

Ata da 166ª Reunião Ordinária de 2008

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

1
2
3 Aos seis dias do mês de novembro 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, Alfredo
6 Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Denise Lima
7 Mascarenhas, Angeli Santos Matos e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo
8 Mota de Jesus, e Emerson Gomes Garcia. Às 09h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a
9 sessão colocando em discussão e aprovação as atas da 164ª e 165ª Reunião Ordinária, encaminhadas anteriormente aos
10 membros, que foi aprovada à unanimidade. Dando início à ordem do dia, o Senhor Coordenador efetuou a leitura dos
11 expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data, 88 municípios ainda não
12 encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; antes de dar seguimento a leitura dos informes o Senhor Coordenador
13 relatou que é feita a auditoria, e é dado a oportunidade de apresentar os esclarecimentos, defesa e depois que é publicado
14 ainda se pode ter um recurso. Ratificou que além do prazo antes da publicação do resultado final da auditoria, tem o prazo
15 após a publicação. 1.2 Foram encaminhados à Secretaria Executiva da CIB os Relatórios de Auditoria e Pareceres
16 Conclusivos, referente às Auditorias de Gestão realizadas nos municípios de Amélia Rodrigues, Ourolândia e Santa Luzia; o
17 Senhor Coordenador informou também que as resoluções ad referendum que seriam lidas a seguir tratavam-se de leitos de
18 UTI que foram encaminhados os pedidos de credenciamento, sendo leitos de UTI em funcionamento e serviços de Alta
19 Complexidade da rede que já tinham sido aprovadas em reunião da CIB, mas o Ministério solicitou processos separados para
20 cada serviço. Um outro ponto foi a resolução de numero cento e setenta e três referente a repasses de recursos adicionais
21 para ações de controle da dengue, que em função do prazo foi encaminhado juntamente com as outras ao Ministério da
22 Saúde. Houve também um projeto do Hospital Municipal de Candeias que necessitava de aprovação de projeto de captação de
23 recursos junto ao Ministério da Saúde. O Senhor Coordenador passou a palavra ao Senhor Raul Molina que explicou que
24 essas aprovações foram pactuadas no COSEMS no dia anterior, em virtude da possibilidade de se perder recursos para os
25 municípios, e nestas circunstâncias ficou acordado que seriam feitas aprovações ad referendum. O Senhor Raul Molina
26 informou também que está sendo feito, juntamente com uma comissão técnica, um trabalho de levantamento das disparidades
27 existentes entre os municípios com relação à prestação de serviços. Comentou que, sobre a região metropolitana o município
28 de Salvador vai participar juntamente com a equipe técnica para mostrar as ações que estão sendo feitas da Dengue. 1.3
29 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:
30

| Resolução Nº | | Publicação no DOE | Assunto |
|--------------|----------|-------------------|--|
| 155/2008 | Ad. Ref. | 11.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 10 Leitos de UTI Neonatal Tipo II, na Maternidade Clímério de Oliveira, no Município de Salvador. |
| 156/2008 | Ad. Ref. | 11.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 10 Leitos de UTI Adulto Tipo II, no Hospital Geral Manoel Victorino, no Município de Salvador. |
| 157/2008 | Ad. Ref. | 12.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 04 Leitos de UTI Adulto Tipo II, no Hospital Geral Clériston Andrade, no Município de Feira de Santana. |
| 158/2008 | Ad. Ref. | 12.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 08 Leitos de UTI Adulto Tipo II, no Hospital Geral de Vitória da Conquista, no Município de Vitória da Conquista. |
| 159/2008 | Ad. Ref. | 12.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 28 Leitos de UTI Neonatal Tipo II, na Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto, no Município de Salvador. |
| 160/2008 | Ad. Ref. | 12.09.08 | Aprova, ad referendum, o credenciamento de 10 Leitos de UTI Adulto Tipo II, no Hospital Geral Roberto Santos, no Município de Salvador. |
| 161/2008 | Ad. Ref. | 19.08.08 | Aprova, ad referendum, a habilitação do Hospital Santo Antônio/Obras Sociais Irmã Dulce, no Município de Salvador, como Centro /Núcleo de Implante Coclear |
| 162/2008 | Ad. Ref. | 01.10.08 | Aprova, ad referendum, o remanejamento do valor de R\$ 4.778.677,80 do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia, para o componente de Alta Complexidade em Orto-Trauma e Cardiologia do Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade do Município de Salvador. Republicado por ter saído com incorreções. |
| 163/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia para o Hospital Geral Manoel Victorino no Município de Salvador. |
| 164/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para a Real Sociedade Espanhola de Beneficência/Hospital Espanhol no Município de Salvador. |
| 165/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas no Município de Teixeira de Freitas. |
| 166/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia para o Hospital Municipal de Teixeira de Freitas no Município de Teixeira de Freitas. |
| 167/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital Geral de Vitória da Conquista no Município de Vitória da Conquista. |
| 168/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital Clériston Andrade no Município de Feira de Santana. |
| 169/2008 | Ad. Ref. | 13.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital do Oeste no Município de Barréiras. |

| | | | |
|----------|---------|------------------|--|
| 170/2008 | Ad.Ref. | 15.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para a Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil – Hospital Martagão Gesteira, no Município de Salvador. |
| 171/2008 | Ad.Ref. | 15.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital Geral Roberto Santos, no Município de Salvador. |
| 172/2008 | Ad.Ref. | 15.10.08 | Aprova, ad referendum, a Habilitação do Serviço de Alta Complexidade em Neurocirurgia para o Hospital Geral do Estado, no Município de Salvador. |
| 173/2008 | Ad.Ref. | 25 e 26.10.08 | Aprova, ad referendum, a proposta de repasse de recursos do Ministério da Saúde para os municípios prioritários e o Estado a fim de apoiar a intensificação das ações de controle da Dengue. |
| 174/2008 | Ad.Ref. | 29.10.08 | Aprova, ad referendum, o Projeto de Aquisição de Equipamento e Material permanente para a Unidade de Atenção Especializada do Hospital Municipal de Candeias. |

31
32 A Senhora Jesuína Castro informou que foi colocada na reunião do COSEMS a informação referente ao que o Estado já vem
33 fazendo em relação à situação difícil em que muitos municípios se encontram, sobretudo, os municípios que fazem parte da
34 região metropolitana do Estado, e com outros, que também já alguns anos vem sendo colocada, a dificuldade em função da
35 infestação elevada pelo vetor que transmite a doença e que a equipe está a disposição para orientá-los no sentido de uma
36 melhor alocação desses recursos. O Senhor Coordenador informou que a partir da próxima segunda feira estará sendo
37 veiculada uma campanha contra a Dengue, que será exclusivamente pelo rádio tanto em Salvador como no interior do Estado
38 totalizando três semanas de mídia contratadas para veicular a campanha. Informou que a equipe da SESAB que está em um
39 evento e quando retornar irá trazer um material feito pelo Ministério da Saúde referente à campanha e que este material será
40 disponibilizado para as secretarias municipais de saúde para que estas possam também divulgar internamente através de
41 rádios comunitárias, carros de som e outros meios de divulgação. A Senhora Denise relatou da necessidade de se reunir para
42 decidir a forma como as ações irão incidir nos municípios pequenos que têm grandes incidências de Dengue, pois o Estado vai
43 entrar com algumas ações, e ficou acordado para Senhora Jesuína apresentar que ações serão desenvolvidas nesses
44 municípios que não são prioritários. O Senhor Coordenador ressaltou que além da campanha de mídia que se irá se iniciar no
45 dia dez de novembro, o Estado está adquirindo uma frota de carros para todas as DRES para atuação com relação a Dengue,
46 além da compra de duzentas e cinqüentas máquinas de pulverização. Ressaltou também que no próximo dia doze
47 de novembro haverá uma atividade junto com o corpo de bombeiros com relação a continuidade das ações referentes ao combate
48 a Dengue na cidade do Salvador e a discussão da extensão das atividades para os municípios de porte regional que tem
49 agrupamento do corpo de bombeiro. Informou que neste dia doze já serão apresentados os contingentes do corpo de
50 bombeiros e quais cidades já se tem pessoal recrutado para trabalhar nas ações de reforço de combate a dengue. A Senhora
51 Stela Souza, Secretária de Saúde de Jequié informou que o tiro de guerra do seu município já atua na campanha de combate a
52 dengue e que esta é uma participação muito importante. O Senhor Raimundo Brito, Secretário de Saúde de Salvador informou
53 que a COELBA, a exemplo do que aconteceu no ano passado também vai apoiar no combate a Dengue. O Senhor
54 Coordenador informou que está se finalizando o diagnóstico da situação atual, onde serão apontados os municípios em função
55 do nível de infestação predial. A Senhora Ana Cristina informou que existem municípios pequenos que estão em situação difícil
56 por não terem sido contemplados com recursos, pois alguns têm dificuldades de executar as ações de combate a dengue. O
57 Senhor Coordenador informou que, com relação ao município de Itabuna, na última reunião da Tripartite, foi aprovado pelos
58 representantes do Ministério da Saúde CONASS e CONASEMS o processo de desabilitação de Itabuna e houve por parte do
59 município a entrada na justiça com o mandato de segurança contra a decisão da Bipartite e Conselho Estadual de Saúde,
60 solicitando que a justiça tomasse uma decisão liminar para evitar a desabilitação. Informou que este é um precedente
61 complicado, pois se cada município que se achar prejudicado de uma decisão da Bipartite entrar na justiça, perde-se a
62 capacidade total de pactuação de uma instância como a CIB assim como os órgãos de controle social, como o Conselho
63 Estadual de Saúde, quanto a Bipartite que é a instância de pactuação entre Estado e municípios. Comentou que em função
64 disto, mesmo considerando que a desembargadora deu uma liminar favorável ao pedido do município de Itabuna,
65 considerando que esta decisão foi feita fora da data na medida que a decisão a Bipartite já tinha se posicionado, publicada a
66 resolução no Diário Oficial do Estado e encaminhando para o Ministério da Saúde, mesmo considerando que a justificativa da
67 desembargadora era que a desabilitação iria paralisar o sistema de saúde do município foi feito um acordo com o Ministério da
68 Saúde na figura do CONASS e o CONASEMS que esta decisão da Bipartite só vai se aplicar a medida que essa liminar seja
69 revogada. Comentou que o governo do Estado através da procuradoria entrou com o pedido de revogação da liminar, e tudo
70 indica que esta liminar deve ser revogada nos próximos dias. Relatou que a situação do município de Itabuna está ainda pior
71 do que quando foram feitas as visitas por parte da equipe da SESAB. Informou que na semana passada o Hospital de Base de
72 Itabuna só não teve a energia cortada porque o próprio Ministério Público Estadual, na figura do Doutor Fael intercedeu junto a
73 COELBA para evitar o corte de energia, pois estavam a um ano sem pagar as contas de energia das unidades públicas de
74 saúde do município. Relatou que esta é uma situação vexatória o que está acontecendo no município de Itabuna. Relatou que
75 o Estado a poucos dias teve que mandar uma UTI aérea buscar um paciente para submeter a um procedimento cirúrgico que
76 poderia ser feito no município. O Senhor Emerson relatou que essa atitude de entrar na justiça foi uma atitude vergonhosa até
77 porque teve a participação um membro do COSEMS que expôs de uma forma desagradável o COSEMS/Bahia junto ao
78 CONASEMS, informou que no dia anterior na reunião deliberativa dos diretores foi deliberado um moção de agravo ao membro
79 do COSEMS enquanto gestão municipal porque a gente entende pois esse não é um comportamento de um gestor que
80 conhece e que sabe quais são os parâmetros de uma gestão do Sistema Único de Saúde e não é expondo o Sistema de
81 Saúde desta forma que vai resolver o problema. Reforçou que queria deixar registrado que o COSEMS não apóia este tipo de
82 comportamento. O Senhor Alfredo Boa Sorte informou que na reunião da CIT que aconteceu na semana passada tinha sido
83 pactuada a definição por parte do Ministério da Saúde dos recursos para Dengue em vários Estados que apresentaram suas
84 propostas de municípios prioritários e a Bahia não tinha sido contemplada por que não se teve uma reunião da CIB antes e
85 devia ser enviada imediatamente a solicitação para que a Bahia entrasse na relação de Estados contemplados, o qual foi

86 informado pelo Senhor Coordenador que esta solicitação já tinha sido enviada. Dando continuidade, o Senhor Coordenador
 87 passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE
 88 VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 1.1 Solicitação de aprovação das remoções dos servidores da
 89 FUNASA, cedidos à SESAB. **Aprovado**

90

91

92

2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB/DAGE/DGC:

2.1 Credenciamentos:

| Solicitação | Especificação | Município |
|---|-------------------------------------|---|
| NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família | 01 NASF Tipo I Aprovado | Wenceslau Guimarães Araci |
| | 02 NASF Tipo I Aprovado | Jacobina |
| ESB – Equipe de Saúde Bucal | 01 ESB Modalidade I Aprovado | Muquém do São Francisco Paulo Afonso Firmino Alves Contendas do Sincorá Dias D'Ávila Riachão do Jacuípe (PSF de Ranchinho) |
| | 02 ESB Modalidade I Aprovado | Nova Viçosa (unidades 03 e 11) |
| | 06 ESB Modalidade I Aprovado | Monte Santo |
| ACS – Agente Comunitário de Saúde | 05 ACSI Aprovado | Tucano |
| ESF- Equipe Saúde da Família | 01 ESF Aprovado | Paulo Afonso Paramirim Contendas do Sincorá Antônio Gonçalves |

93

94

2.2 Habilitação em Internação Domiciliar dos hospitais da Rede Própria da SESAB:

| Município | Serviço Hospitalar | Nº de Equipes |
|----------------------|--|--------------------|
| Salvador | Hospital Geral Roberto Santos | 04 Aprovado |
| | Hospital Geral do Estado | 02 Aprovado |
| | Hospital Geral Ernesto Simões | 02 Aprovado |
| | Hospital São Jorge | 02 Aprovado |
| | Hospital João Batista Caribé | 02 Aprovado |
| Lauro de Freitas | Hospital Menandro de Farias | 02 Aprovado |
| Feira de Santana | Hospital Geral Clériston Andrade | 03 Aprovado |
| Vitória da Conquista | Hospital Geral de Vitória da Conquista | 02 Aprovado |
| Ilhéus | Hospital Luis Viana Filho | 02 Aprovado |
| Jequié | Hospital Prado Valadares | 02 Aprovado |
| Total | 10 | 23 Aprovado |

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

A Senhora Stela Souza, questionou quando vai estar efetivamente funcionando estas equipes, a qual foi informada pelo Senhor Coordenador que especificamente no município de Jequié está se terminando o processo de seleção, pois, os médicos que tinham sido selecionados não ficaram, mas terminou o processo seletivo essa semana e dois novos médicos devem estar assumindo a partir da próxima semana. Dando continuidade seguiu-se com o ponto de pauta 2.3 Credenciamento de Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD, nos municípios de Wenceslau Guimarães e Itanhém, com parecer favorável da Área Técnica de Saúde Bucal; **Aprovado** 2.4 Implantação de Vasectomia e Ligadura de Trompas no Hospital Vicente Vieira, no Município de Belo Campo, com parecer favorável da Área Técnica de Saúde da Mulher. **Aprovado** 3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/DIPRO: 3.1 Habilitação dos procedimentos de Vasectomia e Laqueadura Tubária para a Unidade APMI – Associação de Proteção à Maternidade e a Infância – CNES 2524996, no município de Ubaitira; **Aprovado** 3.2 Credenciamento de CAPS I nos municípios de Ituberá, Maracás, Ipecaetá, Santa Luz e Boquira. **Aprovado** 4. PROJETO SAÚDE BAHIA: 4.1 Extensão do prazo dos Termos de Compromisso de 03 municípios oriundos do Projeto Saúde Bahia: Macururé, Marau e Planaltino; **Aprovado** 4.2 Alteração de valor dos Termos de Compromisso de 05 municípios oriundos do Projeto Saúde Bahia: Araçás, Jussara, Mulungu do Morro, Pedro Alexandre e América Dourada. **Aprovado**. O Senhor Coordenador informou que com relação à proposta do prédio anexo, teria espaço para o COSEMS, para o Conselho Estadual, sala de informática e outras dependências, e que foi anunciado no dia da comemoração do dia do servidor, já foi feita a contratação por parte da SUCAB da empresa que vai fazer os projetos. Dando continuidade, o Senhor Coordenador solicitou a antecipação do ponto de pauta 4.2 Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço, tendo sido acordado por todos. A Senhora Maria Caputo iniciou a apresentação comentando que as secretarias de saúde receberam um e-mail que trata da necessidade de capacitação de educação permanente e de gestão do trabalho para poder compor os planos microrregionais de educação permanente. Informou que até a primeira semana de dezembro vai ter que apresentar o plano estadual de educação permanente. Dando continuidade informou que é competência da SUPERH/ DGETS dar apoio aos Colegiados de Gestão Regional de cada uma das nove macro-regiões do Estado, na elaboração do Plano Regional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Informou também que se

119 encaminhou a proposta de implantação/implementação do plano de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em
 120 Saúde para os 417 Municípios (via e-mail/ correio). As especificações da proposta foram: Documento pontuando os conceitos
 121 de Gestão do Trabalho e Educação Permanente a fim de afirmar a importância da construção do Plano e executar as ações
 122 propostas na Política Estadual de GT e EPS; Instrumento orientador (passo a passo) no levantamento das necessidades de
 123 Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde municipais. Documentos de referência: Plano Municipal de Saúde,
 124 Conferências Municipais de Saúde e Plano Plurianual Participativo; Período para encaminhamento da proposta de Gestão do
 125 Trabalho e da Educação Permanente em Saúde do município: 22/09/2008 (via e-mail) e 10/10/2008 (via correio); Realização
 126 de 9 Seminários Macrorregionais para a construção de Planos Microrregionais de Gestão do Trabalho e da Educação
 127 Permanente em Saúde; Diante do momento político não foi possível a realização dos Seminários Macrorregionais; Optou-se
 128 por realizar oficinas Microrregionais por meio do CGMR para construção de Planos Microrregionais de Gestão do Trabalho e
 129 da Educação Permanente em Saúde. Com relação aos resultados obtidos segue segundo quadro abaixo:
 130

| Datas dos CGMRs | CGMR | Quorum | Atividade realizada | Encaminhamentos |
|-----------------|-------------------|--------|---|---|
| 14/10/08 | Ribeira do Pombal | Não | Apresentação da Proposta de elaboração do Plano de GT e EPS | |
| 15/10/08 | Jequié | Não | Apresentação da Proposta de elaboração do Plano de GT e EPS | |
| 15/10/08 | Ilhéus | Sim | Apresentação da Proposta de elaboração do Plano de GT e EPS | Realização de oficinas Municipais para levantamento das necessidades de GT e EPS; Formação de GT para consolidação de única proposta Microrregional; Entrega de proposta Microrregional de GT e EPS até 15/11/2008 à CIES estadual. |

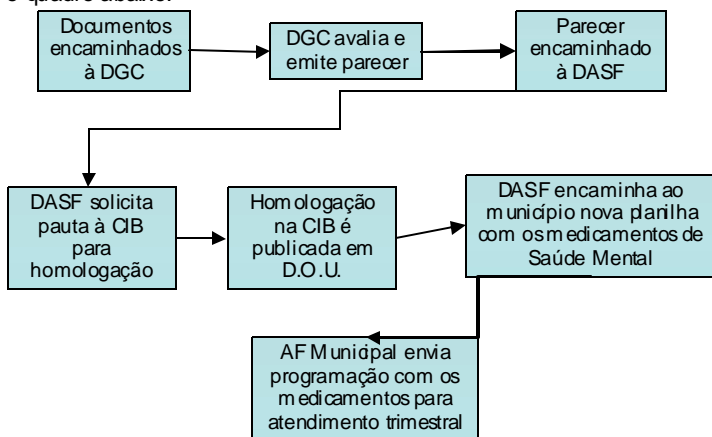
131 Neste momento a Senhora Maria Caputo informou que a idéia era depois de apresentar essa proposta de subsídio que se tem
 132 para que esta comissão possa fazer o Plano Estadual, era nomear uma comissão que possa estar trabalhando desde já até o
 133 fim do mês para que na primeira semana do mês de dezembro possa ser apresentado ao Ministério da Saúde o Plano
 134 Regional de Educação Permanente. Dando continuidade mostrou as atividades realizadas nos dias quinze e vinte e um de
 135 outubro, conforme quadro abaixo:
 136
 137

| Datas dos CGMRs | CGMR | Quorum | Atividade realizada | Encaminhamentos |
|-----------------|--------------|--------|--|---|
| 15/10/08 | Porto Seguro | Sim | Recuperação do Plano Microrregional de GT e EPS já elaborado pela microrregião. | Consolidação do Plano Microrregional de GT e EPS de acordo com a Agenda Estadual de 2008. Prazo: 06/11/2008 |
| 21/10/08 | Brumado | Sim | Apresentação da Proposta de elaboração do Plano de GT e EPS, Construção do Plano de GT e EPS microrregional. | Envio da proposta para a CIES estadual. |

138 Em seguida informou que do e-mail que foi enviado, 40 municípios levantaram as necessidades de Gestão do Trabalho e da
 139 Educação Permanente em Saúde: Abaré, Alagoinhas, Antas, Barra do Rocha, Barreiras, Brejões, Brumado, Cafarnaum,
 140 Camaçari, Campo Formoso, Catu, Chorrochó, Condeúbas, Curaçá, Dias D'Ávila, Ibicuí, Ilhéus, Ipecaetá, Iramaia, Itanagra,
 141 Itapicuru, Livramento de Nossa Senhora, Maracás, Medeiros Neto, Miguel Calmon, Mortugaba, Mulungu do Morro, Muquém do
 142 São Francisco, Nova Redenção, Paripiranga, Remanso, Ribeira do Pombal, Salinas das Margaridas, Santo Antonio de Jesus,
 143 São Domingos, São Sebastião do Passé, Sento Sé, Tabocas do Brejo Velho, Valença, Várzea Nova, Vitória da Conquista.
 144 Assim como duas Microrregiões construíram os Planos de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde
 145 microrregionais e uma Microrregião (Ilhéus) entregará o Plano de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde
 146 dia 15/11/2008 à CIES estadual. A Senhora Maria Caputo continuou com a apresentação e comentou sobre as Principais
 147 necessidades levantadas, que foram Implantar Núcleos de Educação Permanente e Gestão do Trabalho nos municípios da
 148

149 microrregião de Porto Seguro; Implantar o Núcleo Microrregional de Educação Permanente com foco no desenvolvimento das
150 linhas de cuidado em saúde; Qualificar/capacitar os trabalhadores de saúde da Atenção e da Gestão; Desenvolver e
151 potencializar ações de Educação Popular em Saúde; Estimular e implementar ações / dispositivos de Humanização na rede de
152 saúde dos municípios da microrregião de Porto Seguro; Articular ações/políticas intersetoriais a fim de potencializar a
153 resolutividade do sistema regional de saúde; Estimular o desenvolvimento de ações intersetoriais tendo em vista a promoção
154 da saúde; Criação ou Revisão do Plano de Carreira, Cargos e salários (PCCS) nos municípios da microrregião; Elaborar
155 estratégias para valorização dos trabalhadores da saúde a fim de promover a vinculação e a permanência destes nos
156 municípios da microrregião; Garantir o acesso aos postos de trabalho da rede pública dos municípios através de concurso
157 público; Criar espaços de negociação permanente para os trabalhadores e gestores do SUS; Desprecarizar os vínculos dos
158 Agentes Comunitários de Saúde, agentes de endemias e agentes de saúde indígena; Implantação de sistemas de informação
159 em Recursos Humanos; Realizar programação de Educação Permanente em serviço; Criação do comitê regional para
160 desprecarização do Trabalho em Saúde. A Senhora Maria Caputo informou que estas necessidades foram levantadas pelo
161 município de Porto Seguro e em seguida apresentou as propostas do município de Brumado que foram: Implantar ações de
162 Saúde do Trabalhador, através de ações de educação permanente de Vigilância em Saúde do Trabalhador e capacitação de
163 agrotóxicos para profissionais; Mudar o modelo de atenção (para o modelo de vigilância a saúde) através de capacitação para
164 gestores, técnicos e profissionais em geral; Qualificar profissionais do PSF nas seguintes áreas: Acolhimento, organização do
165 processo de trabalho, Câncer, Imunização, triagem neo-natal, citopatológico, saúde reprodutiva (DST/AIDS), Saúde Mental,
166 IRA, TB, S. da criança, atendimento ao idoso, gestante, diabéticos, hipertensão em odontologia; Qualificar a gestão do Fundo
167 Municipal de Saúde garantindo ao gestor autonomia; Fixar Profissionais dos municípios, através da desprecarização dos
168 vínculos de trabalho por meio de concurso PCCS; Ampliar recursos da saúde- Pleiteando convênios e outros meios; Implantar
169 CEREST e Centro de DST/AIDS em Brumado e capacitar os profissionais para atuarem nesses locais; Implantar a CIES na
170 microrregião e capacitar os representantes da SESAB; Estruturar fisicamente os hospitais e unidades da microrregião;
171 Melhorar a participação popular no Conselho de Saúde do SUS através do fortalecimento do Controle Social, capacitação dos
172 conselheiro e efetivação do Mobiliza-SUS; Integrar a gestão participativa e o controle social em todas as instancias do SUS
173 através de capacitações e oficinas presenciais; Implantar CEO regional e capacitar os profissionais que atuarão no mesmo. A
174 Senhora Maria Caputo reforçou que a idéia era a necessidade de deixar uma comissão de quatro pessoas da CIB para formar
175 essa comissão e seria interessante já nomear os integrantes dessa comissão e já marcar uma data para o começo dos
176 trabalhos. O Senhor Raul Molina informou que essa questão foi discutida na reunião do COSEMS e um dos municípios que
177 estão nesse processo, é o município de Ilhéus e chamou a atenção que junto com as ações que a SUPERH está fazendo,
178 algumas superintendências também estão fazendo algo na mesma linha, o que acarreta em algumas ações paralelas, que
179 podem ser melhor distribuídas e inclusive esta comissão que foi levantada poderia sanar tudo isso. Informou também que o
180 próprio COSEMS já tem uma comissão que já foi designada para a educação permanente. A Senhora Denis e informou que há
181 muitas comissões, muita avaliação a ser feita e não há tempo hábil para todas essas ações. Lembrou que se está em final de
182 gestão e o gestor não pode sair com frequência do município. A Senhora Stela Souza informou que gostaria de sugerir que a
183 comissão que já foi formada para tratar da educação permanente fosse reduzida, uma vez que ela contava com 25 gestores,
184 mas que poucos participavam realmente. Reforçou que não pode se deslocar constantemente para Salvador. O Senhor Raul
185 Molina informou que a Senhora Maria Caputo sugeriu uma comissão provisória, pois é sabido que haveria mudanças no ano
186 seguinte e se teria que fazer uma comissão definitiva depois. A Senhora Aldeci, técnica de Ilhéus, sugeriu que esta comissão
187 fosse composta por todas as câmaras da SESAB que também trabalham nessa linha de educação permanente e informou que
188 hoje está acontecendo um seminário de educação permanente, com a questão do ensino-serviço, pro-saúde, humaniza SUS
189 são todas na mesma proposta de rever a questão do perfil, formação e qualificação estruturando de que forma pode-se
190 aproveitar melhor o tempo e os recursos. O Senhor Coordenador informou que os itens 4.3 e 4.1 da pauta, Curso Nacional de
191 Qualificação para Gestores do SUS em parceria com a ENSP e Reordenamento dos projetos educativos para profissionais de
192 nível médio com recursos oriundos da Portaria Nº 1996 respectivamente, foram adiados para próxima reunião e que o item 4.3
193 se refere a um curso com a ENSP para qualificação de gestores e antes da próxima reunião a superintendência de recursos
194 humanos – SUPERH vai negociar com o COSEMS as propostas de distribuição das vagas por macro região para participação
195 de profissionais dos municípios e da secretaria municipal de saúde. Dando continuidade a Senhora Fernanda Rodrigues iniciou
196 a apresentação informando que a primeira pauta seria em relação a portaria 344, que são os chamados medicamentos de
197 saúde mental da atenção básica. As pautas a serem discutidas são: Retificação dos 3º e 4º parágrafos do artigo 2º da
198 Resolução CIB nº 48/2008; Redefinição do fluxo de habilitação dos municípios para aquisição dos medicamentos de Saúde
199 Mental na Atenção Básica; Habilitação do município de Itanagra para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental da
200 Atenção Básica; Retificação do parágrafo 1º do artigo 1º da Resolução CIB nº 127/2008 e redefinição do elenco de referência
201 pactuado. Com relação a resolução CIB numero quarenta e oito foi aprovada logo após a publicação da portaria ministerial três
202 mil duzentos e trinta e sete da atenção básica e se teria que pactuar como seria feita a execução do recurso e como seria feito
203 o fluxo e foi pactuado na resolução numero quarenta e oito e ela aprova a forma de pactuação entre Estado e municípios e o
204 elenco de referência do componente da assistência farmacêutica na atenção básica para o cumprimento da portaria três mil
205 duzentos e trinta e sete a ser considerado no cumprimento da contra partida municipal/estadual até a conclusão da revisão da
206 relação estadual dos medicamentos essenciais. Informou que essa resolução foi pactuada na CIB em março e ela aprova a
207 forma de pactuação entre Estado e Municípios e o elenco de referência do componente da Assistência Farmacêutica na
208 Atenção Básica para cumprimento da Portaria MS nº 3.237/07 a ser considerado no cumprimento da contrapartida Municipal e
209 Estadual até a conclusão da revisão da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais. Informou que a proposta artigo de
210 pactuação inclui o fluxo de atendimento dos medicamentos de Saúde Mental: Parágrafos 3º e 4º do Artigo 2º. Permanência da
211 classificação dos municípios para aquisição dos medicamentos de Saúde Mental: Habilitação e definição dos municípios por
212 classes: IA, IB, IIA, IIB, III, III-CA PS, IV e IV-CA PS. Cada classe é determinada por um elenco específico de medicamentos:
213 Deficiência = Não constam nas classes todos os medicamentos disponíveis. Informou que após discussões se verificou que
214 não havia necessidade dessas classificações e que todos municípios deveriam ter acesso a todos medicamentos por se tratar
215 da atenção básica e por isso se necessitou modificar esses dois parágrafos. Com relação às retificações, seria Parágrafo 3º do

216 artigo 2º: Onde se lê: Mantêm-se a obrigatoriedade de avaliação pela Comissão Estadual de Saúde Mental e aprovação da CIB
 217 para os municípios receberem os medicamentos inseridos na Portaria nº. 344/98. Leia-se: Mantêm-se a obrigatoriedade de
 218 avaliação e parecer da Área Técnica de Saúde Mental (DGC/SAIS), e aprovação da CIB, para habilitação dos municípios na
 219 aquisição dos medicamentos inseridos na portaria nº. 344/98 referentes à Saúde Mental na Atenção Básica. Parágrafo 4º do
 220 artigo 2º: Onde se lê: Mantêm-se o elenco de medicamentos inseridos na Portaria nº. 344/98 por classe da habilitação do
 221 município definida pela Comissão Estadual de Saúde Mental. Leia-se: Para a aquisição dos medicamentos da Saúde Mental
 222 na Atenção Básica, não mais será considerada a definição dos municípios habilitados por classes IA, IB, IIA, IIB, III, III-CA PS,
 223 IV e IV-CA PS. Todos os municípios já habilitados receberão todos os medicamentos disponíveis na SESA B para Saúde Mental
 224 na Atenção Básica. Os municípios não habilitados, deverão se habilitar de acordo com os procedimentos e fluxos determinados
 225 para que possam adquirir os referidos medicamentos previstos na Portaria nº. 3.237/07. Com relação ao Fluxo para habilitação
 226 dos municípios na aquisição dos medicamentos de Saúde Mental na Atenção Básica, foram detectadas algumas deficiências
 227 em relação a como coordenar esse fluxo e essa questão foi redefinida com a Portaria MS nº. 3.237/2007 que trata da Inclusão
 228 dos medicamentos de Saúde Mental no elenco da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Pactuação em CIB de
 229 06/03/2008: Permanência da necessidade de habilitação dos municípios para aquisição dos medicamentos: Profissionais
 230 responsáveis: Garantia do serviço à população. Necessidade de redefinição do fluxo dos municípios para aquisição dos
 231 medicamentos de Saúde Mental na Atenção Básica: Diretorias envolvidas: DASF e DGC. Atualmente: 22 municípios não
 232 habilitados. Foram definidos que as solicitações de Habilitação dos municípios para aquisição dos medicamentos de Saúde
 233 Mental são encaminhadas diretamente à DGC – Área Técnica de Saúde Mental. Documentos necessários: Ofício solicitando a
 234 habilitação em Saúde Mental anexado aos documentos; Termo de Adesão para aquisição dos medicamentos de Saúde
 235 Mental; Termo de Responsabilidade do Farmacêutico Responsável; Termo de Identificação do(s) profissional(is) prescriptor(es);
 236 Alvará Sanitário do Estabelecimento, emitido pela VISA municipal, onde serão armazenados e disponibilizados os
 237 medicamentos no município; Projeto referente aos serviços de Saúde Mental no município contendo: Justificativa, Objetivo(s),
 238 Capacidade Instalada, Equipe que compõe o serviço, além dos serviços a serem oferecidos. Informou que a equipe deve ser
 239 definida da seguinte forma: Farmacêutico responsável; Médico Psiquiatra ou Clínico (para aqueles municípios que não
 240 dispõem de Psiquiatra); Enfermeiro; outro profissional de nível superior, como Psicólogo, Assistente Social ou Terapeuta
 241 Ocupacional; Auxiliar ou Técnico de Enfermagem. Informou que, com relação ao fluxo para habilitação se daria de acordo com
 242 o quadro abaixo:



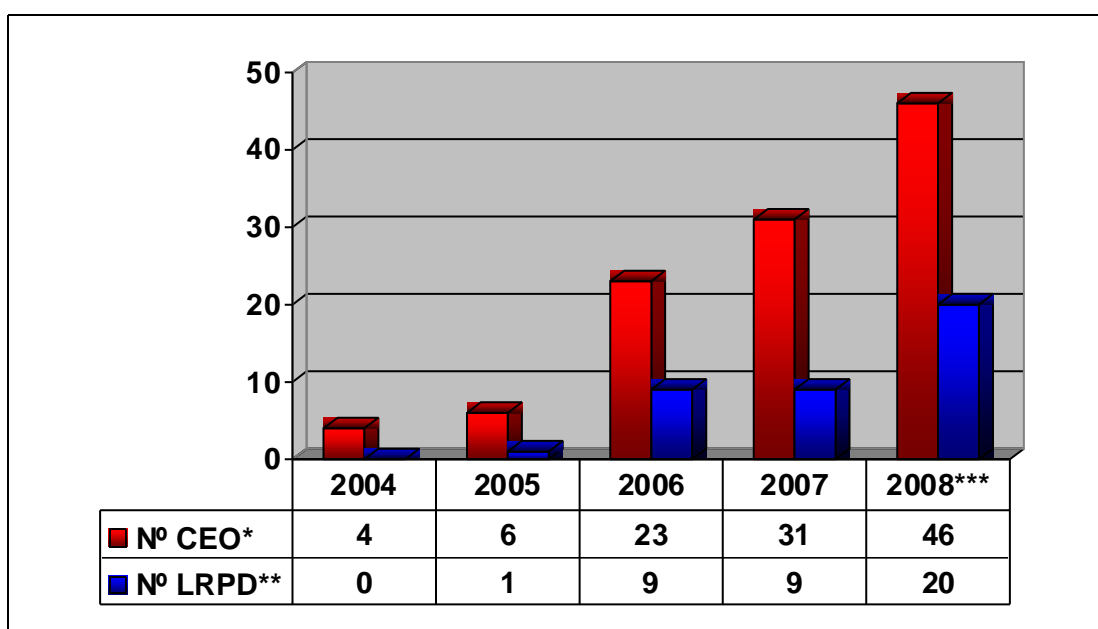
243 Com relação a resolução CIB numero cento e vinte e sete, houve uma necessidade de retificação nos seguintes itens:
 244 Parágrafo 2º do artigo 1º: Duplicidade de entendimento por parte das Assistências Farmacêuticas Municipais. Descrição do
 245 elenco de referência: Descrição realizada em lista única. Com relação às retificações, estas se referem a Parágrafo 2º do artigo
 246 1º: Onde se lê: Os medicamentos pactuados na resolução CIB nº 87/2008, que não constam na RESME, poderão ser
 247 adquiridos com os recursos das contrapartidas municipais e estadual até o prazo de um ano após a publicação dessa
 248 resolução, tendo em vista ser o prazo suficiente para cumprimento dos contratos realizados para aquisição desses
 249 medicamentos. Leia-se: Os medicamentos pactuados na resolução CIB nº 87/2008, que não constam na RESME, poderão ser
 250 adquiridos com os recursos das contrapartidas municipais e estaduais até o prazo de um ano após a publicação dessa
 251 resolução. Com relação a retificação da descrição do elenco de referência, esta ficaria da seguinte forma: Descrição do elenco
 252 de referência: A descrição do elenco de referência será realizada por esfera: Elenco de referência municipal: o município
 253 deverá utilizar os recursos da sua contrapartida para adquiri-los. Elenco de referência estadual: o estado deverá adquirir e
 254 distribuir os medicamentos aos municípios com a contrapartida prevista na portaria nº. 3.237/2007.
 255 O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dr. Amauri Teixeira formalizou que contagem de data de dispositivo modificado e
 256 uma norma contam a partir da modificação. O Senhor Coordenador colocou em votação, não havendo nenhuma objeção foi
 257 considerado aprovado. O Senhor Coordenador convidou Dra. Jaqueline para apresentar a proposta de aprovação do 3º
 258 critério para habilitação de CEO e LRPD no Estado da Bahia. Dra. Jaqueline, técnica da área de Saúde Bucal, no momento
 259 representando a Diretora Débora do Carmo que necessitou se ausentar. Dra. Jaqueline lembrou que há quase um ano atrás
 260 apresentou a CIB três critérios do Centro de Especialidade Odontológico – CEO, sendo dois aprovados no dia treze de
 261 novembro de dois mil e sete; citou os dois critérios aprovados: os municípios com população maior ou igual a 100 mil
 262 habitantes poderão solicitar habilitação do CEO tipo 1, 2 ou 3, mediante apresentação de um Projeto, conforme critérios
 263 estabelecidos pela área técnica de saúde bucal; os municípios com população entre 30.000 e 99.999 habitantes, poderão
 264 solicitar a habilitação do CEO tipo 1 ou 2, desde que possua cobertura de saúde bucal na estratégia de saúde da família igual
 265 ou superior a 50%. Cobrou que com estes dois critérios a área Técnica de Saúde Bucal teve um incremento de número de
 266

267 CEO no Estado que é 46 (quarenta e seis) CEO com portaria de custeio, sendo custeado pelo Ministério da Saúde
 268 regularmente. Apresentou a localização dos CEO no Estado da Bahia.
 269
 270
 271
 272
 273

| MACRO | Número de CEO |
|--------------|---------------|
| Extremo Sul | 8 |
| Sul | 3 |
| Nordeste | 3 |
| Oeste | 3 |
| Norte | 3 |
| Centro-Norte | 8 |
| Leste | 11 |
| Centro-Leste | 4 |
| Sudoeste | 8 |

274
 275
 276

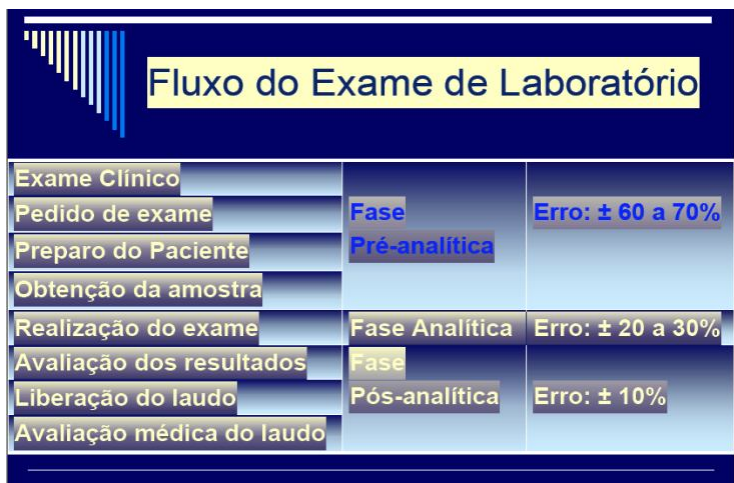
Mostrou o processo de evolução do número de CEO e LRPD na Bahia, nos anos de 2004 a 2008.



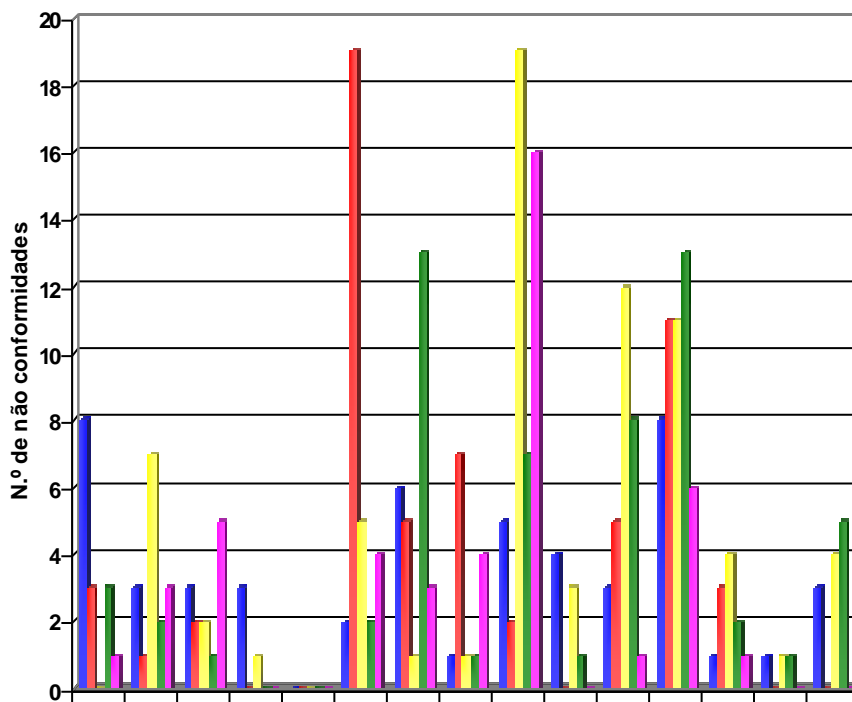
277 Apresentou o terceiro critério para habilitação de centros de especialidades odontológicas que foi discutido com uma comissão
278 formada pelo COSEMS e área técnica de saúde bucal para aprovação da CIB. Para os municípios com população abaixo de
279 30 mil habitantes, a habilitação do CEO tipo 1 poderá ser solicitada, desde que o município possua cobertura de saúde bucal
280 na Estratégia Saúde da Família igual ou superior a 80%. E critérios para habilitação dos laboratórios regionais de próteses
281 dentárias - LRPD no estado da Bahia. Qualquer município que possua CEO - Centro de Especialidades Odontológicas, em
282 funcionamento, poderá pleitear credenciamento para LRPD. E quando o município não possuir CEO, este poderá pleitear
283 LRPD, desde que possua cobertura de saúde bucal na Estratégia saúde da Família igual ou superior a 60%. Dra. Jaqueline
284 colocou que historicamente o Brasil é um País de desdentados e que os laboratórios de prótese é uma necessidade de onde
285 eles pudessem acontecer, mas o que se tem visto é que muitos municípios em vez de tratar preferem realizar a exodontia que
286 é a remoção cirúrgica de um elemento dentário e então encaminha para uma prótese. Pontuou que pensando nesta questão
287 com muito critério, uma Atenção Básica bem estruturada irá poder verificar quais são os pacientes que realmente necessitam
288 de prótese e salvar as unidades que por ventura poderiam ser extraídas, porque a prótese total sai mais barata que a parcial. O
289 Senhor Coordenador propôs que fosse o mesmo critério de 80% para cada um deles, por que o argumento que foi colocado é
290 justamente a preocupação que levou a CIT no ano dois mil e sete, este problema, ou seja, não permitir que o CEO seja
291 ambulatório básico de odontologia e tão pouco permitir que o Laboratório de prótese dentária seja fabricação em escala de
292 prótese total. Citou se o município não tiver pelo menos Dentista na saúde bucal na Atenção Básica para fazer avaliação e
293 indicação. Salientou que não consegue entender para que fazer prótese se não tiver Dentista para acompanhar. Pontuou que
294 esta falando de municípios pequenos, onde muitas vezes uma equipe é mais de 60% de cobertura. O Senhor Coordenador
295 passou a palavra para Dra. Ana Cristina, Secretária Municipal de Ubatuba. Colocou que o problema que os Secretários
296 Municipais do Estado da Bahia enfrentam hoje é que a cobertura PSF não depende do Dentista e sim do Médico, como isto
297 dificulta muito para Gestor Municipal caso isso dependa do município ter um percentual de unidade de saúde da família aberta
298 para tudo acontecer. Pontuou não tendo médico é muito difícil. Questionou se para implantar Equipe de Saúde Bucal dentro da
299 Estratégia, não tem que ter o Médico para existir Saúde da Família primeiro. Dr. Emerson Garcia lembrou que a forma da
300 discussão é que o repasse fundo a fundo é desvinculado da Saúde Bucal com PSF - Programa da Saúde da Família. Pontuou
301 que a proposta que está se fazendo; salientou que é uma proposta justa e coerente até porque o mercado de trabalho está
302 apontando para facilidade de encontrar o profissional de Odontologia e que se o município tem 80% de cobertura na Atenção
303 Básica na Saúde Bucal não entrave na questão do processo da Saúde da Família a pessoa do médico porque não ficou
304 atrelada no que foi apresentado por Dra. Jaqueline. Pontuou que o município pode ter o direito de ampliar ou abrir um CEO.
305 Dra. Ana Cristina Secretária de Ubatuba colocou que na apresentação da proposta de aprovação do 3º critério foi citada
306 Saúde da Família e a Saúde Bucal dentro da Saúde da Família. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Stela
307 Souza, Secretária Municipal de Saúde de Jequié. Complementou a fala da Dra. Jaqueline que foi bastante convincente.
308 Chamou atenção temos que tentar colocar o pé no chão porque já temos dificuldades na questão do Médico no PSF. E que
309 hoje teve uma conversa com Secretário Dr. Jorge Solla a respeito desta questão que é um problema de todos os Municípios, e
310 que espera que um dia possamos resolver. Pontuou que acha do município de Jequié que deveria ser 60% para Saúde Bucal
311 na Estratégia saúde da Família. Dra. Jaqueline esclareceu que a saúde bucal ainda pode esta de 1 para 2 e que a cobertura
312 não é calculada da mesma forma. Explicou que a cobertura que o Estado esta calculando é em cima da equipe hoje instituída,
313 e que muitas equipes do Estado esta de 1 para 2. Citou que muitas vezes são 11.000 pessoas para 1 Dentista. O Senhor
314 Coordenador colocou que a divergência sobre esta questão, não tem consenso. O Senhor Coordenador passou a palavra para
315 Dra. Isabel, Secretária de Saúde de Mutuípe. Esta informou que participou do GT da área técnica e gostaria de explicar que
316 com relação a implantação do laboratório, é visto que a exodontia é feita na Atenção Básica, então necessariamente o
317 município tem que ter o CEO para implantar um laboratório, mas tem que ter critério na Atenção Básica para fazer a extração
318 dentária. Esclareceu por isto que a Equipe Técnica colocou 60% porque o custo da manutenção do laboratório é menor que o
319 do CEO e na Atenção Básica se fizer extração logicamente já pode fazer a prótese. Colocou que foi por este critério que o GT
320 avaliou a importância de ter 60% porque muitos Municípios fazem Atenção Básica, e fica muitas pessoas desdentadas.
321 Pontuou que ter um CEO não quer dizer que você tem uma prótese, então por este motivo que estudamos todas estas
322 possibilidades vendo a situação da Saúde Bucal no Estado Bahia. O Senhor Coordenador pontuou que não está convencido
323 porque é 80% para um e outro é 60%. Colocou que a proposta que foi colocada é que os Municípios abaixo de 30.000 mil
324 habitantes podem ter um CEO Tipo I habilitado se tiver cobertura de saúde bucal na estratégia de saúde da família igual ou
325 superior a 80% e podem ter um laboratório de prótese habilitado se tiver cobertura igual ou superior a 60%. Questionou que
326 não consegue entender porque estes critérios diferentes. Dra. Jaqueline colocou que o laboratório não esta se referindo aos
327 30.000(trinta mil habitantes) e sim refere-se a todos Municípios e que o critério populacional é só empregado no CEO. O
328 Senhor Coordenador propôs que este assunto ficasse para próxima reunião da CIB para que possamos discutir melhor esta
329 questão. Pontuou que tem que haver lógica e que foi construída uma lógica de corte populacional para Habilitação do CEO de
330 repente o LRPD não tem nenhuma referencia deste tipo. Questionou que o município de Salvador só terá direito quando tiver
331 60% de cobertura. O Senhor Coordenador pauta para reunião da CIB do dia vinte de novembro a proposta do 3º critério para
332 habilitação do CEO e LRPD no Estado da Bahia. Salientou que é preciso ter um consenso construído e o convencimento
333 porque na CIB não é o momento de ficarmos reconstruindo proposta. O Senhor Coordenador colocou em discussão o Projeto
334 de Cirurgias Eletivas de Salvador. Abriu para discussão. Dra. Denis e Mascarenhas pediu esclarecimento em relação ao projeto
335 de Cirurgias Eletivas de Feira de Santana que foi aprovado com 45 Municípios e não foi apresentado na CIB no dia e quando
336 foi publicado a Resolução com Feira de Santana apenas com 21 Municípios. E ao entrar em contato a DICON fui informado
337 que teria que encaminhar um ofício com novo projeto destes 24 municípios porque já existia um projeto de Cirurgias Eletivas
338 de Salvador que contemplava os municípios que estavam no projeto de Feira de Santana, mas continua não entendendo e
339 hoje tem o Projeto de Cirurgias Eletivas de Salvador. Questionou que projeto de Salvador existia que contemplava estes 24
340 Municípios que foi tirado do Projeto Cirurgias Eletivas de Feira de Santana. Informou que tem documentos de todos os
341 Municípios que não aceita esta situação e que os Gestores estão querendo ir para Município de Feira de Santana. Exclamou
342 solicitando esclarecimento como é que área técnica avaliar dá o parecer dos 45 Municípios e depois no outro dia é publicado
343 uma Resolução CIB com outras informações. O Senhor Coordenador propôs que a SUREGS na próxima reunião da CIB

344 apresente um quadro com todos os projetos. Questionou a Dr. Andrés Alonso quantos municípios fazem parte do Projeto de
345 Cirurgias Eletivas de Salvador. Dr. Andrés Alonso informou que o projeto de Cirurgias Eletivas de Salvador é só Salvador.
346 Quanto a dúvida de Dra. Denise Mascarenhas com relação ao que a área técnica colocou não foi o projeto de Cirurgias
347 Eletivas de Salvador foi o projeto de Cirurgias Eletivas do Estado da Bahia se houve em algum momento manifestação neste
348 sentido houve equívoco e a SUREGS pede desculpas por isto, mas colocou e retificou que foi projeto de Cirurgias Eletivas da
349 Bahia. O Senhor Coordenador pediu para Dr. Andrés Alonso que faça um levantamento de todos os municípios e encaminhe
350 para todos os Membros da CIB. O Senhor Coordenador comunicou que o ponto de pauta alteração do Pacto de Gestão do
351 município de Paulo Afonso foi solicitado para deixar para próxima reunião da CIB, no dia vinte do mês de novembro porque
352 não foi concluído. Dando continuidade. Aprovação para aumento do teto de mais um ACS para o município de Igaporã;
353 Credenciamento de 03 Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal do município de Barra não chegou o processo por isto não
354 está aprovado. O Senhor Coordenador colocou para aprovação Portaria GM/MS Nº 2.152 de 09 de outubro de 2008, que
355 estabelece recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia. O
356 Senhor Coordenador informou que a SUREGS irá agendar uma reunião com os municípios de Gestão Plena para regularizar
357 os Termos entre Entes Públicos aonde houve portaria para alocar novos recursos. Deu como exemplo os leitos de UTI
358 habilitados que precisam ser regularizados; reajuste de tabela de órteses e próteses; recursos para protetização que precisam
359 ser alocados. Dr. Emerson Garcia colocou que Dra. Suzana Ribeiro, Secretária do Município de Vitória da Conquista, com
360 relação à questão de leitos de U.T.I que foi aprovado solicitou do COSEMS uma discussão sobre a Santa Casa de Vitória da
361 Conquista que insiste em manter em sua habilitação apenas os leitos de cardiologia. E o que Dra. Suzana Ribeiro solicita é
362 que seja cumprida a Resolução CIB que foi aprovada. Pontuou que se aprovam leitos de Cardiologia tem que ser aprovados
363 leitos para outras áreas dentro do Sistema Único de Saúde, diante disto Dra. Suzana Ribeiro solicita que a CIB faça este
364 encaminhamento para que não aconteça apenas a aprovação dos leitos de cardiologia. O Senhor Coordenador esclareceu que
365 a U.T.I que é exclusiva nesta especialidade é tipo III e que não foi aprovado nenhum leito de U.T.I Tipo III e que leito de U.T.I
366 Tipo II é U.T.I Geral. Então quanto a Santa Casa de Vitória da Conquista, Santa Casa de Feira de Santana e Santa Casa de
367 Itabuna todos estes serviços tem U.T.I Tipo II habilitado não podendo funcionar como U.T.I especializada coronariana, tendo
368 que funcionar como U.T.I Geral o que não impede obviamente de liberar e utilizar para pacientes com cardiopatias. O Senhor
369 Coordenador pontuou que não procede a observação da Santa Casa de Vitória da Conquista. Dr. Emerson Garcia agradeceu o
370 esclarecimento dado pelo Coordenador. O Senhor Coordenador colocou que é preciso discutir na próxima reunião da CIB o
371 recurso para Sífilis e HIV com pessoal da DIV EP que está trabalhando nesta proposta da Portaria 2076 do dia 2 do mês de
372 outubro que não foi apreciado ainda na CIB. E tem a portaria que alocou o recurso para oncologia nos Hospitais Aristides
373 Maltez e Irmã Dulce e que o Ministério não separou o que é de direito de cada Hospital, delegando para CIB fazer a aplicação
374 deste recurso de oncologia. Informou que está com a equipe técnica da SESA B fazendo o levantamento e o estudo dos
375 procedimentos que vão ser feitos na oncopediatria. Registrou que o Hospital Aristides Maltez inaugurou a oncopediatria com
376 um excelente serviço muito bem montado, sendo uma referência para o Estado, e também foi habilitado o serviço de oncologia
377 no Hospital Irmã Dulce. O Senhor Coordenador esclareceu que os Hospitais Filantrópicos contratualizados conforme a Portaria
378 2383 que alocou o recurso pontual, o qual será repassado, é a diferença do incentivo da contratualização do ano dois mil e
379 sete, dos meses antes da assinatura do contrato. Deu como exemplo uma determinada Filantrópica que assinou o contrato no
380 mês de agosto, então não foi repassado para o respectivo fundo e nem pago ao Filantrópico os meses referentes de Janeiro a
381 Julho, então estas diferenças foram calculadas e estão nesta portaria que são os municípios de Cruz das Almas, Feira de
382 Santana, Ilhéus, Itabuna, Santo Antonio de Jesus, Salvador, São Félix, Vera Cruz e Vitória da Conquista. Informou que em
383 Salvador são dois Hospitais tendo que separar o recurso e no caso da Gestão Estadual são vinte e quatro Hospitais. Registrou
384 que no município de Inhambupe e Pojuca que quando foi assinado o contrato da Filantrópica os municípios não estavam ainda
385 com Gestão deste serviço e sim com a Gestão Estadual, devido a isto o recurso virá para o Teto Estadual e o Estado irá pagar
386 porque na competência deste recurso o serviço era contratado pelo Estado. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr.
387 José Carlos, Secretário de Saúde de Salvador. Solicitou esclarecimento com relação a portaria 2298 os recursos que virão
388 para o município de Salvador quem irá decidir será a CIB ou município de Salvador. O Senhor Coordenador informou que a
389 portaria definiu que a CIB faça a definição do recurso porque na verdade este recurso não é para Salvador e sim para rede de
390 oncologia do Estado da Bahia. Citou que quando a CIB aprovou a Rede sinalizamos que tinha dois serviços novos que iriam
391 entrar em funcionamento de imediato a oncopediatria no Hospital Aristides Maltez e a oncologia no Hospital Irmã Dulce neste
392 ano dois mil e oito. Lembrou que foi comunicado e feito um cronograma com datas e que para o próximo ano tem outros
393 serviços para entrar em funcionamento. Informou que obteve a informação que este recurso que veio para rede de oncologia
394 refere-se aos serviços que na proposta da rede estava previsto a implantação para este ano de dois mil e oito. Solicitou que a
395 equipe da SUREGS faça um levantamento da capacidade instalada da oncopediatria do Hospital Aristides Maltez e a oncologia
396 do Hospital Irmã Dulce, calcule e apresente na próxima reunião da CIB. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra.
397 Rosa Virginia, Assessora da Secretaria de Saúde de Salvador. Tendo colocado que foi criada uma comissão pela Secretaria do
398 Estado com um representante da Diretoria Regulação Estadual e Municipal de Salvador. Questionou que não poderíamos fazer
399 este conjunto por esta comissão, já que têm na Comissão membros do Estado e Município. O Senhor Coordenador pontuou
400 que não há problema nenhum se o Município de Salvador quiser contribuir com os estudos, podem se reunir com o técnico da
401 SUREGS porque é um levantamento da capacidade instalada, é fazer FPO, sendo importante que a Secretaria Municipal de
402 Salvador participe porque é responsável pelo acompanhamento dos contratos do Hospital Irmã Dulce e Aristides Maltez. Dra.
403 Rosa Virginia informou que a Secretaria municipal de Salvador esta renovando estes contratos dos Hospitais. O Senhor
404 Coordenador pontuou que não precisa uma reunião de nenhuma câmara técnica apenas é necessário fazer o levantamento da
405 FPO e trabalhar e apresentar na CIB. O Senhor Coordenador deu continuidade a reunião. Implantação do Núcleo de Apoio à
406 Saúde da Família – NASF 2, do município de Aracatu. A DAB informou que não chegou o processo para que possa emitir o
407 parecer técnico. O Senhor Coordenador deu informe em relação ao surto de diarreia no município de Itapetinga, a Vigilância
408 Epidemiológica fez a investigação logo no dia seguinte a identificação no dia 31 de outubro por parte do Hospital Cristo
409 Redentor na Fábrica de Calçados Azaléia onde foram coletadas as amostras pela equipe da Vigilância Epidemiológica. E foi
410 confirmada a contaminação biológica de coliformes fecais em alta concentração na água. Colocou que a hipótese, apesar da

411 Fábrica referir que há um pouco de água que é usada para higienização e outras finalidades, e que tem água do sistema
 412 público para alimentação e bebedouro. Informou que tudo indica que a contaminação da água era a usada no bebedouro
 413 e foram substituídos os bebedouros por água mineral para ser distribuídas com os servidores. Colocou que felizmente apesar
 414 de mais de trezentas pessoas serem contaminadas e atendidas no Hospital, apenas cinco pessoas ficaram internadas. O
 415 Senhor Coordenador convidou Dra. Eliene Barreto para apresentar análise da qualidade das amostras encaminhadas para o
 416 LACEN. Colocou que todo resultado liberado pelo laboratório é consequência da qualidade da amostra recebida. Apresentou
 417 os resultados distantes da realidade que poderão ser obtidos, caso não se cumpram os cuidados da fase pré-analítica. Mostrou
 418 a importância de: assegurar que as amostras tenham a representatividade desejada; manter a integridade de sua composição
 419 e funcionalidade até o momento da realização do exame; produzir informações fidedignas (laudos); assegurar a satisfação dos
 420 usuários. Apresentou o fluxo do exame do laboratório, pré-analítico.
 421



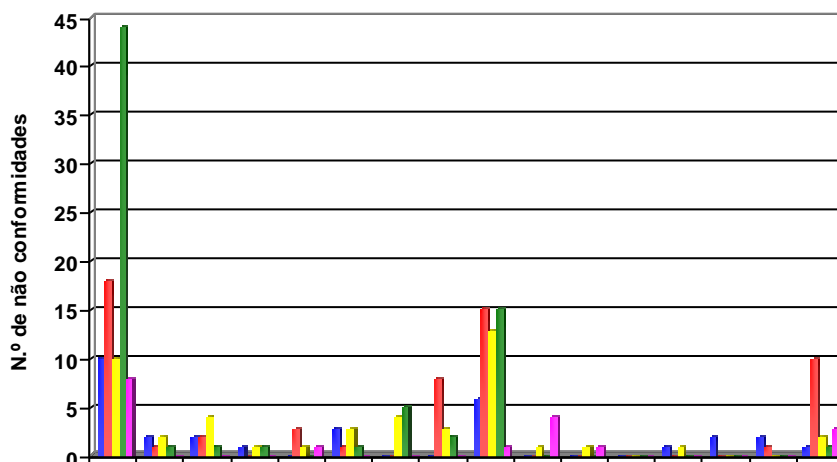
422
 423 Colocou que o estudo foi feito pela sociedade Brasileira de patologia clínica no ano de dois mil e sete e mostra que está entre
 424 60% a 80% o erro na fase pré-analítica de liberações do laudo. Pontuou se garantirmos que esta fase seja atendida esse erro
 425 irá diminuir bastante. Mostrou o que seria esta fase pré-analítica que vai da solicitação Médica ou Formulários; Coleta da
 426 Amostra; A condicionamento; Temperatura; Transporte das amostras: as amostras devem ser transportadas em caixas térmicas
 427 contendo gelo reciclável e os tubos devem ser transportados na posição vertical, o transporte rápido e seguro e a comunicação
 428 prévia ao LACEN do envio. Apresentou o fluxo da coleta. Coleta em seguida ao preparo do material após identificação de
 429 documentos com condicionamento finalizando no transporte para chegar ao laboratório. Apresentou a situação atual do
 430 LACEN: a descentralização da coleta; Padronização dos processos: coleta, acondicionamento e transporte – Manual do LACEN;
 431 Implantação de Setor específico para Recepção e Conferência de Amostras; Padronização de critérios para rejeição das
 432 amostras; Preenchimento de Comunicação de ocorrência ou Retenção das amostras no SEDEX, Transportadoras;
 433 Manutenção das amostras em freezers até o retorno com prazo de 15 dias viabilidade da amostra. Informou que o LACEN já
 434 confeccionou 10.000 manuais e já distribuiu 8.000 mil manuais para o Estado da Bahia. Mostrou os critérios de Rejeição e
 435 aceitação destas Amostras Biológicas que são; Exame não realizado no LACEN; Material mal acondicionado; Identificação
 436 incorreta ou incompleta; Material sem requisição de exame; Requisição de exame sem material; Falta ficha de Investigação;
 437 Transporte em temperatura inadequada; Transporte em recipiente inadequado; Amostra com coleta inoportuna p/ o exame
 438 solicitado; Amostra chegou derramada, quebrada ou em tubo vazio; Amostra encaminhada sem a listagem para conferência
 439 dos dados e da procedência; Amostra não consta na relação da listagem; Documentação incompleta ou ilegível;
 440 Acondicionamento e/ou transporte inadequados; Amostra em tubo de ensaio não especificado; Tubo de ensaios não realizados
 441 pelo LACEN; Embalagem e/ou invólucro inadequado; Coleta de forma incorreta; Amostra violada, não lacrada e/ou com
 442 vazamento; Amostra de produto com prazo de validade expirado; Amostra de produto sem registro; Amostra com prazo de
 443 segurança ultrapassado; Amostra em quantidade insuficiente. Pontuou que no laboratório do LACEN tem freezer cheio de
 444 amostra que alguns municípios não dão respostas. Apresentou gráfico do quantitativo de amostras biológicas não conformes,
 445 por Dires no período setembro 2008 no LACEN.
 446
 447
 448



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|----|----|---|----|---|----|----|---|---|---|
| ■ Requisição de exames sem material | 8 | 3 | 3 | 3 | 0 | 2 | 6 | 1 | 5 | 4 | 3 | 8 | 1 | 1 | 3 |
| ■ Material sem requisição | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 19 | 5 | 7 | 2 | 0 | 5 | 11 | 3 | 0 | 0 |
| ■ Falta Ficha de Investigação | 0 | 7 | 2 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 19 | 3 | 12 | 11 | 4 | 1 | 4 |
| ■ Identificação Incorreta ou Incompleta | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 13 | 1 | 7 | 1 | 8 | 13 | 2 | 1 | 5 |
| ■ Outros | 1 | 3 | 5 | 0 | 0 | 4 | 3 | 4 | 16 | 0 | 1 | 6 | 1 | 0 | 0 |

DRES

- 449
- 450
- 451
- 452
- 453
- 454
- 455
- 456
- 457
- 458
- 459
- 460
- 461
- 462
- 463
- 464
- 465
- 466
- 467
- 468
- 469
- 470



| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|----|
| ■ Requisição de exames sem material | 10 | 2 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| ■ Material sem requisição | 18 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 8 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| ■ Falta Ficha de Investigação | 10 | 2 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 3 | 13 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| ■ Identificação Incorreta ou Incompleta | 44 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 5 | 2 | 15 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

DRES

471 Apresentou algumas amostras inadequadas. Amostrou como é o encaminhamento, compilação dos dados e notificação a
 472 unidade solicitante; Treinamento; Cumprimento do período estabelecido para guarda da amostra no LACEN (viabilidade);
 473 Aprovação pela CIB. Dr. Raul Molina agradeceu a apresentação da Dra. Elaine Barreto que foi de uma grande importância. Em
 474 seguida passou a palavra para Dra. Denise Mascarenhas que destacou estas dificuldades fossem passadas para o secretário,
 475 como também do LACEN com a questão das amostras que não atendem determinadas dificuldades que o município tem de
 476 chegar até o LACEN e fazer. Solicitou que houvesse um núcleo de coleta do LACEM que devolva ao município em tempo para
 477 que o Gestor possa coordenar a equipe para que possa fazer de uma forma adequada. Dra. Marta Rejane Montenegro cobrou
 478 que é uma visão lamentável triste que demonstra o quando nós precisamos trabalhar e fazer educação permanente dos
 479 nossos profissionais. Dr. Amauri Teixeira pontuou que é assustador porque quinze dias o prazo não é só para operacionalizar é
 480 de resposta. Pontuou que seria interessante criar um correio com os Secretários Municipais através de correio eletrônico.
 481 Dr. Raul Molina pontuou que todos concordam com isto, mas chamou atenção que esta questão está sendo apresentada com
 482 apresentação e não como pactuação. Saliu que até mesmo pela importância do problema da água o LACEN trás o prazo
 483 de quinze dias para esta mostra. Propôs que não seria necessário colocar isto em pauta para outra oportunidade e que a CIB
 484 estaria aprovando. Saliu que a apresentação do LACEM valeu em todos os sentidos. Dra. Orlandina Secretária de Ipirá
 485 pontuou que depende de como a amostra chegue ao LACEN seria interessante que o laboratório não recebesse e o LACEN
 486 tivesse um formulário que pontuasse porque esta amostra está sendo devolvida. Dra. Eliene Barreto informou que no caso das
 487 amostras da região metropolitana que vão através do motorista é conferido no mesmo momento e é entregue as amostras,
 488 agora no caso de transportadora e sedex não temos como devolver de imediato. Dra. Stela Souza, Secretária de Jequié,
 489 pontuou que é muito mais grave do que estamos pensando porque se a amostra está sendo transportada de maneira
 490 inadequada pelo motorista o LACEN detecta e mesmo assim devolve para o motorista havendo o risco de contaminação.
 491 Saliu que temos que ter bom senso porque este material não pode ser devolvido ao motorista porque este profissional
 492 pode ser contaminado. Dra. Eliene Barreto informou que nos casos que ocorre risco de contaminação não é devolvido ao
 493 profissional motorista, devolvendo apenas o formulário. Dra. Angeli, Secretária de Saúde de Senhor do Bonfim sugeriu que não
 494 fosse só informado ao Secretário e que fosse também à equipe técnica porque existem as duas situações. Dr. Raul Molina
 495 colocou em votação a aprovação da proposta de quinze dias conforme prazo proposto pelo LACEN que foi aprovado por
 496 unanimidade. Em seguida, o Senhor Coordenador convidou a Enfermeira Fátima Nery para apresentar a pauta da DIVISA,
 497 Infecção em Serviços de Saúde por Microbactérias. Fátima Nery iniciou a apresentação "Estratégias de Prevenção e Controle
 498 das Infecções por Micobactéria de Crescimento Rápido" informando que estas microbactérias são consideradas não
 499 tuberculosas, existindo as de crescimento rápido e as de crescimento lento. Estas microbactérias foram descobertas logo após
 500 a microbactéria da tuberculose e nunca tiveram um potencial patogênico importante, portanto nunca foram relacionadas com
 501 infecções hospitalares, entretanto, desde 2002 pudemos observar no Brasil a existência de vários casos relacionados a elas e
 502 infecções relacionadas a procedimentos invasivos, procedimentos cirúrgicos do tipo escopias, cirurgias de estética e também
 503 relacionadas à injetáveis. As microbactérias mais responsáveis por estas infecções são as de crescimento rápido,
 504 principalmente a abscessus e a fortuitum. Esclareceu que a transmissão se dá através da inoculação direta dos tecidos,
 505 atingindo principalmente os tecidos moles e responsáveis por infecções do sítio cirúrgico, mas também temos tido a ocorrência
 506 de microbactéria por injetáveis e o período de incubação geralmente se dá de duas a oito semanas podendo levar até um ano.
 507 Na ocorrência dessas microbactérias nesses surtos que são identificados atualmente aqui no Brasil, percebemos que nos
 508 primeiros quinze dias o paciente já começa a desenvolver os sintomas. O risco de transmissão se dá pelo conjunto dos
 509 seguintes elementos: a contaminação, a virulência da microbactéria e a resistência do paciente. 1. Série histórica 2003 - 2008:

| ESTADO | Nº | ESTADO | Nº |
|--------------------|----|-------------------|------|
| Pernambuco | 01 | São Paulo | 43 |
| Bahia | 08 | Rio Grande do Sul | 79 |
| Mato Grosso do Sul | 08 | Paraná | 110 |
| Piauí | 09 | Goiás | 230 |
| Minas Gerais | 10 | Espírito Santo* | 244 |
| Distrito Federal | 16 | Paraná | 315 |
| Mato Grosso | 21 | Rio de Janeiro* | 1014 |

510 2. Tabela - Casos suspeitos e confirmados de MCR. Bahia, 2004-2008: * dados até setembro / Microbactérias abscessus e
 511 fortuitum.

| ANO | Nº CASOS SUSPEITOS | Nº CASOS CONFIRMADOS |
|--------------|--------------------|----------------------|
| 2004 | 01 | 01 |
| 2005 | - | - |
| 2006 | 04 | 01 |
| 2007 | 07 | 01H/02C |
| 2008 | 03 | 03 |
| Total | 15 | 06H/02C |

512 Comentou que a partir de 2007 começamos a observar a ocorrência desses casos aqui na Bahia e recebemos notificações
 513 atrasadas de casos que já haviam ocorrido como, por exemplo, um caso suspeito em 2004 que foi confirmado e em 2006,
 514 quatro casos suspeitos em que apenas um foi confirmado, todos relacionados a cirurgias de estética, principalmente na
 515 colocação de prótese mamária. Em 2007, com uma investigação mais efetiva, foram identificados sete casos suspeitos sendo
 516 que um caso foi de origem hospitalar, num procedimento videolaparoscopia realizado em um hospital e foi confirmada a
 517 microbactéria abscessus e dois casos relacionados ao uso de injetáveis em farmácias não identificadas pelos pacientes. Até
 518 setembro deste ano, tivemos três casos suspeitos e confirmados, sendo assim, dos oito casos confirmados, dois foram por
 519 injetáveis e seis por procedimentos – um relacionado a videolaparoscopia e cinco relacionados a cirurgias de estética, todos
 520 por prótese de mama e apenas um por redução de mama. Relatou que há quinze dias recebemos mais quatro notificações
 521 sendo três relacionadas a cirurgias estéticas de mama e um por escopia, que ao investigar foi constatado tratar-se de uma
 522 infecção não tão importante já que o paciente não precisou ser hospitalizado e resistiu bastante em informar qual o serviço

responsável pelo procedimento. 3. Descrição de caso suspeito: a) Infecções de pele e subcutâneo que apresentem abscessos frios e/ou piogênicos, com reação inflamatória aguda e supuração, ou evolução crônica ou com nódulos; b) Ulcerações nos portais de entrada de cânulas ou laparoscópicos; c) Fistulizações após procedimentos invasivos; d) Abscessos em cavidades pós procedimentos cirúrgico. 4. Diagnóstico: 1. Aspirado da secreção: a) Cultura (05 a - 07 dias); b) BAAR positivo; 2. PCR positivo para MCR; 3. Biópsia: a) Cultura (sol. salina estéril); b) histopatológico (formol) mostrando granulomas com áreas centrais de necrose; 4. Exames de imagem (US, RNM) .5. Tratamento: 5.1 Clínico: a) Medicamento: MS – Unidades de Referência – Duração 06 meses; 5.2 Cirúrgico: Remoção dos granulomas e retirada de próteses. 6. Medidas de Prevenção e Controle/Desafios: a) Notificação; fatores de risco; Multicausalidade; Adesão às medidas de prevenção e controle; Investigação. Parcerias: DIVISA; DIVEP, DRES; Gestores e Profissionais de Saúde, Conselhos de Classe, Associações, Sociedades, etc. 7. Aspectos a serem observados: a) nº equipamentos/tipo de materiais termossensíveis reprocessável (medidor mama...); b) Artigo de uso único... quais? Tem protocolo validado conforme RDC 156/06 e RE 2605 e 2606/06? c) Limpeza artigos (materiais de trabalho); d) esterilização; e) armazenamento; f) Produtos químicos (laudos, registros, rotulagem...); g) Reprocessamento de artigos externo; h) Procedimentos realizados. 8. Ações da ANVISA: a) orientar os serviços de saúde para que realize a esterilização de artigos críticos com outros métodos disponíveis para esterilização, como medida cautelar, diante dos indícios de resistência da Micobactéria massiliense ao glutaraldeído a 2%; b) alertar para que todos os serviços e profissionais de saúde cumpram as normas técnicas de esterilização previstas pelas RDC 156/06 e REs 2605/06 e 2606/06; c) reavaliar as normas para a concessão do registro para saneantes; d) revisar as normas regulatórias (Portaria 15/1988 e RDC 14/2007). 9. Ações NECIH/CSE/DIVISA: a) divulgação sobre a ocorrência de casos de infecções; b) Divulgação dos informes técnicos contendo as orientações sobre as características da infecção, diagnóstico e tratamento, medidas de prevenção e controle; c) Realização de treinamentos sobre processamento de artigos (2007) e sobre a MCR (2008); d) Realização de reunião com CCIH, DIVEP, SMS SSA. 10. Medidas de Prevenção - Instituição: a) Revisar etapas do processo de limpeza, desinfecção e esterilização dos artigos e equipamentos; b) Não reprocessar artigo de uso único (RDC 156/06 e RE 2605 e 2606/06); c) Critérios de aquisição dos produtos; d) Métodos de limpeza, esterilização e desinfecção; e) Substituição instrumentais cirúrgicos por permanentes possíveis de autoclavagem; f) Preferência por óticas autoclaváveis; g) Definir critérios para uso do ácido peracético em substituição ao glutaraldeído; h) Monitorar casos suspeitos; i) Controle de entrada de artigos e equipamentos na instituição; j) Criar comissões de reuso; k) Vigilância pós-alta das cirurgias; l) Notificar caso suspeito. 11. Fluxo de Notificação: a) Notificação: Todos os casos suspeitos e confirmados (DIVISA) – CCIH – DIVISA – ANVISA e Distrito – V E b) Amostra: Envio para Laboratório de Referência (LACEN). 12. Riscos relacionados à assistência: Mostrou fotos de péssimo armazenamento para que possamos repensar que ações precisamos implementar nos município a fim de garantir a qualidade da assistência e a qualidade do reprocessamento na central de material, que às vezes não é vista como um serviço que presta uma assistência indireta importante, sobretudo na área de limpeza, onde atuam pessoas sem o menor preparo para fazer a limpeza do material, que não são técnicos nem auxiliares de enfermagem, considerando que a limpeza é algo fácil de ser realizado, entretanto esta é a etapa mais importante para que possamos garantir a remoção dessa sujidade e facilite a penetração do agente esterilizante. Após a apresentação o Senhor Coordenador franqueou a palavra no que ocorrer, lembrando que foi discutida anteriormente a questão do atendimento oftalmológico para os alfabetizados do Programa TOPA, ficando acordado que os municípios em Gestão Plena iriam viabilizar a oferta das consultas e o estado faria a aquisição dos óculos, e que nos demais municípios o estado viabilizaria. Informou que já esgotamos toda a capacidade de credenciamento de serviço, e os poucos serviços que não estavam ainda credenciados já se propuseram a credenciar, então agora estamos passando para outra fase que é buscar credenciar serviços de unidades móveis, para poderem chegar a mais municípios, pois dos quatrocentos e dezessete, só alcançamos até agora em tomo de oitenta a cem que são aqueles que possuem serviço de oftalmologia em seu território e os vizinhos mais imediatos. Assim, apresento uma proposta de resolução para que a SESAB faça o credenciamento também de unidades móveis para atendimento dos alfabetizados do Programa Topa nos demais municípios não habilitados em Gestão Plena e colocou em discussão e aprovação. A proposta foi aprovada à unanimidade. O Dr. Ricardo Heinzellmann, Coordenador da COAD, informou que no dia 21 de outubro o Ministério da Saúde atualizou os valores, a partir do mês de setembro, do PAB fixo de quinze para dezesseis reais por habitante/ano e do PAB variável, das Equipes de Saúde da Família Modalidade I para seis mil reais, Modalidade II para nove mil reais e Equipes de Saúde Bucal, Modalidade I para mil e novecentos reais e Modalidade II para dois mil novecentos e cinquenta reais. Deu também outra importante notícia, a respeito da Resolução CIB Nº 96/2008 que trata das Compensações de Especificidades Regionais com um valor de cerca de um milhão e meio de reais por mês a mais para a Bahia, que apesar de ter saído desde o mês de abril, o Ministério da Saúde, devido à dificuldade orçamentária até então não tinha liberado o recurso, e finalmente hoje chegou a notícia de que será liberado até a segunda feira, retroativo desde abril, calculado num valor de doze milhões de reais a ser alocado na atenção básica da Bahia agora no mês de novembro, assim, ressaltou a necessidade de aprovar aqui na CIB uma resolução atualizando a adesão dos novos municípios para encaminhar com urgência para o Ministério da Saúde. A solicitação foi aprovada à unanimidade. Dr. Ricardo Heinzellmann informou ainda que houve este mês uma reunião dos Coordenadores da Atenção Básica com representantes do CONASS e do Ministério da Saúde, que informaram que a qualquer momento estarão atualizando com o IBGE a população a ser trabalhada, tanto em relação ao PAB Fixo como também em relação aos tetos, principalmente para Agente Comunitário de Saúde. Ainda no que ocorrer, Dr. Raul Molina citou uma Nota técnica que chegou ao COSEMS no dia 29, referente à definição os tetos do FAEC, que revogaria a Portaria Nº 030/2008 de 18 de janeiro de 2008, e ressaltou a necessidade de um trabalho de revisão conjunto com a SESAB. A comissão que foi referendada anteriormente sugeriu que fossem convocados técnicos de algumas secretarias juntamente com os técnicos da SESAB e como há uma semana para fazer isso, poderiam ser feitas reuniões na segunda, terça e quarta-feira, na quinta-feira tornaríamos público para conhecimento de todos os municípios, na sexta-feira seria o dia para recompor aquilo que foi feito e seria encaminhado dessa forma. O Senhor Coordenador sugeriu que este trabalho fosse feito na sede da SUREGS, onde tem as bases de dados de todos os municípios e será mais fácil o acesso às informações necessárias, ficando acordado desta forma, e comparou com uma situação semelhante à que aconteceu no ano passado quando houve uma mudança do FAEC, só que agora com um conjunto maior de procedimentos. Dr. Raul Molina informou a solicitação do município de Santa Rita de Cássia de aprovação do Projeto Malhação com Saúde – Edição 2009, referendando a seleção realizada pelo Ministério da

590 Saúde, por meio da publicação do Edital nº 02 de 14 de setembro de 2007. A solicitação foi aprovada à unanimidade. Dr.
591 Geraldo Magela colocou que na reunião do COSEMS foram observadas duas questões, a necessidade da repactuação da PPI
592 e o seminário de urgência e emergência, e solicitou que estes encaminhamentos sejam feitos o mais rápido possível.
593 Finalizando, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, e confirmou a próxima
594 reunião ordinária para o dia 20 de novembro de 2008 no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu,
595 Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
596 Salvador, 06 de novembro de 2008.

597

598 Jorge José Santos Pereira Solla _____

599 Suplente: Amauri Santos Teixeira _____

600 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____

601 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

602 Alfredo Boa Sorte Júnior _____

603 Andrés Castro Alonso Filho _____

604 José Carlos Raimundo Brito _____

605 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____

606 Kátia Nunes Barreto de Brito _____

607 Denise Lima Mascarenhas _____

608 Angei Santos Matos _____

609