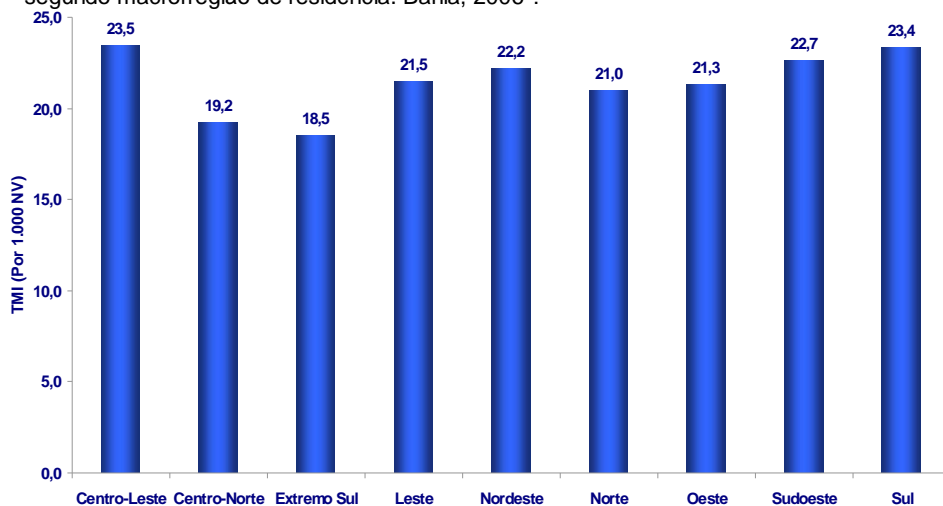


307 FONTE: Direta: SESAB/SUVISA/DIS - SIM e SINASC  
 308 Indireta (estimada): IBGE; MS/SVS

\*Dados preliminares

311

312 Podemos observar que esta sub notificação de óbitos é muito mais alta entre os menores de um ano, especialmente nas primeiras  
 313 horas de vida, por problema de conceito de nascido vivo, nascido morto, óbito fetal, pois muitas vezes o médico nem emite a  
 314 declaração de óbito. A curva em vermelho é a mortalidade infantil estimada para o Estado da Bahia, de 28,3% que é um dado do  
 315 MS junto com o IBGE e os nossos dados diretos estão representados em amarelo, como a mortalidade de 2006 de 21,9%. De  
 316 qualquer forma, essa distância entre o estimado e o dado direto está menor do que já foi um dia. 7. Taxa de Mortalidade Infantil,  
 317 segundo macrorregião de residência. Bahia, 2006\*:



336 FONTE: SESAB/SUVISADIS - SIM e SINASC

337 \*Dados preliminares

338 O gráfico acima demonstra a distribuição dessa Mortalidade Infantil de acordo com a taxa média do Estado entre as  
 339 macrorregiões. Comentou que estes dados devem estar sempre imaginando a notificação e a própria mortalidade infantil havendo  
 340 muita dificuldade por que o sistema não é completo, não trazendo todas as informações que deveriam estar contidas no SIM que é  
 341 o Sistema de Informação de mortalidade. Comentou que Para o aumento da cobertura dos SIM e SINASC é fundamental a  
 342 integração com outros sistemas de informação, como o SIAB e o SIH. Comentou que muitas vezes essa integração se encontra na  
 343 mão do Gestor e reafirmou a necessidade de integração desses sistemas inclusive o SIAB que contém informações sobre  
 344 mortalidade hospitalar. Informou que foi calculado o percentual de óbitos infantis notificados no SIAB, em relação ao sim conforme  
 345 quadro a seguir:

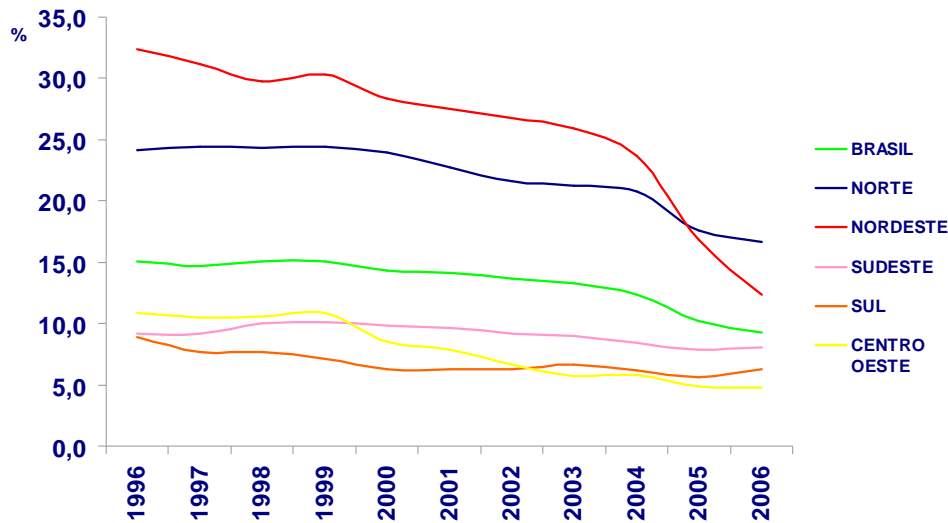
MUNICÍPIO	VALOR (%)
Salvador	-
Feira de Santana	-
Alagoinhas	-
Santo Antônio de Jesus	-
Itabuna	-
Eunápolis	-
Paulo Afonso	-
Jequié	-
Itapetinga	-
Mundo Novo	-
Santa Maria da Vitória	-
Guanambi	-
Gandu	120,0
Ilhéus	140,8
Teixeira de Freitas	132,8
Cícero Dantas	233,3
Juazeiro	110,4
Jacobina	134,4
Itaberaba	141,3
Brumado	118,0
Vitória da Conquista	123,4
Irecê	130,7
Ibotirama	172,7
Boquira	100,0
Caetité	128,8
Barreiras	265,1
Seabra	179,4
Senhor do Bonfim	212,0
Amargosa	111,1
Cruz das Almas	107,3
<b>BAHIA</b>	<b>89,5</b>



348 Comentou que na região de barreiras o SIAB tem 265% a mais de óbitos infantis do que se está notificado no SINASC - Sistema  
 349 de Informações de Nascidos Vivos, caracterizando um absurdo, assim como na região de Cícero Dantas, com 233% a mais.  
 350 Informou que na maioria das regiões o SIAB informa a mais, e totalizando 89,5% no Estado como um todo. Relatou que o SIAB  
 351 não está implantado no Estado inteiro, e sim nas áreas coberta pelo PACS – PSF, o que torna impossível que se tivesse mais de  
 352 100% em qualquer regional de saúde já que o SIM seria mais abrangente. Salientou que em um trabalho que foi feito no ano de  
 353 dois mil foi verificado que o SIAB tem mais óbitos infantis em algumas regionais, mas também tem muito erro de informação, assim  
 354 como no SIM, devido a, por exemplo, conceitos de nascido vivo e nascido morto, assim como crianças de um ano completo sendo  
 355 contadas como menores de um ano, crianças nascidas mortas também contadas como menores de um ano e crianças que  
 356 nasceram vivas. Informou de um trabalho realizado no ano de dois mil e um com os dados do ano de dois mil onde se verificou o  
 357 numero de óbitos infantis do SIM e do SIAB, calculou-se a diferença e solicitou-se que fossem enviadas as informações que  
 358 estavam na planilha 3b, criadas a partir das fichas tipo b do PACS conforme quadro abaixo:  
 359

<b>Óbitos informados através do SIM e do SIAB – diferença entre os registros, número de óbitos informados através das planilhas 3b e número de incluídos no SIM, segundo DIRES. BAHIA, 2000</b>					
<b>DIRES</b>	<b>SIM</b>	<b>SIAB</b>	<b>DIFERENÇA</b>	<b>ENCAMINHADOS</b>	<b>INCLUIDOS</b>
1ª	1407	393	-1014	13	10
2ª	135	344	209	107	89
3ª	215	346	131	61	53
4ª	149	200	51	52	24
5ª	114	157	43	31	28
6ª	191	106	-85	14	6
7ª	323	235	-88	13	3
8ª	186	120	-66	18	10
9ª	165	146	-19	24	14
10ª	46	147	101	67	57
11ª	27	193	166	143	122
12ª	128	446	318	102	84
13ª	180	254	74	79	33
14ª	74	109	35	10	7
15ª	189	173	-16	34	17
16ª	99	154	55	61	41
17ª	46	83	37	40	30
18ª	171	132	-39	21	20
19ª	85	110	25	37	21
20ª	230	282	52	48	22
21ª	120	239	119	86	62
22ª	48	93	45	16	12
23ª	57	40	-17	3	3
24ª	71	112	41	26	12
25ª	77	118	41	5	3
26ª	94	115	21	8	8
27ª	48	66	18	20	12
28ª	45	135	90	67	61
29ª	73	65	-8	9	6
30ª	59	85	26	27	22
<b>Estado</b>	<b>4852</b>	<b>5198</b>	<b>346</b>	<b>1242</b>	<b>892</b>

360 Relatou que ao todo no Estado foram incluídos oitocentos e noventa e dois óbitos que estavam no SIAB e não estavam no SIM,  
 361 pois o SIAB encaminhou mil duzentos e quarenta e dois, sendo que alguns já eram conhecidos do SIM e outros não. Informou que  
 362 havia também alguns óbitos que o pessoal das regionais encaminhou mais que não eram óbitos infantis ou já eram conhecidos do  
 363 SIM. Informou que esse trabalho foi feito no regime de mutirão onde as pessoas envolvidas foram treinadas para essa integração  
 364 para continuarem com esse trabalho e muitos municípios e regionais não continuaram fazendo essa adequação, verificando se os  
 365 óbitos notificados no SIAB já estavam notificados no SIM. Relatou a situação com relação às causas mal definidas de óbito por  
 366 região do país, conforme quadro abaixo:  
 367  
 368  
 369  
 370  
 371  
 372  
 373  
 374  
 375  
 376  
 377



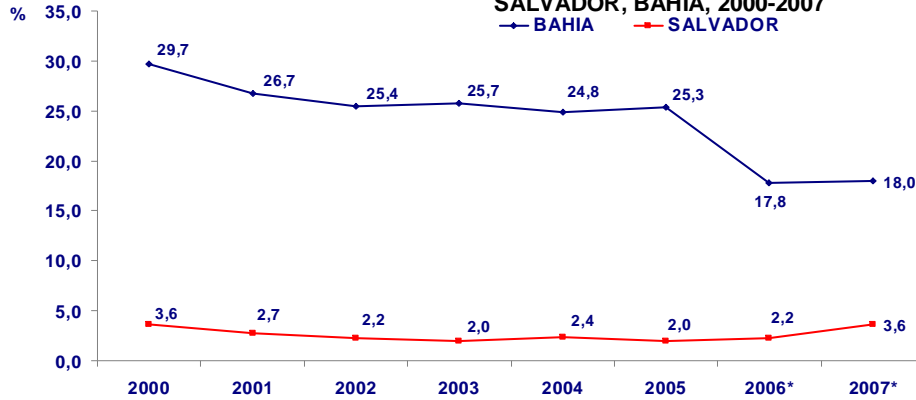
Informou de uma queda, em dois mil e cinco, com relação aos indicadores do Brasil, por conta dessa redução significativa dos óbitos por causas mal definidas na região nordeste do país. Também nesse período foi iniciado nesse projeto do Ministério em todos os estados do nordeste exceto a Bahia, que começou esse trabalho em dois mil e sete, já mais de um ano após os demais Estados. Informou que, no entanto, é observada essa redução significativa dos óbitos por causas mal definidas. Informou que esse trabalho se baseia na investigação dos óbitos por causas mal definidas em domicílios, nos hospitais, nos prontuários e essas causa de óbitos são alteradas no sistema de mortalidade. Informou sobre dados do Ministério da Saúde de óbitos por causas mal definidas conforme quadro a seguir:

#### PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS NA REGIÃO NORDESTE

UF/Região	2005			2006			2007		
	Óbitos	Mal Def	%	Óbitos	Mal Def	%	Óbitos	Mal Def	%
<b>NORDESTE</b>	<b>254.030</b>	<b>43.737</b>	<b>17,2</b>	<b>242.888</b>	<b>32.791</b>	<b>13,5</b>	<b>74.891</b>	<b>8.241</b>	<b>11,0</b>
Maranhão	22, 518	3,956	17,6	17,879	1,988	11,1	2,542	227	8,9
Piauí	15,574	3,167	20,3	15,405	1,072	7,0	6,109	234	3,8
Ceará	39,997	7,642	19,1	38,952	4,521	11,6	12,875	1,643	12,8
R. G. do Norte	14,122	1,205	8,5	13,009	7333	5,6	2,489	141	5,7
Paraíba	20,180	3,150	15,6	19,819	3,061	15,4	8,922	1,240	13,9
Pernambuco	52,258	5,245	10,0	49,259	3,611	7,3	15,591	1,087	7,0
Alagoas	15,245	2,058	13,5	14,714	2,425	16,5	6,528	883	13,5
Sergipe	10,131	926	9,1	9,868	867	8,8	4,732	527	11,1
<b>Bahia</b>	<b>64,005</b>	<b>16,388</b>	<b>25,6</b>	<b>63,983</b>	<b>14,513</b>	<b>22,7</b>	<b>66,025</b>	<b>12,052</b>	<b>18,3</b>

Informou que este é um quadro mais atual, onde a Bahia aparece com 18,3%, o maior da relação, e a Paraíba aparece com a segunda maior percentagem, 13,9%. Informou de Estados como o Piauí, com apenas 3,8% de óbitos mal definidos assim como Rio Grande do Norte, com apenas 5,7%. Informou que segundo a consultora do Ministério esses dados já baixaram bastante nos outros Estados. E a Bahia seria o Estado com essa maior proporção de óbitos por causas desconhecidas ainda no país. Comentou da necessidade de avançar com esse processo para que a meta de reduzir para menos de 10% seja atingida o mais rapidamente possível. Informou que quando esse trabalho foi apresentado para ser feito na Bahia, sua equipe insistiu que não se iria fazer apenas de Causas mal definidas, mas também com melhoria da captação de óbitos. Relatou que no momento em que se começa a captar mais óbitos a tendência é aumentar a notificação de óbitos por Causas mal definidas. Informou que em outros Estados esta redução foi mais drástica por que as pessoas se dedicaram apenas a causas mal definidas e sua equipe aos dois fatores. Informou que depois desse trabalho, os óbitos por causas mal definidas que no ano de dois mil era próximo a 30% ela cai, no ano de dois mil e seis, para 17,8%, conforme gráfico a seguir:

**PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR CAUSAS MAL DEFINIDAS, SEGUNDO ANO. SALVADOR, BAHIA, 2000-2007**

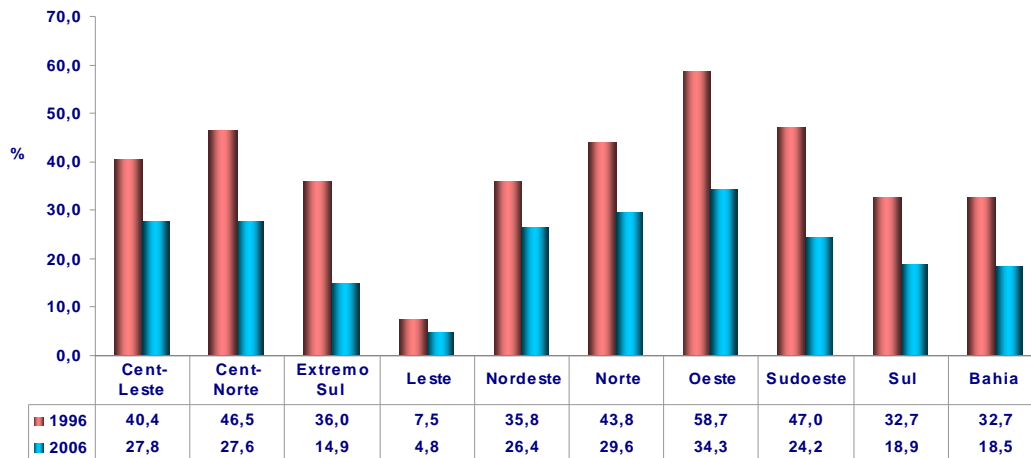


FONTE: SESAB/DIS-SIM

\*Dados preliminares

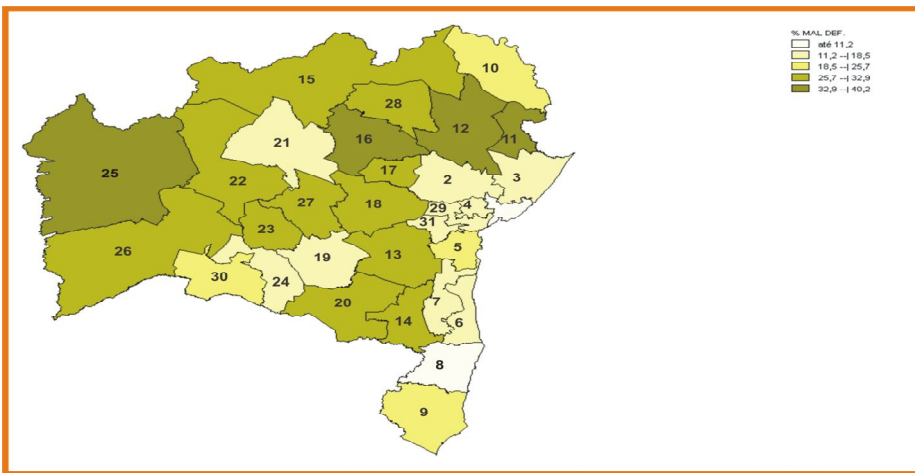
Informou que esse percentual ainda vai baixar por que se têm ainda alguns problemas na transmissão de dados, uma vez que óbitos já investigados e alterados em algumas regionais e que por algum problema na operacionalização do sistema esses dados não estão se elevando. Informou que o percentual apresentado no gráfico possivelmente vai aumentar chegando a aproximadamente 16% provavelmente em dois mil e seis e dois mil e sete. Comentou sobre a distribuição dos óbitos por causa mal definidas na Bahia entre dois mil e dois mil e seis, conforme gráfico a seguir:

**MORTALIDADE PROPORCIONAL POR CAUSAS MAL DEFINIDAS, 2002 - 2006**



FONTE:SESABSUvisa/DIS-SIM

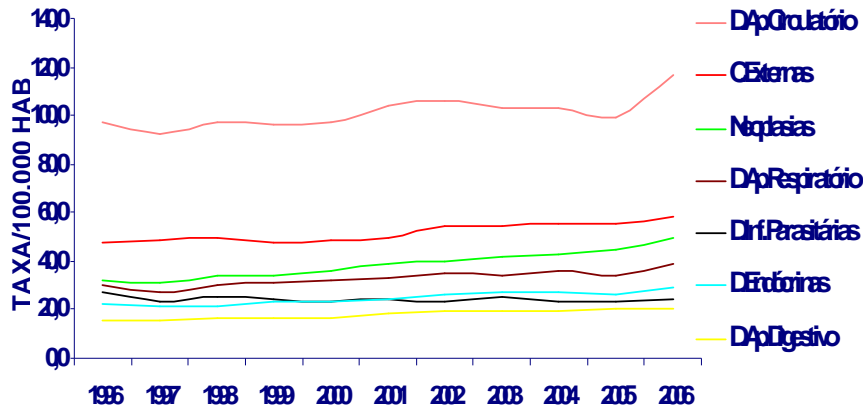
Retificou que os dados de rosa referem-se ao ano de dois mil e os de azul ao ano de dois mil e sete. Chamou a atenção para a diminuição de um modo geral no Estado como um todo, mas de qualquer forma ainda é bastante elevada essa proporção de óbitos por causa desconhecida. Informou dos óbitos por causas mal definidas em uma distribuição por Dires, conforme imagem a seguir:



431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497

498 Informou que as piores regiões onde se concentram as maiores proporções estão na vigésima quinta, décima sexta, décima  
 499 segunda e décima primeira DIRES e as melhores regiões são as áreas mais claras, ou seja, oitava e primeira DIRES, onde o  
 500 percentual é bem menor que em outras áreas do Estado. Em seguida apresentou uma tendência da mortalidade segundo as  
 501 principais causas de óbitos, conforme gráfico a seguir:

**TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO PRINCIPAIS GRUPOS DE CAUSA.  
 BAHIA, 1996 - 2006\***

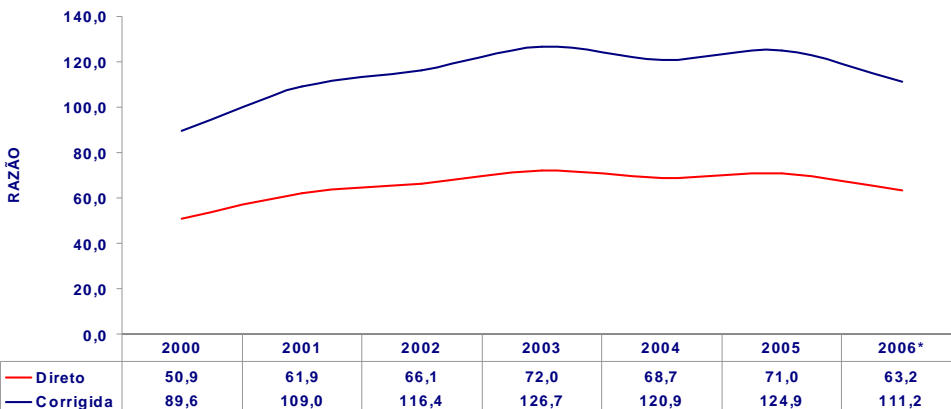


523 **FONTE: SESAB/SUS/MS/DSSV**

\*Dados preliminares

525 Destacou a subida com relação às doenças do aparelho circulatório após o início do Projeto, pois, no momento em que se diminui  
 526 as causas mal definidas se determina a causa, onde pode-se observar um aumento em todas as outras variáveis do gráfico.  
 527 Comentou que este trabalho de levantamento dos motivos dos óbitos faz com que se tenha mais segurança na análise da  
 528 mortalidade no Estado. Apresentou também dados da mortalidade materna, conforme gráfico a seguir:

**RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (POR 100.000 NASCIDOS VIVOS) OBTIDA POR MÉTODO DIRETO E CORRIGIDA\*.  
 BAHIA, 2000 - 2006\*\***



550 **FONTE: DIRETO: SESAB/SUVISA/DIS-SIM e SINASC**  
 551 **CORRIGIDA: MS/SVS; USP**

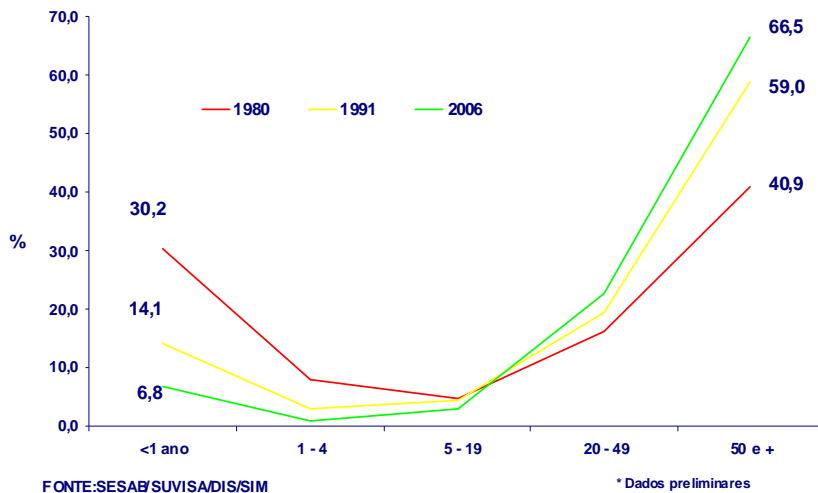
\*fc = 1,76

\*\*Dados preliminares

552 Informou que o dado em vermelho é calculado por método direto, com dados do SIM e do SINASP, e o outro dado, em azul, seria  
 553 a razão da mortalidade se utilizando de um fator de correção de 1,76 que seria um fator de correção para a capital, que a equipe  
 554 calculou junto com os óbitos do Estado. Informou que de qualquer maneira, é uma diferença significativa, a razão da mortalidade  
 555 por dado direto, que já é alta, 63,2% por cem mil nascidos vivos subiria para 11%, no mínimo, quando se aplica o fator de correção  
 556 que na verdade é um fator de correção para capital onde se espera que a mortalidade materna seja menor por conta do acesso a  
 557 assistência médica e tudo mais. Apresentou dados da mortalidade segundo faixa etária, conforme gráfico a seguir:

558  
 559  
 560  
 561  
 562  
 563  
 564

**MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO FAIXA ETÁRIA (CURVA DE NELSON DE MORAES).  
BAHIA, 1980/2006\***

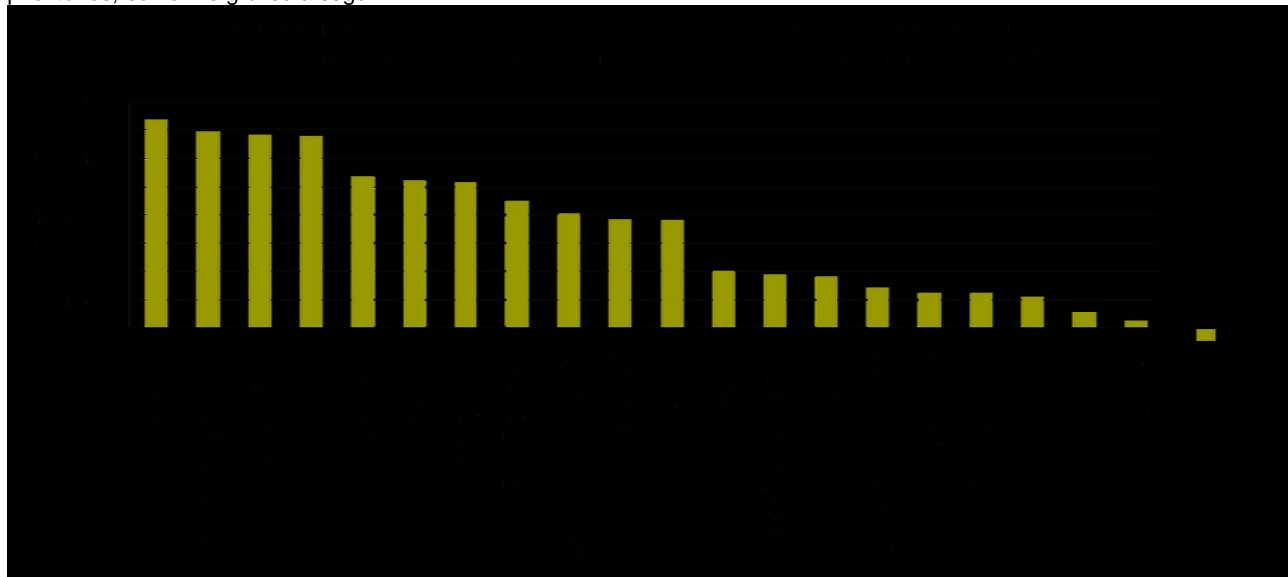


Informou que os dados demonstram uma melhoria geral no quadro de saúde do Estado, onde se vê também uma diminuição da mortalidade infantil, proporcional, um aumento da mortalidade de pessoas com mais de cinquenta anos. Comentou também sobre o aumento de mortalidade entre os adultos, por conta também das mortes violentas que vêm ocorrendo no Estado da Bahia. Comentou sobre a emissão da DO é ato médico, segundo legislação do País. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isto o formulário oficial "Declaração de Óbito". Comentou da Lei dos Registros Públicos – Lei nº 6015, de 31/12/1973, alterada pela Lei nº 6216, de 30 de junho de 1975, que regulamenta o sepultamento, fala que Nenhum sepultamento será feito sem a certidão de Oficial de Registro do lugar do falecimento, extraída após a lavratura do assento do óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou, em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte. Informou que para se registrar um óbito é preciso que um médico ateste este óbito, e caso não haja médico na localidade então se necessita de duas pessoas qualificadas. Informou que a lei é clara, uma vez que informa que a certidão de óbito é consequência decorrente de uma declaração emitida por médico do local. Informou também da portaria Nº 1.172, de 15/06/2004 informando que compete aos municípios a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, compreendendo as seguintes atividades: Busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território. Compete também a vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna. Comentou que na resolução do Conselho federal de medicina, Nº. 1779 de 2005 que fala a quem compete a emissão da declaração de óbito, com relação a morte com assistência médica, fala A declaração de óbito do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Programa de Saúde da Família, internação domiciliar e outros) deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente cadastrado, ou pelo SVO, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente. Comentou que as equipes de saúde da família são responsáveis pela emissão de declarações de óbitos de pacientes na área de abrangência deste posto, comentou que as secretarias municipais têm que tentar organizar esse fluxo dentro do município, pois é muito complicado que um paciente que venha a falecer, muitas vezes paciente que teve internado em outros municípios e a família não tem condição de viajar para outro município para pedir a declaração de óbito, assim como não se pode permitir que a família vá ao cartório para registrar o óbito e o oficial de cartório escreva 'sem assistência médica', quando na verdade o paciente teve assistência médica, fez exames, tomografia, ressonância e outros exames. Comentou que essa situação se observa em muitos casos. Comentou sobre a resolução Nº 1779/2005, que fala sobre morte fetal, que em seu parágrafo único fala que na localidade onde existir apenas um médico, este é o responsável pelo fornecimento da Declaração de Óbito, ou seja, é preciso que esta regulamentação seja seguida, informou que está trabalhando junto ao Conselho Regional de Medicina, para cumprir essa legislação porque muitas vezes o médico se nega a fornecer a Declaração de Óbito, e existem casos também de pacientes internados que saem com a Declaração de Óbitos sem a causa registrada. Informou sobre a causa básica da morte, segundo a Organização Mundial de Saúde, que seria a doença ou lesão que iniciou a sucessão de eventos mórbidos que levou diretamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. Comentou que existe uma discrepância, pois muitos médicos acham que assistência médica é aquela que se dá no momento do óbito, e não durante a doença que levou àquele óbito. Informou que esta doença que inicia a sucessão de eventos mórbidos é a doença sob qual a saúde pública pode intervir, realizando a sua prevenção e evitando suas complicações ou instituindo a cura em algum ponto. Informou que muitos médicos anotam na declaração de óbito apenas às complicações da doença e não a causa que levou àqueles complicações. Comentou também sobre localidades sem Instituto Médico legal, onde qualquer médico da localidade, investido pela autoridade judicial ou policial, na função de perito legista eventual (ad hoc). Nestes casos o perito deve se restringir ao exame externo do cadáver. Podendo assim emitir declaração de óbito sem fazer a necropsia do cadáver, se limitando a avaliação externa. Relatou sobre as limitações de uso das estatísticas, onde se têm cemitérios irregulares, estratégias inadequadas para captação de ocorrências domiciliares, rotatividade de pessoal treinado, dificuldades para a obtenção da Declaração de Óbito, por parte dos familiares do falecido, conceitos (NV, aborto, óbito fetal ou não fetal, natimorto), cartórios (distância, irregularidade no horário de funcionamento, não preenchimento do documento), não observância de fluxos e preenchimento inadequado (incompleto e/ou incorreto). Comentou que, sobre conceitos de nascido vivos, aborto entre outros, ocorrem casos de crianças nascidas vivas e que morrem logo em seguida e o médico preenche a Declaração de Óbito como se fossem nascidas mortas, sendo este fato absurdo, uma vez que essa criança não vai

632 entrar no cálculo de mortalidade infantil no numerador e no denominador, assim não vai constar como nascida viva nem como  
 633 óbito infantil. Continuou com limitações de uso das estatísticas citando a deficiência na crítica dos instrumentos de coleta, apoio  
 634 logístico insuficiente, não cumprimento da legislação em vigor (Lei dos Registros Públicos, Resolução 1.779/2005-CFM, etc.),  
 635 preenchimento incorreto das DO's pelos médicos (finalidade legal do documento), "Inexistência" de Serviço de Verificação de Óbito  
 636 - SVO (Eunápolis e Teixeira de Freitas) e inadequado preenchimento de DOs. pelos médicos legistas em caso de mortes por  
 637 causas externas (não referem a circunstância da morte). Comentou sobre o projeto de redução do percentual de óbitos com causa  
 638 mal definida e aumento da cobertura do sistema de informações sobre mortalidade – SIM, que tem o objetivo de reduzir o  
 639 percentual de óbitos por causas mal definidas a menos de 10%, assim como a investigação dos óbitos notificados sem definição  
 640 da causa básica e controle da qualidade dos dados inseridos no SIM. Tem como objetivo também aumentar a cobertura do SIM,  
 641 assim como fazer o Georreferenciamento dos locais de sepultamentos cadastrados pelos municípios. Informou que na última  
 642 reunião com a coordenação do projeto, foram selecionados alguns municípios que tinham maior volume de óbitos por causas mal  
 643 definidas listados conforme quadro a seguir:

DIRES	Municípios	Óbitos	Mal Definidos
2	<b>Feira de Santana</b>	3427	419
1	<b>Salvador</b>	17173	418
20	<b>Vitória da Conquista</b>	2255	320
15	<b>Juazeiro</b>	1214	218
13	<b>Jequié</b>	1076	217
7	<b>Itabuna</b>	2643	145
9	<b>Teixeira de Freitas</b>	767	144
15	Casa Nova	203	138
12	Conceição do Coité	197	137
14	<b>Itapetinga</b>	358	137
12	Monte Santo	179	132
20	Poções	249	130
3	<b>Alagoinhas</b>	1028	126
26	Bom Jesus da Lapa	309	125
13	Jaguaquara	234	121
18	Ruy Barbosa	211	95
12	<b>Serrinha</b>	170	91
9	Itamaraju	229	88
6	<b>Ilhéus</b>	787	87
31	Maragogipe	126	86
	<b>Total</b>	32835	3374

644 Informou que será prestada uma atenção mais direta a estes municípios, para que se consiga atingir a meta de redução do  
 645 percentual de óbitos por causa mal definidas. Informou sobre o percentual de óbitos com causa mal definida dos municípios  
 646 prioritários, conforme gráfico a seguir:



647 Sinalizou o município de monte santo que tem mais de 70% de óbitos por causas mal definidas. Comentou sobre os problemas  
 648 relacionados à qualidade das investigações como Investigações realizadas por profissionais não qualificados para o  
 649 desenvolvimento da tarefa, preenchimento incorreto ou incompleto das Fichas de Investigação, informações insuficientes para a  
 650 determinação da causa do óbito, muitas realizadas apenas nos domicílios, sem elementos que possibilitem a determinação da  
 651 causa do óbito, no entanto informou que um dos principais problemas que se têm hoje é a falta de comunicação entre os  
 652 municípios para coleta de informações sobre as circunstâncias dos óbitos. Comentou sobre as próximas etapas do projeto que  
 653 seriam a implantação do Instrumento de Autópsia Verbal nos municípios de Conceição do Coité e Jequié, bem como o  
 654 georreferenciamento dos locais de sepultamentos cadastrados pelos municípios e a integração com o COSEMS, CREMEB,  
 655 Atenção Básica, Ministério Público e Universidades Públicas. Informou que sem esse trabalho integrado não se ira conseguir  
 656

657 alcançar a meta. Em seguida finalizou a apresentação agradecendo a todos. A Senhora Márcia Mazzei foi questionada sobre a  
 658 orientação em relação às comunidades indígenas sobre a questão de óbitos, a qual respondeu que a comunidade indígena tem  
 659 um sistema chamado SIASI que é um sistema tipo um senso, onde os índios que morrem entram nesse sistema o que se  
 660 recomenda é que as notificações sejam trabalhadas de maneira semelhante de como se trabalha com o SIAB onde o SIASI, seja  
 661 uma notificação de óbito para que a pessoa responsável do PACS ou PSF, possa se responsabilizar pela emissão da declaração  
 662 para fins epidemiológicos. Informou que nesses casos o trabalho de integração mesmo com o SIAB para emitir a declaração.  
 663 Relatou que em alguns casos a declaração de óbito é emitida e carimbada para fins de pesquisa e utilizada sem problema porque  
 664 são óbitos comprovados e a pessoa responsável pela área de abrangência pode providenciar a declaração de óbito. Caso a causa  
 665 seja desconhecida não se tem problema, pois, pelo menos são contados os óbitos ocorridos. Informou também que trouxera  
 666 algumas cartilhas para distribuir aos gestores e que as mesmas já seguiram para todas as secretarias municipais de saúde,  
 667 algumas não chegaram e foram devolvidas, mas informou que estava em posse de algumas cartilhas e gostaria que os gestores  
 668 levassem essa cartilha que também foi encaminhada para cada médico do país. Em seguida, o Senhor Lindemberg Costa  
 669 informou que solicitou a apresentação porque faltava apenas um mês para o término de atualização da lista de medicamentos  
 670 essenciais do Estado. Comentou que informaria rapidamente as etapas que se trabalhou, relatou que a lista já está em consulta  
 671 pública na página da secretaria de saúde que ao final da apresentação o mesmo iria dispor. Comentou que a consulta pública era  
 672 feita por poucas pessoas, relatou que esta era mais uma oportunidade que se tem de mostrar esse processo. Argumentou que a  
 673 lista foi baseada na lista nacional de medicamentos essenciais, para qual fora contratada uma consultora mundial da saúde. As  
 674 bases conceituais para elaboração da lista contribuíram para a definição de medicamentos essenciais, que são aqueles que  
 675 atendem as prioridades de saúde pública, acesso a medicamentos, uso racional de medicamentos, e duas das principais ações  
 676 são a Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica e a Gestão Participativa e Integrada da Assistência  
 677 Farmacêutica Estadual. Informou que a primeira etapa da elaboração da lista foi a oficina de planejamento e harmonização  
 678 conceitual para a elaboração da relação estadual de medicamentos essenciais (primeiro momento presencial) que teve como  
 679 objetivo apresentar a proposta metodológica para a seleção de medicamentos essenciais que é uma proposta já estabelecida pela  
 680 Organização Mundial de Saúde, harmonizar conceituação, critérios e métodos de seleção de medicamentos, com os membros da  
 681 Comissão Estadual de Farmácia Terapêutica, capacitar os membros para busca e revisão crítica de literatura. Portanto, todos os  
 682 medicamentos que estão sendo incluídos na lista passaram por uma revisão extensa da evidência científica e elaboração de um  
 683 plano de trabalho de detalhamento de cada etapa a ser desenvolvida. Comentou que a segunda etapa foi o Terceiro Seminário  
 684 Estadual de Assistência Farmacêutica onde foi lançada a atualização da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais onde foi  
 685 convidado o Ministério da Saúde, a organização Mundial da Saúde e a FIOCRUZ. Relatou que este seminário teve como objetivo  
 686 Apresentar a proposta de Política Estadual de Assistência Farmacêutica, expor a proposta de elaboração da Relação Estadual de  
 687 Medicamentos Essenciais (RESME-BA) que está sendo chamado de RESME Bahia, apresentar os membros da Comissão de  
 688 Farmácia e Terapêutica do Estado da Bahia, apresentar um panorama da Assistência Farmacêutica, no cenário internacional e  
 689 nacional. E sensibilizar profissionais da saúde para o uso racional de medicamentos e o emprego preferencial de medicamentos  
 690 essenciais. Comentou que entre as propostas estavam também as oficinas temáticas preparatórias para a elaboração da relação  
 691 estadual de medicamentos essenciais onde teve representantes de todas as secretarias de saúde das unidades de rede própria e  
 692 dos municípios conforme quadro a seguir:

DATA	MATUTINO (8:30-12h)	VESPERTINO (13:30-17h)
15/ABRIL	SAÚDE MENTAL	DIABETES HIPERTENSÃO DEMÊNCIA
16/ABRIL	SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	SAÚDE DA MULHER
17/ABRIL	DOENÇAS INFECCIOSAS E VACINAS	NEOPLASIAS E DOENÇAS IMUNES
18/ABRIL	CONSOLIDAÇÃO DAS OPINIÕES EMITIDAS	PREPARAÇÃO DA LISTA PRÉ-FIINAL

693 Informou que a quarta etapa seria a consulta pública por 30 dias no site da SESAB, uma vez que a lista foi encaminhada por e-  
 694 mail para todos os farmacêuticos dos municípios, para poder ser divulgada em nível municipal e para todas as Dires de unidades  
 695 de referência assim como a rede própria. Informou que a quinta etapa será a consolidação das sugestões advindas da consulta  
 696 pública, a discussão de todas as pendências, eventuais consultas adicionais e conclusão da versão final da RESME - BA 2008.  
 697 Comentou que a sexta etapa seria a redação das justificativas dos medicamentos constantes da RESME. BA 2008 período: até  
 698 15/junho a 31/julho/2008. Informou que a sétima etapa seria a revisão da impressão da RESME e finalizando a oitava etapa  
 699 haverá o seminário de lançamento da relação de Medicamentos Essenciais. Informou que as informações complementares estão  
 700 disponíveis no site <http://www.saude.ba.gov.br/>. O Senhor Coordenador sugeriu que um ofício circular fosse preparado para  
 701 secretários de saúde, prefeituras, diretores de hospitais da rede própria da SESAB e centros de referência. A Senhora Suzana  
 702 Ribeiro sugeriu também que o COSEMS fosse incluído na relação, pois se tem uma mala direta e quando se passa qualquer  
 703 informação para o COSEMS se tem condições de monitorar. O Senhor Lindemberg Costa informou ainda que o Ministério da  
 704 Saúde solicitou da Secretaria Estadual a pactuação com relação aos insumos para *Diabetes Mellitus* e foi preparada uma minuta  
 705 que aprova o financiamento através das contrapartidas municipais Estadual dos insumos destinados a pacientes de insulina e  
 706 dependentes descritos no anexo um dessa resolução. Considerando que essas esferas têm a contrapartida de trinta centavos por  
 707 habitante por ano cada, o financiamento fica determinado da seguinte forma: o Estado se responsabiliza pela aquisição das  
 708 lancetas e tiras reagentes, a contra partida Municipal deverá ser destinada à aquisição de seringas complementarmente das  
 709 lancetas e tiras reagentes fora desse valor. Informou que, segundo o Ministério da Saúde, as maiorias dos Estados pactuaram  
 710 dessa forma, onde o Estado entra com a aquisição das lancetas e tiras reagentes e os municípios com as seringas, baseado na  
 711 nova portaria N° trinta e dois e trinta e sete que todos tinham conhecimento. O Senhor Coordenador informou que pela resolução  
 712 apresentada a contra partida é trinta centavos habitante por ano, o Estado compraria lancetas e tiras com os trinta centavos citado

713 anteriormente, e o município fica responsável com a aquisição de seringas. O Senhor Lindemberg Costa comentou que para  
714 recebimento do recurso destinado a compra de seringa será necessária à abertura de uma conta específica no Município. O  
715 Senhor Coordenador informou sobre a questão do saldo devedor do Estado com os municípios na Assistência farmacêutica Básica  
716 no período de mil novecentos e noventa e nove a dois mil e sete. Informou que já tinha apresentado anteriormente para o  
717 COSEMS, na CIB e também no Conselho Estadual de Saúde o levantamento da dívida do Estado da Bahia com a contra Partida  
718 para Farmácia Básica. Informou que há poucos dias foi recebido um ofício do Ministério da Saúde solicitando que se informasse  
719 ao Ministério qual era a pendência que existia ano a ano de dívidas do Estado com a contrapartida da farmácia básica. Como este  
720 documento já estava pronto, já se está encaminhando para o Ministério da Saúde, mas com essa solicitação do Ministério foi-se  
721 observado que apesar de ter sido aprovado na Comissão Bipartite, não tinha sido publicado uma Resolução da CIB sobre isso.  
722 Comentou que está na ata, mas não foi feita uma resolução com essa decisão. Informou que como se irá comunicar ao Ministério  
723 da Saúde comentou que será preparada uma resolução desta decisão para publicar e encaminhar ao Ministério da Saúde.  
724 Paralelo a isso irá começar o levantamento das informações dos débitos dos municípios com a farmácia básica. Informou que a  
725 informação que se obteve com a SIFAB tem lacunas, então foi combinado com a equipe da Assistência Farmacêutica é que, antes  
726 de mandar informar ao Ministério sobre as pendências de cada município, será feito um levantamento, passado aos municípios, se  
727 o município considerar que a informação do SIFAB não era completa, encaminhará os dados necessários para complementar a  
728 informação para que quando se mandar para o Ministério a informação sobre a participação dos municípios na compra de  
729 medicamentos na farmácia básica, será encaminhado no que está no SIFAB atualizado e complementado com as informações que  
730 cada município mandar. Informou que este documento será enviado para cada município e será dado um prazo. O município que  
731 não responder, será considerado a informação do SIFAB. O Senhor Coordenador deu prosseguimento com o ponto de pauta  
732 Credenciamento de LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dentária, no município de Itabela, e questionou sobre a avaliação  
733 técnica o qual foi respondido que a área técnica não recebeu a tempo a solicitação de Itabela sobre laboratório de Prótese o qual  
734 foi encaminhado para CIB e não chegou a tempo para avaliação técnica. O Senhor Coordenador informou que esta solicitação de  
735 credenciamento foi deixada para próxima reunião da CIB e prosseguiu questionando sobre a Implantação de CEO – Centro de  
736 Especialidade Odontológica, do município de Madre de Deus e 01 Equipe de Saúde Bucal, no município de Várzea do Poço. Foi  
737 informada com relação ao CEO do município de Madre de Deus, a área técnica não encaminhou porque não foi aprovado ainda na  
738 CIB o terceiro critério do CEO que é para municípios abaixo de trinta mil habitantes e assim que for aprovado será encaminhado o  
739 CEO de Madre de Deus. A Senhora Suzana informou que tinha ficado realmente esta pendência, mas a Comissão tem uma  
740 câmara técnica que foi formada por gestores da CIB e ficaram de definir essa questão e trazer para CIB, o que até o momento não  
741 aconteceu. A Senhora Jácea Almeida, Secretária de Saúde de Madre de Deus, informou que comprovava uma população de trinta  
742 e oito mil por conta da existente de uma população flutuante diária muito grande e atende todas as ilhas que pertencem a Salvador  
743 Bom Jesus e Paramana, Caipe que pertence a São Francisco do Conde e relatou que este foi o mesmo critério que foi utilizado  
744 para o SAMU. O Senhor Coordenador informou que o município de Madre de Deus, como estava em gestão plena, está com, o  
745 Comando Único, todos os serviços e com responsabilidade de atenção especializada, comentou que isso seria um fator adicional,  
746 a ser levado em consideração. A Senhora Suzana Ribeiro informou que no caso específico de Madre de Deus os fatores  
747 colocados pelo Senhor Coordenador são extremamente relevantes e questionou sobre o encaminhamento sobre o município, a  
748 qual foi informada que sim, poderia encaminhar. O Senhor Coordenador questionou também sobre o encaminhamento do  
749 município de Várzea do Poço e Poções, em seguida declarou fechado o encaminhamento. Aprovou também a solicitação de  
750 CAPS do município de Ituberá, Laje e Belmonte. A Senhora Suzana Ribeiro informou que esteve com alguns secretários que  
751 vieram e informaram sobre parecer técnico favorável e aí pediram para se colocar no que ocorrer. O Senhor Coordenador ratificou  
752 a aprovação às solicitações dos municípios de Ituberá, Laje e Belmonte. Aprovou também o Credenciamento de 04 leitos de UTI  
753 Neonatal, 08 leitos de semi-intensiva, 04 leitos Mãe Canguru e Terapia Nutricional do Hospital Esaú Matos, no município de Vitória  
754 da Conquista. A Senhora Suzana Ribeiro informou que em relação a Terapia Nutricional do Hospital Esaú Matos a equipe técnica  
755 não havia ainda dado parecer técnico. O Senhor Coordenador informou que seria considerado aprovado com pendência o  
756 parecer técnico. A Senhora Suzana Ribeiro comentou de uma situação específica do município de Laje que é um município pleno  
757 pela NOAS, e agora com o pacto de Gestão teve uma dificuldade em relação ao Comando Único. O Senhor Emerson Gomes  
758 informou que a dúvida da secretária pela manhã foi colocando que na portaria o município dela não aparecia dentro dos requisitos.  
759 Comentou da necessidade de lembrar que, independente de estar na portaria nova dizendo da habilitação dos municípios com  
760 Pacto de Gestão o que já existia antes como sistema de gestão plena do sistema não alterava em nada, continuava do mesmo  
761 modo. A Senhora Jesuína Castro informou sobre um informe que já havia sido dado na reunião do COSEMS a cerca de um mês  
762 atrás, que trata do processo seletivo sobre a contratação da empresa, o qual resultou em uma proposta de assinatura de um ofício  
763 explicitando as necessidades que foram apresentadas através desse informe que foi dado na reunião do COSEMS e que  
764 recomenda que essa contratação seja feita a seleção de dois mil e nove e em virtude da exiguidade do prazo foi lido a parte dos  
765 considerandos que resultaram nessa decisão e que o COSEMS está assinando em conjunto com a Superintendência de Vigilância  
766 e Proteção da Saúde para que seja enviada prioritariamente aos municípios que já haviam pleiteado a seleção com a empresa a  
767 ser contratada pela SESAB e para os demais também que ainda não realizaram seleção. A Senhora Jesuína Castro deu  
768 seguimento à leitura do informe: em virtude de novos fatos relativos aos processos seletivos a partir da resolução da CIB que  
769 definiu sobre a contratação da empresa e pela não realização diretamente através da DIVEP dessa seleção, a situação  
770 epidemiológica no tocante à dengue, a necessidade de monitoramento permanente dos eventos Sentinela de Febre amarela,  
771 morte de animais silvestres, bem como registro de epizootias de primatas não humanos por febre amarela em estados vizinhos ao  
772 nosso e na Bahia, nos primeiros meses do ano de dois mil e oito, e mais recentemente a investigação epidemiológica e  
773 entomológica em andamento da morte de animais de macacos em Salvador, as dificuldades na construção do edital de licitação  
774 em que pese todo empenho da equipe técnica designada pela DIVEP tendo em conta o reduzido número de profissionais  
775 disponíveis e, sobretudo a responsabilidade com a manutenção da execução das ações de controles de agravo em evidências  
776 sobre responsabilidades da SESAB, o prazo exíguo para operacionalização da seleção através da empresa que deverá ser  
777 contratada para realização do processo seletivo dos cinquenta e oito municípios já solicitantes este ano devido ao período eleitoral  
778 uma vez que realizada as primeiras duas etapas, prova objetiva e prova de título, além do prazo para julgamento dos recursos, os  
779 candidatos aprovados deverão participar de curso introdutório, devendo a homologação dos resultados ocorrer impreterivelmente



780 até três de julho, para garantia da contratação antes dos pleitos municipais, considerando ainda que a realização do curso  
781 introdutório seja necessária a disponibilidade de profissionais que tenham sido capacitados como facilitadores municipais pela  
782 escola professor Jorge Novis, cuja DIRES e municípios candidatos não dispõem em números suficientes para atender a demanda  
783 em tempo hábil, que seria três de julho, considerando finalmente a disponibilidade de realização do processo sob a impossibilidade  
784 de realização do processo sob responsabilidade direta da SESAB, DIVEP e DIRES, conforme a resolução numero dezoito da CIB,  
785 aliada ao fato de que dos 58 municípios solicitantes até o momento vinte e uma secretarias municipais de saúde não enviaram o  
786 número de inscritos, não informaram a quantidade de vagas disponibilizadas e quatorze não enviaram a errata dos respectivos  
787 editais de seleção conforme recomendação da DIVEP/DIRES informamos a impossibilidade neste ano de dois mil e oito da  
788 realização da abertura de edital para contratação de empresa de combate a endemias, para o que propomos a continuidade do  
789 processo licitatório programando sua execução para o exercício de dois mil e nove que deverá acontecer em dois momentos  
790 distintos a primeira seleção será programada para o mês de março, com os cinquenta e oito municípios já solicitantes, e a segunda  
791 para julho que atenderá a demanda de outros gestores. Acreditamos que desta forma garantiremos a pactuação entre a DIVEP,  
792 SUVISA e SESAB e os gestores municipais, respeitadas as particularidades do ano de dois mil e oito, tanto em relação  
793 epidemiológica quanto aos prazos da legislação eleitoral. Solicitamos que esta correspondência seja apreciada pelos senhores e  
794 senhoras secretários de saúde e divulgada amplamente entre os interessados, atenciosamente assina a Senhora Suzana Ribeiro  
795 pelo COSEMS e Lorene Pinto pela SUVISA. A Senhora Suzana Ribeiro informou da necessidade de apoio para os municípios que  
796 tiverem condição de fazer os seus processos seletivos. Informou que os municípios que tiverem condição de disparar os processos  
797 sem necessariamente ter que depender desse processo licitatório e solicita a DIVEP que dê algum tipo de apoio mesmo que não  
798 seja um apoio formal, não precisa ser participante da comissão, não precisa ser fazendo algo que formalize a participação, mas  
799 apoio técnico de alguma maneira como apoio logístico, com a liberação de carro, acompanhamento de uma prova ou até avaliação  
800 da prova que esta sendo elaborada pela comissão municipal para dar uma sustentabilidade maior ao município porque  
801 aconteceram recentemente casos onde o técnico da regional se negou por dizer que havia uma orientação da DIVEP em não fazer  
802 nada, nenhum movimento, nenhum tipo de apoio em relação ao processo seletivo. Dra. Suzana Ribeiro colocou que os Municípios  
803 maiores que tem condição de fazer o processo seletivo, com certeza terão o número de inscrito muito grande, diante do número  
804 elevado de candidatos inscritos, irão demandar um trabalho muito maior para o Município, e o mínimo de apoio que poder vir da  
805 Regional será bem vindo. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Jesuína Castro colocou sobre aos processos que já  
806 haviam sido iniciados e por todos estes, considerando que a SUVISA detalhou neste documento que foi lido nesta CIB. Citou a  
807 dificuldade em manter e que até o monitoramento proposto que a SUVISA teria que fazer conforme Resolução que foi aprovado.  
808 afirmou que houve de fato esta decisão por conta do atropelo que a Diretoria de Vigilância Epidemiológica está vivendo em função  
809 das demandas que estão ocorrendo por que acabam os processos seletivos as primeiras duas etapas vem o curso de formação;  
810 citou que tem vários recursos sendo julgados e a DIVEP – Diretoria de Vigilância Epidemiológica só tem duas pessoas dando este  
811 suporte aos Municípios, orientando julgamento de recurso junto as Regionais nas seleções que foram realizados pela SESAB nos  
812 trinta e três Municípios com exceção dos Municípios que se retiraram voluntariamente por problemas específicos e que apenas  
813 vinte e oito Municípios concluíram formalmente os trinta e três previstos; citou que todas as seleções que ocorreram este ano,  
814 sendo último no mês de março a SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde não conseguiu desvincilhar das  
815 tarefas que são demandadas em função das seleções; citou os mandados de segurança e os recursos das seleções que  
816 ocorreram no ano dois mil e sete, e que alguns Municípios infelizmente modificaram a lista de seleção a pões a seleção realizada  
817 pela DIVEP sendo alterado boletim por Gestor Municipal e com isto causou problemas junto ao Ministério Público que envolve a  
818 SESAB porque fomos nós que executamos, tendo que a SESAB provar documentar e testemunhar que não foi por parte da  
819 SESAB este ato, e tendo que dá todo suporte as equipes que estão nos municípios responsabilizadas pela excussão direta do  
820 processo. Saliou com uma serie de tarefas que vem sendo demandadas decorrentes dos anos de dois mil e sete a dois mil e  
821 oito, impedindo a SUVISA fazer este monitoramento e funcionar como monitor e dando suporte. Colocou que acha que o suporte  
822 deve ser um pouco mais distanciado por questões de assegurar a legalidade do processo seletivo que cada Município irá realizar  
823 de forma independente. Dra. Suzana Ribeiro salientou que entende a justificativa que foi colocada por Dra. Jesuína Castro, mas  
824 não concorda com a decisão da DIVEP porque o COSEMS está pedindo não é um apoio formal ou acompanhamento de um turno  
825 do processo seletivo, o que nós solicitamos é um acompanhamento distanciado para dá uma orientação a equipe que elaborou a  
826 prova e discutindo a questão da organização. Pontuou consta que os Técnicos da Regional não estavam com nenhum  
827 impedimento técnico não havendo nenhuma sobrecarga de trabalho. Solicitou que a DIVEP reveja esta questão por que causa um  
828 prejuízo do ponto de vista político para atuação da DIRES que é muito grande. O Senhor Coordenador passou informes: O sistema  
829 de pré-projeto do Ministério para convenio esta aberto e o prazo previsto é dia treze do mês de junho. Lembrou que tem uma  
830 resolução baixada pelo Sr. Marcos Aurélio Melo de que também os Estados estão impedidos de conveniar com o Governo Federal  
831 porque no ano que houver Eleição Municipal Estado e Município estão impedidos e no ano que houver Eleição Estadual também  
832 estarão impedidos, ou seja, a cada dois anos para tudo do ponto de vista de convenio e investimento. Chamou atenção com  
833 relação ao prazo do dia quatro vai também vale para os Governos Estaduais conforme o Ministério da Saúde. Informou que a  
834 SESAB esta tendo que vê se consegue aprovar algum projeto do SAMU que possa ser viabilizado ainda este mês de Junho.  
835 Solicitou aos Secretários Municipais que tem projeto do SAMU no Ministério em análise, informe para Dr. Jorge Solla porque vai  
836 está em reunião com Ministério para tentar viabilizar o máximo possível alguns projetos ainda este mês. Dr. Emerson Garcia  
837 informou que a Secretária do Município de Alagoinhas tem dificuldades no processo de montar a Regulação e que a Secretária  
838 argumenta que é falta de financiamento para fazer a Regulação. Pontuou que os Municípios se reuniram e que negociaram com  
839 Paula do nível central. Solicitou orientação da SESAB de como está à posição de Alagoinhas porque já foi aprovado no Ministério  
840 e foi desaprovado com a entrada de Dra. Claunara. O Senhor Coordenador informou que o Ministério da Saúde esta sendo mais  
841 criterioso com relação à aprovação dos Projetos Regionais do SAMU que não tiverem escala suficiente. Citou como exemplo;  
842 projeto do SAMU com a central em Livramento de Nossa Senhora não vai ser aprovado, e o projeto de Brumado e Teixeira de  
843 Freitas o Ministério não queria aprovar, porque tinha uma proposta que a central de Eunápolis atendesse todo extremo sul e todos  
844 os Municípios que estão em torno de Teixeira de Freitas e que a central de Guanambi ou de Vitória da Conquista atendesse os  
845 Municípios da região de Brumado. Comunicou que a SESAB conversou com a Coordenação Geral do Ministério e estão tendendo  
846 a aceitar a proposta feita pela SESAB que as sedes de micro fossem atendidas com a Central e a abrangência da Central fosse

847 abrangência da Microrregião, considerando o tamanho do Estado da Bahia e as distancias. Colocou que teríamos um SAMU em  
 848 Teixeira e outro em Brumado e Livramento e outros teriam de ser atendidos necessariamente por Brumado, e o que se for da  
 849 microrregião de Alagoinhas teria que ser atendido por Alagoinhas. Saliou que não podemos obrigar nenhum Gestor Municipal a  
 850 aceitar qualquer proposta porque é livre adesão, mas a informação que a Coordenação Nacional do SAMU passou para SESAB é  
 851 que estão negociando uma proposta de mudar o critério de financiamento das Centrais para que tenham um valor variável em  
 852 função da população atendida. Pontuou como isto estimularia os Municípios Sedes a ampliar a cobertura com outros Municípios,  
 853 mas isto ainda não está aprovado. Lembrou que dia dezessete do mês de junho na terça-feira o Ministro da Saúde vai está aqui na  
 854 Bahia para o lançamento do Hospital da Criança em Feira de Santana e que o Ministro estará assinando um convenio para o  
 855 Governo Federal contribuir financeiramente com construção do Hospital da Criança de Feira de Santana. A SESAB estará  
 856 apresentando o projeto do Hospital da Criança já concluído e o Governo irá autorizar as licitações das obras do Hospital da  
 857 Criança. Lembrou que o projeto do Hospital não é só para micro de Feira de Santana e sua abrangência é para todo o Estado da  
 858 Bahia tendo 70 leitos entre cuidados intensivos e semi-intensivos com 40 leitos de UTI e 30 leitos semi-intensivos, sendo um  
 859 projeto arrojado de grande importância para o Estado da Bahia. Convidou a todos os Secretários Municipais para participarem  
 860 deste evento em Feira de Santana no dia dezessete do mês de junho na terça-feira. Informou que o Ministro estará inaugurando a  
 861 conclusão da reforma do Hospital Ana Nery que está passando a funcionar com o regime de 24 horas em Hemodinâmica,  
 862 Cateterismo, Emergência fechada regulada cardiovascular, também estará inaugurando a nova UTI do Hospital Manoel Vitorino  
 863 passará ser referência em Orto-Trauma e neurotrauma e que toda obstetrícia e neonatologia saiu de hospital sendo redistribuído  
 864 os serviços para que este Hospital seja referência para atendimento em Orto-Trauma e neurotrauma. E que provavelmente o  
 865 Ministro estará também visitando o HGE – Hospital Geral do Estado onde a SESAB estará concluindo a reforma de todas as  
 866 Enfermarias do HGE e com isto o hospital votara a ter a Enfermaria Pediátrica funcionando. Informou que o Prefeito de Santo  
 867 Antônio de Jesus está em reunião com Assessoria do Ministro para tenta incluir na programação a assinatura do convenio do  
 868 aditivo da Prefeitura de Santo Antônio de Jesus para conclusão do Hospital. Dando continuidade, passou a palavra para Dr.  
 869 Geraldo Magela que registrou parabenizando o Secretário de Saúde do Estado da Bahia pela Portaria que alterarão o sistema de  
 870 administração do Hospital Luiz Eduardo Magalhães no extremo sul em Porto Seguro. O Senhor Coordenador informou que o  
 871 Hospital Luiz Eduardo Magalhães esta terceirizado com o Monte Tabor São Rafael que já finalizou o contrato e o Conselho de O.S  
 872 aprovou novo processo de seleção de licitação. Comunicou que está aberta a inscrição para novo processo de licitação para  
 873 qualquer O.S que queira se colocar para assumir a gestão do Hospital de Porto Seguro. O Senhor Coordenador passou a palavra  
 874 para Dra. Suzana Ribeiro para dar informe. Dra. Suzana Ribeiro informou que em conversa com DIPRO Dr. Humberto Torreão  
 875 houve um equívoco em relação ao informe que as DIRES passaram em relação à PPI porque a DIPRO orientou que não será feito  
 876 nenhum remanejamento da PPI. Pontuou que não terá discussão para remanejamento de AIH ou ambulatorial como já foi  
 877 colocado na última reunião da CIB, mas que a discussão e os critérios da nova PPI serão pactuados na próxima reunião do mês  
 878 de julho e os colegiados de Gestão Regionais que fizerem alguma discussão com relação à PPI será na direção da nova PPI e não  
 879 de revisão. Dr. Ricardo Heinzellmann coordenador da DAB - Diretoria de Atenção Básica colocou para apreciação e aprovação do  
 880 credenciamento do NASF II - Núcleo de Apoio à Saúde da Família para os Municípios de Iramaia, Lençóis, Mirangaba e Sítio do  
 881 Mato. Credenciamento de dois ACS - Agente Comunitário de Saúde em Adustina e credenciamento de cinco ACS no município de  
 882 Seabra. O Senhor Coordenador convidou Dr. Heider Pinto para pauta da DAB. Apresentou Resolução da CIB da Compensação  
 883 das Especificidades Regionais, onde define os critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à  
 884 Compensação das Especificidades Regionais. Informou os componentes; I Programa de Instituição Interfederada da Fundação  
 885 Estatal com 37% com o valor R\$ 586.052,39; II Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo e ao Programa  
 886 Estadual de Atenção às Populações Quilombolas com 10% e o valor R\$ 156.939,14; III Incentivo para Compensação de  
 887 Especificidades Regionais COM 42% e o valor de R\$ 666.991,35; Programa de Implantação e Desenvolvimento Micro-Regional  
 888 das Linhas de Cuidado e Educação Permanente para a Atenção Básica com 10,1% com o valor R\$ 158.508,53 totalizando um  
 889 recurso mensal segundo portaria R\$ 1.569.391,43 com prazo para homologação, novas adesões e reavaliação; no dia doze de  
 890 junho; CIB homologa a adesão dos municípios (1º momento); 2º momento de avaliação e novas adesões em Agosto. Colocou que  
 891 a partir de então a novas resoluções para tratar das Compensações para avaliações e adesões subseqüentes seriam  
 892 trimestralmente. Informou que o prazo foi alterado do dia doze para o dia treze de junho. Apresentou as ações e resultados  
 893 realizados pela DAB; Sítio Virtual da DAB/SAIS/SESAB, contato telefônico, envio de e-mail, envio de ofícios para DIRES e  
 894 municípios explicando as CER e convidando para atividade presencial e visitas e oficinas de apoio institucional contemplando os  
 895 cento e quarenta Municípios.  
 896

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO – APOIO CER-BA COMPONENTE I						Equipe: TODAS
Municípios Contatados	Municípios que Participaram da Atividade Presencial	Situação do Município				Não tem Interesse
		Assinou Protocolo Intenções	Intenção de Assinar	Anunciou Participação no Seminário e Oficina		
EQUIPE LESTE - NORDESTE						
58	26	0	5	--		0
CENTRO-NORTE CENTRO LESTE						
23	22	04 (por fax até 12/06)	7	19		0
EQUIPE NORTE						
7	3	1	--	7		0
EQUIPE OESTE						

17	13	1	7	17	0
EQUIPE SUL E EXTREMO-SUL					
23	21	11	1	6	0
EQUIPE SUDOESTE					
18	13	1	10	18	0
TOTAL GERAL					
146	98	17	30	67	0

897

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO – APOIO CER-BA COMPONENTE II					Equipe: TOTAL
Municípios Contatados	Municípios que Participaram da Atividade Presencial	Situação do Município			
		Fez Adesão	Fará Adesão até o dia 12 de junho	Só poderá fazer Posteriormente	Não tem Interesse
EQUIPE LESTE - NORDESTE					
58	26	0	3	1	0
CENTRO-NORTE CENTRO LESTE					
25	0	0	2	--	0
EQUIPE NORTE					
7	3	0	0	--	0
EQUIPE OESTE					
17	14	10	2	--	0
EQUIPE SUL E EXTREMO-SUL					
24	22	0	--	--	0
EQUIPE SUDOESTE					
0	0	0	--	--	0
TOTAL GERAL					
131	65	10	7	1	0

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO – APOIO CER-BA COMPONENTE IV					Equipe: TOTAL
Municípios Contatados (Pólo de Micro)	Municípios que Participaram da Atividade Presencial	Situação do Município			
		Fez Adesão	Fará Adesão até o dia 12 de junho	Pretende fazer no 2º Prazo	Não tem Interesse
EQUIPE LESTE - NORDESTE					
5	5	0	1	3	0
CENTRO-NORTE CENTRO LESTE					
7	--	0	--	--	0
EQUIPE NORTE					
3	3	0	--	--	0
EQUIPE OESTE					
3	2	1	2	--	0
EQUIPE SUL E EXTREMO-SUL					
6	6	0	2	--	0
EQUIPE SUDOESTE					
2	2	-	2	-	-

**NÚMEROS TOTAIS**

26	18	1	7	3	0
----	----	---	---	---	---

898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939  
940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961

Informou que a DAB fez contato com cento e quarenta e seis Municípios presencial com noventa e oito Municípios e assinarão protocolo conforme acordado dezessete municípios e trinta tem a intenção de assinar até o novo prazo dia treze do mês junho às 15h. Lembrou que no sitio virtual tem a minuta da Lei Municipal, Protocolo de Intenções e as diretrizes do que será a Lei Estadual. Colocou que o II componente teve adesão de dez municípios com intenção de aderir mais sete municípios. Informou que dos vinte e oito pólos de micro, a DAB conseguiu entra em contato com vinte e seis. Informou o conteúdo da Resolução CIB para aprovação aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação das Especificidades Regionais. 1. A importância estratégica da Atenção Básica na organização e consolidação do SUS; 2. O papel da Estratégia de Saúde da Família na re-orientação do modelo tecno-assistencial de saúde; 3. A atual situação da Atenção Básica no Estado da Bahia caracterizada por baixa cobertura, precarização das relações de trabalho, alta rotatividade dos profissionais, grande instabilidade das equipes, existência de um mercado predatório entre os municípios na contratação de profissionais, investimento insuficiente em educação permanente e baixa qualidade da atenção à saúde; 4. Que essa situação é ainda mais grave nos municípios de menor porte, mais distantes dos médios e grandes centros urbanos, de acesso mais difícil, com população em pior situação sócio-econômica, com populações rarefeitas em grandes áreas rurais e com menor capacidade fiscal, o que revela a característica iníqua da Atenção Básica na Bahia; a construção conjunta entre a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Bahia e Conselho Estadual de Saúde de uma nova Política de Atenção Básica na qual é importante, tanto para a expansão e qualificação da Estratégia de Saúde da Família quanto para a equidade geral do SUS Bahia, a viabilização de uma Carreira de Saúde da Família de abrangência estadual e a Instituição e Implementação da Fundação Estatal de Saúde da Família; 5. A grande diversidade de situações e condições dos municípios da Bahia com importante impacto na Atenção Básica à Saúde, no que diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), à arrecadação per capita, à densidade demográfica e aos gastos com populações migratórias como as relacionadas às culturas agrárias sazonais e acampamentos de luta pela terra; 6. A importância das ações estratégicas de qualificação da Atenção Básica através do processo de Implantação das Linhas de Cuidado e da articulação de uma Política de Educação Permanente que desenvolva e dê sustentação à sua efetiva implementação; 7. A necessidade de fortalecimento do processo de regionalização e de ampliação da capacidade de gestão e de educação permanente a partir do próprio âmbito micro-regional; 8. A Portaria GM nº 648/06, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes comunitários de Saúde - PACS; 9. A Portaria GM 1624/07, que regulamenta para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais - CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica, que define recursos financeiros correspondentes a 9% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do estado da Bahia; 10. A Portaria GM 698/06, que define que os critérios de aplicação dos recursos de compensação das especificidades regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartites – CIBs e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e serem regulamentados por ato normativo específico; 11. A Resolução CIB 106 de 24 de agosto de 2007 que aprova critérios para a distribuição dos recursos financeiros correspondentes à Compensação das Especificidades Regionais; 12. A Resolução CIB 144 de 09 de outubro de 2007 que aprova encaminhamentos junto ao Ministério da Saúde acerca do projeto de Compensações de Especificidades Regionais para a Bahia; 13. A Resolução CIB 90 de 02 de junho de 2008 que aprova critérios para a distribuição dos recursos e define prazo e sistemática de adesão aos programas propostos. Art.1º - Aprovar a distribuição dos recursos financeiros correspondentes aos 9% (nove por cento) do valor mínimo do PAB fixo, multiplicado pela população do Estado, para a Compensação das Especificidades Regionais. Art.2º - Esse valor será utilizado nos quatro componentes que compõem o Projeto de Compensações das Especificidades Regionais da Bahia (Apêndice I) conforme Resolução CIB 90 de 02 de junho de 2008. Art.3º - Trinta e sete vírgula quatro por cento (37,4%) do montante total previsto para o projeto das Compensações das Especificidades Regionais integrará o Componente I e será repassado aos fundos municipais de saúde dos municípios, indicados no Apêndice II, que assinaram Protocolo de Intenção (Anexo I-A) e aderiram ao Programa de Instituição Interfederada da Fundação Estatal Saúde da Família cuja finalidade principal é Instituir e Implementar a Fundação Estatal Saúde da Família, apresentada no Apêndice I. Art.4º - Dez por cento (10%) do valor total do recurso integrará o Componente II e será destinado aos Fundos Municipais de Saúde dos municípios que aderirem, através dos Anexos II-A e II-B, ao Programa Estadual para Populações Migratórias do Campo e de Atenção às Populações Quilombolas segundo os seguintes critérios: I- As áreas de cultura agrária sazonal consideradas nesse programa deverão coincidir com as informações e monitoramento realizado pela Secretaria de Agricultura do Estado da Bahia. II- Os dados relacionados às populações acampadas, uma das populações beneficiadas pelo programa, devem ser informados pelos municípios, movimentos e organizações agrárias e confirmados pelas DIRES e/ou INCRA e/ou Coordenação de Desenvolvimento Agrário-BA conforme as faixas populacionais propostas no Programa na Nota Técnica CER – BA (Apêndice III). III - Integram esse programa, populações quilombolas, de área de difícil acesso, devidamente reconhecidas pela Secretaria de Promoção da Igualdade Racial não contempladas na política específica prevista na Portaria GM nº 648/06 que define acréscimo de 50% no valor do PAB variável. IV- Também não serão contabilizadas para fins desse Programa populações de áreas de assentamento rural que já contam com recursos da mesma política citada na alínea anterior. V - Estão excluídos do Programa os municípios compreendidos dentre aqueles que estão entre os cinquenta por cento (50%) com maior arrecadação per capita, entre os cinquenta por cento (50%) com maior IDH do estado da Bahia, cobertura da estratégia de saúde da família menor que 60% da população ou ainda razão entre equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família menor que 0,5. VI - O valor dos recursos transferidos aos Fundos Municipais de Saúde está indicado no Apêndice II. VII - Os municípios deverão solicitar sua habilitação à Dires e à DAB que farão um parecer técnico que subsidiará a decisão da CIB. VII I- O repasse de recursos ao município, a cada trimestre, está condicionado à decisão da CIB subsidiada por avaliação da Dires e DAB quanto ao cumprimento das metas e alcance dos resultados previsto em Plano de Ação pactuado no processo de adesão de cada município. Art.5º - Quarenta e dois vírgula cinco por cento (42,5%) do valor total do recurso compõe o Componente III e será repassado aos fundos municipais de saúde conforme os critérios. §1º - Cada um dos Municípios que serão contemplados nesse componente estão listados no Apêndice II e se enquadram em uma das

962 duas condições seguintes: I- o município deve estar compreendido dentre o terço de municípios com menor arrecadação per  
963 capita e dentre o terço de menor IDH do estado da Bahia. II- o município deve estar compreendido dentre o terço de municípios  
964 com menor arrecadação per capita ou dentre o terço de menor IDH e possuir uma população menor ou igual a 30 mil habitantes e  
965 uma densidade demográfica menor ou igual à média do estado da Bahia (24,7 habitantes por quilômetro quadrado). §2º - O valor  
966 mensal repassado a cada município, conforme apresentado no Apêndice II, é igual à população do município multiplicada por vinte  
967 e oito centavos de real (R\$ 0,28). Art. 6º - Dez vírgula um por cento (10,1%) do montante total integra o Componente IV e será  
968 destinado aos Fundos Municipais, conforme Apêndice II, dos Municípios Pólo de Microrregião que aderiram, através de Termo de  
969 Compromisso (Anexo IV-A), ao Programa de Implantação e Desenvolvimento Microrregional das Linhas de Cuidado e Educação  
970 Permanente para a Atenção Básica, também detalhado no Apêndice I. Art. 7º - Caso o Município Pólo de Microrregião não queira  
971 aderir a esse componente, o Colegiado de Gestão Microrregional poderá indicar outro Município da mesma Microrregião para  
972 implantar o Núcleo Microrregional de Implantação das Linhas de Cuidado e de Educação Permanente para a Atenção Básica. Art.  
973 8º - Os Colegiados de Gestão Microrregional, as DIRES, a DAB e a Comissão Intergestores Bipartite/BA ficarão responsáveis pelo  
974 apoio, acompanhamento e avaliação das ações, metas e resultados pactuados com os municípios contemplados em qualquer um  
975 dos quatro componentes previstos no projeto de Compensações de Especificidades Regionais da Bahia. Art. 9º - Os municípios  
976 contemplados em qualquer um dos componentes deverão apresentar prestação de contas do recurso utilizado e avaliação de  
977 resultados alcançados conforme disposto no Relatório do Incentivo Estadual para a Saúde da Família, disciplinado em sua  
978 respectiva Nota Técnica. Art.10º - São critérios de suspensão parcial ou total dos recursos e de desabilitação do município do  
979 Programa CER-BA: I – O não cumprimento do que foi pactuado nos instrumentos de pactuação de cada componente, a saber:  
980 Protocolo de Intenções (Anexo I-A), Plano de Ação (Anexo II-B) e Termo de Compromisso (Anexo IV-A); II – A não observação do  
981 disposto no Artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (E.C. 29), na Portaria GM nº 648/06 ou na Resolução  
982 CIB 91 de 15 de maio de 2008 que disciplinam, respectivamente, a Política Nacional e a Política Estadual de Atenção Básica. §1º -  
983 O Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR) e as DIRES, identificando o descumprimento tratado nesse artigo, poderão  
984 recomendar à Diretoria de Atenção Básica (DAB) a suspensão de recursos e/ou desabilitação de um dado município. §2º - A DAB,  
985 mediante avaliação e acompanhamento próprio ou provocação do CGMR e das DIRES, deverá agir nesse caso em conformidade  
986 com o disposto na Resolução CIB 91 de 15 de maio de 2008 no que tange aos processos de suspensão de recursos, salvo  
987 posição em contrário da CIB. §3º - Constando desconformidade ou irregularidade no uso do recurso conforme finalidade do  
988 componente ou instrumento específico de pactuação previsto nessa resolução, o valor repassado deverá ser ressarcido através da  
989 suspensão proporcional do incentivo estadual para a saúde da família para aquele município. Art. 11º- Recursos não utilizados no  
990 Componente II, III e IV deverão ser utilizados no Componente I. Art. 12º- Num prazo de 2 meses a CIB vai, conforme os mesmos  
991 critérios, publicar novo apêndice 02 para contemplar municípios que efetivaram tardiamente sua adesão, a partir dessa data, novas  
992 publicações do apêndice dois serão trimestrais. Art. 13º- Num prazo de 8 meses a CIB vai avaliar os resultados da política de  
993 Compensações das Especificidades Regionais e debater novamente o conjunto do projeto. Art. 14º - A CIB ad referendum aprova  
994 o Apêndice II dessa resolução. Art. 15º- A CIB prorroga o prazo da primeira etapa de adesão aos Componentes I, II e IV até as 15  
995 horas do dia 13 de junho de 2008, iniciando, imediatamente posterior a esta data, a segunda etapa de adesão que deverá gerar  
996 nova resolução da CIB referente a esse tema no mês de agosto. Art. 16º- Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua  
997 publicação. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Jácea Santiago, Secretária de Saúde de Madre de Deus que  
998 informou não ter tido acesso a estas informações e ficou sem entender quando Dr. Heider fez a colocação referente aos recursos  
999 que foram destinados para cada um daqueles itens, quando refere a 37,4% para Programa de Instituição Interfederada da  
1000 Fundação Estatal; questionou o que quer dizer, por que estou com muitas dúvidas neste processo de construções das Fundações  
1001 Estatais. E como Município único poderia implantar este modelo de Gestão, como seria isto; e este recurso será destinado para  
1002 que. O Senhor Coordenador pontuou que o prazo sendo dia treze a publicação irá sair no Diário Oficial do Estado no mesmo dia  
1003 que o prazo espira, no entanto a DAB verificou com o Ministério e se caso não encaminhamos dentro do prazo não vai entrar na  
1004 pauta da CIT do dia dezoito do mês de junho. Dr. Heider Pinto lembrou que foi pactuado na CIB de esta disponível no portal  
1005 conforme consta em resolução CIB e que do ponto de vista de resolução não tem nada de novo nesta resolução é uma  
1006 sistematização das resoluções anteriores. Quanto às dúvidas com relação aos vários instrumentos durante este período todo a  
1007 DAB ficou entrando em contato com os Municípios para esclarecimento, sabendo que fica algumas dúvidas que seja normal  
1008 iremos realizar uma oficina aqui na SESAB dia doze do mês de junho às 08 horas para esclarecimentos dos três componentes e  
1009 tirando das dúvidas. O Senhor Coordenador lembrou do componente I que a DAB irá trabalhar são os recursos que ficaram  
1010 acordados para ser aplicados na Instituição da Fundação Estatal e o prazo para aprovação na Câmara dos Vereadores, o Termo  
1011 de Adesão não significa um compromisso que necessariamente o Município irá conseguir aprova no prazo. Esclareceu que a  
1012 SESAB irá encaminhar a documentação para o Ministério sendo aprovado e descentralizando recurso irá para o Fundo Municipal,  
1013 por sua vez a Secretaria Municipal deve pega o recurso e aplicar porque não poderá gastar o recurso com outra finalidade.  
1014 Pontuou que a finalidade do recurso é constituir o patrimônio que será utilizado pelo Município para ser uns dos instituintes da  
1015 Fundação; citou diante disto o Município não irá precisa colocar recurso próprio porque o Município recebeu recurso do Ministério.  
1016 Colocou que a SESAB não pode garantir que este projeto será aprovado na Assembléia Legislativa do Estado porque está sendo  
1017 construída uma proposta dentro do Governo que ainda está em tramitação com Casa Civil e Procuradoria para quando for fechada  
1018 com o Governo a proposta será encaminhada para Assembléia Legislativa como alvo de debate com os Deputados. Chamou  
1019 atenção que caso a Câmara dos Vereadores e Assembléia Legislativa não aprove teremos que trazer para discussão na reunião  
1020 da CIB - Comissão Intergestores Bipartite. Mencionou caso o Município gaste este recurso em outra finalidade o Estado poderá  
1021 junto a CIB aprovar que o Município faça a devolução do recurso. Dr. Heider Pinto colocou que na Resolução CIB consta que o  
1022 Município assinou o protocolo de intenções, conseguiu aprovar a Lei na Câmara Municipal então o Município será um co-instituinte  
1023 da Fundação o patrimônio que irá destacar irá para a Fundação, que é este dinheiro, ou o Município tentou, mas não conseguiu,  
1024 mas a Fundação foi instituída este dinheiro será doação e irá entrar quando o Município aderir fazendo contrato de Gestão etc.  
1025 Citou outra possibilidade não conseguiu aprovar a Fundação está previsto que a CIB irá dar outra destinação para o recurso, caso  
1026 o Município segure o dinheiro, está previsto que irá fazer uma prestação que vai fazer um encontro de contas com base no  
1027 incentivo Estadual de Saúde da Família. Dra. Suzana Ribeiro colocou as dúvidas de forma bem pratica questionando o recurso  
1028 quando chega o Município que estiver contemplado nos três componentes o recurso virá através da conta do PAB variável. Dr.

1029 Hêider Pinto afirmou que sim. Dra. Suzana Ribeiro pontuou: é preciso que os Municípios estejam em alerta porque vai entrar na  
1030 mesma conta do PAB variável, ou seja, PACS e PSF, e deste valor que entrará, o Município tem que separar e separar por dentro  
1031 o percentual destinado ao componente I da Fundação Estatal e abrir uma conta bancária específica no Município para depositar o  
1032 dinheiro. Dr. Hêider Pinto informou que no dia treze do mês de junho irá encaminhar a planilha de pagamento com resolução da  
1033 CIB para o Ministério e na sexta feira dia treze já vamos saber o valor mensal de cada Município. O Senhor Coordenador lembrou  
1034 que esta engenharia toda é porque não houve acordo com Ministério da Saúde e o CONASEMS para que este recurso fosse  
1035 repassado para o Fundo Estadual que seria muito mais fácil. Pontuou: o valor é mensal e a cada três meses quando for fazer este  
1036 processo teremos que refazer a conta porque vai aumentar o número de municípios que vão aderir e vai diminuir o valor que será  
1037 repassado para cada Município. Salientou que na verdade o valor não irá diminuir porque é um fundo único e em qualquer  
1038 momento vamos está sempre captando R\$ 586.052,39 (quinhentos e oitenta e seis mil e cinquenta e dois reais e trinta e nove  
1039 centavos), por mês, significando mais de R\$ 7.000.000,00 (sete milhões de reais) por ano sendo um valor considerado. O Senhor  
1040 Coordenador passou a palavra para Dr. Gerald Saraiva, Secretário de Saúde de Anagé. O mesmo questionou se o município que  
1041 já é contemplado com o auxílio por IDH- Índice de Desenvolvimento Humano, já recebe como é o caso de Anagé, não receberia o  
1042 item 2 porque o critério é excludente, aumentando isto para outros Municípios por que tem uma Portaria que diz que o município  
1043 que já é contemplado, é excludente não podendo fazer adesão ao termo III. Dr. Hêider Pinto explicou que já está recebendo o  
1044 termo III que é IDH - Índice de Desenvolvimento Humano e arrecadação per capita e que o valor é maior que o termo II, não vai  
1045 replicar mais dinheiro por causa da questão do termo II. Pontuou que a idéia é que os cento e vinte e dois municípios no Estado da  
1046 Bahia que estão recebendo o incentivo III que é o critério IDH e renda per capita; salientou que tem alguns municípios que não  
1047 estão dentro deste critério que tem mais baixa IDH e renda per capita que não é contemplado pela Política Federal. Informou que  
1048 quando a Política Federal reconhece dá 50% a mais do PAB variável. E os municípios que não são reconhecidos pela Fundação  
1049 Palmares e a SESAB, montaram a política para estes Municípios, população acampada também não recebe o PAB variável e  
1050 população migratória também entra no critério II. Quanto ao termo IV são os pólos de microrregião que vai está recebendo recurso  
1051 para montar os núcleos microrregionais de educação permanente e poder pagar o incentivo-bolsa para os profissionais das  
1052 Equipes da Saúde da Família para implantar as linhas de cuidado: materna infantil, saúde bucal, saúde do adulto e desenvolver  
1053 processo de Educação Permanente. Informou que em reunião com COSEMS foi fechado o termo de referencia para fazer a  
1054 seleção destes profissionais nos meses de junho e julho. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Núbia Leite Secretária  
1055 de Saúde de Riachão do Jacuípe. Questionou qual a regularidade que o Município vai esta recebendo o componente III. O Senhor  
1056 Coordenador informou que o Ministério da Saúde não publicou até o momento as portarias referente aos recursos deste ano e a  
1057 SESAB esta aguardando a liberação das novas portarias do Ministério da Saúde para que o recurso seja efetivado em depósito.  
1058 Lembrou que o Ministério está com problemas orçamentários pela não aprovação da CPMF e a SESAB espera que CSS seja  
1059 aprovado hoje. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e agendou a próxima reunião ordinária  
1060 para o dia 17 de julho de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,  
1061 lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 11 de junho de 2008.

1062  
1063 Jorge José Santos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
1064 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
1065 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
1066 Lorene Louise Silva Pinto \_\_\_\_\_  
1067 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus \_\_\_\_\_  
1068 Alfredo Boa Sorte Júnior \_\_\_\_\_  
1069 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
1070 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis \_\_\_\_\_  
1071 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
1072 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
1073 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_  
1074 Denise Lima Mascarenhas \_\_\_\_\_  
1075 Angeli Santos Matos \_\_\_\_\_  
1076  
1077  
1078