

Aos vinte e três dias do mês de julho do ano de dois mil e nove, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Dr. Raul Molina Moreira Barrios – Suplente da Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Alfredo Boa Sorte Júnior, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Britto, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: José Raimundo Mota de Jesus, Gisélia Santana Souza, Eduardo José Farias Borges dos Reis e Telma Dantas Teixeira de Oliveira. Às 14h30min, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão informando que a Ata da 174ª Reunião Ordinária será entregue posteriormente para aprovação na próxima CIB e convidando para tomar posse como Membro da CIB, para o qual foi indicada pelo Senhor Secretário da Saúde, a Dra. Telma Dantas Teixeira de Oliveira. Dando início à ordem do dia, o Senhor Coordenador efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data **23** municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 **218** municípios encaminharam RAG 2008 para as DIRES (**52%** dos municípios), destes: **160** municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, **50** municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, **8** municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; **22** municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (**5%** dos municípios) e **177** municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (**43%** dos municípios); 1.3 Informes da SUVISA – Dra. Ita de Cácia: a) Seminário de Vigilância de Saúde do Semi-árido Baiano, que acontecerá no dia 20 de agosto em Serrinha, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da 12ª DIRES, onde acontecerão duas mesas de discussão sobre a situação da saúde na região; b) III Fórum Regional de Vigilância Sanitária do Nordeste, que acontecerá nos dias 09 e 10 de setembro em Alagoas, onde alguns municípios apresentarão seus trabalhos sobre Vigilância Sanitária e será encaminhado para o COSEMS a disponibilidade de vagas para oito municípios participarem deste fórum, com as despesas por conta da ANVISA; c) I Encontro Nacional de Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde, que acontecerá aqui em Salvador de 29 de setembro a 02 de outubro, em parceria com a ANVISA, onde participarão todos os municípios que pactuaram a partir do grupo 3. Em seguida, passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/ DAB: 1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Aprovados	01 NASF Tipo I	Ipiaú Santa Maria da Vitória
	01 NASF Tipo II	Andaraí Jaborandi
ESB – Equipe de Saúde Bucal – Aprovados	01 ESB – Modalidade I	Itapebi
	01 ESB – Modalidade I vinculada a 01 ESF	Luís Eduardo Magalhães Nova Soure
	02 ESB – Modalidade I vinculada a 01 ESF	Jaborandi
	02 ESB – Modalidade I	Érico Cardoso
	03 ESB – Modalidade I	Pindaí

2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP/DIVISA: 2.1 Aprovar solicitações de remoção dos servidores da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB – **Aprovado**; 2.2 Proposta de descentralização dos servidores da FUNASA para os municípios – **Aprovado**; 2.3 Pactuação dos Municípios de Condeúba, Mirante, Presidente Jânio Quadros, Belo Campo, Poções e Salvador às Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, aos Grupos 2 e 3 de acordo com a Resolução CIB Nº 142/08 – **Aprovado**. O Senhor Coordenador registrou com satisfação a inauguração do Hospital Regional de Juazeiro no dia 15 de julho, ressaltando que será um serviço que com certeza irá contribuir muito para a assistência à saúde em toda a região norte do Estado da Bahia; a unidade tem vinte leitos de UTI, centro cirúrgico com seis salas, UNACON com quimioterapia e cirurgia e em breve começará a negociação para a construção já da primeira ampliação do Hospital, para um outro módulo que irá receber os equipamentos de radioterapia. Informou ainda ter estado pela manhã com o Governador inaugurando reformas no Hospital Otávio Mangabeira, um dos mais antigos, que teve totalmente reformada a sua fachada, várias alas equipadas e ganhou uma nova área com leitos de isolamento com monitoramento, ventilação mecânica e quatro leitos com toda parte de isolamento respiratório com pressão negativa. Dra. Stela Souza, informou que o município de Jequié continua com alto índice de infestação de Dengue e baseado nisso foi elaborado um projeto de mobilização, comunicação e ações no combate à Dengue, inclusive amanhã acontecerá o “Dia D” municipal, com a presença do Secretário de Saúde do Estado e exibiu a tela da campanha que considerou um pouco chocante, mas foi a única forma de sensibilizar também a comunidade. Enfatizou que são mais de trinta ações a serem desenvolvidas até o final do ano para que não aconteça uma outra epidemia em Jequié e parabenizou o Diretor da 13ª DIRES Dr. Leonam Oliveira e Dr. Gilmar Diretor do Hospital Prado Valadares, quem têm dado todo apoio ao município e à microrregião. Dr. Raul Molina informou que no dia 29 de julho será aniversário de Cruz das Almas, mas desde o dia 25 haverá uma agenda saudável, convidando a todos principalmente os municípios da região do recôncavo; serão inauguradas duas Unidades de Saúde da Família, NASF, a Central de Regulação, a Farmácia Pública, e estaremos recebendo também já na complementação da Unidade de Tratamento de Queimados, feita em parceria com o Governo do Estado na descentralização do HGE. Relatou que na época foram feitos dezessete leitos de queimados e deixados quatro leitos para UTI; houve um avanço de lá para cá e agora são dezoito leitos de queimados e dez leitos de UTI, com previsão de receber os equipamentos até o dia 29 de julho para inauguração com a presença do Governador. Comprometeu-se a assumir esta responsabilidade, carregar este ônus e dividir em contrapartida, com os outros municípios. Agradeceu a oportunidade e anunciou também a realização do primeiro implante de pele e a doação de uma matriz de outra empresa, e agora será beneficiado mais um paciente que vem de Camaçari. Dando prosseguimento à ordem do dia, o Senhor Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde –

56 SUVISA/DIVEP/DIVISA: 1.1 Relatório de Monitoramento Anual das Atividades desenvolvidas no ano de 2008 pelos Núcleos
 57 Hospitalares de Epidemiologia (NHE) que compõem a Rede de Referência do Subsistema Nacional de Vigilância
 58 Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Estado da Bahia. Apresentação Dra. Márcia Sampaio: "Monitoramento dos Núcleos
 59 Hospitalares de Epidemiologia (NHE) no Estado da Bahia: 1. Legislação Federal: a) Portaria nº 2529 (23/11/04) - institui o
 60 Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para
 61 o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos; b) Portaria nº 1/SVS (17/01/05) - regulamenta a
 62 implantação, monitoramento e avaliação do Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar,
 63 integrando o Sistema Nacional de Vigilância. 2. Situação Atual da Rede Nacional de Hospitais de Referência para o
 64 Subsistema de Vigilância Epidemiológica em âmbito Hospitalar no Estado da Bahia:

65 a) Núcleos Hospitalares - Nível I:

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HGVC	Sudoeste	V. Conquista	01/2006
H M Gesteira	Leste	Salvador	01/2006
H S Antonio OSID	Leste	Salvador	01/2006
H S Rafael	Leste	Salvador	01/2006
HGESF	Leste	Salvador	08/2007
HGRS	Leste	Salvador	02/2009
HGE	Leste	Salvador	02/2009
HGPV	Sul	Jequié	Em tramitação

66 b) Núcleos Hospitalares - Nível II:

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HUPES	Leste	Salvador	01/2006
H S Isabel	Leste	Salvador	01/2006
HGCA	Centro-Leste	Feira de Santana	01/2006 (Nível I) 12/2007 (Nível II)
H. Espanhol	Leste	Salvador	01/2006 (Nível I) 12/2007 (Nível II)

67 c) Núcleos Hospitalares - Nível III:

HOSPITAL	MACRO	MUNICIPIO	HABILITAÇÃO no MS
HEOM	Leste	Salvador	08/2007
HCM	Leste	Salvador	12/2007

68 3. Monitoramento dos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia - Estrutura Física e de RH:

69 a) Núcleos Hospitalares - Nível I:

HOSPITAL	Estrutura	Equipamentos	Equipe Mínima
HGVC	Sala própria	Sim*	Sim
H M Gesteira	Sala própria	Sim	Sim
H S Antonio OSID	Sala própria	Sim	Sim
H S Rafael	Compartilhada	Sim	Sim
HGESF	Sala própria	Sim	Sim
HGRS	Sala própria	Sim	Sim
HGE	Sala própria	Sim	Sim
HGPV	Compartilhada	Sim	Sim

70 b) Núcleos Hospitalares - Nível II:

HOSPITAL	Estrutura	Equipamentos	Equipe Mínima
HUPES	Sala própria	Sim	Sim
H S Isabel	Sala própria	Sim	Sim
HGCA	Sala própria	Sim	Sim
H Espanhol	Sala própria	Sim	Sim

71 c) Núcleos Hospitalares - Nível III:

HOSPITAL	Estrutura	Equipamentos	Equipe Mínima
HEOM	Sala própria	Sim	Sim
HCM	Sala própria	Sim	Sim

72

73

74 4. Monitoramento dos NHE - Cumprimento das atribuições pertinentes ao seu nível de acordo com a Portaria 2529/04:

75 a) Núcleos Hospitalares - Nível I:

HOSPITAL	Notifica e Investiga casos de DNC	Digita no SINAN	Analisa e divulga dados
HGVC	Sim	Sim	Sim
H M Gesteira	Sim	Sim	Sim
H S Antonio OSID	Sim	Sim	Sim
H S Rafael	Sim	Sim	Sim
HGESF	Sim	Sim	Sim
HGRS	Sim	Sim	Sim
HGE	Sim	Sim	Sim
HGPV	Sim	Não	Sim

76 b) Núcleos Hospitalares - Nível II:

HOSPITAL	Notifica e Investiga casos de DNC	Digita no SINAN	Analisa e divulga dados
HUPES	Sim	Sim	Sim
H S Isabel	Sim	Sim	Sim
HGCA	Sim	Sim	Sim
H Espanhol	Sim	Sim	Sim

77 c) Núcleos Hospitalares - Nível III:

HOSPITAL	Notifica e Investiga casos de DNC	Digita no SINAN	Analisa e divulga dados
HEOM	Sim	Sim	Sim
HCM	Sim	Sim	Sim

78 5. Situação Atual dos NHE quanto ao recebimento do FIVEH:

79 a) Núcleos Hospitalares - Nível I:

HOSPITAL	Total disponível em 2008 (R\$)	Execução dos Recursos	Dificuldades encontradas
HGVC	18.000,00	Sem execução	Entraves administrativos Morosidade na licitação
H M Gesteira	18.000,00	Insatisfatória	Bloqueio judicial
H S Antonio OSID	18.000,00	Satisfatória	NSA
H S Rafael	18.000,00	Satisfatória	NSA
HUPES	36.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos
H S Isabel	36.000,00	Satisfatória	NSA
HGCA	36.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos Morosidade na licitação
H Espanhol	36.000,00	Satisfatória	NSA

80 b) Núcleos Hospitalares - Nível II:

HOSPITAL	Total disponível em 2008 (R\$)	Execução dos Recursos	Dificuldades encontradas
HUPES	36.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos
H S Isabel	36.000,00	Satisfatória	NSA
HGCA	36.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos Morosidade na licitação
H Espanhol	36.000,00	Satisfatória	NSA

81 c) Núcleos Hospitalares - Nível III:

HOSPITAL	Total disponível em 2008 (R\$)	Execução dos Recursos	Dificuldades encontradas
HEOM	60.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos Morosidade na licitação
HCM	60.000,00	Insuficiente	Entraves administrativos Morosidade na licitação

82 6. Recomendações do GT - Epidemiologia Hospitalar da SUVISA/DIVEP para apreciação pela CIB:

83 a) Núcleos Hospitalares - Nível I:

84

HOSPITAL	Cadastramento junto ao MS	Repasse recursos FNS/FESBA	de pelo	Execução dos Recursos
HGVC	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos e licitatórios
H M Gesteira	Manutenção	Manutenção		NSA
H S Antonio OSID	Manutenção	Manutenção		NSA
H S Rafael	Manutenção	Manutenção		NSA
HGESF	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos e licitatórios
HGRS	Manutenção	Início imediato		NSA
HGE	Manutenção	Início imediato		NSA
HGPV	Em tramitação	NSA		NSA

85 b) Núcleos Hospitalares - Nível II:

HOSPITAL	Cadastramento junto ao MS	Repasse recursos FNS/FESBA	de pelo	Execução dos Recursos
HUPES	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos
H S Isabel	Manutenção	Manutenção		NSA
HGCA	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos e licitatórios
H Espanhol	Manutenção	Manutenção		NSA

86 c) Núcleos Hospitalares - Nível III:

HOSPITAL	Cadastramento junto ao MS	Repasse recursos FNS/FESBA	de pelo	Execução dos Recursos
HEOM	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos e licitatórios
HCM	Manutenção	Manutenção		Agilidade nos processos administrativos e licitatórios

87 **Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão e votação, sendo aprovado à unanimidade.** Dr.
88 José Carlos Raimundo Brito, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e membro da CIB, informou que estão sendo
89 montados núcleos de Vigilância Epidemiológica na Rede de Pronto Atendimento e muito em breve estarão notificado a DIVEP
90 e trabalhando junto, para trazer para esta CIB. Dra. Márcia Sampaio recomendou que os municípios que possuem núcleos
91 hospitalares de epidemiologia indiquem um representante municipal para acompanhamento das ações desses núcleos, porque
92 o monitoramento está sendo feito unicamente pelo estado, devido à ausência de um representante municipal para o
93 acompanhamento. Dando seguimento, sobre o ponto **2. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DGC:**
94 **2.1 Discussão do Programa de Implantação interfederativa da Fundação Estatal Saúde da Família, Dr. Raul Molina**
95 **informou que foi feita a apresentação pela manhã na reunião do COSEMS e ficou decidido pactuar o cronograma sem**
96 **nenhuma objeção**, assim, solicitou que não fosse reapresentada devido à extensão da mesma. – **Aprovado. 2.2 Proposta da**
97 **Rede Estadual de Reabilitação Visual.** Apresentação Dra. Sílvia de Oliveira Pereira, que iniciou informando ter apresentado
98 pela manhã na reunião do COSEMS os critérios e a proposta de implantação da Rede, mas de fato não há ainda nenhum
99 pleito formalizado para implantação de serviços e o que está sendo colocado para aprovação no momento é a lógica da Rede,
100 porque hoje temos nove macrorregiões de saúde no Estado da Bahia e as Portarias GM/MS Nº.3128 e 3129 destinam para o
101 Estado um teto máximo de seis serviços, então foi preciso utilizar alguns parâmetros que lá estão postos principalmente os
102 relacionados à necessidade de que tais serviços de reabilitação visual que são destinados a pessoas com baixa visão e
103 cegueira, eles estejam o mais próximo possível de serviços de reabilitação física e de saúde auditiva, de modo a contemplar as
104 pessoas com deficiências múltiplas. “Rede Estadual de Atenção À Pessoa Com Deficiência Visual – Critérios e Proposta para
105 Implantação. 1. Marco Legal: Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – Portaria GM/MS Nº.1060 de
106 05/06/2002; Política Nacional de Atenção em Oftalmologia – Portaria GM/MS Nº.957, de 15/05/2008; Política Nacional que
107 define as Redes Estaduais e/ou Regionais – Portaria nº 288/SAS/MS, de 19/05/2008; Rede Estadual de Atenção à Pessoa com
108 Deficiência Visual – Portaria GM/MS Nº.3128, de 24/12/2008; Recursos Financeiros a serem disponibilizados aos Estados e
109 Distrito Federal – Portaria GM/MS Nº.3129, de 24/12/2008. 1.1 Portaria SAS/MS Nº.3128, de 24/12/2008 – Define que: As
110 Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na Atenção Básica e Serviços de
111 Reabilitação Visual para pessoas com baixa visão e cegueira; As Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência
112 Visual devem estar em articulação com as Redes Estaduais de Atenção em Oftalmologia e as Redes Estaduais de Assistência
113 a Pessoa com Deficiência Física e de Saúde Auditiva; 1.2 Portaria SAS/MS Nº.3128, de 24/12/2008 – Determina que as SES /
114 SMS estabeleçam, junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, os mecanismos de referência e contra –
115 referência de pacientes com baixa visão e cegueira, em idade escolar, para que seja garantido o apoio necessário à inclusão
116 escolar; 1.3 Portaria GM/MS Nº.3129, de 24/12/2008: “Art. 1º Estabelecer recursos financeiros no montante de R\$
117 39.160.835,50 (trinta e nove milhões, cento e sessenta mil oitocentos e trinta e cinco reais e cinquenta centavos), a serem
118 disponibilizados aos Estados e Distrito Federal conforme a seguir descrito. I - O montante de R\$ 33.063.875,50 (trinta e três

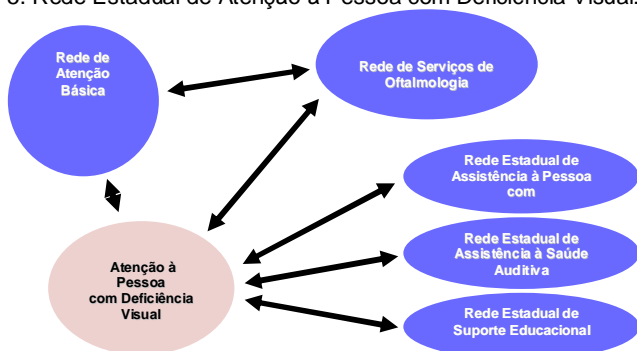
119 milhões, sessenta e três mil oitocentos e setenta e cinco reais e cinquenta centavos) serão incorporados ao Teto Financeiro
 120 anual de Média e Alta Complexidade dos Estados e do Distrito Federal conforme Anexo; e II - O montante de R\$ 6.096.960,00
 121 (seis milhões, noventa e seis mil e novecentos e sessenta reais) serão disponibilizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos
 122 Municípios pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Art. 2º Estabelecer que os recursos de que trata o item
 123 I do artigo 1º serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, após o credenciamento/habilitação dos
 124 Serviços de Reabilitação Visual, em conformidade com a Portaria Nº 3.128/GM, de 24 de dezembro de 2008.”; 1.4 Portaria
 125 GM/MS Nº.3129, de 24/12/2008: “Art. 1º Estabelecer recursos financeiros no montante de R\$ 39.160.835,50 (trinta e nove
 126 milhões, cento e sessenta mil oitocentos e trinta e cinco reais e cinquenta centavos), a serem disponibilizados aos Estados e
 127 Distrito Federal conforme a seguir descrito. I - O montante de R\$ 33.063.875,50 (trinta e três milhões, sessenta e três mil
 128 oitocentos e setenta e cinco reais e cinquenta centavos) serão incorporados ao Teto Financeiro anual de Média e Alta
 129 Complexidade dos Estados e do Distrito Federal conforme Anexo; e II - O montante de R\$ 6.096.960,00 (seis milhões, noventa
 130 e seis mil e novecentos e sessenta reais) serão disponibilizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios pelo Fundo
 131 de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC. Art. 2º Estabelecer que os recursos de que trata o item I do artigo 1º serão
 132 transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, após o credenciamento/habilitação dos Serviços de Reabilitação
 133 Visual, em conformidade com a Portaria Nº 3.128/GM, de 24 de dezembro de 2008.” 2. Parâmetros para Distribuição dos
 134 Serviços: Fonte: Portaria 3128/2008.

UF	População 2008	Serviço de Reabilitação Visual
Norte	15.142.684	09
Nordeste	53.088.499	20
Sudeste	80.187.717	31
Centro-Oeste	13.695.944	05
Total Nacional	162.114.844	75

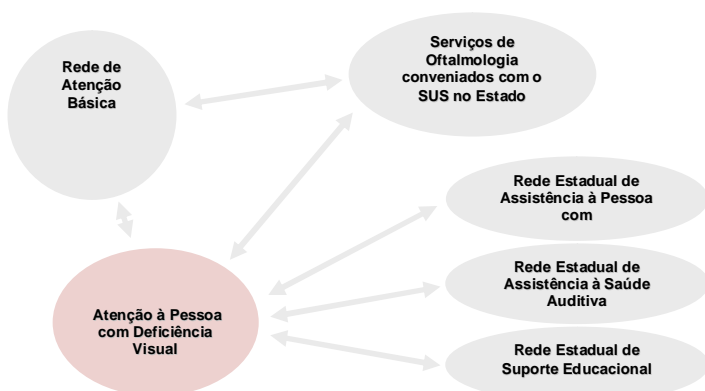
135 3. Parâmetros para Distribuição dos Serviços/ Recursos: Fonte: Portarias GM/MS 3128/2008 e 3129

UF	População 2008	Serviço de Reabilitação Visual	Valor Anual
Bahia	14.502.575 hab	06	2.645.110,04
Recomenda-se considerar 1 (um) serviço para cada 2.500.000 habitantes			Recurso MAC destinado a concessão de OPM em Reab.Visual

136 4. Procedimentos / Financiamento / Parâmetros: 4.1. Treino de orientação e mobilidade: R\$ 6,00 recurso FAEC/Registro BPA
 137 individualizado/Faixa etária 00 a 110/Quant. Máxima 08/mês; 4.2. Avaliação multiprofissional em def. visual: R\$ 24,68 recurso
 138 FAEC/ Registro BPA individualizado/ Faixa etária 00 a 110/ Quant. Máxima 01/usuário/mês; 4.3. Acompanhamento em
 139 reabilitação visual: R\$ 12,00 recurso FAEC/Registro BPA individualizado/Faixa etária 00 a 110/Quant. Máxima 12/usuário/mês.
 140 5. Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual:



141



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
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194

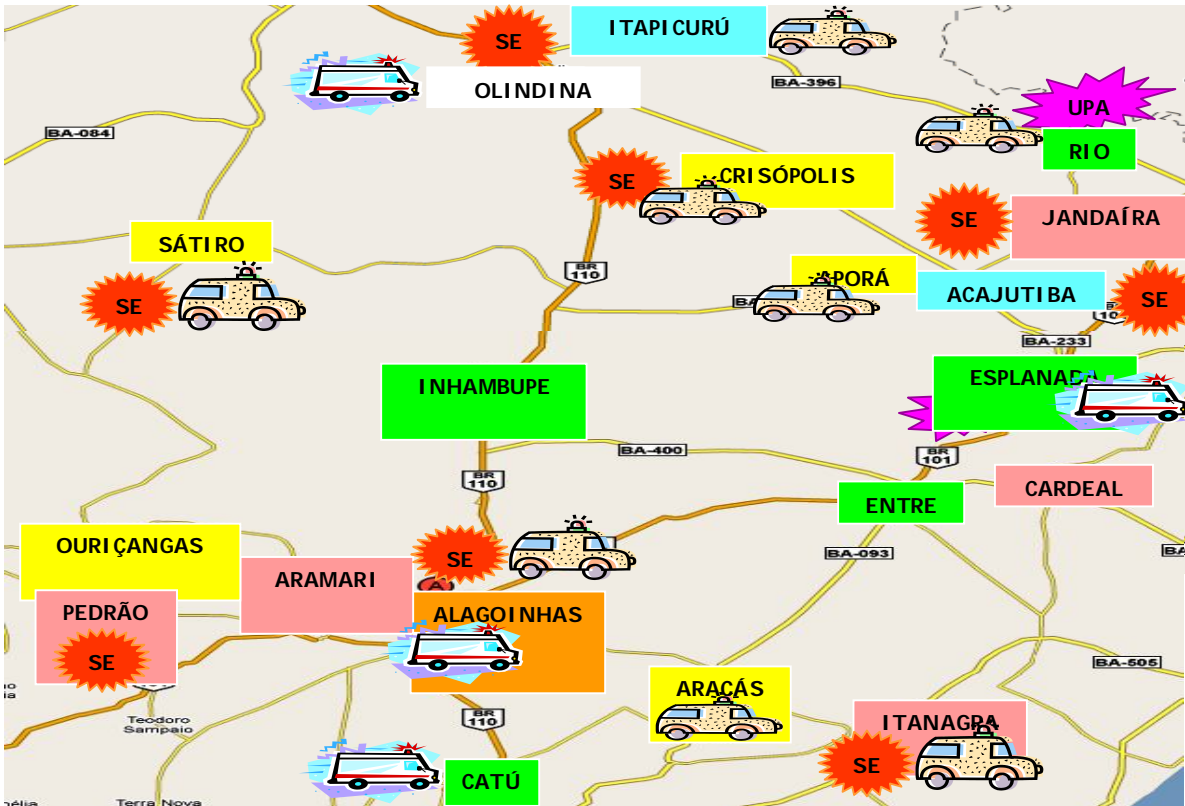
6. Serviços de Reabilitação Visual: Prevenção Terciária, Reabilitação Visual para Cegueira e Baixa Visão, Concessão de equipamentos, Inclusão Social, Articulação com Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência Física e Saúde Auditiva e Articulação com Educação. 7. Portaria SAS/MS Nº.3128, de 24/12/2008: - Estabelece que o Serviço de Reabilitação Visual deva ser um estabelecimento de saúde público e caso, não disponível, em instituições da rede complementar, preferencialmente, instituições universitárias filantrópicas e instituições filantrópicas; - Realiza diagnóstico, terapêutica especializada e acompanhamento com equipe multiprofissional constituindo-se como referência em habilitação / reabilitação de pessoas com deficiência visual. 8. Caracterização dos Serviços: Espaço físico adequado; Equipamentos específicos para a reabilitação; Equipe multiprofissional especializada; Atendimento integral, conforme suas necessidades – até 120 pac/mês: Habilitação/reabilitação visual; Estimulação precoce, orientação e mobilidade; Avaliação multiprofissional de deficiência visual; Avaliação Psicossocial; Avaliação oftalmológica especializada. 9. Equipamentos para Concessão – OPM: Bengala articulada; Lente escleral pintada; Lupa de apoio c/ ou s/ iluminação; Lupa manual c/ ou s/ iluminação; Prótese ocular (opcional); Óculos com lentes filtrantes; Sistemas telescópio manual binocular c/ foco ajustável; Sistemas telescópio manual monocular c/ foco ajustável; Óculos com lentes esféricas positivas; Óculos com lentes esférico prismáticas. 10. Critérios para implantação da Rede na Bahia (População 14.502.575 / 417 municípios / 09 macro-regiões de saúde / Meta Estadual – 06 Serviços): 10.1 Critérios para credenciamento/habilitação de Serviços de Reabilitação Visual: Anexo I – Portaria nº. 3.128/08 necessita: Adequação do espaço físico, antes do pleito do cadastramento; Aquisição de equipamentos, antes do pleito de cadastramento; Contratação da equipe mínima, antes do pleito do cadastramento. 10.2 Critérios sugeridos pela área técnica para Implantação da Rede: a) Elaboração de protocolos de atendimento; b) Instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação; c) Vistoria nos serviços/municípios realizada pela Área Técnica em parceria com as equipes da DAE, DICON e DIRES. 10.3 Critérios sugeridos pela área técnica para credenciamento de Serviço Público: a) Implantar prioritariamente Serviços de Reabilitação Visual em Municípios integrantes das Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência Física e Saúde Auditiva e de Atenção em Oftalmologia; b) Identificar a Rede de suporte em oftalmologia no município/macrorregião; c) Articular com os Gestores Municipais a adequação de ações a fim de garantir a pactuação, a retaguarda em serviços de apoio diagnóstico e a articulação com o conjunto da atenção à saúde e Secretaria de Educação. 10.4 Critérios sugeridos pela área técnica para credenciamento da Rede Complementar: a) Declaração do Gestor Municipal da impossibilidade de implantação do Serviço de Deficiência Visual na Rede Pública; b) Declaração do Gestor Municipal de Saúde com a indicação da Unidade da Rede Privada a ser credenciada; c) Ata do Conselho Municipal de Saúde com aprovação da Unidade a ser credenciada. 11. Proposta para implantação: Deverão ser instituídos protocolos de referência e contra-referência para atendimento dos usuários oriundos das macros Centro Norte, Nordeste e Sul. 12. Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Física: Serviços de Medicina Física e Reabilitação (Alta Complexidade) / Serviços de Reabilitação Física Nível Intermediário (Média Complexidade): a) Leste: Salvador – Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências – CEPRED; b) Sul: Jequié – Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação Física de Jequié – NUPREJ; Ilhéus – Núcleo Municipal de Atenção Especializada – NAE; Itabuna – Centro de Reabilitação e Desenvolvimento Humano – CREADH; c) Extremo Sul: Teixeira de Freitas – Centro de Reabilitação Mãe Maria – CRFMM; d) Sudoeste: Vitória da Conquista – Centro Municipal de Reabilitação de Vitória da Conquista – CEMERF; e) Norte: Juazeiro – Centro Regional de Prevenção, Reabilitação e Inclusão Social – CERPRIS; f) Centro Leste: Itaberaba – Centro Municipal de Reabilitação – CEMUR; g) Oeste: Barreiras – Centro de Prevenção e Reabilitação do Oeste – CEPROESTE. 13. Rede Estadual de Atenção à Pessoa com Deficiência Auditiva: Serviços de Saúde Auditiva de Alta Complexidade / Serviços de Saúde Auditiva de Média Complexidade: a) Leste: Salvador – Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências – CEPRED; Lauro de Freitas – Universidade Metropolitana de Assistência Social e Educação – UNIME; b) Sul: Itabuna – Centro de Saúde Auditiva de Itabuna – CESAI; c) Sudoeste: Vitória da Conquista – Centro Municipal de Reabilitação de Vitória da Conquista – CEMERF; d) Centro Leste: Feira de Santana – Hospital Otorrinolaringológico. 14. Assistência à Pessoa com Deficiência Intelectual - Unidades Habilitadas pela Portaria GM/MS Nº 1.635 DE 12/09/2002: a) Leste: Salvador: CLIFIR, Centro Logopedia e Psicomotricidade da Bahia – CLPB, CURE, Instituto Guanabara, Associação Bahiana Recuperação Excepcional – ABRE, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, Núcleo Criança com Paralisia Cerebral, Instituto de Organização Neurológica da Bahia – ION; b) Nordeste: Alagoínhas: Associação Pestalozzi de Alagoínhas; c) Sudoeste: Vitória da Conquista: APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória da Conquista; Itapetinga: APAE Associação Pais e Amigos dos Excepcionais de Itapetinga; d) Centro Leste: Feira de Santana: APAE Associação Pais e Amigos dos Excepcionais Feira de Santana. 15. Projeção para as Redes Estaduais: Serviços de Medicina Física e Reabilitação (Alta Complexidade) / Serviços de Reabilitação Física Nível Intermediário (Média Complexidade) / Serviços de Reabilitação Visual / Serviços de Saúde Auditiva de Alta Complexidade / Serviços de Saúde Auditiva de Média Complexidade: a) Leste: Salvador – Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação de Deficiências – CEPRED; Lauro de Freitas – Universidade Metropolitana de Assistência Social e Educação – UNIME; b) Sul: Jequié – Núcleo Municipal de Prevenção e Reabilitação

195 Física de Jequié – NUPREJ; Ilhéus – Núcleo Municipal de Atenção Especializada – NAE; Itabuna – Centro de Reabilitação e
 196 Desenvolvimento Humano – CREADH; Itabuna – Centro de Saúde Auditiva de Itabuna – CESAI; c) Extremo Sul: Teixeira de
 197 Freitas – Centro de Reabilitação Mãe Maria – CRFMM; d) Sudoeste: Vitória da Conquista – Centro Municipal de Reabilitação
 198 de Vitória da Conquista – CEMERF; e) Norte: Juazeiro – Centro Regional de Prevenção, Reabilitação e Inclusão Social –
 199 CERPRIS; f) Centro Leste: Itaberaba – Centro Municipal de Reabilitação – CEMUR; Feira de Santana – Hospital Otorrinos; g)
 200 Oeste: Barreiras – Centro de Prevenção e Reabilitação do Oeste – CEPROESTE.” Após a apresentação o Senhor
 201 Coordenador colocou em discussão. Dr. Raul Molina colocou que foi também apresentado pela manhã no COSEMS e houve o
 202 entendimento de que é realmente preciso crescer na reabilitação, não somente na parte visual como também na auditiva, e a
 203 única preocupação, foi quanto à centralização dessas unidades, até porque o fluxo natural levou a isso. Ressaltou que na
 204 abertura de propostas, os municípios foram conclamados, e sabendo que tem contrapartida para isso, fica aberto para que
 205 possamos avançar já que este é o nosso objetivo. Quanto aos custos, ponderou que apesar do que está sendo colocado e
 206 apesar dos investimentos mostrados, a equipe técnica continua sendo dos municípios e isso ainda é preocupante, mas se
 207 formos contabilizar nos municípios o que gastamos também encaminhando pacientes para reabilitação, temos mais ou menos
 208 um gasto que talvez possa até compensar alguns investimentos, assim, afirmou que o COSEMS concorda com a aprovação,
 209 desejando que estes recursos cheguem o mais rápido possível. **Não havendo mais nenhuma observação, foi considerado**
 210 **aprovado a Proposta da Rede Estadual de Reabilitação Visual.** Dando prosseguimento à pauta, o senhor Coordenador
 211 passou para as solicitações da Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/ DIPRO/DICON: **3.1**
 212 **Adesão ao Pacto pela Saúde dos municípios de Paramirim e Coaraci; 3.2 Fluxo de Solicitação de Adesão ao Pacto no**
 213 **Estado da Bahia; 3.3 Cronograma de oficinas para renovação dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos**
 214 **TCEP; 3.4 Habilitação da Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular no Hospital Calixto Midlej Filho**
 215 **– Itabuna.** Dra. Conceição Benigno iniciou dizendo que felizmente conseguimos avançar bastante e considerando esta uma
 216 reunião histórica para a Bahia em relação ao Pacto; lembrou que apesar da rediscussão da Resolução nº 89 e da Proposta de
 217 Comissão, ainda não tinha sido estabelecidos fluxos e o papel da comissão, portanto, é muito importante que tenhamos uma
 218 publicização destes fluxos para que as áreas técnicas de um modo geral possam operacionalizar esses processos juntos aos
 219 municípios e principalmente envolvendo os CGMR. Informou ainda que essa proposição já foi bastante discutida numa reunião
 220 da própria Comissão que é paritária entre SESAB e COSEMS. “Proposta de Fluxo do Pacto – TCG: 1. Fluxo do Pacto: O
 221 município apresenta a proposta do TCGM no CMS -> O CMS autoriza o Município a discutir a proposta do TCGM no CGMR ->
 222 O Município entrega a proposta à Coordenação do CGMR com cópia para a Secretaria Executiva -> O Coordenador e a
 223 Secretaria Executiva do CGMR aguardam a composição de um bloco de solicitações (analisado pelo CGMR) de adesão ao
 224 Pacto e, então, pautam as adesões em reunião do CGMR -> O CGMR analisa os TCGM e encaminha com parecer favorável
 225 ou não (ao comando único) para revisão da Comissão -> Caso haja sugestão de alteração do TCGM, o município deve
 226 reapresentá-lo ao CMS retornando o fluxo para o CGMR -> A Comissão COSEMS-SESAB emite recomendações sobre os
 227 TCGM e encaminha para Pactuação da CIB -> Caso a Comissão entenda que a proposta não atenda aos termos estabelecido
 228 do TCGM, o município deve reapresentá-lo ao CMS retornando o fluxo para o CGMR. Quanto ao Fluxo, comentou que houve
 229 dificuldade na definição do que seriam estes blocos e ficou definido pela Comissão que os CGMR é que avaliariam, pois o
 230 número de municípios depende da potência da região, mas entende-se que a adesão ao Pacto, independente do Comando
 231 Único, é importante que seja feita de forma regionalizada para que as responsabilidades sejam compartilhadas porque o nível
 232 central não tem condições de responder pela região como é possível nos espaços colegiados, quando um secretário diz que
 233 ele é capaz e que tem responsabilidade por cada ação, quem vai monitorar este acompanhamento e esta realidade é a própria
 234 região, é essa avaliação da microrregião que é importante, por isso queremos a mobilização da adesão ao pacto com
 235 responsabilidade, de forma solidária, mas tenha um monitoramento, porque senão for assim, teremos mais uma vez um
 236 processo cartorial como foram a NOAS e as NOB onde fica mais um papel assinado pelo gestor onde as responsabilidades
 237 não são cumpridas. Assim, está sendo feito este movimento para que cada vez que um município queira assinar o Termo, seja
 238 discutido passo a passo dentro do CGMR e os próprios secretários fiscalizem as ações uns dos outros. Enfatizou o papel de
 239 parceiro do CGMR para que tudo possa ser feito de forma solidária e cooperativa, para que fique bem claro o que é
 240 responsabilidade de gestão e responsabilidade sanitária, pois não é apenas assinando um papel que teremos isso. O
 241 COSEMS achou que não deveríamos determinar um número para esse bloco porque eventualmente pode acontecer como
 242 agora que para receber um financiamento do MS como no caso das UPAs, o município precisa ter logo o seu Termo assinado
 243 e aí até para fazer essa composição fica mais complicado, por isso cada colegiado deve refletir e discutir regionalmente. Ao
 244 analisar os TCGM, caso o CGMR identifique que determinado município não está cumprindo as responsabilidades é
 245 necessário que seja feita lá a reflexão e a tentativa de correção, dentro da região mesmo, e exemplificou com os municípios
 246 que até hoje não entregaram os Relatórios de Gestão de 2007 e 2008, questionando se um município que não tem capacidade
 247 de fazer seu próprio Relatório de Gestão terá condições de assumir várias outras responsabilidades. 2. Pontos para Discussão:
 248 a) Qual será o prazo para o CGMR dar parecer sobre o pleito do município? A Comissão discutirá em outro momento; b) O
 249 prazo para dar entrada na Secretaria Executiva da CIB para análise da comissão COSEMS-SESAB sobre os TCGM deve ser
 250 de no mínimo 20 dias antes da reunião da CIB(Fechado pela Comissão); c) Como se dará a revisão dos TCGM dos
 251 municípios? A Comissão discutirá em outro momento”. Finalizou esta apresentação colocando que parece complicado, mas
 252 não é. Em seguida apresentou a relação dos municípios para adesão ao Pacto: “Assinatura do TCGM: 1. Municípios que irão
 253 assinar o TCGM sem Assunção ao Comando Único: Itapetinga, Livramento de Nossa Senhora, Simões Filho, Poções, Santa
 254 Maria da Vitória, Seabra, Muritiba, Cachoeira, Maragogipe, Cabaceiras do Paraguaçu e Valença. 2. Municípios que irão assinar
 255 o TCGM com Assunção ao Comando Único: Amargosa, Bom Jesus da Lapa, Santo Antonio de Jesus, Paramirim, Crisópolis,
 256 Cruz das Almas, Jacobina* e Eunápolis. * Jacobina assumirá o Comando Único em prazo estipulado em Termo de Ajuste de
 257 Conduta. Informou que o município de Coaraci não formalizou ainda a documentação, a DIPRO já entrou em contato várias
 258 vezes, mas até agora não foi encaminhado e o município de Rio Real foi avaliado pela Comissão e esta informa a título de
 259 recomendação, que o município ainda não possui equipe capacitada para processamento e pagamento, tendo sido solicitada
 260 agora no dia 21 de julho essa capacitação que já foi agendada, mas para assunção do comando único é preciso saber
 261 processar. Continuando a apresentação: 3. Municípios que estão com o processo de assinatura do TCGM sem pendências:

262 Várzea do Poço, Umburanas, Miguel Calmon, Araçás, Esplanada, Itapicuru, Paramirim (com Comando Único), Nordeste e
263 Queimadas." Finalizou a apresentação colocando toda a equipe da DIPRO à disposição, lembrando que apesar de ser uma
264 equipe pequena em relação à necessidade de visitas, poucos municípios encaminham essas solicitações. Considerou ainda
265 que todos os municípios do estado já aderiram ao Pacto pela Saúde na questão das responsabilidades do preenchimento dos
266 indicadores de saúde, inclusive recentemente foram homologados todos os pactos e dos quatrocentos e dezessete municípios,
267 apenas trinta e sete não fecharam a homologação das planilhas dos indicadores do Pacto pela Vida, ressaltando que foi um
268 trabalho muito grande da equipe e inclusive foi um diferencial em relação aos outros estados. Dr. Raul Molina parabenizou os
269 membros da Comissão e reiterou a postura do COSEMS no que se refere principalmente ao Comando Único, colocando que o
270 entendimento inicial foi amadurecido, a Resolução existente foi revogada, pois colocava alguns impedimentos que de alguma
271 forma faziam com que não avançássemos com o Pacto e agora chegamos a um denominador comum. Concordou que a
272 assunção ao Comando Único tem que ser com responsabilidade, com pelo menos elementos mínimos que o município tem
273 que cumprir e hoje aqui se retratou um aprendizado, pois tínhamos pactuado a princípio de que todos os municípios que
274 tinham solicitado estavam em dia e agora tivemos conhecimento de que Rio Real teve esse problema em relação à
275 capacitação dos técnicos, e realmente surge a pergunta de como pagar os prestadores se o município não tem pessoas
276 preparadas para tal, por isso foi importante a colocação de que o Colegiado tem que tomar conhecimento do Pacto, porque
277 municípios vizinhos sabem o que têm em sua região, e mensurar o que é ir ao Pacto em bloco, mensuramos que o bloco pode
278 ser até populacionalmente um município que seja importante, que é o pólo, como está acontecendo com as UPA, assim,
279 solicitou que fosse aprovado ad referendum todos os municípios que foram contemplados com UPA em 2008, até porque até o
280 dia 28 tem que apresentar aquela documentação para a Caixa Econômica, e talvez 2009 e 2010 receba antes o dinheiro
281 porque vem fundo a fundo. Enfatizou que não estamos aqui para empatar a adesão ao Pacto nem prejudicar de alguma forma
282 a assunção ao Comando Único, e sim para colocar um ponto final para que possamos avançar, assim, o COSEMS entendeu
283 na reunião pela manhã, de forma específica o problema de Rio Real, solicitamos que como já vai ser treinado, na próxima CIB
284 possamos receber, chegou hoje também o município de Camaçari e podemos agir da mesma forma e se eles tivessem
285 contemplados com UPA também estariam dentro do bloco daqueles doze municípios. Esclareceu ainda para a região de
286 Poções porque que o município estava entrando e aos outros municípios que tinham solicitado em bloco se reprimiram, e já
287 que os treze municípios que estão sendo contemplados com UPA estão indo, não seria justo que o município de Poções
288 saísse disso. Ressaltou que apenas com a CIB de hoje, dobramos o número de municípios que tinham aderido ao Pacto, trata-
289 se de um evento importante e devemos parabenizar à equipe, reiterando a solicitação de colocar Rio Real na próxima CIB e de
290 que sejam aprovados todos os outros que estão em pauta. Após a discussão o Senhor Coordenador colocou para aprovação,
291 entendendo-se que houve um consenso quanto ao município de Rio Real e os demais foram aprovados. Dra. Conceição
292 Benigno informou que a SUREGS está avançando com o site da DIPRO que deve ser bastante acessado, pois estamos
293 vivendo um momento importante em relação à PPI nova, onde temos um GT com o grupo do COSEMS que muito tem se
294 esforçado, num trabalho incansável que tem feito de tudo para que não seja rompido o cronograma da PPI, e para facilitar a
295 socialização desse assunto com todos os outros municípios, já foi disponibilizado no site todas as discussões da Comissão da
296 PPI, para quem não puder participar, pois apesar de ter uma Comissão os Secretários Municipais que tenham interesse
297 poderão participar e o calendário também está no site, no link informações da PPI 2009. Na semana de 10 a 14 de agosto
298 acontecerão cinco encontros em Salvador, conforme cronograma, todos os dias já estão certos exceto o dia 13 por causa do
299 auditório da UPB que não pode, será feito um treinamento com informações de tudo o que aconteceu até agora pra duzentos
300 municípios, com secretários municipais e técnicos, num total de mil pessoas. Na oportunidade, solicitou uma reunião
301 extraordinária da CIB ainda este mês para concluir os encaminhamentos da PPI. A princípio foi sugerido dia 30, mas o Senhor
302 Coordenador lembrou que era a data da reunião mensal do Conselho Estadual de Saúde – CES, em seguida foi sugerido dia
303 31, mas foi lembrado que era a data do Seminário da SUPERH. Dr. Alfredo Boa Sorte sugeriu uma composição de agenda
304 devido à prioridade do assunto e Dra. Stela Souza argumentou que dentro desta programação vamos tentar passar na CIT de
305 dezembro, porque teremos as rodadas das macrorregiões, das microrregiões e dos municípios e todo um trabalho árduo e
306 argumentou que se não houver CIB ainda este mês entraremos 2010 sem PPI. Dra. Conceição Benigno ressaltou mais uma
307 vez a importância do site para que todos os Secretários possam ler, participar e tem um fórum de perguntas, pois é muito
308 importante que todos acompanhem a situação que já avançou bastante, o módulo estadual já está praticamente quase todo
309 preenchido, haverá a programação na semana de 10 a 14, acontecerão as rodadas, portanto e realmente necessário se fazer
310 uma CIB extraordinária para homologar tudo o que já está encaminhado. Dra. Telma Dantas, Superintendente de Recursos
311 Humanos, solicitou a palavra para agradecer sua indicação para e membro da CIB e comprometeu-se a fazer o melhor
312 possível para viabilizar todas as ações de recursos humanos para o SUS. Informou que nesses sessenta dias na SESAB, vem
313 sendo desenvolvidas uma série de atividades para organizar o primeiro seminário que possibilitará um contato direto e
314 corpóreo com as Diretorias Regionais de Saúde e com todos os atores que trabalham na área de recursos humanos, esta
315 agenda está marcada para o dia 31 de julho durante todo o dia, com local definido, correspondências encaminhadas, foi
316 elaborada uma cartilha de esclarecimento aos servidores sobre a questão da implantação do PCCV.
317 Destacou a retomada das ações de educação permanente e gestão do trabalho dentro da perspectiva de darmos continuidade
318 à Política de Recursos Humanos do Estado da Bahia. Após as considerações, o Senhor Coordenador sugeriu a conciliação da
319 reunião do CES a da CIB, pois poderiam ser discutidos os pontos principais na reunião do CES pela manhã e a reunião da CIB
320 ficaria pela tarde, e os membros que são representantes em comum nas duas instâncias, CES e CIB vêm para a reunião da
321 CIB e os demais membros continuariam na reunião do CES, assim, houve consenso e a reunião extraordinária da CIB ficou
322 marcada para o dia 30 de julho às 15 horas. Dando prosseguimento à pauta: **3.3 Cronograma de oficinas para renovação
323 dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos – TCEP.** Dr. Raul Molina informou que pela manhã houve uma
324 demanda a respeito dos Termos, inclusive com uma demanda do município de Salvador e o Secretário Municipal de Saúde de
325 Salvador colocou sobre uma reunião há poucos dias com o Ministério da Saúde, a SESAB e o município de Salvador, onde se
326 avançou com relação a discussão do Termo de Compromisso. Dentro dessa possibilidade, pegando o adendo de que já que
327 vai haver a renovação dos Termos de responsabilidades, propôs que esses Termos sejam feitos unilateralmente entre o
328 município e o Estado, sendo que

329 o Estado se colocaria à disposição dos municípios que possuem hospitais estaduais para saber se possuem interesse de
330 municipalizar esses hospitais e os outros fariam o caminho inverso. Considerou que a regionalização tem que avançar e
331 sugeriu que seja feito dessa forma, respeitando naturalmente a demanda dos municípios, e mesmo que tenha que ficar a
332 gestão e o gerenciamento ou estadual ou municipal, a regulação no território tem que ser municipal, nada mais lógico que
333 negociarmos dessa forma e esse Termo será discutido bilateralmente entre o Estado e cada município, para que essas
334 anuências que são às vezes bem focalizadas, não são iguais no estado todo, elas sejam discutidas de uma forma mais ampla
335 com o próprio município. Dra. Conceição Benigno informou que pela manhã conseguiram avançar nas discussões, levando em
336 conta algumas considerações, inclusive sobre a importância de se discutir com outros municípios porque através da política de
337 atenção hospitalar, com os incentivos dos hospitais que tem a ver com essa questão da atenção hospitalar no Estado, e de
338 forma que ficou pactuado se fazer a Resolução de que todos os municípios que tem unidade com Termos entre Entes Públicos
339 fariam a adesão ao pacto assim como em Salvador que já está sendo feito de forma tripartite com o Ministério, e iria ser
340 reavaliada a gestão dos hospitais e quem tiver condições de assumir os hospitais e municipalizar como a exemplo dos
341 municípios de Teixeira de Freitas, São Félix, Itabuna que mesmo antes da adesão tinha o seu hospital municipalizado, e muitos
342 outros, caso contrário a gestão e a gerência passam a ser da responsabilidade do Ente que se colocar responsável pela
343 unidade. Ponderou que o instrumento do termo tem sido muito polemizado, discutido, fragmentado, pouco resolutivo, muito
344 burocrático e é preciso avançar nessa questão. **O Senhor Coordenador colocou em discussão e como não houve
345 nenhuma manifestação contrária foi considerado aprovado.** Próximo ponto de pauta: **3.4 Habilitação da Unidade de
346 Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular no Hospital Calixto Midlej Filho – Itabuna.** Dr. Andrés Alonso informou
347 que a equipe técnica da DICON fez uma visita e avaliou as condições para habilitação do serviço, identificando apenas uma
348 pendência que é a referência da ecocardiografia transesofágica que está sendo pactuada com outro prestador para garantir a
349 referência, portanto não há nenhum impedimento para que essa habilitação seja aprovada aqui na CIB. O Senhor Coordenador
350 complementou colocando que uma das pendências era o fechamento da emergência da Santa Casa de Itabuna já foi
351 parcialmente resolvida há uns três meses atrás e na próxima terça-feira já está programada a abertura total do Hospital São
352 Lucas com cento e cinco leitos, com emergência, e a Santa Casa passa a ter agora três hospitais sob sua gestão, o Calixto
353 Midlej, o Manoel Novaes e o São Lucas. Após **as considerações foi considerado aprovado.** Próximo ponto de pauta: 4.
354 **ASPLAN/GASEC: 4.1 Planejamento do SUS no Estado – propostas de fortalecimento.** Apresentação Dr. Washington Abreu.
355 “Planejamento em Saúde: proposta de fortalecimento para o SUS-Bahia: 1. Objetivo: Contribuir para a institucionalização da
356 prática de Planejamento nas instâncias gestoras do SUS-Ba, através da qualificação de gestores e técnicos envolvidos no
357 processo de elaboração dos instrumentos de gestão - Plano Plurianual (PPA), Programação Anual de Saúde (PAS) e
358 Relatórios de Gestão (RAG). 2. Resgate Histórico: Processo de Planejamento Estadual; Planejamento como dispositivo Rede;
359 Planejamento como dispositivo de Educação Permanente. 3. Planejamento como Dispositivo Rede: Formação da Rede;
360 Estado; Âmbito central e âmbito regional; Município. 4. Planejamento como dispositivo de Educação Permanente: a) Cursos de
361 Qualificação em Planejamento – Parceria MS/SES/COSEMS/ISC-UFBA -2007/2008; b) Seminário sobre Planejamento em
362 Saúde no Estado da Bahia – Agosto -2009 – Proposta: Socializar o desenvolvimento do processo de Planejamento no Estado;
363 Promover orientações básicas para construção dos instrumentos de planejamento; Divulgar os Cursos de Capacitação em
364 Planejamento nas nove macrorregiões. 5. Cursos de Capacitação em Planejamento: a) Parceria SESAB / ISC-UFBA/
365 COSEMS, Período: Setembro a Novembro/ 2009, Clientela: Gestores e Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde, Local
366 de realização dos Cursos: Municípios-sede das 9 macrorregiões de saúde. 5.1 Cursos de Capacitação em Planejamento –
367 Objetivos: Identificar e discutir a proposta de institucionalização do planejamento no âmbito do SUS, considerando o contexto
368 histórico e político da construção nos níveis municipal, estadual e nacional; Caracterizar a prática de planejamento em cada
369 município, identificando seus limites e possibilidades; Discutir as características dos documentos básicos a serem elaborados
370 no processo de planejamento municipal: PPA, PAS e RAG; Identificar e fazer uso de métodos, técnicas e instrumentos de
371 gestão, monitoramento e avaliação para implantação de planos e programas de saúde com base o planejamento situacional e
372 programação em saúde. – A seleção levará em conta os seguintes critérios: a) Formação de nível superior; b) Ser servidor,
373 preferencialmente efetivo das Secretarias Municipais de Saúde; c) Estar atuando na área de Planejamento em Saúde. –
374 Inscrição: Secretaria Acadêmica da Escola Estadual de Saúde Pública – EESP. – Período: De 20 de agosto a 15 de setembro
375 de 2009. – A inscrição exigirá a entrega dos seguintes documentos: a) Ficha de inscrição; b) Declaração do Prefeito/ Secretário
376 solicitando a inscrição; c) Termo de Compromisso do participante; d) Cédula de Identidade Civil; e) Diploma de Graduação ou
377 Atestado de Conclusão do Curso; f) Carteira de registro no Conselho Profissional; g) Preferencialmente comprovação de
378 vínculo institucional. – Estratégias: O curso ocorrerá na sede das nove macrorregiões de saúde obedecendo à lógica do perfil
379 regional; A pactuação feita com o COSEMS favorecerá a uma interlocução com os Colegiados de Gestão Microrregional;
380 Subsidiar a construção dos instrumentos de gestão pelos municípios. – Conteúdo Programático: Reproduz em linhas gerais os
381 objetivos e conteúdo programático do Curso Planeja SUS desenvolvido pelo ISC/ MS 2007/2008, adequando os conteúdos ao
382 perfil da clientela prevista, enfatizando-se o aprendizado de conceitos, métodos e instrumentos de planejamento, programação
383 e avaliação que possam ser utilizados na elaboração dos Planos Municipais de Saúde e demais instrumentos de gestão do
384 SUS, conforme estabelecido no Pacto de Gestão. – Desdobramentos do Curso de Capacitação em Planejamento:
385 Institucionalização do Planejamento - troca de experiências; Consolidação de uma rede de fortalecimento da gestão municipal,
386 regional e estadual; Desenvolvimento de um processo de educação permanente em saúde.” Após a apresentação, o Senhor
387 Coordenador colocou em discussão. Dr. Raul Molina manifestou satisfação com o avanço no planejamento que é um trabalho
388 iniciado há dois anos e meio e agora estão sendo incluídos os municípios e não poderia ser de outra forma, já que envolve
389 principalmente a capacitação dos gestores para isso. Considerou que tivemos um ganho fantástico com o Curso de
390 Especialização de Gestores em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva – ISC, SESAB, COSEMS e Escola Estadual de
391 Saúde Pública – EESP. Colocou ainda que como já estão instalados os CGMR e estamos trabalhando para que a capacitação
392 possa ser feita nos próprios colegiados, seria bom que fosse democratizado a liberação desses recursos, parece que o
393 Ministério não recomenda, mas entendemos que os colegiados precisam ser alimentados recebendo recursos para poder tocar
394 para a frente, não podemos mais ficar centralizando esse tipo de atividade, assim, solicitou que seja avaliada a
395 descentralização de recursos para os Colegiados, pois o recurso existente no momento é de uma sobra que ficou das

396 especificidades regionais e que está sendo utilizada pelos municípios pólos, inclusive o município de Cruz das Almas já
397 começou a prestar contas. Dr. Washington Couto elogiou a apresentação, mas considerou que alguns municípios terão
398 dificuldades e questionou se teria que ser um vínculo efetivo. Dr. Washington Abreu respondeu que essa é uma recomendação
399 e Dr. Couto sugeriu que então fosse colocado “preferencialmente o vínculo efetivo” já que tem muitas pessoas da área com
400 cargos comissionados ou algum outro tipo de vínculo que não seja o concursado, para que possamos flexibilizar. Lembrou que
401 existe uma proposta da utilização dos recursos através de convênio ou alguma outra maneira de repassar ao COSEMS para
402 que este viabilize toda essa plataforma do planejamento, inclusive existe uma experiência no Ceará onde há uma
403 descentralização por parte da Secretaria Estadual. Dr. Washington Abreu relatou que foi uma descentralização única, o
404 convênio que foi estabelecido entre a Secretaria de Estado e o COSEMS do Ceará, que teve como foco a realização de um
405 seminário de sensibilização dos gestores e no contexto do seminário se fez uma primeira capacitação em planejamento. Dr.
406 Washington Couto confirmou a proposta do COSEMS de fazer a descentralização dos recursos para que o próprio COSEMS
407 pudesse fazer todo o processo de operacionalizar o planejamento junto aos municípios; o Ministério foi consultado e ainda não
408 tem esse entendimento formado quanto da viabilidade e da legalidade de fazer uma transferência de recursos que já vão vir
409 nessa mesma lógica para o Estado, então, o Estado não tem nada contra, mas vamos deixar em aberto para quando
410 encontrarmos uma maneira de transferir o recurso, se não, pudermos também utilizar o mesmo instrumento que o Ceará de
411 fazer grandes encontros, aproveitando a parceria do COSEMS para promovermos sempre parceria da SESAB com o CES. Dr.
412 Washington Abreu questionou quanto à data proposta para realização do Seminário, pois para alcançar o máximo possível de
413 municípios seria necessário usar a estratégia da teleconferência e a data disponível pelo IAT foi 25 e 26 de agosto. Dr.
414 Washington Couto confirmou então como a provável data para realização do Seminário em Saúde no Estado da Bahia,
415 reforçando a parceria com o COSEMS dentro da lógica utilizada pelo Estado do Ceará. Dando prosseguimento à ordem do dia,
416 o Senhor Coordenador passou para o item 5. COSEMS: **5.1. Solicitação de mudança**
417 **de critérios da Portaria 154/45 para o NASF** – Dr. Raul Molina lembrou que foi solicitado na reunião passada a aprovação de
418 uma resolução a ser encaminhada para o Ministério da Saúde, revendo essa portaria que coloca o NASF para municípios
419 acima de vinte mil habitantes, e o entendimento da CIB foi de que não caberia essa aprovação, pois já existe uma política do
420 MS específica para isso; foi feita uma consulta ao CONASEMS que informou que já havia uma movimentação a esse respeito,
421 mas entendemos que é preciso avançar com o NASF e temos clareza de que para oito equipes seria muito, mas temos que
422 continuar levantando essa bandeira para ver se conseguimos colocar para o nordeste a mesma política que é feita para a
423 região amazônica que é uma equipe de NASF para cada cinco equipes de Saúde da Família. Reconheceu que esta é uma
424 causa que tem que ser abraçada por todos, não depende desta CIB, inclusive reiterou a solicitação feita pela manhã na reunião
425 do COSEMS aos secretários municipais para que levem também essa discussão para seus Conselhos Municipais para que
426 possamos tencionar o MS a rever essa Portaria quanto ao número de habitantes e de ESF. Ressaltou ainda que devemos ver
427 essa luta como uma bandeira dos municípios levando em conta que a grande maioria dos nossos municípios possui menos de
428 vinte mil habitantes, assim como também temos que continuar na luta e reivindicar que haja contrapartida na vigilância
429 epidemiológica no caso principalmente de Endemias, pois só temos incentivo para agentes comunitários, são políticas que já
430 estão estabelecidas por portarias e que temos que tencionar enquanto representação do COSEMS. Dr. Washington Couto
431 entendeu as colocações de Dr. Raul Molina, argumentando que por enquanto estamos amarrados com os critérios que já foram
432 definidos, ou seja, continuamos no mesmo lugar quanto a isso, mas apoiando essa solicitação do COSEMS para que juntos
433 possamos buscar a mudança dos critérios da Portaria. Os pontos **5.2 Homologação do TCGM de Muritiba, Cachoeira,**
434 **Maragogipe, Cruz das Almas, Cabaceiras do Paraguaçu e Amargosa e** 5.6 Adesão ao Pacto dos Municípios Contemplados
435 com as UPA'S – Unidade de Pronto Atendimento, já havia sido abordados anteriormente e aprovados; **Os seguintes pontos**
436 **foram transferidos para aproxima reunião, devido ao retorno da área técnica que ainda está em análise de**
437 **documentação:** 5.3 Solicitação de ampliação do teto de RNM – Ressonância Nuclear Magnética para o município de Ilhéus;
438 5.4 Solicitação do credenciamento da UTI tipo II e UNACON – Unidade de alta complexidade em Oncologia da Santa Casa de
439 Misericórdia de Ilhéus; 5.5 Concessão do Comando Único do Sistema de Saúde para os municípios de Crisópolis e Rio Real,
440 apenas no caso do município de Rio Real; Dando continuidade a reunião, os pontos: 5.7 Rede de Urgência e Emergência de
441 Jequié; 5.8 Rede de Urgência e Emergência das Microrregiões de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus e Santa Maria da
442 Vitória; 5.9 Reapresentação do Plano Regional de Urgência e Emergência da Microrregião de Alagoinhas – foi cedido espaço
443 para apresentação de Vera Lúcia Borges, Técnica da Coordenação de Urgência. Redes Locorregionais de Atenção às
444 Urgências:
445 1. Microrregião Alagoinhas – Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor
446 Microrregional de 02/06/09:
447



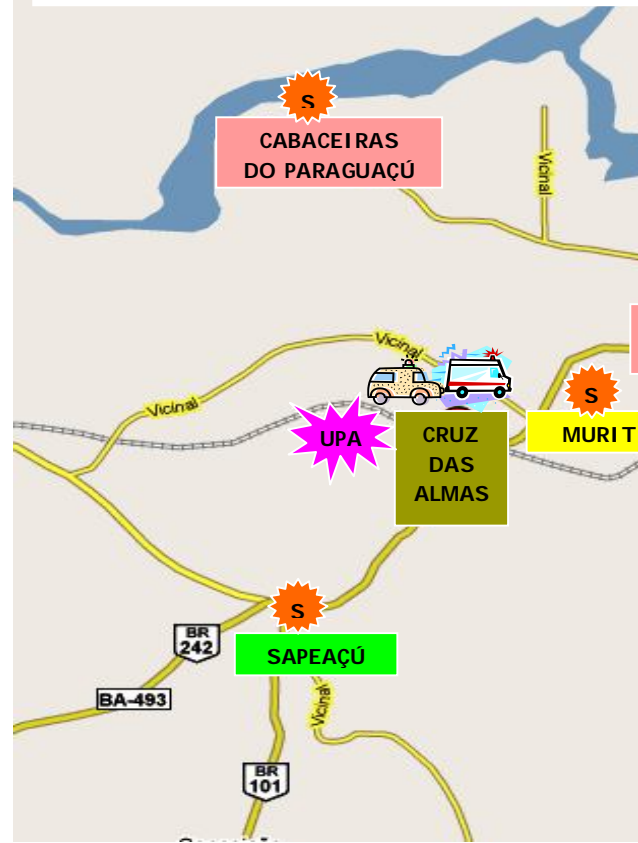
448
449
450
451

MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
ALAGOÍNEAS	ACAJUTI BA			1	461
	ALAGOINHAS				463
	APORÁ		1		465
	ARAÇAS		1		469
	ARAMARI		1	1	471
	CARDEAL DA SILVA				473
	CATU	1			475
	CRI SÓPOLIS		1	1	477
	ENTRE RIOS				481
	ESPLANADA	1			483
	INHAMBUPE				485
	ITANAGRA		JÁ POSSUI	1	487
	ITAPI CURÚ			1	489
	JANDAÍRA			1	491
	OLINDINA	1			493
	OURIÇANGAS				495
	PEDRÃO			1	497
RIO REAL			1	499	
SÁTIRO DIAS			1	501	
				503	
				505	
				507	
				509	
				511	

512
513

2. Microrregião Cruz das Almas e Santo Antonio de Jesus - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 06/04//09:

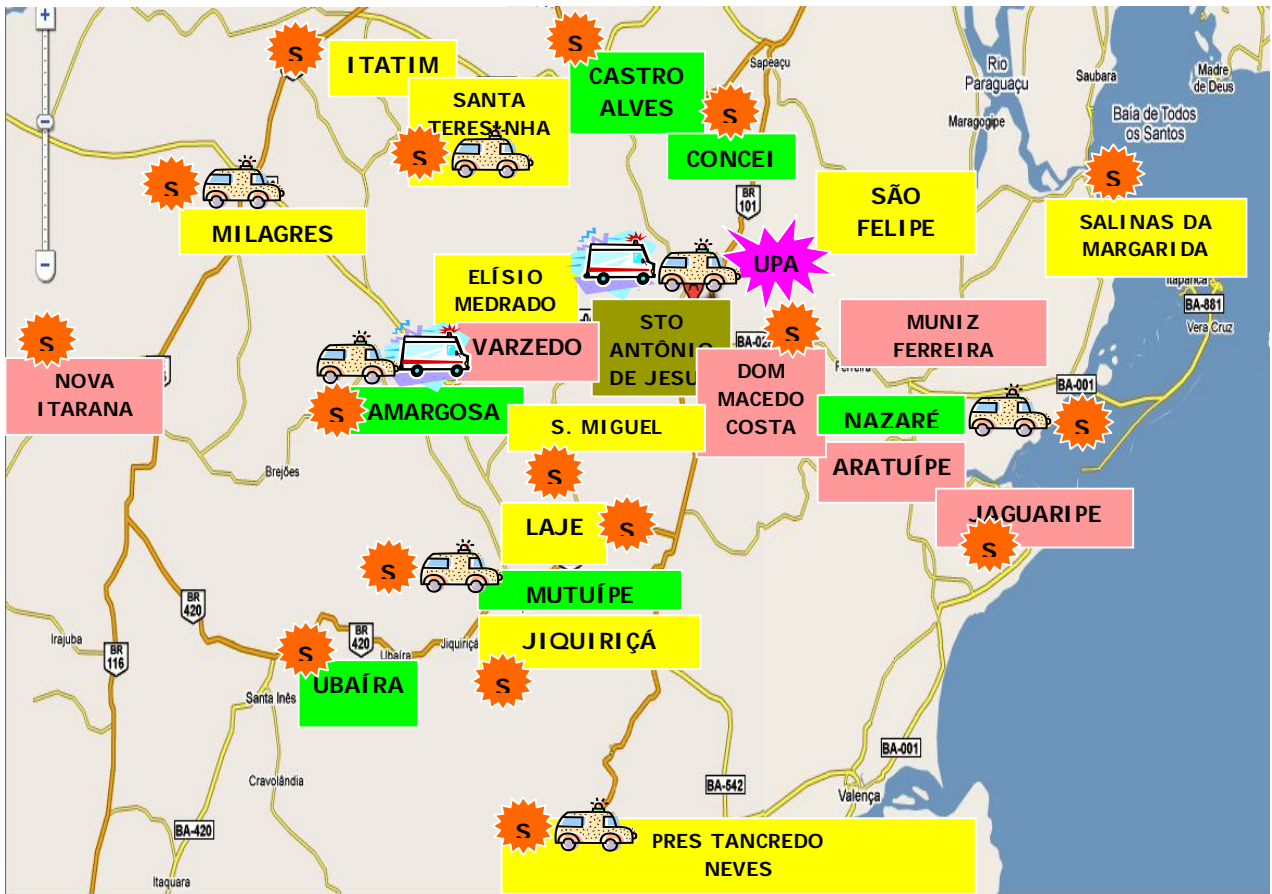
PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA CRUZ



515

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE					
CRUZ DAS ALMAS					
MICROS	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UP A
		USA	USB		
					523
CRUZ DAS ALMAS	CABACEIRAS DO PARAGUAÇU			1	537
	CACHOEIRA			1	539
	CONCEIÇÃO DA FEIRA			1	541
	CRUZ DAS ALMAS	1	1		543
	GOVERNADOR MANGABEIRA			1	545
	MARAGOGIPE		1	1	547
	MURITIBA			1	549
	SÃO FELIX		1	1	551
	SAPEAÇU			1	553
					1

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA SANTO ANTONIO DE JESUS - CGMR DE 06/04/2009

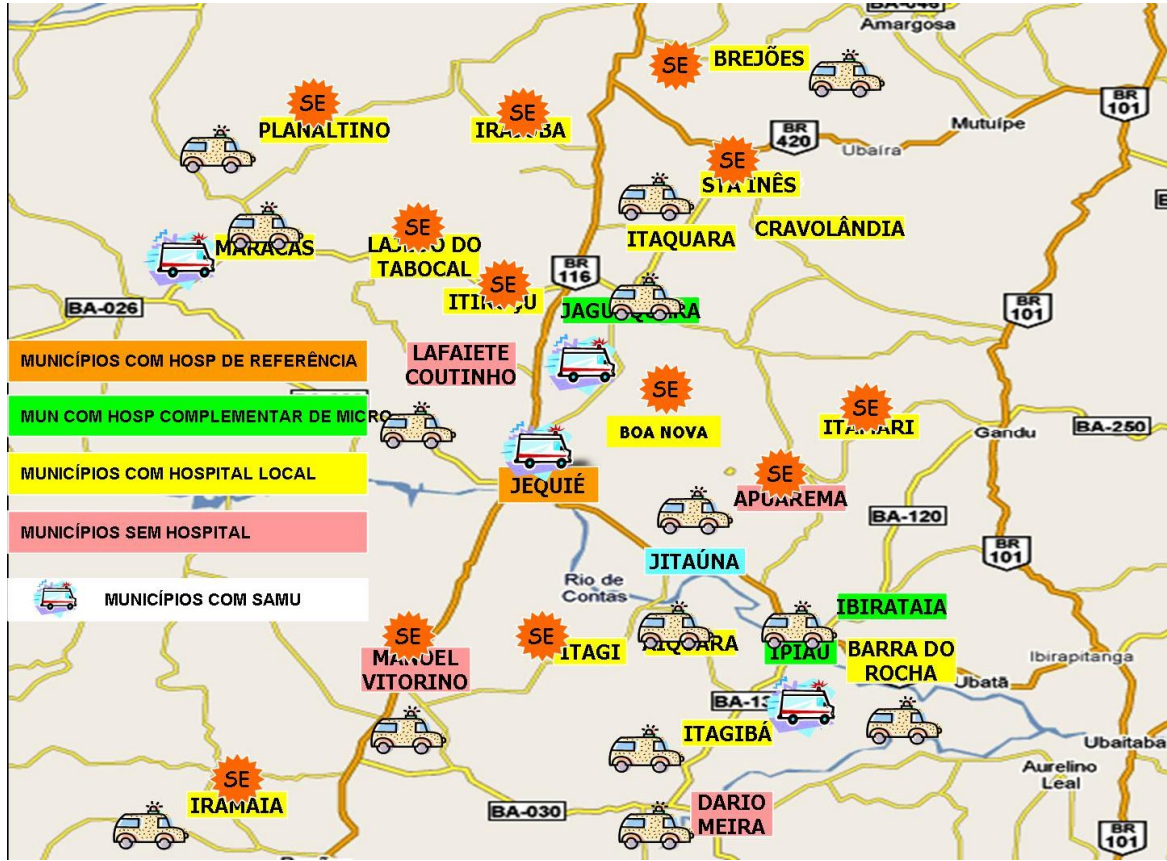


- 569
- 570
- 571
- 572
- 573
- 574
- 575
- 576
- 577
- 578
- 579
- 580
- 581
- 582
- 583
- 584
- 585
- 586
- 587
- 588
- 589
- 590
- 591
- 592
- 593
- 594
- 595
- 596
- 597
- 598
- 599
- 600
- 601
- 602

MICROS	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
SANTO ANTONIO DE JESUS	AMARGOSA	1	1	1	
	ARATUÍPE				
	CASTRO ALVES			1	
	CONCEIÇÃO DO ALMEIDA			1	
	DOM MACEDO COSTA			1	
	ELÍSIO MEDRADO				
	ITATIM			1	
	JAGUARIPE			1	
	JIQUIRIÇÁ			1	
	LAJE			1	
	MILAGRES		1	1	
	MUNIZ FERREIRA				
	MUTUÍPE		1	1	
	NAZARÉ		1	1	
	NOVA ITARANA			1	
	PRESIDENTE TANCREDO NEVES			1	1
	SALINAS DA MARGARIDA				1
	SANTA TEREZINHA			1	1
SÃO FELIPE					
SÃO MIGUEL DAS MATAS			1		
SANTO ANTÔNIO DE JESUS	1	1		1	
VARZEDO					
UBAÍRA			1		

603
604
605

3. Microrregião Jequié - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 26/05/09:



606

608

MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
JEQUIÉ	AIQUARA		1		610
	BARRA DO ROCHA		1		618
	DARIO MEIRA		1		620
	IBIRATAIA				622
	ITAGIBÁ		1		624
	APUAREMA		1	1	626
	BOA NOVA			1	628
	ITAGI		1	1	630
	ITAMARI			1	632
	JITAÚNA				634
	LAFAIETE COUTINHO		1		636
	MANOEL VITORINO		1	1	638
	BREJÕES		1	1	640
	CRAVOLÂNDIA				642
	ITAQUARA				644
	ITIRUÇU			1	646
	IRAJUBA			1	648
	SANTA INÊS		1	1	650
	JAGUAQUARA	1	1	1	652
	MARACÁS	1	1	1	654
LAJEDO DO TABOCAL			1	656	
IRAMAIA		1	1	658	
IPIAÚ	1	1	1	660	
JEQUIÉ	1			662	
PLANALTIMO		1	1	664	

669
670
671
672
673

4. Microrregião Santa Maria da Vitória – Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 13/05/09:



674

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE SANTA MARIA DA VITORIA					
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
SANTA MARIA DA VITORIA	CANÓPOLIS			1	686
	CORIBE	1		1	688
	COCOS		1	1	690
	SÃO FÉLIX DO CORIBE		1	1	692
	JABORANDI		1	1	694
	SANTA MARIA DA VITORIA				696
	FEIRA DA MATA		1	1	698
	SÍTIO DO MATO	Ambul		1	700
	SANTANA		1	1	702
	SERRA DOURADA	1		1	704
	TABOÇAS DO BREJO VELHO		1	1	706
	BREJOLANDIA		1		708
	PARATINGA		1	1	710
	SERRA DO RAMALHO	1		1	712
	CORRENTINA		1	1	714
BOM JESUS DA LAPA	Ambul		1	716	
				718	
				720	
				722	
				724	
				726	

728
729
730

5. Microrregiões com projetos de SAMU: a) Microrregião Paulo Afonso - Plano Regional de Atenção às urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 17/02/09:

**DEFINIÇÃO COLEGIADO GESTOR MICRORREGIONAL DE PAULO AFONSO
REUNIÃO DO DIA 17 DE FEVEREIRO DE 2009**



731

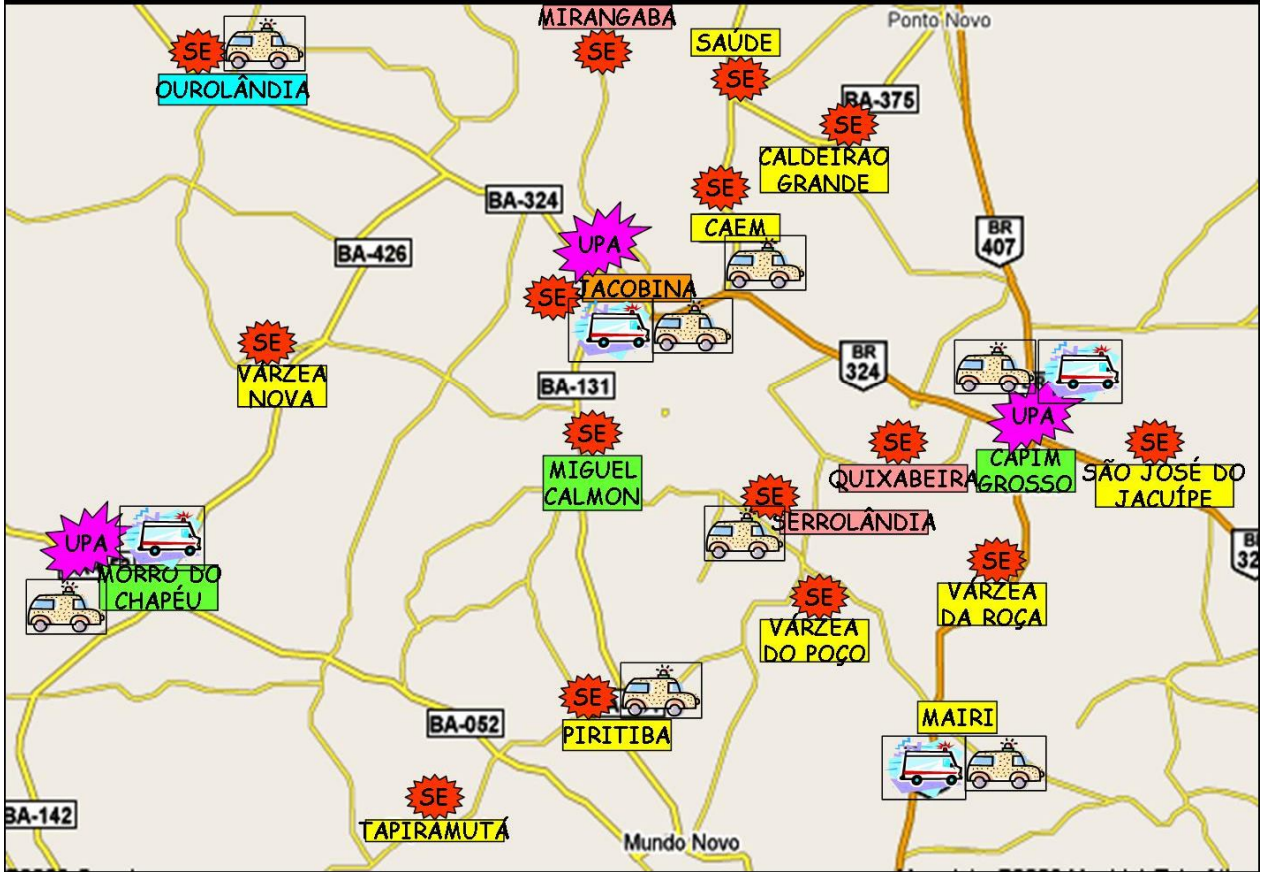
733

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE PAULO AFONSO					
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UP A
		USA	USB		
PAULO AFONSO	ABARÉ		1		751
	CHORROCHÓ	1	1		753
	GLÓRIA				755
	JEREMOABO	1			757
	MACURURÉ		1		759
	PAULO AFONSO				761
	PEDRO ALEXANDRE				763
	RODELAS		1		765
	SANTA BRÍGIDA				767
					769
				771	
				773	
				775	
				777	
				779	
				781	
				783	

784
785

b) Microrregião Jacobina – Plano Regional de Atenção às urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 04/06/09:

PLANO REGIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS DE JACOBINA
DEFINIDO EM REUNIÃO DO COLEGIADO GESTOR MICRORREGIONAL DE 04/06/2009



786

788

MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
JACOBINA	CAEM		1		800
	CALDEIRÃO GRANDE			1	802
	CAPIM GROSSO	1	1		804
	JACOBINA	1	1		806
	MAIRI	1	1		808
	MIGUEL CALMON			1	810
	MIRANGABA			1	812
	MORRO DO CHAPÉU	1	1		814
	OUROLÂNDIA		1	1	816
	PIRITIBA		1	1	818
	QUIXABEIRA			1	820
	SÃO JOSÉ DO JACUIPE			1	822
	SAÚDE			1	824
	SERROLÂNDIA		1	1	826
	TAPIRAMUTÁ			1	828
	UMBURANAS			1	830
	VÁRZEA DA ROÇA				832
	VÁRZEA DO POÇO			1	834
VÁRZEA NOVA			1	836	

845
846
847

c) Microrregião Brumado - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 15/06/09:



848

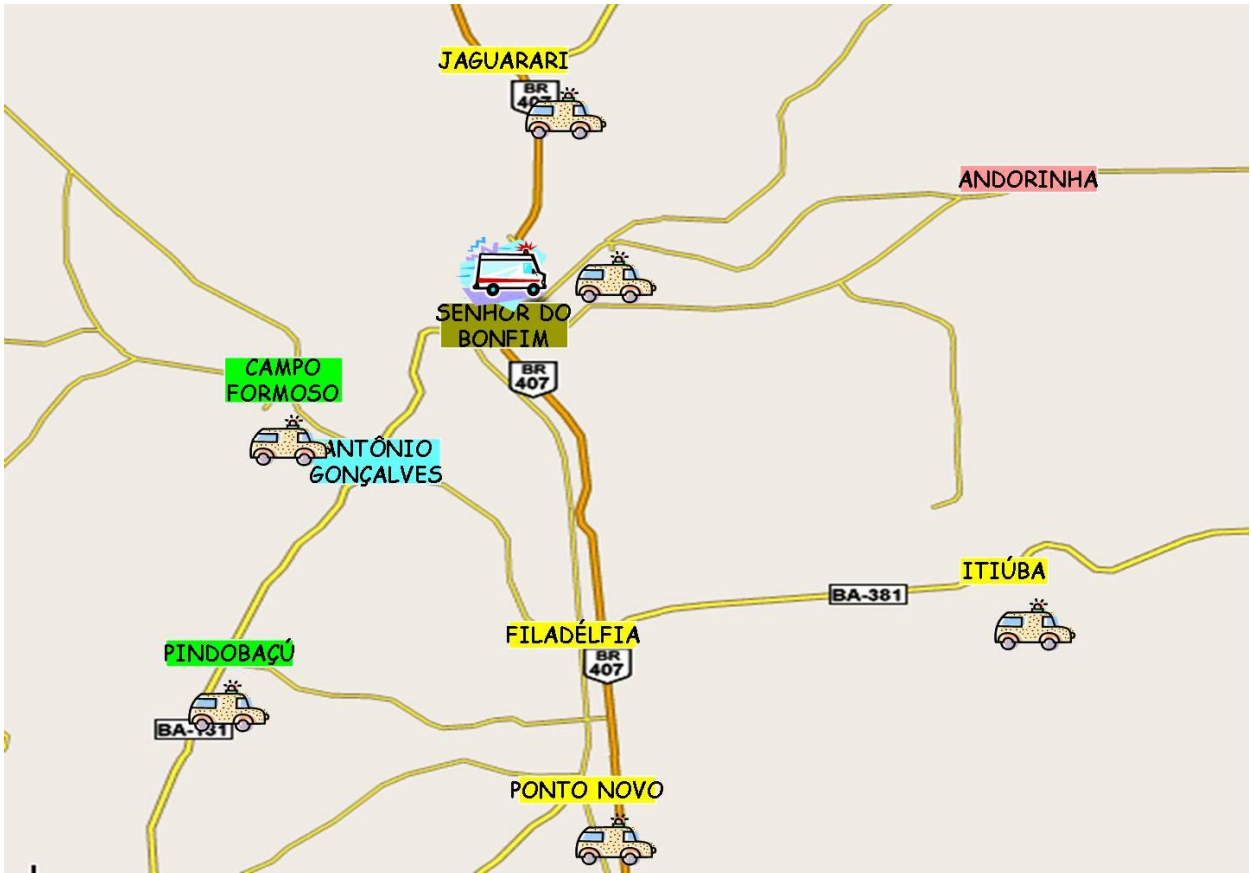
850

MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
BRUMADO	ARACATU			1	850
	BARRA DA ESTIVA			1	860
	BOQUIRA		1	1	862
	BOTUPORÃ		1	1	864
	BRUMADO	Proj MS	Proj MS		866
	CATURAMA				868
	CONTENDAS DO SINCORA			1	870
	DOM BASÍLIO		Proj MS		872
	ERICO CARDOSO			1	874
	GUAJERU		Proj MS		876
	IBICOARA		1		878
	IBIPITANGA		1	1	880
	ITUAÇU		1		882
	JUSSIAPE		1	1	884
	LIVRAMENTO DE NOSSA SENHORA	Proj MS	Proj MS		886
	MACAUBAS	1			888
	MALHADA DE PEDRAS		Proj MS	1	890
	PARAMIRIM	1			892
	RIO DE CONTAS			1	894
RIO DO PIRES		1	1	896	
TANHACU	1		1	898	

910

911
912

d) Microrregião Senhor do Bonfim - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 29/06/09:



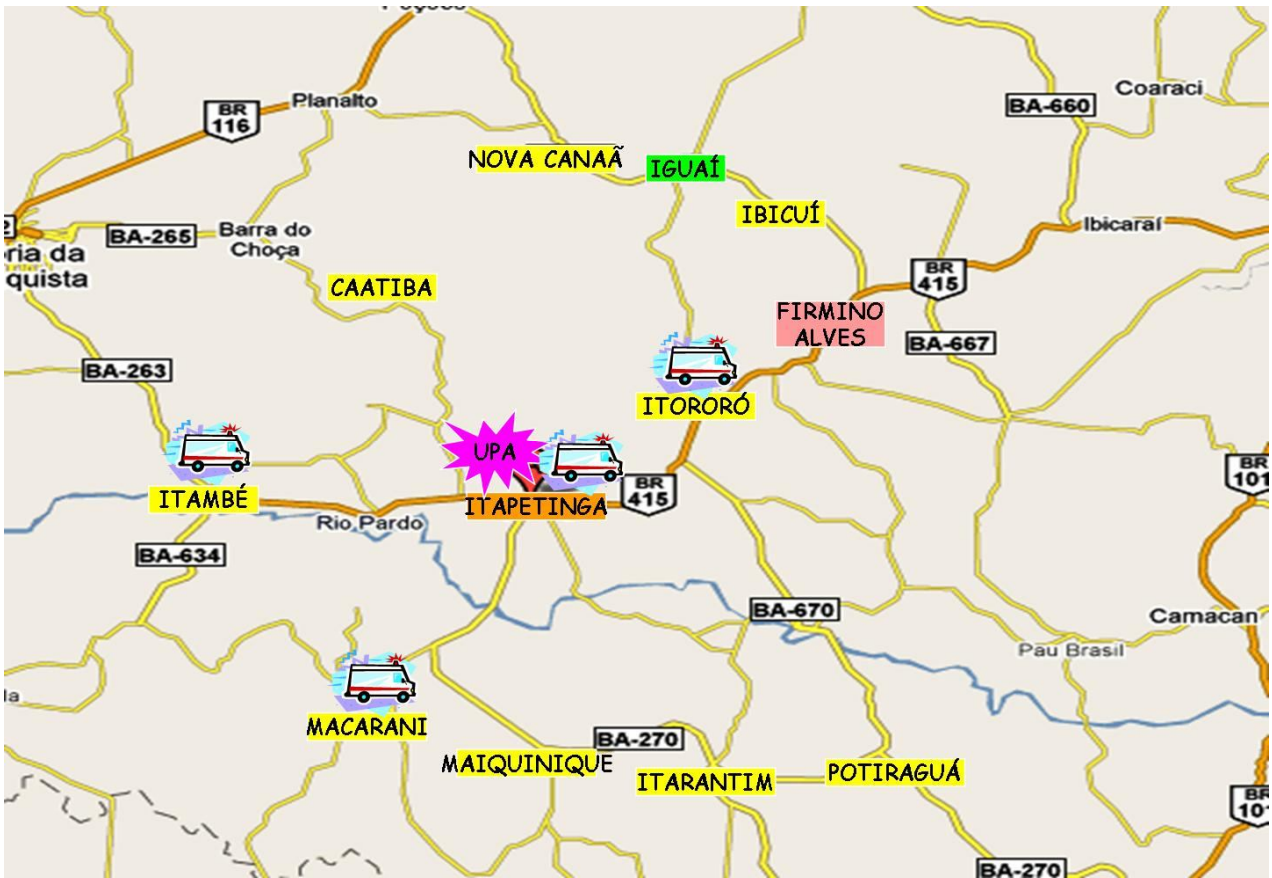
913
914
915

917

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE SENHOR DO BONFIM					
					925
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UP A
		USA	USB		
SENHOR DO BONFIM	ANDORINHA				939 941
	ANTONIO GONCALVES				943 945 947
	CAMPO FORMOSO		1		949
	FILADELFIA	1	1		951 953
	ITIUBA		1		955 957
	JAGUARARI		1		959
	PINDOBACU		1		961 963
	PONTO NOVO		1		965 967
	SENHOR DO BONFIM				969 971 973

974
975
976

e) Microrregião Itapetinga - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 26/06/09:



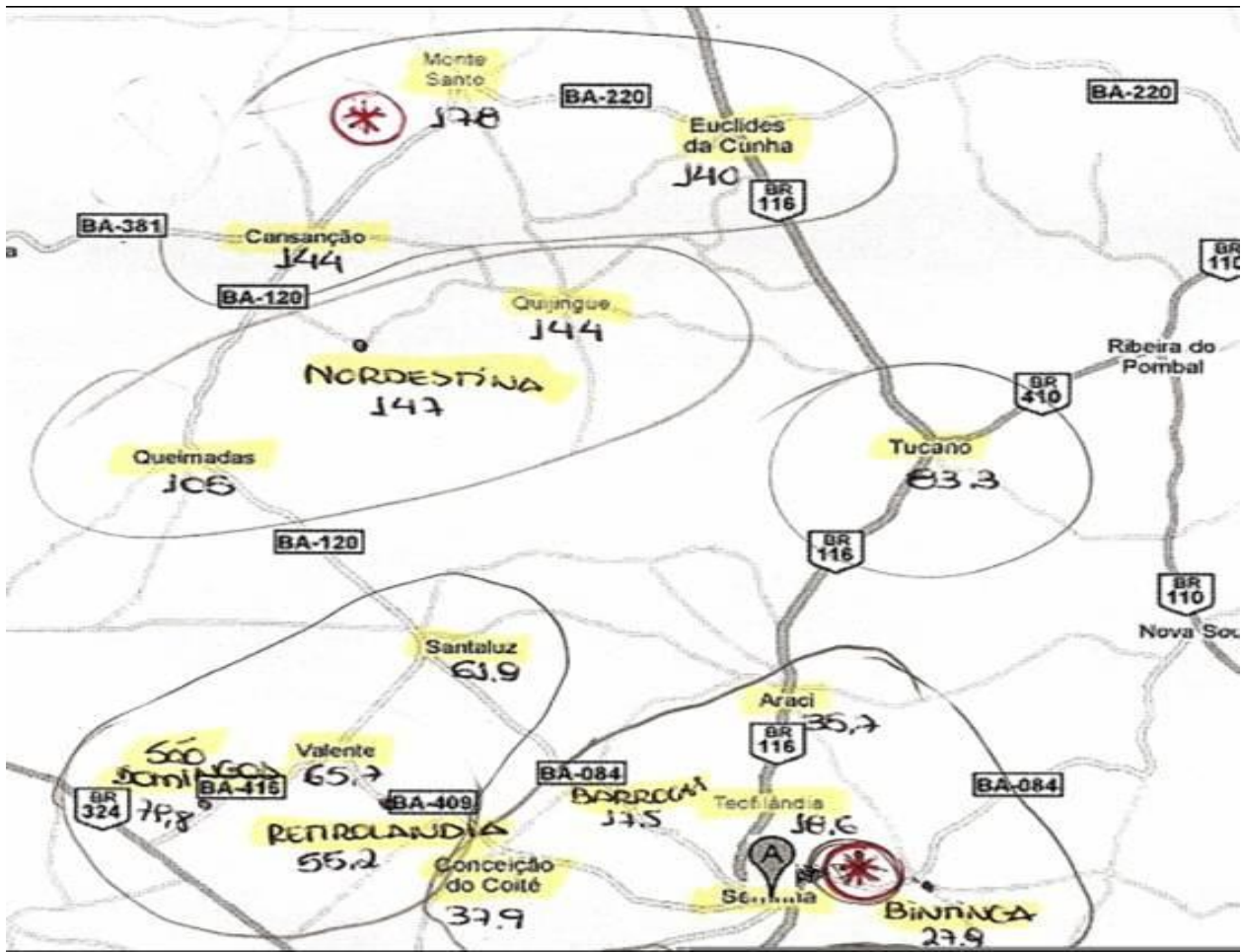
977
978

980

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE ITAPETINGA					
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
ITAPETINGA	CAATIBA				996 998
	FIRMINO ALVES				1000
	IBICUÍ				1002 1004
	IGUAÍ				1006 1008
	ITAMBÉ		1		1010
	ITAPETINGA	1	1		1012 1014
	ITARANTIM				1016
	ITORORÓ		1		1018 1020
	MACARANI		1		1022
	MAIQUINIQUE				1024 1026
	NOVA CANAÃ				1028
	POTIRAGUÁ				1030 1032

1033
1034
1035

f) Microrregião Serrinha - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional de 18/02/09:



1036

1038

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE SERRINHA					
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
					1042
					1044
SERRI NHA	ARACI		1	1	1054
	AGUA FRIA			1	1056
	BIRITINGA			1	1060
	CONCEIÇÃO DO COITÉ		1		1062
					1064
					1066
	EUCLIDES DA CUNHA	1	1		1068
	MONTE SANTO	1	1		1070
	NORDESTINA			1	1072
	RETIROLANDIA			1	1074
	SÃO DOMINGOS			1	1076
	SANTA LUZ			1	1078
	SERRI NHA	1	1		1080
TUCANO		1	1	1082	
TEOFILÂNDIA			1	1084	
VALENTE			1	1086	
				1088	
				1090	
				1092	
				1094	
				1096	

1097
1098

f) Microrregião Barreiras - Plano Regional de Atenção às Urgências aprovado em reunião do Colegiado Gestor Microrregional:

PLANO REGIONAL DE URGÊNCIA DE BARREIRAS					
MICRO	MUNICÍPIOS	APROVAÇÃO COLEGIADO			
		SAMU		SE	UPA
		USA	USB		
					1104
BARREIRAS	BARREIRAS	1	2		1116
	LUI S EDUARDO	1	1		1118
	SANTA RITA	1		1	1120
	FORMOSA DO R.	1		1	1122
	WANDERLEY		1	1	1124
	CRI STÓPOLI S		1	1	1126
	ANGICAL		1		1128
	BAI ANOPOLI S				1130
	BREJOLÂNDI A*		1		1132
	CATOLÂNDI A		1		1134
	COTEJI PE		1		1136
	MANSI DÃO		1		1138
	RI ACHÃO NEVES		1	1	1140
	SÃO DESIDÉRI O		1		1142
TABOCAS DO BREJO*		1		1144	
					1146
					1148
					1150
					1152
					1154
					1156
					1158
					1160

1162
1164
1165
1166
1167
1168
1169
1170
1171
1172
1173
1174
1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193
1194
1195
1196

*Os municípios de Brejolândia e Tabocas do Brejo Velho encontram-se nos Projetos de SAMU das Microrregiões de Barreiras e de Santa Maria da Vitória e essa situação precisa ser discutida. Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão. Dr. Alfredo Boa Sorte considerou que essa primeira rodada de desenho deverá ser acolhida, no entanto, é preciso discutir a viabilidade técnica, pois pelo que foi apresentado aqui com todos os mapas e sem contar as outras UPAs que já existem, tem município estaria recebendo unidades de suporte avançado que teria que ter sete médicos, um por semana, intensivista ou no mínimo emergencista, para tomar a frente de uma UTI móvel e pelo que contou teríamos que ter no mínimo uns duzentos intensivistas formados para cobrir esse território. Argumentou que o problema não é só esse, o custo para um município a exemplo de Formosa do Rio Preto, ter suporte básico e suporte avançado, será de no mínimo oitenta e dois mil reais só com a base que vai ser colocada, então, considerou que foi feita uma proposta no ideal e agora temos que ir para o real. Realmente temos que trabalhar para a cobertura 100%, inclusive este é o objetivo do Presidente Lula, SAMU 192 em todo o território Nacional, e o objetivo do Governador através da SESAB e em parceria com os municípios; já saímos de 35% para 45% de cobertura populacional e temos condição de avançar muito, mas é preciso ter cuidado para colocar essas ambulâncias com o investimento tecnológico que significa isso e depois não ter ninguém para tocar e simplesmente ficar fazendo de conta que existe SAMU, porque nós sabemos as dificuldades, municípios com oitenta mil habitantes estão tendo dificuldade de manter equipe completa, quem dirá os municípios que foram apresentados aqui para suporte avançado. Por fim enfatizou que esse ponto de pauta merece ser acatado do ponto de vista de encaminhamento, mas vamos ter que retomar uma discussão técnica da viabilidade desse processo. Dr. Washington Couto complementou a fala de Dr. Alfredo, lembrando que os Planos Regionais de Urgência e Emergência passaram por uma fase de consenso e negociação junto ao CGMR e esse exercício está sendo fantástico, pois estamos conseguindo realmente fazer com que o CGMR funcione e tenha a importância devida por estar no local e conhecer a região e com isso subsidiar na CIB principalmente no processo de tomada de decisão, e relatou que em breve também estaremos deliberando o SIOPS via CGMR, devido à sua importância. Observou ainda que além dessa importância, quando se fala em urgência e emergência, em SAMU 192, além das dificuldades cotidianas temos também o sonho de um grande projeto que é ter o SAMU 192 que é o que dá visibilidade em todo o território baiano, então realmente brilha os olhos do gestor que fica encantado e quer ter, mas olhando pelo porte dos municípios e conhecendo a realidade do nosso estado, realmente a proposta ainda está muito ao céu e precisaremos puxar à terra e colocar num patamar onde é possível a viabilidade, quer seja econômica, quer seja técnica, pela falta de recursos humanos, porque não podemos é com uma proposta inviabilizar o projeto ou até mesmo colocar o projeto em funcionamento à meia boca como se diz: “é uma ambulância que é o SAMU 24 horas de segunda a segunda, mas na terça e na quarta o médico não vai, quem vai é um técnico de enfermagem com o enfermeiro, é 24 horas, mas só quinta, sexta, sábado e domingo até meio-dia porque é quando acontecem os acidentes”. Enfatizou que não podemos entrar nessa lógica, pois temos ainda o grande desafio de ajustar o PSF no que diz respeito à jornada de 40 horas dos profissionais da equipe mínima na unidade, pensando nisso, temos que acatar sim aquilo que o Colegiado colocou, mas em sua opinião, esta CIB deve deliberar que a área técnica vá in loco verificar a força

1197 de trabalho principalmente dos médicos, urgencistas e intensivistas, para então avaliarmos melhor o Plano. Complementou que
1198 isso não inviabiliza a aprovação dos Planos dos SAMU Regionais que já estão encaminhados e em análise como o de
1199 Brumado que vai retornar e como outros que virão, podemos absorver toda a demanda dos Colegiados, fazer a análise técnica,
1200 mas fazer o processo da análise final em separado como fizemos com as UPA. Dra. Stela Souza parabenizou a todos porque
1201 há alguns meses dizíamos aqui que os Colegiados não iriam funcionar e hoje eles estão atuando e considero que pode sim
1202 haver alguma falha, pois todo processo inicial é passível de alguma reformulação, ressaltando a atuação do CGMR de Jequié
1203 que não mediu esforços e trabalhou dobrado. Relatou enquanto membro da CIB e principalmente como membro do Colegiado
1204 de Jequié que sua microrregião agiu com os pés no chão, antes de pensar em regionalização do SAMU, Jequié construiu uma
1205 base que pudesse receber o SAMU regional porque não existe isso de inaugurar para depois construir, foi dado o primeiro
1206 passo e Jequié hoje além da base para receber a regionalização do SAMU, já tem os profissionais que atuam, o que falta é
1207 mais um médico regulador, que virá incentivo para isso, porque se for para o município arcar não tem mais condição, porque
1208 falando de custo, o Ministério passa 50%, o Estado 30% e o município 20%, mas no final o município fica com 80%. Comparou
1209 com o custo de UPA que é um absurdo, então é necessário pensar em primeiro lugar que quando tem um município que a área
1210 técnica verifica que não tem condição de ter uma USA, que se faça essa correção conversando com o município e com o
1211 colegiado. Chamou atenção de que temos prazos e lembrou até o dia da Oficina foi dito lá em Brasília por Dr. Beltrame que
1212 não tem dinheiro para salas de estabilização, no entanto, isso não significa que não temos que mandar o projeto, se o
1213 Ministério não tem dinheiro é outra coisa, mas os municípios realmente precisam das salas de estabilização; quando Dr.
1214 Alfredo colocou sobre a quantidade de profissionais, realmente não existe essa quantidade que está prevista ali para atender
1215 sete dias por semana porque são sete médicos mesmo, uma USA não funciona sem médico, tem que ter médico 24 horas por
1216 dia todo dia e a Bahia não tem esse número, pois estamos tendo dificuldade de colocar os profissionais nas UPA para
1217 trabalhar. Ponderou que não podemos pensar em travar esse projeto, realmente devemos fazer as adequações necessárias,
1218 mas não parar o projeto por aqui para ir ver in loco quem pode ou não, pois temos vários dados como população, hospital,
1219 CNES e uma série de fatores, além do mais o gestor está se comprometendo a pagar, e se não pagar tira. Lembrou que o
1220 Ministério da Saúde está recebendo ambulância e se o Sul e o Sudeste levarem todas elas porque esta CIB aqui não aprovou,
1221 vamos ver quem é que vai responder, argumentando que este é um discurso baseado em fatos e precisamos correr porque a
1222 regionalização da urgência e emergência é fato, inclusive Dr. Paulo de Tarso esteve em Jequié, fez reunião com o Colegiado e
1223 foi discutido esse assunto. Dra. Telma Dantas agregou ao que já foi dito a sua preocupação em relação à qualificação dos
1224 profissionais para um projeto dessa natureza, lembrando já ter elaborado um projeto de capacitação de recursos humanos para
1225 implantar aqui na Bahia quando da primeira iniciativa do primeiro projeto de urgência e emergência e aqui foi feita uma
1226 proposta de qualificação dos profissionais, inclusive com a participação de Vera Lúcia Borges, foi formada uma equipe
1227 multiprofissional em parceria com a universidade, foram escritos vários manuais e é preciso qualificar os auxiliares, técnicos,
1228 enfermeiros e naturalmente os médicos num processo contínuo, num processo técnico que é caro e difícil, foi feito um processo
1229 descentralizado de qualificação que foi muito e difícil e existe essa proposta de qualificação com definição inclusive de
1230 metodologia. Chamou atenção ainda em relação à identificação de recursos e dos próprios recursos humanos que temos que
1231 inserir nesse projeto. O Secretário Municipal de Alagoínhas, Nei Ataliba, se manifestou dizendo que bancar um SAMU, uma
1232 maternidade, um serviço de urgência e emergência é caro além de complexo e informou que em Alagoínhas está previsto a
1233 inauguração de uma UTI Neonatal, relatando que foi um exercício muito interessante a construção da regional que era um
1234 debate que já vinha há mais de três anos e conseguiu numa tarde finalizar com êxito, pode não ter sido feliz e ter contemplado
1235 alguns municípios que vão ter dificuldade de dar manutenção, mas foi o consenso e Alagoínhas foi contemplada com uma UPA
1236 tipo 2, só que no Ministério tem aprovado uma UPA tipo 1, com um valor menor de todos, então existe essa informação que em
1237 sua opinião está errada e que também tem uma interpretação diferente que inclusive irá conversar depois com o Secretário que
1238 em seu entender seria uma segunda UPA para Alagoínhas, mas pode manter desse jeito e discutir depois, mas o fato é que o
1239 que está na CIB não é o que Alagoínhas está sendo contemplado, tem lá uma unidade tipo 2 e o município está recebendo
1240 uma unidade tipo 1 e com um recurso diferente de todos os outros, além de que Alagoínhas também terá uma USA que
1241 também não está no mapa a contemplação dessa unidade, a USA por conta do primeiro projeto que foi elaborado, aonde como
1242 sede de pólo e também da central de regulação receberia uma unidade. O Senhor Coordenador informou que toda a
1243 documentação saiu correta da Secretaria Executiva da CIB, o problema é que no Ministério da Saúde quando foram fazer o
1244 processo fizeram alteração. Relatou que os municípios que saíram como prioridade no ano passado para implantar UPA,
1245 obviamente o formato anterior não são melhor que o atual, então eles estão tendo mais trabalho, mais problemas e também o
1246 financiamento é mais complicado, mas a intenção foi priorizar Alagoínhas e os outros municípios. Ninguém podia adivinhar que
1247 no ano seguinte o Ministério iria fazer uma mudança, diga-se de passagem, para melhor, inclusive por reivindicação do
1248 CONASS e do CONASEMS, mas isso não significa que ninguém prejudicou quem saiu com prioridade, e melhoramos o
1249 processo na sequência. Em relação à questão do SAMU, considero que todos têm grande interesse e a maior boa vontade,
1250 mas concordou com as falas de Dr. Alfredo Boa Sorte e Dr. Washington Couto de que realmente precisamos colocar os pés no
1251 chão para não criar um processo de inviabilizar um projeto tão importante quanto o SAMU. Citou que em alguns países, a
1252 exemplo dos Estados Unidos, que todo atendimento pré-hospitalar é feito com para-médicos e afirmou ter participado aqui no
1253 Brasil de uma discussão no Ministério logo no início da implantação do SAMU e depois de vários debates ficou resolvido adotar
1254 o modelo francês que tem dois tipos de equipes, um com profissionais apenas de nível médio e outro com profissionais de nível
1255 médio e superior, médicos e enfermeiros, só que esse modelo foi pensado aqui no Brasil para grandes centros urbanos,
1256 compreendendo que não há como viabilizar essa complexidade de equipe em todas as regiões. Isso não é desmerecer nem
1257 inviabilizar o projeto do SAMU, muito pelo contrário, vamos conseguir estender o SAMU a territórios mais amplos como
1258 precisamos, porque já temos hoje 43% da população da Bahia coberta com o SAMU, e para avançar ainda mais agora,
1259 significa projetos regionais e que tenham uma concepção diferente do que a concepção do SAMU em Salvador, Feira de
1260 Santana, Alagoínhas, e em grandes cidades. Manifestou sua preocupação porque não podemos inviabilizar uma proposta tão
1261 importante e considero pertinente a colocação de Dra. Telma Dantas de casar com um projeto de qualificação, de capacitação
1262 dos técnicos, auxiliares, motoristas, para fazer com que esse serviço possa estender a um grande número de municípios com
1263 equipes que sejam viáveis de serem contratadas, com um custeio que possa ser absorvido pelo município e articulada com as

centrais regionais que vão dar um segundo tempo no atendimento com uma complexidade maior. Não gostaria de pontuar nenhum exemplo, mas realmente percebeu nos projetos algumas situações que são inviáveis, portanto, é preciso muito cuidado e ressaltou que o que estava falando em relação ao SAMU se aplica também a algumas propostas de UPA. Propôs que saísse daqui uma comissão para analisar esses projetos e se daqui para o dia 30, não conseguir analisar todos, começa pelos que já têm parecer técnico favorável que são Jequié, Santo Antônio de Jesus, Alagoinhas, Itapetinga e Jacobina, inclusive não precisa necessariamente aprovar todos os planos se tem divergências em relação aos outros equipamentos de urgência, pode aprovar a proposta do SAMU, antecipar e depois aprovar as outras, mas criar uma comissão para ficar responsável por fazer essa revisão e dar parecer acerca desse processo. Dr. Raul Molina colocou que as UPAs estão casadas com o projeto do SAMU e concordou com as falas anteriores, pois como o Secretário colocou, existem aqueles totalmente viáveis e outros que estão fora da realidade. Argumentou que o entendimento do COSEMS é de que iríamos trabalhar nos CGMR fazendo a Rede de Urgência e Emergência, começando a discutir aquilo que ninguém quer discutir a algum tempo e que estava dando prurido e em sua opinião não precisaria nem de Comissão, poderíamos remeter à equipe técnica da SESAB que tem um comportamento ímpar, para dar parecer sobre a viabilidade de cada um dos projetos apresentados, até porque as demonstrações que temos tido da equipe técnica tem sido extremamente positivas, assim, os projetos que chegarem dos GGMR e que sejam considerados viáveis e avancem principalmente na rede de urgência e na implantação das UPA, estes deveriam continuar avançando, até porque temos prazos para isso. Dr. Alfredo Boa Sorte afirmou que compreende o esforço do consenso já que sempre luta por isso, mas enfatizou que as palavras são muito claras, e por não gostar de demagogia, não acha certo prometer aqui que vamos implantar SAMU em todos esses lugares com unidade de suporte avançada, sem a menor condição de implementação efetiva. Lembrou a responsabilidade do estado como um todo, pois há a tendência de cada região querer a solução imediata para os seus problemas que estão aí há vários anos e contou que recebemos vários prefeitos que colocam as situações de seus hospitais municipais, e tem hospital que foi citado aqui que sequer tem um carrinho de anestesia no centro cirúrgico, então como é que vai receber suporte avançado. Esclareceu que estas colocações não são na intenção de atrasar nem impedir nada, e sim para sugerir fazer uma proposição que seja viável tecnicamente e sustentável economicamente, porque depois o prefeito não consegue colocar para funcionar e a população vai cobrar dele ou do Secretário de Saúde, e aí começam a pegar as ambulâncias do SAMU para ficar carregando gente como ambulância comum, o que não pode ser feito, pois o SAMU não é para fazer transporte sanitário e sim para atendimento pré-hospitalar de urgência, inclusive já teve informação de que tem por aí SAMU que está bem instalado, tem unidade de suporte avançada, e que teve um acidente de estrada que fez três chamados e não foi atender e vamos investigar porque não foi atender. Ressaltou que a SESAB recebe as informações do mau e do bom funcionamento, é bem verdade que onde se implantou o SAMU a avaliação da população é a melhor possível porque é um serviço que de fato chega perto dos problemas e consegue ampliar soluções, mas o que estamos colocando e que não deve ser entendido como tentativa de barrar processos, mas sim de adequar à realidade para depois não temos retrocessos, é fazer um planejamento com etapas sustentáveis de que possamos proceder. Concordou com a fala de Dra. Stela de que não podemos perder tempo e correr o risco de perder as ambulâncias para as outras regiões do país, inclusive já tem um ano que a SESAB tenta comprar ambulâncias, já foram aprovados cinco projetos que foram citados aqui e as ambulâncias não saíram porque a licitação foi impugnada, dentre vários outros fatores. Em sua opinião poderíamos garantir suporte básico para todo mundo e onde já tem sustentabilidade vamos fazer suporte avançado. Dr. Washington Couto questionou se a área técnica pode fazer a aprovação fracionada de cada plano regional, por exemplo, sala de estabilização se vai mexer no todo ou se focamos no SAMU. O Senhor Coordenador ponderou que apesar de ter uma conexão óbvia, não necessariamente precisa ter o plano todo aprovado para fechar o projeto do SAMU, se fechar o consenso em relação ao projeto do SAMU, mas tiver divergência em relação aos demais equipamentos, é possível fechar o projeto do SAMU e mandar para o Ministério porque não tem o pressuposto que necessariamente tem que apresentar todo o plano. Dra. Stela Souza lembrou que isso já aconteceu quando na reunião da CIB de junho foram aprovadas as UPA de 2009 e 2010 que estão nesses projetos, inclusive perguntou a Dr. Paulo de Tarso durante a apresentação se as UPA eram as mesmas que estavam nos projetos de regionalização e ele respondeu que sim, então na verdade o processo já está sendo feito por etapas; se as USA precisam de um estudo maior porque tem a questão do profissional médico que realmente tem que estar 24 horas, podemos trabalhar com as básicas, o Ministério diz que não tem dinheiro para as salas de estabilização, mas também não tinha dinheiro para quinhentas UPA que apareceu de um dia para o outro, então se o projeto já estiver lá aprovado, pode aparecer a verba e já estaremos garantidos. Dra. Kátia Brito ressaltou o trabalho belíssimo que os CGMR conseguiram elaborar, atribuindo os avanços por conta disso e sugeriu em relação aos projetos que não estiverem de acordo, que a comissão pontuasse as situações e remetesse aos CGMR para que possam ser revistos lá na base, para que sejam reavaliados e rediscutidos em cima dos parâmetros técnicos e das observações da viabilidade que a Comissão possa estar avaliando. O Secretário Municipal de Catu, Messias Boaventura, relatou ter estado no Ministério da Saúde com o Diretor da STO que lhe informou a ordem do Senhor Ministro de cortar em torno de um bilhão de reais devido à crise; concordou que é muito bom implementarmos um plano regional de urgência e emergência e questionou como seria se com toda essa dificuldade os municípios não forem contemplados devido ao Ministério não ter esse dinheiro. A Secretária Municipal de Maetinga, Maria Carvalho, solicitou um apoio à área técnica de urgência e emergência para a região de Vitória da Conquista que não conseguiu avançar nas questões da regionalização do SAMU e informou que ontem na reunião do CGMR, os representantes da Secretaria Municipal de Saúde colocaram que a questão do financiamento é que está fazendo com que eles fiquem preocupados em realizar essa regionalização, portanto, precisam de apoio e como tem uma reunião agendada para o dia 05 de agosto gostaria de saber se há possibilidade de ir alguém da área técnica para apoiar, pois estão enfrentando dificuldades e foi comentado que a microrregião não apresentou nenhum projeto de regionalização porque só conseguiram fazer duas discussões que não chegaram a nenhuma conclusão. O Secretário municipal de Alagoinhas, Nei Ataliba, concordou com a fala de Dra. Stela, mas ponderou que a questão de implantação por etapas parece que também já foi superada no passado quando se mandou para o Ministério da Saúde a proposta de se implantar na nossa regional o SAMU de forma gradativa e isso retornou, o que entendeu através da colaboração de Dr. Paulo de Tarso foi que deveriam dar celeridade ao processo, visto que se não colocassem o projeto, poderiam perder para outros estados, então sugeriu que seja encaminhado e se por acaso houver cortes seja reavaliado depois. **Após longa discussão, o Senhor Coordenador colocou em votação o**

1331 encaminhamento de que passe para avaliação da área técnica e retorne para consenso na reunião extraordinária do
 1332 dia 30 de julho que foi aprovado à unanimidade. Próximo ponto de pauta: **5.10 Denúncia contra a falta de**
 1333 **atendimento/resolutividade às ações de média e alta complexidade para as pactuações realizadas pelos municípios da**
 1334 **microrregião de Santa Maria da Vitória com o município de Barreiras.** O Senhor Coordenador informou que já foi
 1335 encaminhada para a Auditoria. Dando prosseguimento à pauta, informou que o item 1.1 Apresentação do Fluxo de Solicitação
 1336 de Crédito Retroativo do Incentivo Estadual das Equipes de Saúde da Família, foi retirado da pauta. Houve uma inversão de
 1337 pauta passando para os itens relacionados no que ocorrer. a) Homologação: 2. Projeto Saúde Bahia: **2.1 Extensão de prazo**
 1338 **dos Termos de Compromisso de municípios oriundos do Projeto Saúde Bahia.** Dr. Washington Couto informou que o
 1339 prazo é 31 de julho, mas estamos ainda junto ao banco Mundial tentando uma prorrogação de mais 30 dias, e sugeriu que
 1340 caso tenha necessidade seja feito ad referendum. – **Aprovado.** 3. Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e
 1341 Tecnologia em Saúde – DASF: **3.1 Inclusão do medicamento Enalapril 5 mg comprimido no elenco de referência**
 1342 **estadual e municipal dos medicamentos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, de que trata a Resolução**
 1343 **CIB Nº. 127/2008. – Aprovado.** b) Pactuação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAE: 1.1
 1344 Apresentação para aprovação da Proposta de Revisão da Rede Estadual de Atenção em Traumatologia-Ortopedia. Apresentação
 1345 Dr. Ricardo Cotias. “Rede Estadual de Atenção em Traumatologia-Ortopedia. 1. Epidemiologia: a) O Trauma é a principal causa de
 1346 óbito nas primeiras 4 décadas de vida no Brasil; b) Desafio crescente em termos sociais e econômicos; c) Forte impacto na
 1347 morbimortalidade da população; d) 150.000 mortes violentas / ano; e) Centenas de milhares de sequelados definitivos; f)
 1348 Estimativa de custos de 09 bilhões de reais por ano. 2. Necessidade: a) Rede de Traumatologia-Ortopedia organizada; b) Melhorar
 1349 o atendimento à população; c) Diminuir custos. 3. Política Nacional: Portaria GM/MS Nº 95/2005: – Unidade de Assistência de
 1350 Alta Complexidade para cada 700.000 habitantes; – Centro de Referência de Alta Complexidade para cada 5.000.000
 1351 habitantes. 4. Rede Ideal:

MACRO	POPULAÇÃO	UAAC
LESTE	4.468.281	06
CENTRO-LESTE	2.107.245	03
CENTRO-NORTE	769.742	01
NORTE	1.013.068	01
NORDESTE	790.359	01
OESTE	847.500	01
SUDOESTE	1.713.547	02
SUL	1.659.393	02
EXTREMO-SUL	711.535	01

1352 5. Fluxo da Rede de T.O.: a) Municípios: – Atendimento inicial pelo clínico geral na unidade de emergência; – Atendimento
 1353 ambulatorial e de baixa complexidade pelo ortopedista. b) Sedes de Microrregião: – Receber pacientes da microrregião para
 1354 procedimentos de Baixa e Média Complexidade. c) Sedes de Macrorregião: – Receber pacientes da sede de microrregião para
 1355 procedimentos de Alta Complexidade; – Atuar como Média Complexidade dentro da sua microrregião; – Encaminhar para os
 1356 Centros de Referência quando necessário. 6. Diagnóstico – 2008: a) Macrorregião LESTE com 09 Unidades de Alta
 1357 Complexidade; b) Ausência de Unidades nas demais Macrorregiões; c) Inexistência de uma Rede de Traumatologia-Ortopedia
 1358 organizada; d) Concentração dos serviços na capital; e) Baixa oferta de serviços de Média Complexidade; f) Sobrecarga dos
 1359 Hospitais da Rede Própria - HGE/HGESF/HGRS/HMV. 7. Política Estadual: a) Rede de Assistência em Traumatologia-Ortopedia
 1360 para o Estado da Bahia (Resolução CIB / Bahia Nº 23 de 23/03/2005); b) Descentralização de Unidades Assistenciais; c)
 1361 Capacitação Profissional; d) Resolutividade Regional; e) Melhor Atendimento à População; f) Menor Custo. 8. AÇÕES 2009: a)
 1362 Credenciamento de 03 UAAC: Manoel Victorino, Martagão Gesteira e Sarah Kubitschek; b) Estudo de Custo de UAAC; c) Visita
 1363 Técnica ao Hospital Municipal de Teixeira de Freitas para habilitação. 9. POLÍTICA NACIONAL – 2009: a) Nova Portaria
 1364 Ministerial – GM Nº 90 de 27 de março de 2009: – Baseia-se em Produtividade (40 Cirurgias por Leito); – Classifica a
 1365 assistência em 03 grupos (Emergência / Adulto / Pediátrica). 10. Reavaliação das Ações: – Justificativa: a) Nova Portaria
 1366 Ministerial; b) Custo mínimo de 01 UAAC orçado em R\$ 4.024.920,00 / ano; c) Necessidade de implantação de pelo menos 07
 1367 UAAC; d) Inviabilidade financeira no primeiro momento. 11. Sugestões DAE-CRAE 2009: a) Investimento na organização dos
 1368 serviços de Média Complexidade em todas as sedes Microrregionais; b) Estabelecimento do Fluxo interno das Microrregiões; c)
 1369 Credenciamento da Unidade de Teixeira de Freitas como UAAC. 12. Sugestões DAE-CRAE 2010-2011: a) Transformação
 1370 gradual dos Serviços de Média Complexidade em Alta; b) Iniciar com: Feira de Santana - Hospital Clériston Andrade, Itabuna -
 1371 Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães. 13. Proposta de Conformação da Rede de TO de Alta Complexidade - julho 2009:

Macro	Município	UAACTO	UAACTO	UAACTO
		Hab. Port. N° 90 de 23/03/2009	Em processo de habilitação	Com potencial de implant. 2010 e 2011
Leste	Salvador	HGE, HESF, HE HUPES, HSI, HSA, HGRS, HSR, HMG, HMY, HSARAH		
	Sto Ant. de Jesus			HRSAJ
Norte	Juazeiro	Interestadual (Petrolina)		
C. Leste	F. De Santana			HGCA
C. Norte	Jacobina			HATS
Sul	Itabuna			HBLEM
Ex. Sul	T. Freitas		HMTF	
Oeste	Barreiras			HO
Sudoeste	V. Conquista			HGVC
Nordeste	Alagoinhas			HRDB

1373
1374
1375
1376
1377
1378
1379
1380
1381
1382
1383
1384
1385
1386
1387
1388
1389
1390
1391
1392
1393
1394
1395
1396
1397
1398
1399
1400
1401
1402
1403
1404
1405
1406
1407
1408
1409
1410
1411
1412
1413
1414
1415
1416
1417
1418

Após a apresentação, o Senhor Coordenador colocou em discussão e aprovação. O Secretário Municipal de Teixeira de Freitas Geraldo Magela, relatou que houve uma visita no município na sexta-feira, foi feita uma avaliação pela DICON há dois meses e só falta uma última visita, então na reunião do COSEMS pela manhã foi sugerida a habilitação ad referendum. Dra. Laura da DICON concordou que a sugestão seria de aprovar e após a visita encaminhar o parecer conclusivo ao Ministério. **Não havendo mais nenhuma consideração, foi aprovado à unanimidade.** Último ponto de pauta: 2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVISA: 2.1 1ª Conferência de Vigilância Ambiental em Saúde. Apresentação: Dra. Elka Maltez. “1ª Conferência Estadual de Saúde Ambiental (1ª CESA BAHIA): 1. Publicação de Decretos Convocatórios: a) 1ª Conferência Nacional de Saúde Ambiental (1ª CNSA): Convocação – Decreto Presidencial - 14 de maio de 2009 (DOU de 15 de maio de 2009); b) 1ª Conferência Estadual de Saúde Ambiental (1ª CESA BAHIA): Convocação - Decreto nº 11.601 de 10 de julho de 2009 (DOE de 11 e 12 de julho de 2009). 2. Lema: Saúde e Ambiente: vamos cuidar da gente! – Tema: A Saúde Ambiental na cidade, no campo e na floresta: Construindo cidadania, qualidade de vida e territórios sustentáveis. 3. Eixos temáticos: 1) Desenvolvimento e sustentabilidade sócio ambiental no campo, na cidade e na floresta; 2) Trabalho, ambiente e saúde: desafios dos processos de produção e consumo nos territórios; 3) Democracia, saúde, ambiente e educação: políticas para construção de territórios sustentáveis. 4. Objetivo Geral: Definir diretrizes para a política pública integrada no campo da saúde ambiental, a partir da atuação transversal e intersetorial dos vários atores envolvidos com o tema. 5. Realização: Secretaria da Saúde (SESAB), Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDUR), Secretaria de Meio Ambiente (SEMA) / Coordenação: Comissão Organizadora Estadual (COE). 6. Comissão Organizadora Estadual (COE): 03 (três) conselheiros do Conselho Estadual de Saúde; 03 (três) conselheiros do Conselho Estadual de Meio Ambiente (CEPRAM); 03 (três) conselheiros do Conselho Estadual de Recursos Hídricos (CONERH); 03 (três) conselheiros do Conselho Estadual das Cidades (ConCidades-BA); 01 (um) conselheiro do Conselho Estadual de Educação; 01 (um) conselheiro do Conselho Estadual de Trabalho, Emprego, Renda e Esporte; 01 (um) representante da Casa Civil; 01 (um) representante da Secretaria de Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária (SEAGRI); 01 (um) representante da Secretaria de Desenvolvimento e Integração Regional (SEDIR); 01 (um) representante da Secretaria de Relação Institucionais (SERIN); 01 (um) representante da Secretaria de Planejamento (SEPLAN); 01 (um) representante da Secretaria de Saúde (SESAB); 01 (um) representante da Secretaria de Meio Ambiente (SEMA); 01 (um) representante da Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDUR); 01 (um) representante das Centrais Sindicais. 7. Subcomissões: A Comissão Organizadora Estadual (COE) organizará a 1ª CESA Bahia em conjunto com as seguintes Subcomissões: Subcomissão Executiva, Subcomissão Metodologia, Subcomissão de Articulação e Mobilização, Subcomissão Temática, de Sistematização e Relatoria. Secretaria Executiva. 8. Etapas: a) Etapa Municipal ou Intermunicipal - Até 30 de agosto de 2009; b) Plenárias Territoriais - Até 30 de setembro de 2009; c) Plenária Estadual - 19 a 21 de outubro de 2009. 9. Participantes: – A 1ª CESA BAHIA será composta por 1.000 participantes, – Os delegados terão 90% das vagas, sendo reservadas 10% para os convidados e observadores. 10. Eleição de Delegados: – Os municípios poderão realizar a sua Conferência municipal, devendo encaminhar os seus delegados para as Plenárias Territoriais; – Os delegados que participarão da Plenária Estadual serão eleitos dentre os participantes das Plenárias Territoriais e os que participarão da Etapa Nacional serão eleitos dentre os participantes da Plenária Estadual. 11. Representatividade: A representação dos diversos segmentos da sociedade na 1ª CESA BAHIA, em todas as suas etapas, deve ter a seguinte composição e proporcionalidade: I - Movimentos Sociais da cidade, do campo e da floresta (30%); II - Trabalhadores formais e informais – associações, sindicatos, federações e confederações de trabalhadores, centrais sindicais (14%); III - Setor Empresarial - sindicatos, federações e confederações de empresários (9%); IV - Entidades Profissionais, Acadêmicas e de Pesquisa (8%); V - Organizações Não Governamentais (9%); VI - Poder Público Federal (6%); Estadual (9%) e Municipal (15%). 12. Conferências Municipais ou Intermunicipais: – Para a realização de cada Conferência Municipal ou Intermunicipal, deverá ser constituída uma Comissão Organizadora com a participação de representantes dos diversos segmentos; – O(s) Executivo(s) Municipal (is) envolvido(s) têm a prerrogativa de convocar as Conferências Municipal ou Intermunicipal mediante ato publicado em meio de divulgação oficial e veículos de ampla divulgação, explicitando na divulgação do evento, a sua condição de "Etapa Municipal ou Intermunicipal da 1ª Conferência Estadual de Saúde Ambiental", até o dia 30 de julho de 2009. 13. 1ª CNSA - Informações relevantes da Etapa Nacional: - 47 delegados do Estado da Bahia irão para a 1ª CNSA; - Cada Estado deverá

1419 levar para a 1ª CNSA: * 6 propostas de diretrizes para a formulação da política de Saúde Ambiental; * 12 prioridades
1420 programáticas. Contatos: cesa.bahia@saude.ba.gov.br Tel: (71) 3270-5807/5772. Após a apresentação o Senhor Coordenador
1421 franqueou a palavra para quem quisesse se manifestar. O Técnico da Secretaria municipal de Candeias, Sr. Josaphat sugeriu
1422 que considerando a exigüidade do tempo, analisassem a possibilidade de fazer reunião ampliada do Conselho porque é bem
1423 difícil fazer conferências nesse prazo. Dra. Elka Maltez informou que pelo regimento e prevendo as dificuldades dos municípios
1424 em realizarem a etapa municipal e também por não ser uma conferência de saúde e sim de saúde ambiental que é uma área
1425 ainda em formação e que nos municípios está dentro da vigilância sanitária, acredita-se que tanto a sociedade civil quanto o
1426 poder público não vai ter condição em sua maioria de fazer as conferências municipais, talvez só os maiores municípios
1427 tenham essa capacidade e prevendo isso serão garantidas as plenárias territoriais e assim os municípios poderão eleger seus
1428 delegados para a estadual. Nada mais havendo a ser tratado, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou
1429 encerrada a sessão, marcando a próxima reunião extraordinária para o dia 30 de julho – quinta-feira, e a próxima reunião
1430 ordinária para o dia 20 de agosto de 2009, ambas no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci
1431 Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 23
1432 de julho de 2009.

1433

1434 Jorge José Santos Pereira Solla _____

1435

Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____

1436

Alfredo Boa Sorte Júnior _____

1437

Suplente: Gisélia Santana Souza _____

1438

Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1439

Andrés Castro Alonso Filho _____

1440

Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____

1441

Washington Luis Silva Couto _____

1442

Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

1443

José Carlos Raimundo Brito _____

1444

Kátia Nunes Barreto de Brito _____

1445

Stela dos Santos Souza _____

1446

1447

1448