

Ata da 176ª Reunião Ordinária de 2009

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos vinte dias do mês de agosto 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, Dra. Suzana Cristina Silva Ribeiro – Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS, Lorene Louise Silva Pinto, 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, Telma Dantas Teixeira de Oliveira e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, O Senhor Coordenador declarou aberta a sessão colocando em discussão e aprovação as Atas da 174ª e 175ª Reuniões Ordinárias e 3ª Reunião Extraordinária, que foram encaminhadas anteriormente aos membros. Foram aprovadas à unanimidade as Atas da 174ª Reunião Ordinária e da 3ª Reunião Extraordinária, e Dr. Washington Couto solicitou que fosse revista a Ata da 175ª Reunião Ordinária. Dr. Emerson Garcia comentou que poderia ser dado um refinamento à redação. 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; 1.2 263 municípios encaminharam RAG 2008 para as Dires (63% dos municípios), destes: 199 municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, 54 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 10 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; 28 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (7% dos municípios) e 126 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (30% dos municípios); 1.3 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
122/2009	01 e 02.08.09	Aprova ad referendum a transferência de recursos do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde fundo a fundo para o município de Itabuna.
124/2009	20.08.09	Aprova ad referendum a extensão de prazo e acréscimo de valor dos Termos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia.
126/2009	20.08.09	Aprova ad referendum a exclusão do município de Salvador da Resolução CIB Nº 117/2009 que prorroga automaticamente os Termos de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP), tendo em vista que encontra-se em processo de negociação tripartite.

Quanto à Resolução 122/2009, o Senhor Coordenador parabenizou o Secretário Municipal de Saúde de Itabuna, Antônio Vieira de Souza, comentando que eram recursos extraordinários do combate à Dengue que em função das pendências do município não tinham sido repassadas, e agora já foi retomado o fluxo. Na sequência, foi solicitado inversão de pauta para o seguinte ponto 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 1.1 Situação das meningites no Estado da Bahia. Apresentação: Aline Anne Ferreira da Área Técnica do grupo de meningite.



SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS MENINGITES NO ESTADO DA BAHIA

Orgalli Marques
Aline Anne Ferreira
Merylin Pessanha
Mônica Santana

Salvador – Agosto / 2009

MENINGITE

- Doença de notificação compulsória de acordo com a Portaria SESAB nº 1072 de 20/04/2007.

Definição de Caso Suspeito de Meningite

Crianças > 1 ano e adultos com:

- Febre, cefaléia intensa, vômitos em jato, rigidez da nuca, sinais de irritação meníngea (Kernig, Brudzinski), convulsões e/ou manchas vermelhas no corpo

Crianças < 1 ano:

- Sintomas clássicos podem não ser tão evidentes
- Considerar sinais de irritabilidade: choro persistente, e verificar existência de abaulamento de fontanela

PRINCIPAIS AGENTES ETIOLÓGICOS DE MENINGITES

Bactérias	RNA Virus	Fungos
• <i>Neisseria Meningitidis</i>	• Enterovirus	• <i>Cryptococcus neoformans</i>
• <i>Haemophilus Influenzae</i>	• Arbovirus	• <i>Candida Albicans</i>
• <i>Streptococcus Pneumoniae</i>	• Virus do sarampo	• <i>Candida tropicalis</i>
• <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>	• Arnavirus	Protozoários
• <i>Stafilococcus Aureus</i>	• Hiv 1	• <i>Toxoplasma gondii</i>
• <i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	DNA Virus	• <i>Trypanosoma cruzi</i>
• <i>Escherichia Coli</i>	• Adenovirus	• <i>Plasmodium sp</i>
• <i>Klebsiella sp</i>	• Virus do Grupo Herpes	Helmintos
• <i>Enterobacter sp</i>	• Varicela Zoster	• Infecção larvária da <i>Taenia Solium</i>
• <i>Salmonella sp</i>	• Epstein Barr	• <i>Cysticercus cellulosae</i> (cisticercose)
• <i>Proteus sp</i>	• Citomegalovirus	
• <i>Listeria monocitogenes</i>		
• <i>Leptospira sp</i>		

MENINGITE

- Processo inflamatório das Meninges, membranas que envolvem o cérebro.
- Na DM e Mhi a transmissão ocorre de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, havendo necessidade de contato íntimo.
- A transmissão fecal-oral é de grande importância em infecções por enterovirus.

DOENÇA MENINGOCÓCICA²⁷

- Causada pela bactéria *Neisseria Meningitidis* (Meningococo)
- Sorogrupos mais frequentes – A,B,C,W135 e Y
- Aproximadamente 10% da população pode apresentar-se como portador assintomático
- Apresenta três formas clínicas:
 - Meningite Meningocócica
 - Meningococemia (petéquias)
 - M.Meningocócica + Meningococemia

MENINGOCOCCEMIA

- Quadro toxiinfecioso grave (septicemia);
- Caracterizada por mal estar súbito, febre alta, calafrios, prostração;
- Aparecimento de manifestações hemorrágicas na pele (petéquias, equimoses, púrpuras ou sufusões hemorrágicas);
- Não apresenta sinais e sintomas de meningite e sem alterações no Líquor que demonstrem a invasão do líquido pelo agente etiológico.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Quimioprofilaxia

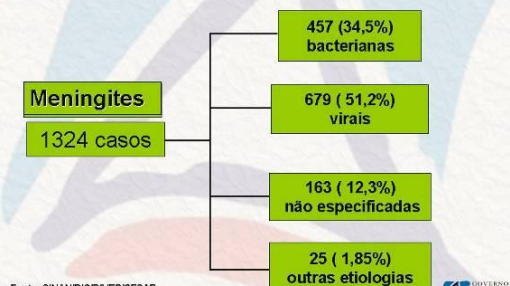
- Principal medida para prevenção de casos secundários de Doença Meningocócica.
- A droga de escolha é a Rifampicina.

Medidas de Prevenção e controle

Vacinas – disponíveis nos CRIES

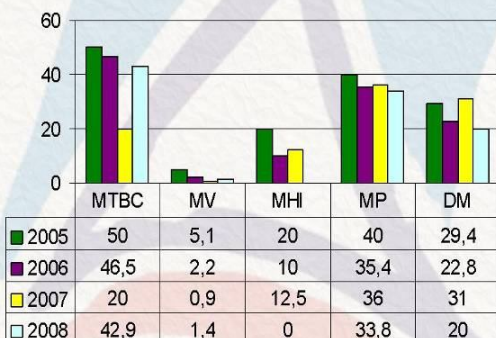
- **Conjugada C:**
Polissacarídeo de meningococo-C conjugado ao toxóide tetânico (a partir de 2 meses);
 - Não é indicada na rotina;
 - Disponível nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais;
 - Específicas para o sorogrupo C.

CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITES BAHIA – 2008



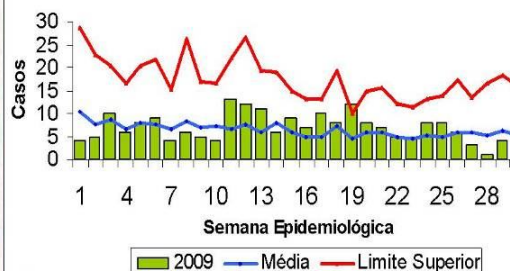
Fonte: SINAN/DIV/EP/SESAB

TAXA DE LETALIDADE DAS MENINGITES BACTERIANAS E VIRAIS, BAHIA 2005 – 2008



Fonte: SINAN-WISINANET/DIV/EP/SESAB/Banco Paralelo

Meningite Virais por Semana Epidemiológica, Salvador- Bahia, 2009*



Fonte: SINAN-WISINANET/DIV/EP/SESAB/Banco Paralelo
* Dados até SE 30

DOENÇA MENINGOCÓCICA BAHIA, 2008* - 2009*

2008	2009
74 CASOS	106 CASOS
19 ÓBITOS	28 ÓBITOS
35 SOROGRUPO C (81,3%)	62 SOROGRUPO C (95,3%)
08 SOROGRUPO B (18,6%)	03 SOROGRUPO B (4,6%)

Fonte: SINAN NET / DIVEP / SESAB
*Dados parciais até SE 30



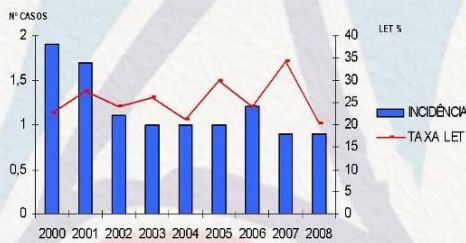
CASOS, INCIDÊNCIA*, ÓBITO E LETALIDADE ** DA DOENÇA MENINGOCÓCICA POR FAIXA ETÁRIA, BAHIA, 2009*

FAIXA ETÁRIA	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LET.
< 1 ANO	8	7,5	2,9	2	25
1-4 ANOS	25	23,4	2,3	5	20
5-9 ANOS	23	21,5	1,7	6	26
10-14 ANOS	16	15,0	1,2	5	31
15-19 ANOS	10	9,3	0,7	3	30
20 +	25	23,4	0,3	7	28
TOTAL	107	0,7	28	26	26

Fonte: SINAN NET / DIVEP / SESAB
*Dados até SE 30 (01/08/2009)



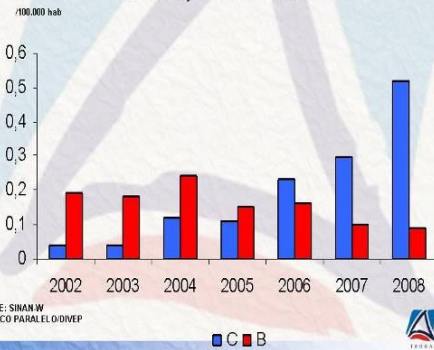
COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA E TAXA DE LETALIDADE DA DOENÇA MENINGOCÓCICA BAHIA, 2000 - 2008



Fonte: SINAN-WISINAN NET/SESAB/ BANCO PARALELO



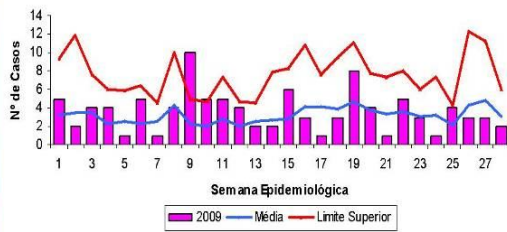
COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DA DOENÇA MENINGOCÓCICA SOROGRUPO B E C BAHIA, 2002 - 2008



Fonte: SINAN W
*BANCO PARALELO/DIVEP



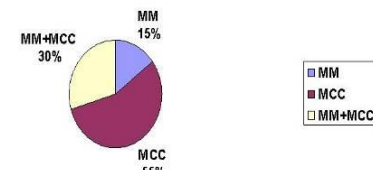
Diagrama de Controle de Doença Meningocócica por Semana Epidemiológica, Bahia - 2009



Fonte: Banco Paralelo/Copim/SESAB
* Dados preliminares até S.E. 28



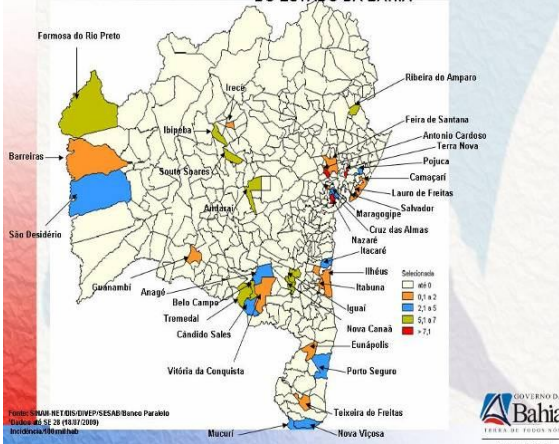
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE DOENÇA MENINGOCÓCICA NA BAHIA, POR FORMA CLÍNICA



Fonte: Banco Paralelo/Copim/SESAB
* Dados preliminares até S.E. 28



INCIDÊNCIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA NOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA*



Fonte: SINAN NET/DIVEP/SESAB/Banco Paralelo
*Dados até SE 28 (01/07/2009)
*Incidência por Município



MUNICÍPIOS COM MAIOR INCIDÊNCIA DE DOENÇA MENINGOCÓCICA

Em 34 municípios ocorreram casos de Doença Meningocócica com as maiores incidências em:

- Nazaré (4ª Dires — Santo Antônio de Jesus) 10,9/100 mil habitantes (03 casos);
- Antônio Cardoso e Terra Nova (2ª Dires — Feira de Santana) ambos com 7,9/100mil habitantes (01 caso);
- Ribeira do Amparo (11ª Dires — Cícero Dantas) 6,8/100 mil habitantes (01 caso)
- Belo Campo (20ª Dires — Vitória da Conquista) 6,6/100mil habitantes (01 caso).



Em 2008 **20,4%** dos casos de Doença Meningocócica da Bahia, ocorreram em Salvador.

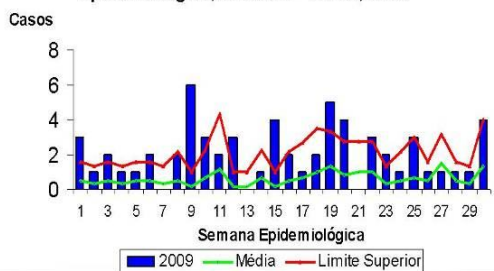
Em 2009 este percentual atingiu **56,6%**.

2009

Aumento do Número de casos de Doença Meningocócica no Município de Salvador com incremento de 39,3% em relação ao ano de 2008*

*Dados até SE 31 (07/08/2009)

Diagrama de Controle de Doença Meningocócica por Semana Epidemiológica, Salvador - Bahia, 2009



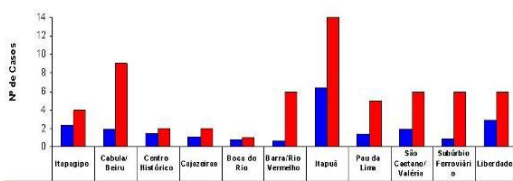
Fonte: Banco Paralelo/Copim/SESAB
* Dados preliminares até S.E. 30

DOENÇA MENINGOCÓCICA MUNICÍPIO DE SALVADOR, 2008* - 2009*

2008	2009
36 CASOS	60 CASOS
12 ÓBITOS	18 ÓBITOS
24 SOROGRUPO C (88,8%)	41 SOROGRUPO C (95,3%)
03 SOROGRUPO B (11,1%)	02 SOROGRUPO B (4,7%)

*Dados parciais até SE 30

Coefficiente de Incidência* e Número de Casos de Doença Meningocócica por Distrito Sanitário, Salvador - BA, 2009**



Fonte: Banco Paralelo/COPIM/DIVEP
* / 100.000 Hab.
** Dados até S.E.30 (01/08/2009)

Doença Meningocócica no Distrito de Itapua em 2009

- Número de casos: 15
- Óbitos: 03
- Período: 11/02 a 09/08
- Faixa etária: 1 a 59 anos
- Sorogrupo C: 10 casos

CASOS, INCIDÊNCIA*, ÓBITO E LETALIDADE** DA DOENÇA MENINGOCÓCICA POR FAIXA ETÁRIA, SALVADOR, 2009*

FAIXA ETÁRIA	CASO	%	INCID.	ÓBITO	LET.
< 1 ANO	4	6,7	9,2	1	25
1-4 ANOS	12	20,0	6,6	2	17
5-9 ANOS	7	12	2,9	4	57
10-14 ANOS	12	20	5,0	2	17
15-19 ANOS	6	10,0	2,4	2	33
20 +	19	32	0,9	7	37
TOTAL	60		2,0	18	30

Fonte: SINAN NET / DIVEP / SESAB
*Dados até SE 30 (01/08/2009)

AÇÕES REALIZADAS NO CONTROLE DO SURTO DE MENINGITE EM ITAPUA

- Reuniões com SMS E SESAB (DIVEP/SUVISA/LACEN)
- Divulgação de folhinhos e cartazes;
- Elaboração e divulgação de Nota Técnica e Relatórios da situação epidemiológica do Distrito Sanitário de Itapua;
- Visitação da área de ocorrência dos casos;
- Definição de critérios para utilização da Quimioprofilaxia alargada;
- Realização de coleta de orofaringe (14 pessoas da área com identificação de 02 portadores saudáveis).

35
37
39
41
43
45
47
49
51
53
55
57
59
61
63
65
67
69
71
73
75
77
79
81
83
85
87
89
91
93
95
97
99
101
103
105
107
109
111
113
115
117
119
121
123
125
127
129
131
133
135
137
139
141
143
145
147
149
151
153
155
157
159
161
163
165
167

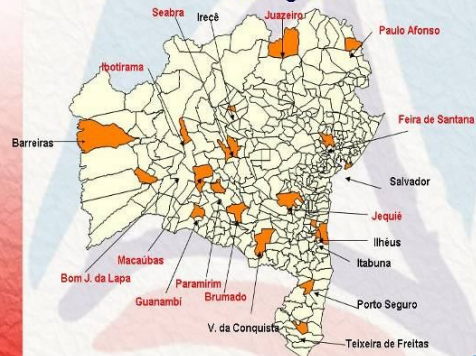
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234

REGIONAIS QUE ATENDEM CASOS DE MENINGITES

- 1ª Dires - Salvador
- 2ª Dires - Feira de Santana
- 6ª Dires - Ilhéus
- 7ª Dires - Itabuna
- 8ª Dires - Eunápolis
- 9ª Dires - Teixeira de Freitas
- 10ª Dires - Paulo Afonso
- 13ª Dires - Jequié
- 15ª Dires - Juazeiro
- 20ª Dires - Vitória da Conquista
- 21ª Dires - Irecê
- 22ª Dires - Ibotirama
- 23ª Dires - Boquira
- 24ª Dires - Caetité
- 25ª Dires - Barreiras



Municípios que atendem casos suspeitos de Meningites



RESUMO

- Aumento do número de casos de Doença Meningocócica em Salvador em relação a 2008.
- Predomínio do Sorogrupo C na Bahia (95,3%) e em Salvador (95,3%).
- Em Salvador, o Distrito de Itapua apresentou maior incidência de Doença Meningocócica.
- Na Bahia e em Salvador, em 2009, a faixa etária com maior incidência de casos de Doença Meningocócica é de menor de 5 anos.



Dificuldades encontradas

- Preenchimento incompleto da ficha de investigação;
- Encerramento inadequado e inoportuno dos casos de Meningites no Sinan;
- Falta de cumprimento ao Protocolo de atendimento aos casos suspeitos de Meningites;
- Envio das amostras de sangue e Líquor para o Lacen fora do prazo;
- Utilização inadequada do Kit Meningites;
- Não funcionamento do fluxo de retorno.
- Deficiência das Vigilâncias Epidemiológicas municipais.



OBRIGADA!

[e-mail: gtmeningite@yahoo.com.br](mailto:gtmeningite@yahoo.com.br)

(71) 3354 - 4707/ 3308

Gt Meningites/Copim/DIVPE

235 Após a apresentação, o Senhor Coordenador cobcou em discussão. Dra. Lorene Pinto ressaltou que tem sido feito um esforço
 236 muito grande para descentralizar o atendimento em relação à meningite, principalmente com os hospitais regionais porque é
 237 muito complicado, principalmente em se tratando de doença meningocócica ou meningococcemia, a agilidade, o diagnóstico e
 238 o tratamento tendo que se deslocar, muitas vezes até atravessar o Estado. Então, é fundamental esse investimento na
 239 descentralização das ações para dotar essas unidades para atendimento, diagnóstico, tratamento, coleta de material e só
 240 remeter amostra para o laboratório, o que tem sido um esforço insano, assim, precisamos de ajuda e do apoio das unidades,
 241 das regionais e dos municípios sede dessas regionais, para que possamos nos comprometer efetivamente já que temos tudo
 242 normatizado, tudo escrito, não está faltando kit, o laboratório está recebendo as amostras e a equipe que é pequena tem
 243 viajado apoiando todo o estado e ao sair do local já deixa tudo estabelecido como fluxo e material, mesmo com pouca gente,
 244 todos estão sendo visitados. Colocou que já estamos conseguindo reduzir a letalidade, mas podemos reduzir muito mais
 245 porque hoje temos uma rede preparada e todos estes pontos têm condição plena de atender aos casos de meningite de
 246 qualquer etiologia; não há nenhum mistério além do que já está lá, pois temos hoje cobertura em todas as regiões do Estado e
 247 é um investimento que está valendo à pena, mas precisa que todos se comprometam com essa causa. Na questão específica
 248 de Salvador, informou que tem sido discutido com a equipe do município e existem algumas propostas, inclusive já tem
 249 marcada mais uma reunião para acordar o que mais pode ser intensificado; a quimioterapia tem funcionado, mas queremos ver
 250 que alternativas podemos trabalhar em relação ao município de Salvador. O Senhor Coordenador solicitou à Dra. Lorene que
 251 fosse feito um documento estabelecendo quais são essas unidades que tem o compromisso de ser referência para
 252 atendimento dos casos de meningite e qual é a área de abrangência de cada uma delas para que possamos difundir com cada
 253 DIRES, mandar para o COSEMS e distribuir para cada município. Reforçou ainda a necessidade, na medida em que tenham
 254 essas unidades, de deslocar pacientes com situações como meningococcemia, até Salvador, muitas vezes 200 e 300 km, que
 255 é uma coisa absurda, então temos que fomentar essa rede e é importante que isso seja divulgado, da mesma forma que foi
 256 feito para as redes de alta complexidade, com a definição dos serviços e hoje cada um sabe quais são as unidades, assim,
 257 solicitou que seja preparado um material equivalente para que possamos difundir o máximo possível e cobrar dos respectivos
 258 hospitais e o apoio das Secretarias Municipais correspondentes. Dra. Stela Souza sugeriu ver a possibilidade da DIVEP quanto
 259 a uma capacitação para as equipes de vigilância dos municípios. Informou ainda que realizou uma vídeo-conferência com o
 260 médico de referência da H1N1 e profissionais de saúde de sua região, que foi uma experiência bastante interessante e
 261 questionou se as DIRES já receberam alguma capacitação para que possamos socializar nos municípios, porque há uma
 262 cobrança muito grande e na verdade quem faz o acompanhamento é a vigilância do município e é ela que é cobrada. Dra.
 263 Suzana Ribeiro ponderou que o que falta mesmo é estreitar a relação entre DIRES e municípios, principalmente os municípios
 264 sede, e considerou essa uma fragilidade muito grande. Enfatizou que estamos discutindo linha de cuidado, trabalhando com
 265 multiplicação de formadores e essas coisas que passam na nossa rotina diária mostram essa fragilidade, então é importante
 266 que os municípios que tenham condição de apoiar as DIRES, que o façam, pois sabemos que as DIRES também têm limitação
 267 técnica, portanto, é mais do que necessário que sejam mais pró-ativos. Considerou extremamente pertinente a solicitação do
 268 Secretário de encaminhar a relação para o COSEMS, porque podemos também provocar essa discussão dentro dos CGMR
 269 que é um fórum legítimo onde se encontram todos os municípios com uma frequência determinada e tem a regional que pode
 270 estar sendo apoiada e também pode apoiar os municípios. Mencionou uma discussão na reunião do COSEMS sobre a questão
 271 do óbito fetal onde veio à tona essa falta de interação entre municípios e regional, principalmente na sede da DIRES, para que
 272 possamos ser mais efetivos. Observou que estamos falando agora de meningite, falamos de mortalidade infantil pela manhã,
 273 mas não estamos falando da hanseníase, da tuberculose, de outros agravos que estão passando batidos, literalmente, pois
 274 temos trabalhado muito na lógica da demanda que nos vem sendo colocada e a Gripe A mostra isso com muita clareza, assim
 275 está na hora de somar esforços e fazer um enfrentamento conjunto, e o COSEMS pode junto com as Regionais e os CGMR
 276 estar multiplicando e de alguma maneira junto aos municípios, cobrando uma resposta mais imediata e identificando as suas
 277 dificuldades, que muitas vezes é técnica e eles não tem apoio para avançarem sozinhos, assim, o COSEMS pode estar junto
 278 com a SESAB, intermediando com as DIRES para dar esse apoio mais próximo. Dra. Lorene Pinto lembrou que temos em
 279 algumas Regionais o mesmo técnico para atender a várias demandas e tem Regionais que possuem mais de vinte municípios,
 280 por isso, a DIVEP também se desloca muito a fim de apoiar os municípios. O Senhor Coordenador propôs que na próxima
 281 reunião começasse com um ponto de pauta sobre a Dengue, informando o balanço da situação, o que está sendo feito e que
 282 medidas ainda precisam ser tomadas, pois o mês de setembro é crucial para prepararmos todo o processo de intensificação.
 283 Dra. Lorene Pinto complementou propondo que cada reunião da CIB comece com um problema importante de Saúde Pública
 284 no Estado. Dando continuidade à pauta, o Senhor Coordenador passou para os expedientes encaminhados à Secretaria
 285 Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB: 1.1
 286 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Aprovado	01 NASF – Tipo I	Medeiros Neto Poções
	02 NASF – Tipo I	Ilhéus
	01 NASF – Tipo II	Rodelas Feira da Mata Coribe Correntina
ESF – Equipe Saúde da Família – Aprovado	02 ESF	Morro do Chapéu Sítio do Mato
ESB – Equipe de Saúde Bucal – Aprovado	01 ESB – Modalidade I	Rio do Pires Wagner Glória

	02 ESB – Modalidade I	Caetité Cristópolis Senhor do Bonfim Wenceslau Guimarães
	04 ESB – Modalidade I	Muritiba
	05 ESB – Modalidade I	Cruz das Almas
ACS – Agente Comunitário de Saúde – Aprovado	04 ACS	Caetité
	05 ACS	Maiquinique
	06ACS	Matina
	11 ACS	Iraquara
	14 ACS	Campo Formoso
	16 ACS	Senhor do Bonfim

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

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 Pactuação dos Municípios de Itambé, Macarani, Itororó, Nova Canaã, Itapetinga, Bom Jesus da Serra e Firmino Alves, às ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, ao grupo 2 de acordo com a Resolução CIB N° 142/08 – **Aprovado**. Na oportunidade, Dra. Lorene Pinto lembrou que em 2007 e 2008 trabalhamos com vários municípios num movimento de apoio à despreciação dos vínculos de trabalho dos Agentes de Endemias e com isso conseguimos que quase cem municípios do Estado formalizassem esse processo, convocando os Agentes selecionados por seleção pública, onde assumimos todas as tarefas incluindo a aplicação de provas e resposta de recursos; a partir daí, em dezembro do ano passado pactuamos aqui na CIB que seria impossível para a DIVEP, com tudo o que está lidando, assumir da mesma forma o modelo de apoio à despreciação, então estamos contratando uma empresa e isso já está na Procuradoria com todas as revisões, já estamos hoje com oitenta mil inscritos em vários municípios que ainda não tinham feito o processo, para fazer agora no segundo semestre, e acreditamos que daqui há um mês no máximo teremos o parecer final da Procuradoria para que possamos contratar através dessa empresa, de forma descentralizada nas trinta e uma regionais, essa primeira etapa pode chegar até noventa mil inscritos, pois tivemos que determinar uma faixa de número de inscritos para que a Procuradoria analisasse, porque o custo é por inscrição, então continuamos assumindo esse apoio com os custos dentro do nosso teto de vigilância, com o apoio da fonte trinta do governo do estado, mas vamos efetivar agora no segundo semestre esse processo seletivo e acreditamos que mais uns oitentas municípios devem estar cobertos. Propôs fazer uma apresentação do balanço geral dessa situação, que está sendo um movimento muito intenso da equipe da DIVEP com o apoio da equipe do Ministério do Trabalho e enfatizou que a expectativa é que até o próximo ano todos os Agentes de Endemias estejam com seus vínculos de trabalho desprecizados, claro que isso depende também do desejo do gestor, mas o nosso apoio está garantido para quem quiser fazer a seleção. O Senhor Coordenador solicitou que fosse pautado esse assunto na próxima reunião da CIB. Dando prosseguimento à pauta: 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 3.1 Credenciamento dos Serviços de Laqueadura e Vasectomia – Unidades: Hospital Geral João Batista Caribé, no município de Salvador (CNES 0004081), e Hospital Mariana Penedo, no município de Tucano (CNES 2814056) – **Aprovado**; 3.2. Projetos da Política de Cirurgias Eletivas do Ministério da Saúde dos municípios de Barreiras, Itaberaba e o Projeto Estadual 2009.01 – **Aprovado**;

SUREGS
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Bahia
GOVERNO DA BAHIA

Bahia
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

SUREGS
WWW.SUREGS.DICON.BA.GOV.BR

POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE

PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE BARREIRAS

Mun. de abrangência	População
Barreiras	129.501
Angical	14.700
Baianópolis	13.437
Catolândia	3.767
Cotegipe	13.663
Cristópolis	13.595
Formosa do Rio Preto	20.845

DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE

www.saude.ba.gov.br

Bahia
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

SUREGS
WWW.SUREGS.DICON.BA.GOV.BR

Bahia
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

SUREGS
WWW.SUREGS.DICON.BA.GOV.BR

PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE BARREIRAS

Mun. de abrangência	População
Luis Eduardo Magalhães	44.265
Mansidão	11.694
Riachão das Neves	22.528
Santa Rita de Cássia	26.135
São Desidério	25.158
Wanderley	12.982

DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE

PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS DE BARREIRAS

População Total	352.270 hab.
Qtde. Procedimentos	1.400
Valor Anual	R\$ 792.607,50

DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE

339
341
343
345
347
349
351
353
355
357
359
361
363
365
367
369
371
373
375
377
379
381
383
385
387
389
391
393
395
397
399
401
403
405
406
407
408
409
410
411
413
415
417
419
421
423
425
427
429
431
433
435
437
439
441
443
445
447
449
451
453
455
457
459
461
463
465

GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br	GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br
PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS - ITABERABA			PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS – ESTADO DA BAHIA		
DICON	Mun. de abrangência	População	Mun. de abrangência	População	
	Itaberaba	61.302 hab.	Cachoeira	32.252	
	Qtde. Procedimentos	150	Castro Alves	24.437	
	Valor Anual	R\$ 137.929,50	Coribe	14.555	
			Feira da Mata	6.328	
			Itambé	33.687	
			Itapebi	11.520	
DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE			DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE		
GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br	GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br
PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS – ESTADO DA BAHIA			PROJETO DE CIRURGIAS ELETIVAS – ESTADO DA BAHIA		
DICON	Mun. de abrangência	População	População Total	212.872 hab.	
	Nova Fátima	7.674	Qtde. Procedimentos	400	
	Pintadas	10.551	Valor Anual	R\$ 478.962,00	
	Riacho de Santana	29.425			
	São Felix do Coribe	12.815			
	Várzea da Roça	14.479			
	Serra Preta	15.149			
DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE			DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE		

Dra. Glória Pestana ressaltou que do Estado da Bahia são aqueles municípios que não fizeram parte de nenhum projeto de municípios plenos e estavam sem ter a referência. 3.3. Municípios de Itaberaba e Irecê, como executantes dos procedimentos da Política Nacional de Cirurgias Eletivas do Projeto Estadual – **Aprovado**.

GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br	GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br
SUREGS/DICON	POLÍTICA NACIONAL DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE		Municípios Plenos Executantes de Procedimentos do Projeto Estadual de Cirurgias Eletivas		
	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia		ITABERABA		
	Municípios de Abrangência		Andaraí		
			Boa Vista do Tupim		
		Bonito			
		Ibiquera			
		Itaeté			
		Marcionílio Souza			
		Nova Redenção			
		DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE			
GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br	GOVERNO DA BAHIA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE		SUREGS www.ba.suregs.ba.gov.br
Municípios Plenos Executantes de Procedimentos do Projeto Estadual de Cirurgias Eletivas			Municípios Plenos Executantes de Procedimentos do Projeto Estadual de Cirurgias Eletivas		
DICON	IRECÊ		IRECÊ		
	Municípios de Abrangência		Municípios de Abrangência		
	América Dourada		Itaguaçu da Bahia		
	Barra do Mendes		João Dourado		
	Barro Alto		Lapão		
	Cafarnaum		Mulungu do Morro		
	Canarana		Presidente Dutra		
	Central		São Gabriel		
	Gentio do Ouro		Uibaí		
	Ibipeba		Xique-Xique		
			DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE		
			DICON - DIR. DE CONT. DAS AÇÕES E SERV. DE SAÚDE		

466 Dra. Glória Pestana colocou que houve dificuldade de encontrar prestadores em municípios sob gestão estadual nessa região
 467 para a realização dos procedimentos de cirurgia eletiva, principalmente em relação à catarata. Foi feito contato com o
 468 Ministério da Saúde que informou a possibilidade de ser homologado aqui na CIB alguns municípios plenos que poderiam estar
 469 realizando esses procedimentos para o projeto estadual; após a homologação, encaminhamos para o Ministério e o recurso vai
 470 ser pago fundo a fundo a esses municípios. O Estado está fazendo o contrato com os municípios que irão repassar o recurso
 471 para os prestadores. Quanto a Itaberaba, lembrou que estes municípios de abrangência estão no Projeto Estadual que está
 472 ainda em execução e temos até o final de setembro para encerrar o projeto, com perspectiva de prorrogação, mas de Itaberaba
 473 ainda está indo para o Ministério e demora um pouco para ser aprovado. Em seguida, o Senhor Coordenador apresentou as
 474 propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para pactuação: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da
 475 Saúde – SUVISA/DVAST/ DIVEP: 1.1 Unidades Sentinela pactuadas na CIB, realizando notificação dos agravos à saúde
 476 relacionados ao trabalho. Apresentação: Lázaro José Rodrigues. Dra. Suzana Ribeiro pediu a palavra para levantar uma
 477 questão de ordem lembrando que foi feito um acordo anteriormente de que os pontos de pauta referentes à pactuação
 478 deveriam ser apresentados previamente ao COSEMS a fim de já trazer para a CIB com uma certa definição, e tem alguns
 479 pontos a exemplo deste, que o COSEMS não conhece a proposta. Considerou que a questão de campanha não se discute
 480 porque já está pactuado, mas alguns pontos da pauta de hoje para pactuação não eram do conhecimento do COSEMS.
 481 Relatou que aconteceu um fato inusitado na reunião pela manhã quando surgiu um ponto que não estaria aqui e não tinha sido
 482 discutido antes, então conseguiram resolver o problema que com certeza aqui seria uma hora de discussão para chegar à
 483 conclusão, assim, gostaria de resgatar isso, para evitar que a reunião da CIB se prolongue devido a debates extensos e que
 484 acabam não contribuindo muito, levando inclusive a um nível de tensionamento desnecessário. Sugeriu avaliar em fazer a
 485 apresentação das propostas anteriormente e poder submeter inclusive à apreciação da bancada do COSEMS, porque ao
 486 apresentar no COSEMS, se forem identificados pontos de dissenso, poderemos suspender o processo e remeter a uma
 487 câmara técnica ou grupo de discussão para evitar maiores delongas na discussão e acabar não avançando na pactuação do
 488 ponto. O Senhor Coordenador considerou pertinente a colocação e houve consenso quanto à solicitação de Dra. Suzana. Em
 489 seguida passou a palavra para o Sr. Lázaro José Rodrigues para fazer a apresentação: 1.1 Unidades Sentinela pactuadas na
 490 CIB, realizando notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho:

PACTO PELA SAÚDE 2009

SAÚDE DO TRABALHADOR



PACTO PELA SAÚDE 2009

INDICADOR 2. Fluxo da notificação dos agravos à saúde relacionados ao trabalho implantado

Para que os agravos relacionados ao trabalho sejam identificados no SINAN, faz-se necessária a implantação e pactuação de um fluxo para a informação em saúde do trabalhador, por unidade sentinela.

Identificação do caso suspeito → Investigação epidemiológica e etiológica da relação do agravo com o trabalho → Confirmação do caso: acidente ou doença relacionada ao trabalho (estabelecimento denexo causal) → Notificação do caso confirmado /preenchimento da ficha do SINAN → Digitação dos dados → Envio dos dados para a SMS → Envio dos dados para a DIRES

Número absoluto de Unidades Sentinelas realizando notificação de agravos relacionados ao trabalho (Idem ao Indicador 1.)

PACTO PELA SAÚDE 2009

Introdução de indicadores de ST na Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) / SVS / MS

INDICADOR 1. Número de Unidades Sentinela pactuadas na CIB realizando notificação dos agravos relacionados ao trabalho

Número absoluto de Unidades Sentinelas realizando notificação de agravos relacionados ao trabalho

- ❖ Fonte de Verificação: SINAN
 - ❖ Meta Estadual: 60% do número de unidades previstas (58)
 - a) Município sede de CEREST (3 unidades por município=39)
 - b) Município integrante da rede complementar de MC - CIB/BA 89/2008 (1 unidade por município=43)
 - c) Município com mais de 50.000 habitantes (1 un. por município=9)
 - d) Município priorizado por possuir perfil produtivo com impacto à ST (1 unidade por município=7)
- TOTAL 98**



570
572
574
576
578
580
582
584
586
588
590
592
594
596
598
600
602
604
606
608
610
612
614
616
618
620
622
624
626
628
630
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667

Santo Antônio de Jesus	CEREST Sta Casa de Misericórdia de SAJ CTA/SAE
Amargosa	Un. Saúde Dr. Laudelino Almeida Pinheiro Filho Hospital e Maternidade Júlia Maia
Salvador	CESAT CREAIDS SES/O/HUPES CEREST
Madre de Deus	H. Mun. Dr. Eduardo Ribeiro Bahiano Centro de Especialidades Madre de Deus
Barreiras	CEREST
Luis Eduardo Magalhães	Un. Mista Dr Gilena de Sá Oliveira
Sta Rita de Cássia	U.S. Dr. Aldino Lemos Santiago Obras Sociais Imã Dulce
Juazeiro	CEREST Centro Referência DST/AIDS
Conceição do Coité	CEREST H. Almir Passos
Teofilândia	Un. Mista Luis Eduardo Magalhães
Santa Luz	H. Mun. Arlete Maron Magalhães
Araçá	H. Mun. N.S. Conceição

Serrinha	H. Mun. Serrinha
Euclides da Cunha	H.A.C.M
Teixeira de Freitas	H. Mun. de Teixeira de Freitas CEREST CTA Dr. Wagner Porto
Eunápolis	HG Eunápolis Un. Saúde SAE/CTA
Belmonte	H. Dr. José Costa da Costa Pinto Dantas
Mucuri	Clinica Médica Municipal
Porto Seguro	H. Luiz Eduardo Magalhães Pronto atendimento Arraial d'Ajuda Pronto Atendimento São Jorge Pronto Atendimento do H. Municipal
Alagoinhas	H. Regional Dantas Bião
Iaçu	H. Mun. Valdir C. Medrado
Itaberaba	CTA CEREST
Itaeté	H. Mun. De Itaeté
Feira de Santana	Un. Saúde Policlínica do Tomba H. Geral Clériston Andrade CEREST
Marconílio Souza	Un. Saúde Policlínica do SAMU H. Luiz Eduardo Magalhães

Jequié	CEREST H. G. Prado Valadares Centro de Referência em Saúde Sexual
Jaguaiquara	USF Moisés Alves Fonseca
Itabuna	U.S DST/AIDS CEREST H. de Base Luis Eduardo Magalhães
Ilhéus	Centro de Referência DST/AIDS NAE H.G Luis Viana Filho
Camaçari	CEREST
Dias D'Ávila	H. Mun. Dilton Bispo de Santana
Vitória da Conquista	Instituto Conquistense de Oncologia Centro Referência DST/AIDS H. G. Vitoria da Conquista CEREST
Brumado	H. Mun. Prof ^o Magalhães Neto Centro Mun. de Saúde
Igaporá	H. M. José Olinto Cotrim
Ibicoara	Centro de Saúde
Malhada de Pedras	Centro de Saúde
Riachão do Jacuipe	Fundação de Saúde Assistência Social

Total de Municípios que Pactuaram Unidades Sentinela em 2009

126

TOTAL de Municípios com Unidades Sentinela Implantadas até AGO /2009


37

Total de Unidades Sentinela Com Termo de Adesão Assinado até AGO/2009

67


Finalizou a apresentação, informando aos municípios que pactuaram e não estão nessa relação, que há uma força tarefa do pessoal do SESAT junto com as DARES para contribuir na implantação dessas unidades, que para a saúde do trabalhador é um marco importantíssimo, pois precisamos ter visibilidade do que está acontecendo no mundo do trabalho para que possamos implementar ações visando melhorar as relações de trabalho e saúde, e a condição de vida dos trabalhadores. Dra. Suzana Ribeiro observou que tem uma referência no item b do indicador 1 que remonta a Resolução CIB Nº 89/2008 que tratava do Comando único e foi revogada, então é preciso lembrar que aquela rede de média complexidade que constava no anexo da resolução não existe mais, o formato e o encaminhamento agora é outro através da comissão, assim, talvez precise de uma avaliação para reajustar esse número. Dra. Lorene Pinto informou que isso não vai interferir, talvez a colocação é que não tenha sido adequada, porque não é uma nova pactuação que vamos fazer, pois isso tudo já foi pactuado e aprovado na CIB, o objetivo é mostrar o andamento do trabalho e formalizar isso, pois como vivemos basicamente do incentivo federal para a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador, tudo tem que passar por aqui, então cada passo dado e o que for sendo formalizado, tem que ser colocado à par da CIB para encaminhar para a coordenação nacional. Considerou interessante mostrar o quanto conseguimos avançar nessa área na pactuação com os municípios; a força tarefa tem funcionado e com o apoio com as regionais, vamos conseguir um número record de Unidades Sentinela para a vigilância em Saúde do Trabalhador, portanto a resolução não vai interferir porque na prática ela interferiu muito pouco para sinalizar aquelas referências na pactuação de que unidades seriam, foi um dos critérios, mas não vai interferir no quantitativo de Unidades Sentinela. Dra. Suzana Ribeiro questionou se saiu a revogação da Resolução 89 conforme foi pactuado. A Sra. Nanci Salles informou que a resolução do fluxo tem que revogar a anterior já que estabelece um novo fluxo, então na Resolução 126 vai constar no último item o texto que revoga a Resolução 89 e também o fluxo estabelecido na Resolução 10. A Secretária Municipal de Saúde de São Félix, Marta Rejane Montenegro Batista, relatou que quando foi implantar Unidades Sentinela no município de Dias D'Ávila, trabalhou com a atenção básica, no sentido de sensibilização e capacitação dos profissionais para alertar sobre os sinais e sintomas, e sugeriu que pudesse ser feito isso em todos os municípios, podendo ser na linha de cuidado ou da educação permanente, mesmo para aqueles que não tem população para ter Unidades Sentinela, mas que estariam despertando e sabendo dos fluxos de encaminhamento regional para essas questões de saúde do trabalhador, o que melhoraria ainda mais o desempenho nessa área. Dra. Lorene Pinto colocou que já tem um grupo do SESAT discutindo com o pessoal que está coordenando o trabalho das linhas de cuidado, para uma linha de cuidado específica que é a de Saúde do Trabalhador, cortando todos os níveis de complexidade. Dra. Suzana Ribeiro argumentou que na verdade o processo não era para pactuação, mas apenas para uma avaliação e os ajustes a serem feitos nas propostas de encaminhamento. A Sra. Nanci Salles esclareceu que entrou como ponto de pauta da pactuação, devido à necessidade de publicar resolução para dar ciência nos casos dos municípios que assinaram os termos de adesão. Após breve discussão, foi considerado aprovado. Dando prosseguimento à ordem do dia, passou para o próximo ponto de pauta: 1.2 Aprovar proposta de repasse de recursos relativos a futuras Campanhas de Vacinação Anti-Rábica, se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Apresentação Dra. Maria de Fátima Sá Guirra, que iniciou colocando que no eixo da prevenção, temos um compromisso ainda este ano de realizar a Campanha Nacional contra a Raiva Animal. Já assumimos este ano dois compromissos importantes, um

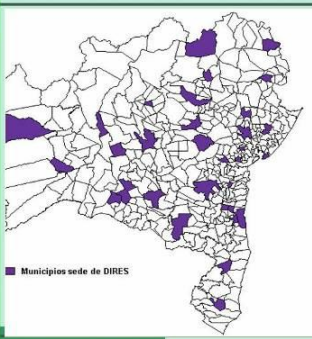
668 foi a campanha contra a gripe que tivemos uma cobertura desejável para quebrar essa cadeia de transmissão da doença para
 669 Influenza Sazonal para Idosos, onde a Bahia alcançou junto com os quatrocentos e dezessete municípios o percentual de
 670 80,32%. Fizemos também a primeira etapa da campanha contra poliomielite, que não foi possível alcançar a cobertura
 671 desejada, mas vacinamos um milhão, cento e cinquenta mil crianças de cinco anos de idade e estamos também numa fase já
 672 de execução da campanha da segunda etapa que foi transferida para o dia 19 de setembro, por solicitação do Conselho
 673 Nacional de Secretários, e será o grande dia, o dia de mobilização nacional contra a poliomielite para os menores de cinco
 674 anos de idade, lembrando que em todas as unidades básicas de saúde, estratégias de saúde da família e onde tem serviços
 675 com oferta de vacina, já está disponível a vacina contra a poliomielite de forma indiscriminada e as vacinas do calendário
 676 básico para crianças, adolescentes e adultos, a rotina continua. Agora estamos na fase preparatória, SESAB junto com os
 677 quatrocentos e dezessete municípios, com a Campanha Nacional contra a Raiva Animal, a novidade é que será a vacina da
 678 quarta geração que é a vacina de cultivo celular para cães e gatos:



**Campanha Nacional
Contra Raiva Animal
(Cães e Gatos)**

GT-
RAIVA/COPIM/DIVEP
20 de Agosto 2009





BAHIA
 ✓Área -567.661 Km²
 ✓13.950.125 Habitantes
 ✓417 Municípios
 ✓31 Diretorias Regionais de Saúde

Fonte: DIVEP/SESAB

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 2001 A 2008
 1 – Situação Epidemiológica da Raiva Humana

CASOS DE RAIVA HUMANA, BAHIA, 2000 A 2008

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Dias D'Ávila (1ª D)				1					
Salvador (1ª D)		1		1	1				
Feira de Santana (2ª D)	1								
Mata de São João (3ª D)		1							
Jussari (7ª D)		1							
Jucuruçu (9ª D)			1						
Itororó (14ª D)				1					
Total	2	2	1	3	1				

Fonte: DIVEP/SESAB

CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTI-RÁBICO HUMANO SEGUNDO ESPÉCIE AGRESSORA - BAHIA - 2001 A 2008*

Espécie Agressora	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Ignorados	1.841	1.738	2.301	2.187	1.426	1.637	1.021	149
Canina	11.997	12.546	19837	32.854	35.800	32.430	12.678	10.515
Felina	1.739	1.851	2.914	5.551	5.795	5.395	1.947	1.419
Quiróptero	3	15	112	162	256	233	84	41
Primata	-	27	287	485	436	330	114	19
Raposa	-	32	247	230	294	306	81	90
Herbívoro	-	-	-	-	-	-	33	37
Outros	373	399	269	431	520	565	259	66
Total	15.953	16.608	2.596	41.900	44.527	40.896	16.217	12.336

Fonte: SESAB/DIVEP/DIS/SINAN

1. OBJETIVOS

Geral:
 Eliminar os casos de raiva humana no Estado da Bahia oriundos da raiva canina e felina.

1.2 Específicos
 Vacinar mínimo de 80% da população canina e felina no Estado da Bahia
 Eliminar a circulação da variante canina do vírus rábico.

2. METAS*
 Número de Municípios: 417
 População Canina Estimada a vacinar: 1.834.838
 População Felina Estimada a vacinar: 298.436
 População Animal Total a vacinar: 2.133.274

3. PERÍODO

- 01 a 30 de Setembro de 2009
- Dia Estadual – 26 de Setembro de 2009

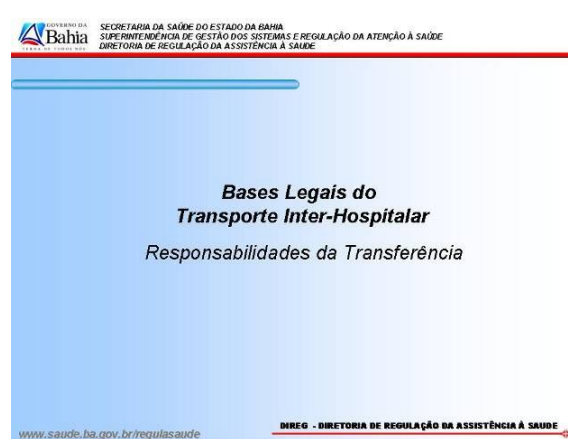
4. CRITÉRIOS ADOTADOS
 As estimativas da população animal dos Municípios com a cobertura vacinal maior que 100% foram baseadas na média dos resultados das Campanhas de Vacinação Antirrábica dos últimos cinco anos.

787
789
791
793
795
797
799
801
803
805
807
809
811
813
815
817
819
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842
843
844
845
846
847
848
849
850
851
852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
865
866
867
868
869
870

1º DIRES	POPULAÇÃO ANIMAL A VACINAR					
	POPULAÇÃO CANINA A VACINAR			POPULAÇÃO FELINA A VACINAR		
	ZU	ZR	TOTAL	ZU	ZR	TOTAL
290570 Camaçari	27991	1327	29.318	5598	265	5863
290650 Candéias	9309	903	10.212	1861	180	2041
290860 Conde	1504	1391	2.895	300	278	578
291005 Dias d'Ávila	6803	410	7.213	1360	82	1442
2910610 Itaparica	2599	0	2.599	519	0	519
2910920 Laranjo de Freitas	19616	0	19.616	3923	0	3923
2910992 Madre de Deus	2030	67	2.097	406	13	419
291100 Mata de São João	3590	1357	4947	718	271	989
2910520 Pajucas	3494	533	4.027	698	106	804
292740 Salvador*	200000	70	200.070	49644	28	49.672
2910860 Santo Amaro	5454	1828	7282	1090	365	1455
2910920 São F. do Conde	3.179	783	3.962	635	156	791
292950 São S. do Passé	4.078	1142	5220	815	228	1.043
292975 Saubara	1407	45	1452	281	9	290
293070 Simões Filho	13029	1554	14583	2605	310	2915
293320 Ven Cruz	4.421	271	4.692	884	54	938
SUBTOTAL 16 MUNICÍPIOS	308.504	11681	320.185	71.337	2.345	73.682

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA EXECUTIVA CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS				
RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAIS DA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA ANIMAL - SETEMBRO 2009				
ESTADO : BAHIA				
0,55				
CÓD. IBGE	ESTADO	RECURSOS FEDERAIS PARA A CAMPANHA DE INTENSIFICAÇÃO ANTI-RÁBICA ANIMAL (R\$)	CONTRAPARTIDA (R\$)	TOTAL RECURSOS (R\$)
29	BA	R\$ 826,00		
CÓD. IBGE	MUNICÍPIO	RECURSOS FEDERAIS PARA A CAMPANHA DE INTENSIFICAÇÃO ANTI-RÁBICA ANIMAL (R\$)	CONTRAPARTIDA (R\$)	TOTAL RECURSOS (R\$)

Chamou atenção de que o último caso de raiva humana aconteceu em 2004 aqui em Salvador e atualmente estamos sem casos de raiva humana e vamos lutar para permanecer com este índice, relacionado a qualquer tipo de animal. As espécies canina e felina são as que concentram o maior número de casos notificados de agressão, assim a campanha está direcionada a cães e gatos, com o propósito de até 2012 eliminar a raiva no nosso meio. Lembrou que não estamos mais trabalhando com aquele parâmetro de 12,5% para cães e 20% para gatos, estamos trabalhando agora com uma média de cobertura vacinal num período de cinco anos e teve município que optou em trabalhar com base no inquérito feito por ele mesmo, com a série histórica da média de cobertura vacinal, como é o caso de Salvador, e outros optaram em trabalhar com o denominador estimado do IBGE. Informou que estava disponível para todos os municípios de acordo com a população canina, um valor de 0,55 centavos per capita por animal. Ressaltou que as planilhas estavam disponíveis, tanto a populacional como a do recurso que será repassado do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde. O Senhor Coordenador declarou aberta a discussão, e passou a palavra à Senhora Marleide Oliveira, que informou sobre a preocupação de alguns municípios com relação ao atraso do início da campanha de poliomielite, que acarretaria em um cruzamento do período da campanha da pólio com a campanha canina, pois esta conciliação era bastante difícil para alguns municípios e questionou se não poderia haver uma negociação para não coincidir as datas, a qual foi respondida que quando a área técnica foi comunicada sobre a mudança da campanha da segunda etapa da pólio a SESAB entendeu e tomou a decisão de acatar o dia dezoito como o dia nacional da poliomielite, inclusive com a oportunidade de divulgação na mídia e já está se fazendo a vacina indiscriminada, com encerramento no dia vinte e nove, e haverá pouca coincidência, apesar da campanha da vacinação canina iniciar no dia primeiro, e já se têm neste dia um grande quantitativo de municípios que já estão assumindo o cronograma de fazer a campanha na zona rural, ficando apenas as unidades básicas de saúde, estratégia de saúde da família e postos fixos de acordo com o planejamento operacional de cada município já para atender a demanda que já está bem organizada. O Senhor Coordenador reforçou a importância de que esta ação seja priorizada, pois há pouco tempo se teve casos de raiva humana e felizmente há cinco anos não se teve nenhum caso registrado da doença, mas existe a disseminação silvestre e já foram encontrados cinco cães positivos, e este é um problema importante que precisa do empenho de todas as secretarias municipais, das diretorias regionais de saúde, para que se tenha sucesso na vacinação. Sugeriu que na reunião de setembro se fizesse uma avaliação e a depender da necessidade fazer algum tipo de reprogramação. Dando continuidade foi apresentado o ponto de pauta: 2. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DIREG/DIPRO – Secretaria Executiva da CIB: 2.1 Regulamentação do fluxo de ambulâncias. O Senhor Ricardo Gouveia, da Diretoria de Regulação, iniciou a apresentação informando que estava trazendo uma proposta de regulamentação de fluxos de ambulâncias pelo Estado da Bahia, e para melhorar o entendimento foi trazida à questão legal, conforme quadros a seguir:



871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937

PORTARIA GM / MS nº 2048 DE 20 /11/2002

• *Médico que solicita:*

1. Pela avaliação da necessidade da transferência;
2. Não remover pacientes em risco de vida, sem estabilização prévia;
3. Esgotar os recursos antes de acionar a Central de Regulação;
4. Realizar solicitação à Central de Regulação;
5. A decisão é médica e deve considerar os princípios básicos do transporte:
 - Não agravar o estado do paciente
 - Garantir sua estabilidade
6. Informar ao médico regulador, de maneira clara e objetiva as condições do paciente;
7. Elaborar documento de transferência com:
 - Diagnóstico de entrada
 - Exames realizados
 - Condições terapêuticas adotadas
 - Nome e CRM legíveis
 - Assinatura do solicitante

PORTARIA GM / MS nº 2048 DE 20 /11/2002

• *Médico que solicita:*

8. Obter a autorização escrita do paciente ou seu responsável para a transferência;
9. A responsabilidade é do médico solicitante, até que o paciente seja recebido pelo médico da unidade de transporte. O início da responsabilidade do médico da ambulância de transporte ou do médico da unidade receptora não cessa a responsabilidade de indicação e avaliação do profissional da unidade solicitante;
10. Solicitar transporte de pacientes críticos para realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos fora de sua unidade;
11. Não tem Central de Regulação: é vedado a todo e qualquer solicitante, seja ele público ou privado, remover pacientes sem contato prévio com a instituição / serviço potencialmente receptor;
12. Tem Central de Regulação: nenhum paciente poderá ser transferido sem contato prévio com a mesma ou contrariando sua determinação;
13. Transferências do setor privado: o serviço ou empresa solicitante deverá se responsabilizar pelo transporte do paciente, bem como pela garantia de recepção do mesmo no serviço receptor.

PORTARIA GM / MS nº 2048 DE 20 /11/2002

• *Central de Regulação / Médico Regulador:*

1. Busca o recurso adequado e disponível para cada caso;
2. Utilizar o conceito de "vaga zero", quando a avaliação do estado clínico do paciente e da disponibilidade de recurso loco regionais o tornem imperativo;
3. Comunicar a Unidade de Saúde solicitante e receptora do caso;
4. Verificar junto ao médico solicitante o tipo de transporte adequado para cada caso;
5. Acionar e acompanhar a unidade e equipe de transporte;
6. Informar todas as intercorrências à Unidade de Saúde receptora.

PORTARIA GM / MS nº 2048 DE 20 /11/2002

• *Equipe de Transporte:*

1. Acatar a decisão do médico regulador;
2. Informar ao médico regulador as condições clínicas do paciente no momento da recepção do mesmo;
3. O transporte inter-hospitalar pediátrico e neonatal deverá obedecer às diretrizes estabelecidas;
4. Registrar todas as intercorrências do transporte no documento do paciente;
5. Passar o caso, bem como todas as informações e documentação do paciente, ao médico do serviço receptor;
6. Comunicar ao médico regulador o término do transporte;
7. Conduzir a ambulância e a equipe de volta à sua base.

PORTARIA GM / MS nº 2048 DE 20 /11/2002

• *Serviço / Médico Receptor:*

1. Garantir o acolhimento às solicitações da Central de Regulação;
2. Informar à Central de Regulação os recursos diagnósticos ou terapêuticos da unidade;
3. Acatar a determinação do médico regulador sobre o encaminhamento dos pacientes que necessitem de avaliação ou qualquer outro recurso especializado existente na unidade, independente da existência de leitos vagos ou não – conceito de "vaga zero";
4. Discutir questões técnicas especializadas;
5. Preparar a unidade e sua equipe para o acolhimento rápido e eficaz dos pacientes graves;
6. Receber o paciente e sua documentação, dispensando a equipe de transporte o mais rápido possível;
7. Comunicar à Central de Regulação sempre que houver divergência entre os dados clínicos que foram comunicados.

Recomendação Administrativa Ministério Público Estadual
Nº01 de 2008

- 2.7) que sejam estabelecidos meios efetivos e eficazes de gerenciamento dos leitos SUS em obediência ao princípio da eficiência contemplado no artigo 37 da Constituição da República Brasileira, enquanto princípio a ser obrigatoriamente cumprido pela Administração Pública, no sentido de: a) evitar a permanência de pacientes em condições de alta internados por tempo além do necessário
- 2.8) que, tendo em vista a responsabilidade das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde no que tange à organização, controle e funcionamento dos serviços de saúde e do acesso a esses serviços, sejam adotadas providências no sentido de impedir sua utilização para interesses impróprios à Administração Pública, providenciando o esclarecimento dos coordenadores de plantões e Diretores Clínicos das Unidades de saúde sobre o seguinte:

Recomendação Administrativa Ministério Público Estadual
Nº01 de 2008

- a) que as determinações do Médico Regulador são cogentes, vez que emanadas de autoridades sanitárias, conforme legalmente definidas, acrescentando que, em razão da natureza do bem a ser protegido por meio das decisões do Médico Regulador, suas manifestações são dotadas de uma espécie "fé-pública", ou seja, são consideradas corretas e verdadeiras de acordo com a realidade do momento, até prova cabal contrária, não cabendo a terceiros, durante o processo de atendimento aos socorridos, em que se presume a situação de urgência, discordar das posições adotadas pelo Médico Regulador, que deve se valer de todos os meios disponíveis para efetivar o socorro à pessoa em estado de urgência, incluindo acionar serviços como a Polícia Militar, a Defesa Civil e Ministério Público

Portaria GM(MS) 1820 de 13 de Agosto de 2009
(Direitos e deveres dos usuários da saúde)

- Art. 2º Toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde.
- § 2º Nas situações de urgência/emergência, qualquer serviço de saúde deve receber e cuidar da pessoa bem como encaminhá-la para outro serviço no caso de necessidade.
- § 3º Em caso de risco de vida ou lesão grave, deverá ser assegurada a remoção do usuário, em tempo hábil e em condições seguras para um serviço de saúde com capacidade para resolver seu tipo de problema.

938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

RESOLUÇÃO CIB

Regulamenta o transporte Inter-hospitalar, pré-hospitalar fixo e intermunicipal de usuários da Rede SUS

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo em vista o decidido na reunião ordinária do dia 21.05.2009 e considerando:

- a grande demanda de usuários provenientes de Municípios do Estado sem regulação, e a necessidade de garantia do acesso de forma qualificada;
- a dificuldade de retorno ao Município de origem dos usuários internados na rede hospitalar de vários Municípios, aumentando o tempo de permanência no leito, gerando dificuldade ao acesso de novos usuários e superlotação das unidades de Urgência e Emergência;
- a grande demanda de transporte Interhospitalar nos Municípios, tanto de seus municípios quanto dos usuários dos demais Municípios do Estado;
- a regulamentação das transferências inter-hospitalares (Portaria GM/MS n.º 2.048/02 em seu Capítulo VI, Resolução CFM n.º 1.672/03 e Recomendação Administrativa do Ministério Público Estadual N.º 01 de 2008).

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

RESOLVE

Art. 1º Aprovar que, todo transporte interhospitalar e pré-hospitalar fixo de usuários da Rede SUS para outro Município (Intermunicipal), mesmo nos casos de Urgência e Emergência, deverá ser comunicado/regulado a Central Estadual de Regulação.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 1º

§ 1º Município sem unidade hospitalar em seu território deverá encaminhar o usuário para o município referência de urgência da sua região, comunicando a este e a CER previamente. Se este município não contar com recursos para resolver o caso, deverá prestar o socorro, estabilizar o doente e contatar a CER. Este, por sua vez, somente poderá encaminhar o usuário socorrido para outra unidade após a CER informar o local de destino do usuário e liberar o transporte. Assim o referido usuário terá garantia de acesso.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 1º

§ 2º Município com unidade hospitalar em seu território, mesmo sendo de pequeno porte, UPA ou Sala de Estabilização, só poderá encaminhar o paciente após o primeiro atendimento e estabilização do quadro. O encaminhamento deverá ser efetuado para a unidade de referência com a ficha de referência/contrarreferência, comunicando previamente a esta e a Central Estadual de Regulação. Os meios de comunicação utilizados poderão ser: SUREM WEB, fax, ou contato direto com o Médico Regulador

§ 3º Município referência de urgência/emergência, só poderá encaminhar o usuário após o primeiro atendimento e estabilização do quadro. O encaminhamento deverá ser efetuado via Central Estadual de Regulação e com a ficha de referência/contrarreferência.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

RESOLVE

Art. 2º Aprovar o transporte solidário.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 2º

§ 1º A unidade receptora do usuário proveniente de outro Município do Estado, que chegou sem regulação, poderá requisitar a unidade móvel para utilização na transferência de pacientes desta unidade de saúde para outra unidade (ANEXO I), de forma a otimizar a utilização dos leitos e possibilitar o recebimento deste e/ou de novos usuários. Esta atribuição será do chefe de plantão ou da Comissão de Regulação Avaliação e Controle da unidade de saúde. Neste caso, a unidade de saúde deverá providenciar a desinfecção prévia da Ambulância.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

GOVERNO DA Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 2º

§ 2º O responsável pelo transporte, deverá se dirigir ao Serviço Social da unidade de saúde para verificar a existência de pacientes do seu município e/ou de municípios em seu trajeto de retorno, que estejam de alta médica e que precisem retornar ao município de origem, liberando a utilização do leito.

A remoção do paciente que teve alta hospitalar deve ocorrer até vinte e quatro horas depois de comunicada a alta hospitalar, devidamente registrada conforme Anexo II. Nos casos contrários a esta determinação, o Estado poderá contratar serviço de atendimento móvel para a devida remoção com ônus para o município, que será subtraído do recurso de Incentivo Estadual. Nestas situações a Unidade deve contatar a CER, que tomará as providências para contratação do serviço.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071

Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 2º

§ 3º Em obediência à Recomendação Administrativa do Ministério Público Estadual N° 01 de 2008, ambulâncias de Serviços de Emergência não poderão ser utilizadas para os serviços de transporte interhospitalar ou transporte solidário, sem o conhecimento e autorização da Central de Regulação de origem deste, visto que necessitam retornar ao seu destino o mais prontamente possível, não prejudicando a assistência.

§ 4º Nos parágrafos 1º e 2º serão utilizados os instrumentos ANEXOS I e II para respaldar as Secretarias Municipais de Saúde.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Anexo I

A Central Estadual de Regulação emitirá um ofício padrão, no qual constará a necessidade da utilização da ambulância para o transporte de outro usuário após a remoção inicial, comprovando o uso do veículo para a Secretaria de Saúde Municipal/Hospital de origem. Este ofício deverá ser encaminhado ao Serviço Social da Unidade de Saúde onde se encontra a ambulância e entregue ao condutor desta.

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Anexo II

O usuário encaminhado de outras cidades deverá portar relatório de referência e telefones de contato com o hospital ou Secretaria de Saúde do Município. Quando da Alta hospitalar, o Serviço Social do Hospital onde o usuário se encontra comunicará ao Município do usuário, ou Hospital de origem, para que estes encaminhem transporte adequado para o retorno do usuário.

Constará no registro do Serviço Social a identificação do funcionário que atendeu a ligação, data e hora desta, sendo que será também informado a necessidade de transporte do usuário (tipo de ambulância) e o prazo máximo de vinte e quatro horas para que a remoção seja efetuada. Caso o transporte solidário por uma ambulância de outro Município esteja disponível o Serviço Social comunica ao Município de origem do doente, cancelando o envio da ambulância deste.

Passado o prazo estipulado, o Serviço Social entra em contato com a CER para que esta providencie a transferência do doente por empresa particular que será custeada pelo Município de origem do usuário (descontado do incentivo Estadual repassado a este pela SESAB).

www.saude.ba.gov.br/regulasaude DIREG - DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Bahia SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

OBRIGADO!

Após a apresentação a Senhora Stela Souza, secretária de saúde do município de Jequié agradeceu ao Senhor Ricardo pela apresentação e sugeriu que a Resolução fizesse referência à recomendação de Doutora Itana porque esta recomendação não está sendo usada pelos municípios e pelo Estado devido à questão da fé pública às vezes não ser bem aceita pelo médico regulador. Questionou também sobre a relação com a Central Estadual de Regulação – CER, pois como ficariam as Centrais Municipais de Regulação - CMR, citou como exemplo o município de Ipiáú, que ao mandar um paciente para o município de Jequié, teria que entrar em contato com a CER, para que esta entrasse em contato com a CMR de Jequié e só então se dá a transferência. Chamou a atenção de se discutir essa centralização na CER, pois a mesma não daria conta e iria trazer dificuldades. Comentou também sobre a questão da requisição da ambulância para utilização do transporte do paciente, chamado de transporte solidário, pois os municípios de pequeno porte têm dificuldades até para colocar gasolina nas ambulâncias, além da imediata saída da ambulância após a remoção do paciente e relatou também sobre a questão da verificação de pacientes em alta é complicado, citou como exemplo como seria possível essa verificação quando do envio de pacientes para Salvador. O Senhor Coordenador informou que antes de passar para o próximo inscrito esclareceu que a terminologia estava equivocada, e onde se lê: Central Estadual de Regulação leia-se: Central de Regulação Correspondente, porque assim estariam contemplados a municipal, estadual em seus âmbitos correspondentes. O Senhor Heron Sampaio, Secretário de Saúde do Município de Teodoro Sampaio, informou que enquanto município pequeno haveria problemas, um deles é que não há médicos vinte e quatro horas no município, e já houve discussões na Microrregião de Feira e inclusive um técnico do Estado foi abordado e questionado sobre um distrito que ficava distante da sede, e seria muito mais próximo pegar a BR 121 e conduzir o paciente para Feira de Santana, pois seria difícil convencer a família do paciente de que o mesmo iria para a sede da microrregional para só então depois ser regulado. Informou que vem tendo certa resistência dos hospitais com relação a essa questão. Comentou que aconteceu um caso recente no município, pois se tentou regular uma paciente cardiopata para o Hospital Ana Nery, o hospital disse que essa regulação não poderia ser feita, pois só regulava de Hospital para Hospital. Informou que implorou mais de duas horas no telefone, um médico da emergência do Hospital Clériston Andrade atendeu a paciente, que foi para UTI, e posteriormente regulada para Salvador, e depois de trocado o marca-passo a mesma sobreviveu. Confessou que com relação à apresentação do fluxo de ambulâncias foi uma boa proposta, e relatou que no seu município é obrigação dos motoristas entregarem a ambulância com o tanque cheio. E informou também que foi passado para os motoristas que pacientes dos municípios de Conceição do Jacuípe e Terra Nova, os quais são vizinhos que tiverem de alta estão autorizados a trazer, pois com essa atitude é sabido que vai sobrar mais uma vaga naquele hospital. Relatou que sua preocupação era com todos esses protocolos de regulação seriam complicados de ser seguido. O Senhor Emerson Garcia relatou que enquanto município pequeno não lembrava de ter deixado a ambulância vazia nenhuma vez para municípios maiores assumirem. Relatou também a preocupação com relação aos promotores de justiça, que, às vezes, determinam as situações da forma que querem, pois a sua relação com a promotoria é diária e constantemente recebe notificações aos quais é solicitado a dar justificativas, e como foi citado na Resolução o médico terá autonomia de definir o critério da ambulância, pois

1072 os municípios pequenos não têm SAMU, não têm ambulância grande, nem com suporte de UTI, inclusive no seu município só
1073 havia uma ambulância pequena e antiga, com exceção de uma nova adquirida pelo Estado, e o processo de licitação de
1074 compras de ambulâncias é demorado e complicado. Reforçou que a Resolução precisa ser mais discutida e mais trabalhada
1075 dentro do COSEMS para poder atender a realidade de todos os municípios. A Senhora Suzana Ribeiro reforçou a necessidade
1076 de se estar pactuando e definindo uma Resolução que garanta esse fluxo de forma ordenada em todo o Estado, que passa
1077 naturalmente pela regulação, mas pela extensão do trabalho, não se pode prescindir de uma discussão mais aprofundada com
1078 o COSEMS porque pode haver alguns pontos de dissenso. Comentou que se a proposta é de um transporte solidário, nada
1079 mais justo que ele seja pactuado no CGMR e este seria um acordo entre os municípios. Informou que a proposta estava muito
1080 boa, mas precisava ser discutida e ajustada em alguns pontos e sair mais fortalecida, para que, devido à necessidade e
1081 urgência, na próxima reunião se possa pactuar. O Senhor Andrés Castro relatou que, com relação aos protocolos e fluxos,
1082 estes são estabelecidos justamente para garantir a viabilidade do paciente, pois atualmente os pacientes são transferidos em
1083 condições precárias, vergonhosas, e que não condizem com o mínimo de suporte necessário para garantir o transporte
1084 adequado deste paciente. Explanou também sobre a resolutividade das unidades que hoje estão nos municípios, a exemplo
1085 dos hospitais de pequeno porte, unidades filantrópicas, que sobrecarregam principalmente a capital e os centros de referência,
1086 especialmente os macrorregionais e nessa linha de pensamento há um investimento que é feito no Estado de um papel que
1087 deveria estar sendo cumprido por essas unidades citadas anteriormente, que é a contratação de leitos de contratação dos
1088 leitos de retaguarda, pois estes pacientes deveriam estar nessas unidades de pequeno porte em quantidade bem maior do que
1089 a que é contratada hoje. Com relação ao médico regulador concordou com a Senhora Stela Souza, pois precisaria legitimar
1090 mais o papel do médico regulador, além de fortalecer a cultura da autoridade sanitária, da fé pública desses profissionais,
1091 fortalecerem o papel desses profissionais e inclusive medidas conjuntas entre secretaria municipal e secretaria estadual já tem
1092 sido tomadas nesse sentido. Ressaltou que o papel do Ministério Público tem tido o papel de parceiros do SUS, mesmo
1093 porque, cada vez mais tem sido observada uma qualificação dos promotores e profissionais que atuam no Ministério Público,
1094 na área de gestão pública em saúde, e tem sido parceiros fundamentais para que se possa implementar medidas gestoras
1095 eficientes e que possam ter de fato resultados concretos. A Senhora Itana Viana informou que havia suspendido as suas férias
1096 quando tomou conhecimento da pauta da reunião, e comentou que esse 'filho' também era seu, fazendo referência à proposta
1097 de fluxo. Relatou que tudo que estava na Resolução, e por sua vez na recomendação administrativa do Ministério Público,
1098 estava na lei, e quem protestou não se deu ao trabalho de ler, pois tudo o que foi apresentado já é exigível e cogente, mesmo
1099 porque o princípio da legalidade da constituição brasileira diz que ninguém é obrigado a fazer ou deixar de fazer algo sem o
1100 respaldo da lei, e seria ela uma idiota de fazer uma recomendação administrativa que não tivesse respaldo legal porque estaria
1101 indo contra o princípio da legalidade. Explanou que, sobre precariedade de ambulância, por entender da herança histórica que
1102 se tem, que as modificações que a reforma sanitária trouxe para a saúde são fantásticas, mas que precisam de tempo para se
1103 tornar realidade. Reforçou que a lei é genérica, pois ela trabalha com uma situação hipotética e abstrata que na hora que o
1104 caso concreto acontece a lei tem que estar em condições de atingi-lo com a medida adequada, e daí chega a interpretação que
1105 vai fazer esse processo de ver se aquele caso se subsume àquela lei. Informou que esse preâmbulo é para colocar que nada
1106 que foi exposto é novidade, e que o Ministério Público só faz essas recomendações por entender que, infelizmente no Brasil, a
1107 saúde ainda está no domínio do poder político e não do poder técnico e os gestores não são gestores de formação, pois é o
1108 amigo ou conhecido do prefeito, que está ali por alguma razão que irá colaborar com a política do prefeito, informou que sua
1109 isenção pessoal e institucional lhe permitia dizer essas coisas. Comentou que, com relação aos cuidados dos secretários em
1110 deixar as ambulâncias com o tanque cheio, ela achou irônico devido ao fato de haverem prefeitos que não deixam o secretário
1111 gerir o Fundo Municipal de Saúde, e que dificultam a administração dos secretários de saúde. Informou que existem esses
1112 fatores, mas que com o cumprimento da lei serão mudadas, pois na hora que o prefeito responder civilmente pelo dano que
1113 causar a um paciente pelo dano que morreu no caminho, e que vinha em condições precárias, e isso já está crescendo no
1114 Brasil, inclusive no sul as pessoas estão entrando com ações de responsabilidade civil, o contexto brasileiro vai mudar. Relatou
1115 que, sobre a precariedade das ambulâncias, acabava de tomar uma decisão, e era por isso que o Ministério Público precisava
1116 estar presente nas reuniões, pois iria notificar a polícia rodoviária federal e estadual para verificar as condições das
1117 ambulâncias quanto a documentação e a vigilância das cidades maiores situadas nas rodovias, porque a questão de equipe
1118 por amostragem cabe a vigilância fazer, e a questão de condições de veículos de documentação de veículos e habilitação de
1119 motoristas cabe à polícia rodoviária. Comentou que, quanto a questão levantada sobre a recomendação vai solicitar o
1120 procurador geral, que por sua vez faça uma recomendação a todos os promotores de justiça de todas as comarcas que edite
1121 uma recomendação idêntica para aquele município e todos estarão recomendados. Comentou sobre a fala do Senhor
1122 Emerson, onde o promotor do município disse que 'tinha que ser assim', informou que o Ministério Público tem corregedoria, e
1123 é um gesto de cidadania comunicar a corregedoria se o promotor estiver excedendo dos seus limites ou prevaricando, mas é
1124 preciso ver se ele o está, pois caso contrário existe a denúncia caluniosa também. Informou que haverá um encontro de
1125 prefeitos e vereadores e ela estaria presente sobre o SUS, e gostaria de poder conversar com os gestores de saúde sobre
1126 direito, sobre o que é direito o que é uma lei cogente e outras coisas, nem que fosse em cima de um tamborete, como já foi
1127 feito no passado, e é indispensável essa oportunidade de se ter uma aula pública com o povo porque os gestores não são da
1128 área jurídica, não têm obrigação de conhecer direito, têm assessoria jurídica, mas as assessorias jurídicas ainda não
1129 entenderam a necessidade de estudar a complexidade do SUS e por essa razão gostaria de ter uma conversa sobre direito.
1130 Dessa forma sabia que o que estava na Resolução não seria feito da noite para o dia, mas o que está ali, sobre o transporte
1131 solidário, possui um princípio importantíssimo até de resgatar algo que a modernidade destruiu e que na pós-modernidade não
1132 há mais, que é a solidariedade, pois o individualismo campeia. Relatou que o transporte solidário é fundamental e quanto à
1133 gasolina o Estado assumiria o abastecimento do tanque para que ele volte, uma vez que uma determinada ambulância tem
1134 que entrar no município que faça parte do itinerário para deixar o paciente e depois voltar ao seu itinerário, e essa diferença
1135 deverá ser coberta pelo Estado. Afirmou que caso contrário seria um enriquecimento ilícito, pois o município não pode ser
1136 sacrificado por uma despesa que ele não deu causa e não é em benefício da sua administração. Concordou que ainda havia
1137 detalhes que precisavam ser discutidos, mas era preciso fazer alguma coisa. Relatou que seriam monitoradas as ambulâncias
1138 de municípios que trazem pessoas para serem consultadas em Salvador, às vezes, com pessoas com doenças contagiosas

1139 misturados com outros pacientes e que estas seriam pegadas pela polícia rodoviária. Relatou que a CIB enquanto colegiado de
1140 gestores de saúde não poderia compactuar com essa realidade e enfatizou que a saúde é o mais humano dos direitos
1141 humanos. O Senhor Coordenador informou que concordava com a fala da Dr^a. Itana Viana, mas concordava também com a
1142 Senhora Suzana Ribeiro com relação ao detalhamento melhor desse instrumento até porque a denominação geral de Central
1143 Estadual de Regulação não está adequada, e tinha que se estabelecerem os patamares de regionalização, de fluxo e teria que
1144 ter um esforço nessa direção. Comentou também que poderia ser colocada a proposta do transporte solidário com orientação
1145 que possa ser pactuada no CGMR, mas a medida mais importante do ponto de vista de retorno dos pacientes é pactuar que a
1146 SESAB vai contratar uma empresa privada que ficará a disposição para, se o paciente em 24 horas não for levado de volta, o
1147 mesmo vai ser encaminhado ao seu município com devida condição do transporte e a conta assumida pelo município, pois não
1148 teria o menor cabimento um paciente passar mais de 24 horas ocupando um leito em hospital, com a dificuldade que se tem
1149 em internar um paciente atualmente, porque o município não teve a capacidade de buscar o paciente. Informou que os
1150 processos de contratação são demorados e queria propor que se houvesse consenso já saísse com essa orientação e fosse
1151 definido um prazo para que houvesse um detalhamento dessa normatização e por fim comunicou que o esforço de montar
1152 as Centrais Regionais de Regulação está em franco processo de conclusão, pois a Central de Barreiras, Teixeira de Freitas,
1153 Vitória da Conquista, Feira de Santana, Alagoinhas entre outras estão praticamente em fase final de conclusão ou já
1154 concluídas, os móveis estariam chegando esta semana, os equipamentos de informática estão sendo comprados e em breve o
1155 Estado irá entregar a cada Macrorregião a sua Central de Regulação toda equipada, e montada que vai facilitar os fluxos
1156 regionais de forma que só venha a demanda para a Central Estadual depois de esgotados os recursos no nível de cada região.
1157 O Senhor José Carlos Raimundo Brito sugeriu que a central de regulação tivesse a relação de pacientes de Alta hospitalar para
1158 que quando o município solicitasse a transferência do paciente, a Central de Regulação já avisasse àquele município de que
1159 havia um paciente de alta em tal hospital para que o condutor da ambulância fizesse a remoção do paciente para o município.
1160 A Senhora Marta Rejane relatou que a proposta de regulamentação precisava realmente disciplinar esse processo, pois
1161 existem condições irregulares de transporte que causam danos aos pacientes, no entanto era preciso amadurecer alguns
1162 processos porque existem municípios de porte ínfimo, que não tem resolutividade na assistência, não dispõe nem sequer de
1163 sala de estabilização, e por isso houve a 'briga' para se ter sala de estabilização nos municípios da sua macrorregião, já que
1164 estava sendo implantado o SAMU regional, para que se pudesse dar o suporte adequado do ponto de vista da assistência para
1165 poder transferir um paciente com segurança. Relatou também da preocupação com os pacientes de alto risco, pois o paciente
1166 estaria no hospital com o suporte e quando a regulação dá a vaga zero quem iria fazer a transferência, uma vez que deveriam
1167 se definir responsabilidades, e como será esse fluxo de encaminhamento. Informou que o CGMR é um local adequado para se
1168 discutir essa questão e inclusive a abrangência do suporte básico, avançado e os próprios municípios pactuariam como seria o
1169 recorte do custeio para essa situação. Sugeriu que essa questão fosse discutida também no comitê estadual de urgência, até
1170 para depois ter uma regulamentação específica e sugeriu também que se poderia cadastrar os municípios que encaminham
1171 pacientes para serem atendidos em outros ou serviço de TFD municipal ou qualquer pessoa que o município responsabilize por
1172 estar atendendo as demandas dos hospitais de referência aos sábados, domingos e feriados e citou como exemplo o município
1173 de São Félix que possui duas pessoas que se revezam e que são responsáveis pelas retiradas dos pacientes que possam
1174 estar internados em outros locais. Ressaltou que os hospitais têm que garantir a comunicação aos municípios em tempo hábil
1175 para que haja um mecanismo de comprovação de que o município foi comunicado com dados como data e hora. O Senhor
1176 Alfredo Boa Sorte informou que esse debate sobre o transporte sanitário pelas ambulâncias visava atacar o problema mais
1177 grave e imediato, mas futuramente esse debate deverá ser debatido com mais intensidade principalmente na discussão da PPI
1178 onde vai ser discutido em cada regional o pólo de microrregião ou macrorregião que pactuará média e alta complexidade para
1179 realização de exames, cirurgias e isto estaria tudo programado do ponto de vista do recebimento da passagem com a
1180 marcação da consulta e o retorno tudo em um documento único, de forma a garantir uma melhor comodidade para os
1181 pacientes de todas as regiões, além de regulamentar todo o processo de transporte sanitário garantindo todas as prerrogativas
1182 da lei sobre as condições do transporte e da fiscalização maior do transporte de pacientes por parte da Polícia Rodoviária
1183 Federal e Estadual. Comentou que essa questão deveria ser trabalhada posteriormente, e quanto a questão do envio de
1184 pacientes para consulta, esta é uma questão gritante vivenciada no dia a dia. Informou que se tem uma condição econômica
1185 do SUS que não garante que todos os municípios tenham as mesmas condições de transporte sanitários que alguns
1186 municípios têm e outros não têm. Informou que havia municípios que tinham três ou cinco ambulâncias, mas tinha municípios
1187 que não tinham nenhuma ambulância, e pensou que este debate do transporte solidário fosse feito nessa direção, mas parece
1188 que ainda não se avançou neste ponto e era o que deveria ser feito, pois nos municípios próximos que tem ambulância poderia
1189 ceder para outros municípios, potencializando a frota de cada microrregião ou macrorregião para que se possa de fato atender
1190 a todos. O Senhor Ricardo Gouveia informou que dentro do site da SESAB havia o REGULASAUDE em que será
1191 disponibilizada essa documentação e também tem um chat que seria disponibilizado alguns tipos de sugestão em relação às
1192 dificuldades que cada município vivencia particularmente para que se possa concluir a Resolução. O Senhor Coordenador
1193 questionou se havia concordância de que seja feito esse detalhamento para posterior aprovação, a Senhora Orlandina,
1194 Secretária de Saúde do Município de Santo Estevão, sugeriu que se avisassem os municípios e que um prazo fosse dado para
1195 a adequação das normas. O Senhor Coordenador informou que havia duas questões, uma era que saísse aprovado as
1196 diretrizes gerais e que se fizesse um documento mais detalhado para dar conta de aspectos levantados e trazer para a próxima
1197 reunião da CIB, e outra proposta era que já saísse uma proposta de definição da contratação de um serviço privado frente à
1198 necessidade de devolução de pacientes. A Senhora Orlandina reforçou a necessidade de aviso aos municípios para que os
1199 mesmos tenham tempo para se adaptar, e em relação ao que o Senhor Alfredo Boa Sorte havia colocado, em relação à
1200 solidariedade dos municípios, acreditava que na sua e em outras regiões essa prática já existe, pois municípios ligam
1201 buscando ambulâncias e são atendidos. **O Senhor Coordenador questionou se a proposta citada anteriormente estava
1202 aprovada, a Senhora Suzana Ribeiro informou que a proposta feita pelo COSEMS era que se remetesse a discussão, e
1203 fosse discutida uma agenda para que se possa detalhar mais o assunto e o próprio Dr. Ricardo Gouveia vai apresentar
1204 na próxima reunião, dia primeiro antes da reunião da comissão da PPI, ou dia dezesseis véspera da próxima reunião
1205 da CIB, uma alteração da proposta, considerando tudo que foi discutido, e já traria a proposta pactuada para ser**

1206 **apresentada na próxima reunião da CIB, inclusive com a questão do transporte da SESAB.** Informou que o objetivo era
 1207 evitar que se ficasse muito tempo derivando a discussão, mas não houve muito resultado. Relatou que podia ser mais
 1208 detalhada a proposta e discutida de forma mais racional. Ressaltou que havia combinado com o Senhor Ricardo na data de
 1209 dezesseis pela manhã, para se pactuar uma proposta para o dia dezessete. **A proposta de Suzana foi acatada.** O Senhor
 1210 Coordenador informou que a SESAB informou que além de ter comprado ambulâncias para todos os hospitais estaduais,
 1211 porque não foi encontrado carros em condições de circular, em janeiro do ano de dois mil e sete, e além de comprar UTI's
 1212 móveis para todos Hospitais Regionais e estariam sendo compradas mais alguns para outros hospitais que ficaram faltando e
 1213 além de terem sido viabilizados recentemente sessenta e três ambulâncias que foram distribuídas por emendas
 1214 parlamentares, além de tudo que foi dito há uma linha permanente de financiamento pelo DESENBAHIA que qualquer
 1215 município a qualquer momento pode utilizar, que pode demorar mais é um recurso que está disponível, demora, mas está lá o
 1216 dinheiro disponível, o estado assume o pagamento de até 90% da ambulância, mesmo com tudo isso não podemos comprar
 1217 uma outra frota para ficar à disposição para devolver o paciente, é muito mais barato para nós e para o município também,
 1218 contratar um serviço privado que quando precisar seja acionado e se pague pelo serviço, pois manter uma frota de ambulância
 1219 parada à disposição para ver se vai haver necessidade ou não é um custo exorbitante, por isso que a proposta é essa. **Ao final**
 1220 **da discussão questionou se ficaria aprovado o encaminhamento de Dra. Suzana e houve consenso.** Próximo ponto de
 1221 pauta: 2.2 Aprovação dos TCGM dos municípios avaliados pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Pacto de
 1222 Gestão. Apresentação: Mário Sérgio Machado.
 1223



1206
1207
1208
1209
1210
1211
1212
1213
1214
1215
1216
1217
1218
1219
1220
1221
1222
1223
1224
1225
1226
1227
1228
1229
1230
1231
1232
1233
1234
1235
1236
1237
1238
1239
1240
1241
1242
1243
1244
1245
1246
1247
1248
1249
1250
1251
1252
1253
1254
1255
1256
1257

1258 Dra. Suzana Ribeiro questionou quanto aos municípios com pendências documentais no TCG para assunção ao Comando
1259 Único que estão em Gestão Plena, se seria possível aprovar para garantir a inserção desses municípios, pelo menos ad
1260 referendum, e estabelecer um prazo para a entrega da documentação, só para acelerar o processo, a não ser que haja alguma
1261 pendência maior com a Auditoria. Comentou até a possibilidade de ter algum município que ficou na lista pendente do ano
1262 passado que seguramos porque teria que ser em bloco, mas se a comissão já está avaliando poderia ter essa consideração
1263 em relação às pendências documentais, levando em conta que se tratam de municípios plenos e que já assumem suas
1264 responsabilidades, estaria só reafirmando, estabelecendo prazos e caso não haja nada mais comprometedor, seria
1265 interessante que pudéssemos garantir e ajudar a acelerar o processo e estes municípios se comprometeriam com os seus
1266 CGMR para avançar na discussão, assumindo a responsabilidade de encaminhar a documentação com brevidade em data pré-
1267 estabelecida. O Senhor Coordenador esclareceu que se trata da situação de Barra do Choça, Santa Cruz de Cabrália e Itabela,
1268 que já estão habilitados em GPSM e tem pendência documentais, Ilhéus, Barreiras Catu e Guanambi tem uma situação
1269 diferente, os processos foram arquivados e precisam começar do zero. Dra. Suzana Ribeiro questionou se tinham sido
1270 arquivados devido à pausa que foi dada no ano passado ou se tinha alguma pendência, porque se foi só porque paralisou na
1271 avaliação inicial, pode retomar de onde parou. O Senhor Coordenador propôs que a DIPRO retome os processos de Ilhéus,
1272 Barreiras Catu e Guanambi, fazendo contato com os gestores, buscando a documentação pendente e traga na próxima CIB, e
1273 Barra do Choça, Santa Cruz de Cabrália e Itabela que são pendências de menor monta e já estão em gestão plena,
1274 poderíamos aceitar a sugestão de Dra. Suzana. Dr. José Raimundo Mota relatou que em auditorias anteriores foram
1275 observadas algumas pendências como a questão do Secretário não ser gestor do Fundo Municipal de Saúde e no mínimo é
1276 necessário um documento assinado pelo prefeito informando que atualmente o secretário é gestor; a auditoria pode voltar no
1277 município para verificar, pois do ponto de vista da Auditoria, o fato de ser pleno não significa que o município esteja
1278 automaticamente livre dessa responsabilidade e exemplificou que num determinado município foi identificado uma situação
1279 semelhante e o Relatório de Auditoria foi encaminhado com a sugestão de que passasse a ser desta forma. O Senhor
1280 Coordenador questionou se a Auditoria citada tinha sido num município habilitado na gestão plena, e se é possível legalmente
1281 fazer auditoria programada em município de gestão plena e sem ser uma intervenção do estado sob o município e Dr. José
1282 Raimundo confirmou ambas as hipóteses, ressaltando que está previsto no plano de saúde a realização de auditoria em
1283 municípios de gestão plena que recebem recursos do SUS e são obrigados a prestar contas; não necessariamente precisa ser
1284 feita pelo TCM, é um outro nível de apuração, inclusive a auditoria encaminha ao TCM e ao MP os achados, porque a Auditoria
1285 dentro do SUS tem a característica de controle interno e externo, controle interno quando o componente estadual está
1286 analisando a gestão estadual e controle externo para o município porque estamos fora dali, do mesmo jeito que compete ao
1287 DENASUS auditar o Estado, então não cabe ao município dizer que o componente estadual não pode auditar os recursos do
1288 SUS, tão pouco cabe ao estado dizer o mesmo ao DENASUS. Solicitou um posicionamento de Dra Itana Viana e lembrou que
1289 a Legislação do SUS foi construída dentro de parâmetros e existe o Decreto 1651 que prevê ao componente estadual fazer
1290 auditoria nos sistemas municipais de saúde, que envolve o controle, a regulação, a auditoria propriamente dita a gestão do
1291 sistema, os recursos aplicados, então, constatado que o secretário não é o gestor, cabe estar aferindo uma lei. Dr. Alfredo Boa
1292 Sorte ressaltou que estabelecemos uma comissão e um fluxo para pactuação na CIB discutido com representantes da SESAB
1293 e do COSEMS, de que a comissão traria para aprovação apenas aqueles que já estão com parecer favorável, não foi definido
1294 que traríamos aqui os que estivessem com problemas por vários motivos, inclusive para preservar o município. Sabemos que
1295 pela lei qualquer município que for notificado pela auditoria tem um prazo para defesa, então não faz sentido trazer e expor o
1296 município que está em processo de auditoria, essa foi uma concepção de preservação, inclusive o objetivo do fluxo foi de
1297 preservar o direito de cada município no seu tempo hábil de apresentar sua defesa, não tendo a sua defesa acatada, nem vem
1298 para a CIB, este é o fluxo determinado, então o fato de serem municípios plenos, mas terem problema com a auditoria, não
1299 significa que será apresentado, quando regularizando retornará, porque o fato de ser pleno não quer dizer que não tem
1300 problema nenhum, pois de quando foi habilitado até agora pode ter tido alguns problemas. Observou que na hora de cobrar o
1301 fluxo em prática não foi feito da maneira estabelecida, pois só era para trazer o que foi aprovado, e o restante se informaria a
1302 quem de direito perguntasse e a própria comissão para depois apresentar na próxima CIB, não precisa nem dizer que na
1303 próxima CIB seriam tais e tais municípios porque estes iriam procura a comissão. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus,
1304 Marleide Figueiredo, argumentou que o questionamento não é sobre a responsabilidade da Auditoria do Estado, pois se existe
1305 uma comissão que está avaliando os municípios, um dos seus papéis é informar aos municípios que tem pendências para que
1306 eles possam sanar, por exemplo, a auditoria é feita constantemente e todas as auditorias do município de Ilhéus são
1307 respondidas, se não foram acatadas não foi informado ao município que não pode ser penalizado por isso. Dr. Emerson Garcia
1308 colocou que os municípios que estão com problema de documentação só não foram retirados pela comissão porque estão com
1309 mais de um ano aguardando o Termo de Compromisso, e como o Pacto diz que ele tem que ser feito anualmente, talvez do
1310 ano passado para cá já tenha tido mudanças, mas a idéia era conversar com os municípios individualmente e realmente em
1311 momento algum foi dito que deveria expor os municípios aqui. Dr. José Raimundo esclareceu que a questão da auditoria não é
1312 referente a todos os municípios, e que citou apenas alguns exemplos já que a auditoria é um dos critérios; comentou também
1313 sobre ser pleno e passar pelo comando único porque existem pendências que do seu ponto de vista impediriam de fazer essa
1314 mudança automática. Dra. Suzana Ribeiro chamou atenção de que a sua fala não foi para ir de encontro à comissão, muito
1315 pelo contrário, tanto que solicitou um esclarecimento por não ter participado da discussão, tendo apenas conhecimento da
1316 resolução. Lembrou que sua sugestão num primeiro momento foi de que a comissão se pronunciasse e trouxesse para a CIB
1317 somente a homologação, assim, não caberia essa colocação de municípios que estão com pendências, mas como foi
1318 colocado, naturalmente suscitou dúvidas e questionamentos, daí a sugestão de estar garantindo a questão do ad referendum
1319 que seria em relação a pendências que pudessem ser resolvidas num prazo mínimo, mas isso por conta do que foi
1320 apresentado, obviamente que se tivesse vindo só a homologação nada disso estaria sendo discutido. Considerou que isso não
1321 foi absorvido na resolução como tinha sido sugerido; a resolução é omissa nesse sentido e o fluxo ficou comprometido.
1322 Concordou com a fala de Dr. Alfredo, mas é preciso que fique claro e que a própria comissão não remeta para a CIB a
1323 apresentação como foi feita. Reiterou que em nenhum momento estava questionando o papel da comissão, mas toda essa
1324 discussão é apenas devido ao fluxo que a própria comissão pactuou e acabou não obedecendo. Dra. Lorene Pinto, membro da

1325 comissão, se manifestou dizendo que o pactuado foi respeitar o fluxo da resolução que diz que o que tiver pendências não
1326 adianta vir para a CIB, a Comissão, através da secretaria executiva vai conversar com cada município independente do prazo,
1327 pois vindo para cá seria o mesmo trabalho que já está sendo feito; são quatro membros da SESAB e quatro do COSEMS
1328 trabalhando uma manhã inteira para resolver isso. Se houver algum questionamento de um município que deu entrada e que
1329 não veio com homologação, provavelmente ele já foi contatado ou vai ser porque o processo dele não veio para cá. Dra.
1330 Suzana sugeriu que a própria comissão pode propor um ad referendum se achar conveniente e a CIB decide aprovar ou não.
1331 O Senhor Coordenador encerrou a discussão fechando o encaminhamento de manter o fluxo estabelecido pela comissão e
1332 deixando claro que o componente estadual de auditoria do SUS tem legalmente todas as atribuições para auditar sistemas
1333 municipais de saúde, pois temos tido recentemente problemas desta ordem. Pela primeira vez na história do SUS desde que
1334 participa desse processo, a auditoria do estado foi impedida de fazer uma auditoria em um município e teve um parecer de uma
1335 procuradoria do mesmo dizendo que é uma intervenção do estado fazer uma auditoria no sistema de saúde municipal e
1336 ameaçando inclusive ir a juízo contra o governo do estado se insistisse em fazer a auditoria na gestão municipal, e o máximo
1337 que o estado pode fazer é auditar convênios de repasse de recuso estadual específicos, então se é assim, vamos ter que
1338 desmontar todo o componente de Auditoria Estadual, toda a relação do Sistema Nacional de Auditoria, e inclusive rever se
1339 devemos abrir a gestão estadual para receber a auditoria do componente federal, que por sinal estamos tendo uma agora. Se
1340 desmonta todo o Pacto de Gestão da Saúde e se essa tese prevalece de que o município é tão autônomo que na saúde ele só
1341 pode receber auditoria se for em termos de situações convencionais específicas, muda completamente o processo, e não temos
1342 mais o porque nem apreciar, nem recomendar, nem programar nenhuma auditoria a nenhum município. Em seguida passou a
1343 palavra para Dra. Itana Viana que argumentou que iria falar em tese, pois é algo que vai precisar se aprofundar para estudar.
1344 Relatou que inclusive muitas vezes, não só ela como colegas de todo o Estado da Bahia, já solicitaram a auditoria da SESAB
1345 para alguma situação do interior de muitos municípios, pois não possuem conhecimento técnico para saber o que se passa ali
1346 diante de indícios de que o sistema não esteja funcionando adequadamente ou até para sanar dúvidas que porventura
1347 apareçam. Comentou já ter pedido para colegas do interior, que hoje já estão solicitando mais diretamente ao serviço de
1348 auditoria, solicitando uma auditoria em determinado município ou até das suas unidades, muitas vezes não é nem do município
1349 inteiro, nem do sistema, outras vezes é do sistema. Considerou que realmente é uma questão que precisa ser estudada, mas
1350 se houve a fala de entrar na justiça algum procurador deve ter se manifestado e não caberia a ela contrariar sem conhecer
1351 detalhes do caso do que um procurador tenha dito. Também existe outra questão que o Ministério Público, aí já não falando
1352 pessoalmente o que acha por representar a instituição, ele fala nos autos, ele não emite opinião aberta e provavelmente se
1353 existe algo em relação à justiça, isso irá chegar em suas mãos e terá que falar nos autos e que lhe deixa numa situação ética
1354 desagradável que pode lhe deixar até impedida de funcionar naqueles autos; embora sejam três procuradores, mas por ser a
1355 coordenadora geralmente de alguma forma passa per ela e como não conhece está falando em tese. Ponderou que por tudo o
1356 que leu até hoje, entende que tanto a união fiscalizaria o estado no sentido de auditar, porque existem recursos públicos da
1357 união que vem para o estado e é obrigação da união saber o destino desses recursos e por sua vez também com relação aos
1358 municípios e quando Dr. José Raimundo invocou a sua opinião é porque ele sabe que eu solicito muito, inclusive já houve uma
1359 oportunidade relativamente recente que nós solicitamos auditoria federal para o município de Salvador e também até da CGU
1360 que foi em relação àquele caso que houve uma morte, foi um escândalo muito grande e nós não só precisávamos ter acesso
1361 aos dados técnicos que não temos condições de aferir, como também aquilo precisava ir para uma ação criminal para se saber
1362 a motivação daquele crime, coisa que até hoje não chegou ao final, mas está bem encaminhado. Por essa razão, pediu vênica,
1363 pois nesse momento não poderia tomar posição por não conhecer o caso e é preciso tomar ciência para emitir sua opinião. Dr.
1364 José Carlos Brito se manifestou argumentando a maneira como foi colocado aqui, pois o Secretário se posicionou como sendo
1365 uma verdade o que está dizendo, e afirmou que o município a que ele se referiu é Salvador. Chamou atenção para a maneira
1366 como foi pedida a auditoria, a terceira na sua gestão, quando desde a assunção da gestão plena pelo município nenhuma
1367 auditoria tinha sido solicitada pela SESAB, inclusive falou isso para Dr. José Raimundo. Informou ter mandado a última
1368 auditoria para o parecer da Procuradoria Geral do Município que achou inconstitucional a maneira como ela estava sendo
1369 solicitada, da mesma maneira que o Tribunal de Contas do Município solicita. Afirmou que Salvador não tem nenhuma
1370 resistência quanto à Auditoria, até porque não há nada a temer, mas considerou um abuso o que está sendo feito. Como foi
1371 questionado à Procuradoria Geral do Município que se posicionou, agora não está mais em sua alçada e sim na da
1372 Procuradoria; se isso vai ser levado ao Ministério Público não tem nenhum problema, da maneira que a PGM interpretou essa
1373 terceira auditoria solicitada no município de Salvador, como nunca tinha sido feito antes desde que assumiu a gestão plena,
1374 mas se querem ir por aí não tem nenhum problema, vamos até o final, mas não é verdadeiro o que foi colocado aqui de que o
1375 Estado tem sim o direito de fazer, mas não da maneira como foi pedido, então é preciso dar um freio nisso, porque todos os
1376 municípios que estão aqui podem se manifestar da mesma maneira que o município de Salvador nessa questão. Dr. José
1377 Raimundo Mota colocou que boa parte dos municípios aqui já foi auditada e todos o conhecem e sabem que ele não
1378 particulariza município; existe um roteiro básico de auditoria que é seguido para todos, quem já foi auditado recebeu uma carta
1379 comunicando os documentos que seriam necessários. No caso de Salvador, esclareceu que por ser um município muito
1380 grande, ao vê-lo como um todo, vemos a atenção básica, a farmácia básica, a média complexidade e a alta complexidade,
1381 então ficou claro que estaríamos fazendo essa auditoria em três momentos, no PSF faríamos auditorias com equipes
1382 separadas, uma veria a farmácia básica e a outra a média e alta complexidade, não veríamos serviços porque cabe
1383 principalmente a Salvador ou qualquer município pleno, estar auditando o seu próprio serviço, eventualmente a auditoria do
1384 Estado colabora no sentido de realizar os serviços com o município, como já fizemos antes com Salvador na ortopedia e na
1385 oftalmologia para ajudar nesse controle, nessa regulação, auditando esses serviços. Então foi avisado que seria feito dessa
1386 forma segmentada, portanto, não se trata de várias auditorias. Lembrou que há uma meta no Plano Estadual, aprovado pelo
1387 Conselho Estadual de Auditoria, que é realizar auditoria em todos os municípios plenos, e não foi feito absolutamente nada,
1388 além disso, mas fomos realmente impedidos de realizar a auditoria, não sabemos por que motivos. O Procurador reivindicou a
1389 questão da autonomia do município, acontece que na Constituição Federal está previsto que será criado um sistema de
1390 controle, a Lei 8080 fala desse sistema de controle, e o Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 regulamenta o Sistema
1391 Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá as competências para os vários componentes; diz que o SNA

1392 é composto do Sistema Federal que no caso é o DENASUS, dos Componentes Estaduais e dos Componentes Municipais, e
1393 diz no Artigo 5º: "II - no plano estadual: a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios. de conformidade
1394 com a legislação específica de cada unidade federada; b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde; c) os
1395 serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados; d) os sistemas municipais de
1396 saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais
1397 de controle, avaliação e auditoria". Essa é a competência do Estado, fiscalizar os Sistemas Municipais de Saúde, dentre outras
1398 coisas, então quando um município cria um obstáculo está indo contra a Lei. Considerou que cabe discutir e em nenhum
1399 momento foi criada uma dificuldade com Salvador no sentido de conversar e ressaltou que este não é o seu perfil por ser uma
1400 pessoa de diálogo, agora realmente foi um constrangimento para o Sistema Estadual de Auditoria. Saliu uma coisa
1401 importante, o serviço estadual de auditoria sempre contribuiu cedendo auditores do sistema estadual, inclusive há pouco tempo
1402 foi solicitada uma colega para assumir a coordenação de auditoria do município e foi cedida, então a idéia da auditoria é
1403 fortalecer e preservar os sistemas municipais e sempre foi assim. Esclareceu que a programação do sistema estadual de
1404 auditoria é atender a demandas externas como do Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal, Polícia Federal,
1405 Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e de outros sistemas de controle, e, além disso, tem uma
1406 programação própria e em nenhum momento até agora o Secretário Jorge Solla questionou quais seriam os municípios que
1407 iríamos auditar. Ponderou que não acorda num dia pensando que vai auditar tal município, isso não existe, dentro do colegiado
1408 de auditoria são feitos critérios anualmente de quais as prioridades para ser auditados, e ouvimos também a SESAB através
1409 das necessidades dos setores de que ações serão fiscalizadas prioritariamente e o objetivo é fortalecer com o instrumento da
1410 auditoria. Embora a Auditoria tenha esse caráter fiscalizador e não tem como não ser, trabalhamos muito no sentido de que
1411 cada relatório que encaminhamos para os municípios é uma forma de o próprio gestor estar tomando conhecimento das
1412 deficiências e auxiliando esse gestor, porque mais cedo ou mais tarde a lei vai pegar se houver alguma coisa errada; quando
1413 mostramos através dos nossos relatórios as dificuldades da gestão, os problemas que encontramos, acho que isso é muito
1414 importante para o Secretário. Sempre afirmamos que esse sistema estadual de auditoria é parceiro do SUS, e entendemos que
1415 os secretários municipais de saúde e os prestadores de saúde também são parceiros, construímos o SUS juntos, agora na
1416 nossa função cabe estar fiscalizando, alertando, e no caso de fraude cabe denunciar para que sejam tomadas as devidas
1417 providências da lei, mas o nosso foco principal não é perseguir ninguém, e não só nessa gestão, sempre o sistema estadual de
1418 auditoria teve essa característica, essa isenção, e a postura do atual Secretário não tem sido diferente, tem sempre permitido
1419 que a auditoria continue com a autonomia que tem que ter para desenvolver seu trabalho da forma digna que desenvolvemos.
1420 Dr. José Carlos Brito colocou que tudo que o Senhor Coordenador falou foi protestado pela Procuradoria do Município e que
1421 era inconstitucional tudo o que tinha sido dito. O Senhor Coordenador respondeu que inconstitucional é barrar uma auditoria da
1422 Secretaria de Saúde do Estado e que o Secretário Municipal achava que poderia passar à revelia da lei e não pode ser assim.
1423 Dr. José Carlos Brito argumentou que aceitaria do DENASUS, mas não do jeito que o Secretário quer e enfatizou que aqui não
1424 é fórum para se levantar essa questão, mas que a intenção era aproveitar a presença de Dra. Itana Viana e reafirmou que não
1425 vai ser do jeito que a Secretaria Estadual quer, mandou contestar com a Procuradoria Geral do Município e se quiser pode
1426 levar para a justiça, pois a sua recusa não tem nada de ilegal, não existe fraude nenhuma e pode auditar quando quiser, mas
1427 não desse jeito e questionou porque não auditou antes também, o pedido foi feito pelo antigo Secretário Municipal Dr. Luis
1428 Eugênio para ortopedia. O Senhor Coordenador resgatou que trouxe a discussão em tese, sem citar o nome do município, e já
1429 que estava sendo discutida a questão da auditoria do componente estadual em relação aos municípios para fins de renovação
1430 da habilitação do Pacto, fez a consulta em tese, na medida em que há mais do que um questionamento, uma decisão da
1431 prefeitura da capital de impedir a auditoria da SESAB na gestão municipal da saúde e há um parecer do procurador do
1432 município defendendo uma tese jurídica de que o estado só pode auditar recursos específicos repassados pelo estado e que é
1433 uma intervenção o que a SESAB quer fazer, a auditoria na gestão plena do município de Salvador. Já que houve esse
1434 questionamento, não citou o nome do município, pois não quis criar nenhum clima desse tipo, apenas fez uma consulta em
1435 tese já que Dr. José Raimundo fez uma consulta à Dra. Itana Viana aqui presente, solicitou a especificidade da consulta de se
1436 cabe legalmente a SESAB fazer uma auditoria na gestão municipal. Ressaltou que não aceita em hipótese alguma a forma
1437 como tem sido contestada essa auditoria, como tem sido tratados os documentos e como o Secretário municipal tratou aqui,
1438 pois temos todas as provas e duvidou que qualquer município possa dizer que teve qualquer tratamento diferenciado da
1439 auditoria do estado ou de qualquer uma das instâncias da estrutura da SESAB. Ponderou que do muito tempo que lida com o
1440 SUS, esta é a primeira vez que vê um município barrar a auditoria do estado, e relatou ter sido secretário municipal em Vitória
1441 da Conquista onde brincava com sua equipe que já tinha um kit auditoria, com toda a documentação pronta porque recebia
1442 auditoria de várias ordens e em vários momentos e sempre a tratou como aliada, não há porque achar que alguém tem que ter
1443 medo de auditoria, então considerou um ato inusitado, completamente despropositado. Relatou ainda que quando foi
1444 encaminhado um documento ao município solicitando que revisse a posição e permitisse a auditoria, recebemos em resposta
1445 um documento que além de manter a posição, ameaça entrar na justiça contra a SESAB alegando que queremos fazer uma
1446 intervenção no município. Reafirmou que isso é algo despropositado e argumentou que precisamos ter uma definição muito
1447 clara sobre se a auditoria do estado tem competência para auditar os sistemas municipais de saúde ou não, porque se não,
1448 temos que mudar totalmente a lógica de trabalho, porque se qualquer município que receber uma auditoria julgar que está
1449 sendo perseguido e obstaculizar a ação da auditoria do estado, surge o questionamento de como vamos remontar essa
1450 relação interfederada e o trabalho do sistema de auditoria. Afirmou que pessoalmente não tem porque criar nenhum obstáculo
1451 para que a auditoria do Ministério da Saúde venha aqui no estado em qualquer âmbito, então não pode concordar em hipótese
1452 alguma que a auditoria do estado não deva, não tenha a obrigação de auditar o sistema de saúde, não é que ela não possa
1453 não, tem que ficar bem claro que é obrigação do componente estadual de auditoria realizar auditoria nos sistemas municipais
1454 de saúde e essa programação como o Dr. José Raimundo colocou, é uma programação corrente, vários secretários aqui
1455 podem confirmar que já receberam auditorias recentemente nos últimos dois e três anos, então realmente não vê motivo para
1456 uma atitude tão despropositada. Lembrou que essa discussão surgiu porque para fazer o TCGM, um dos requisitos é o parecer
1457 da auditoria, e se esta não pode auditar o sistema municipal, este é um impasse que temos em relação aos Termos. Dra.
1458 Suzana Ribeiro pontuou que não há a menor dúvida em relação à competência técnica de Dr. José Raimundo quanto ao seu

1459 embasamento, mas como se trata de um assunto tão importante que está pontuando a capital e o estado e se existe esse
1460 questionamento, ao invés de estarmos buscando sempre a área da justiça, porque com todo respeito ao ministério Público aqui
1461 presente, nós gestores somos os primeiros a questionar a questão da judicialização da saúde e não podemos permitir que as
1462 relações intergestores sejam também judicializadas. Sugeriu que pudéssemos solicitar ao DENASUS que é a instância máxima
1463 da Auditoria no SUS um parecer técnico, não que estejam sendo colocadas em questão as falas anteriores, mas precisamos
1464 ter o entendimento de um ente externo que esteja neutro nessa discussão e emita um parecer, essa solicitação poderia ser
1465 feita em conjunto a título de esclarecimento, porque embora muitos gestores tenham um entendimento, já que a capital
1466 discorda, não devemos estar fomentando que essa relação se estabeleça e seja mediada pela justiça sempre, pois temos as
1467 instâncias do SUS que devem ser utilizadas para mediação e quanto mais puder esgotá-las, trabalhando no sentido de esgotar
1468 essa discussão dentro das instâncias do SUS, melhor para todos nós, senão começamos a criar determinadas jurisprudências
1469 que acabam comprometendo a própria gestão da saúde. Reiterou sua sugestão de fazer este encaminhamento para tentarmos
1470 inclusive avançar em outras situações. O Senhor Coordenador esclareceu que quem está ameaçando entrar na justiça é a
1471 Procuradoria do Município e gostaria que ficasse claro, voltando à questão que originou a discussão, que é preciso um
1472 posicionamento e não tem como nos livrarmos dessa decisão, sobre se vamos continuar colocando o parecer da auditoria
1473 como uma peça para o TCGM, isso tem que ficar muito claro, pois há um questionamento de que a auditoria não pode auditar
1474 o Sistema Municipal e há uma contradição na medida em que exigimos um parecer da auditoria para aprovar o Termo de
1475 Compromisso de Gestão Municipal. Dr. José Carlos Brito ressaltou que a questão é como foi solicitada a auditoria e não
1476 impedir a auditoria, alto lá para não distorcer as coisas, a Secretaria Municipal de Saúde pediu um parecer da Procuradoria
1477 Geral do Município que está se contrapondo aos termos da Auditoria e não se opondo à realização da mesma no município até
1478 porque o DENASUS já está sabendo desse assunto pela própria Secretaria Municipal, mas do jeito que foi pedida a auditoria,
1479 que inclusive não foi nem assinada pelo Dr. José Raimundo, é que foram colocados excessivamente alguns pedidos e aí o
1480 município se posicionou contra a sua realização, mas remeteu para o DENASUS e se este entender que deve ser assim, o
1481 município estará aberto sem nenhum problema, mas do jeito que foi pedido não dá. Enquanto membro titular da CIB, se opôs a
1482 qualquer decisão da CIB neste momento em relação a isso, considerando que se é pacto de gestão e precisa auditar, precisa
1483 também rever a auditoria que está sendo em excesso. Argumentou que não é repassado nenhum tostão do estado para o
1484 município e a auditoria deveria ter sido em alguma coisa específica e não "Auditoria da Gestão" com vários pedidos, pois a
1485 Auditoria não é o Tribunal de Contas do Município, é Auditoria do SUS no Estado, então vamos devagar com o andar. O
1486 Senhor Coordenador ressaltou que pelo visto a discordância é grave porque o documento da Procuradoria do Município se
1487 coloca contra a existência de auditoria do estado sob gestão do sistema e que só pode auditar convênio de recurso específico
1488 do estado; se há essa divergência realmente não temos como chegar num consenso em relação aos encaminhamentos dos
1489 Termos de Compromisso de Gestão, vamos ter que aguardar uma posição do DENASUS ou a solução do impasse para a
1490 partir de agora continuar a aprovar os TCGM e pelo visto, infelizmente vamos ter que parar todo o processo até que esse
1491 impasse causado pelo município de Salvador seja solucionado. Dr. Alfredo Boa Sorte comentou que posta como está a
1492 discussão, não adianta escapar dela, e se há algum nível de questionamento dos termos da Auditoria Estadual, a opinião do
1493 DENASUS, do Ministério Público ou da Justiça, vai ter que dar um posicionamento porque senão vamos ter que abrir um
1494 precedente enorme, pois se cada gestor que achar que não pode ser auditado recorrer ao seu procurador que vai dizer que
1495 não pode e fica por isso mesmo e não é assim, se existe algum erro por parte da auditoria estadual na execução da auditoria
1496 de Salvador, este erro deve ser apontado para que seja corrigido, mas se não existe erro não há porque não existir auditoria
1497 seja em qual for o município. Argumentou que isso pode ser resultado do processo de disputa do projeto político em curso no
1498 Estado da Bahia, pois pode parecer que haja perseguição como está sendo colocado, mas nunca foi feito dessa forma, então é
1499 preciso colocar as coisas nos trilhos porque senão vamos abrir um precedente e toda a reunião da CIB está totalmente
1500 condenada à continuidade porque nesse momento gerou um ponto de tencionamento gravíssimo e as pessoas precisam baixar
1501 a temperatura mesmo porque há que se encontrar dentro da lei uma solução já que tudo está previsto nas leis e ninguém
1502 também é superior à lei para dizer que não aceita auditoria ou qualquer outro tipo de coisa, ninguém pode impor fora da lei e
1503 ninguém pode desconhecer e rejeitar a lei, então acha que o encaminhamento é aguardar o parecer do DENASUS com
1504 relação à auditoria realizada. Concordou com o Senhor Coordenador na medida em que coloca como critério para assinatura
1505 do TCGM um parecer da auditoria em relação a cada município, assim como o Ministério da Saúde tem para com o Estado da
1506 Bahia, e comentou que recebe quase toda semana auditoria, seja do Tribunal de Contas, da CGU, de onde tiver órgão
1507 controlador, e até auditoria interna. Ponderou que precisamos concretamente é dar à CIB a condição de continuar no processo
1508 de pactuação, porque se abrimos um precedente nesse sentido, todos vão se achar no direito de simplesmente descumprir a
1509 normatização que está estabelecida, os critérios, e aí sim o critério da auditoria é ou não é critério, assim a CIB está num
1510 impasse, ou resolve isso, ou retira isso ou se garante a permanência, porque não podemos ter dois tipos de critérios, para uns
1511 aplica e para outros não, quem se insurgir contra não se aplica, quem aceitar passivamente se aplica, a aplicação da lei tem
1512 que servir a todos e esse impasse precisa ser resolvido. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que a Comissão foi criada para monitorar
1513 e acompanhar o Pacto, inclusive hoje em fala anterior ficou definido que a comissão iria encaminhar para esta CIB as
1514 homologações e os membros se sentiram contemplados obviamente já que a comissão se debruçou e discutiu todo o processo
1515 de encaminhamento do Pacto; foi dada autonomia à comissão que ganhou o caráter de câmara técnica para que lá fossem
1516 feitas as discussões necessárias para avaliar cada Termo de Compromisso de Gestão. Apesar de fazer parte da comissão,
1517 esteve ausente durante esse período, mas fez a reflexão de que se a comissão definiu que a auditoria era pré-requisito, ela
1518 tem o dever de ter isso claro, inclusive citou isso anteriormente quando questionou em relação há alguns municípios em gestão
1519 plena do sistema pela NOAS, se tivessem pendências graves na auditoria que inviabilizasse avançar o processo, que isso
1520 também fosse dito por lá e a questão do ad referendum seria em alguma situação de municípios que tivessem uma condição,
1521 inclusive que acionados pela própria comissão pudessem resolver o processo em tempo hábil e a comissão iria indicar o ad
1522 referendum, então a questão aqui acabou levantando um outro problema e a comissão, em seu entendimento pelo que foi
1523 pactuado, tem autonomia para avaliar os pactos, fazer a discussão interna, garantir o fluxo que foi pactuado e já saiu em
1524 resolução, então não vê porque questionar até porque foi dada essa autonomia à comissão e se ela definiu essa questão ou de
1525 uma forma diferente, ela resolve internamente e continua a trabalhar, senão vamos ficar voltando e vai travar todo o processo

1526 de andamento do Pacto que conseguimos travar várias vezes por coisas dessa natureza. Considerou que a comissão está aí
1527 exatamente para fazer o pacto andar de forma tranqüila, mais célere e fazendo algo que nós enquanto CIB não tivemos
1528 condição de fazer, à comissão foi dada essa delegação justamente para isso, então está tudo muito claro; quando colocou a
1529 proposta de trazer um parecer do DENASUS não foi para colocar em cheque a discussão entre os dois, mas porque é
1530 complicado termos que remeter tudo à justiça porque isso cria um outro fórum de discussão dentro do SUS e se não estamos
1531 dando conta de fazer uma negociação política e avançar internamente nas relações, então estamos com algum problema,
1532 inclusive o COSEMS está sabendo dessa situação agora, estamos tendo conhecimento desse fato neste exato momento desta
1533 CIB, assim não tem nem condição de se pronunciar de alguma forma por não conhecer os fatos, nenhum documento, nem a
1534 narrativa do município e muito menos do Estado, portanto, terminamos trazendo para este fórum uma discussão que está para
1535 além do que tínhamos discutido que era o pacto. Se existirem problemas vamos discutir no momento adequado, principalmente
1536 se tem dois atores que estão envolvidos e se precisar de mediação, por isso propôs o parecer do DENASUS e não para ficar
1537 sem se posicionar, até porque se não conhece o processo não vai poder se aprofundar como disse Dra. Itana Viana. Pediu que
1538 tentássemos resolver isso de outra forma, porque temos clareza de que a comissão tem autonomia, construíram os critérios e
1539 não somos nós agora que vamos retirar, então reforçou a posição da comissão de trazer para homologar que esta CIB com
1540 certeza vai dar anuência porque essa comissão é paritária e funciona como uma câmara técnica, então não tem mais o que
1541 discutir, se a câmara já discutiu e avaliou temos mais é que dar anuência porque estão trabalhando com muito mais
1542 profundidade do que nós que estamos aqui, então a discussão da auditoria se é condição ou não a comissão discute,
1543 aprofunda e decide, isso está extremamente claro. Dr. Alfredo Boa Sorte esclareceu que o critério de auditoria para assinatura
1544 do Termo de Compromisso de Gestão e estabelecimento do Comando Único não foi um critério criado pela comissão, este
1545 critério está no eixo do Pacto de Gestão a nível nacional, a comissão apenas reproduziu um critério nacional que já está
1546 estabelecido, e mais uma vez não responde à questão só tratar dessa coisa de forma superficial, temos que encarar o
1547 problema de frente que se transforma num problema técnico, mas que tem também um pouco de conotação política porque
1548 ninguém pode se sentir perseguido e ninguém pode perseguir ninguém aqui, pelo menos aqui na CIB ninguém vai fazer isso,
1549 então se existem critérios eles tem que ser cumpridos, se não concordamos com os critérios eles precisam ser retirados,
1550 porque não podemos depois responsabilizar a comissão pela decisão de critérios estabelecidos pela CIB e não pela comissão
1551 porque os membros da comissão estão trabalhando para a CIB, são membros da CIB, é uma câmara técnica pertencente à
1552 CIB, portanto o critério é fundamental a não ser que seja resolvido aqui retira-lo. O Senhor Coordenador lembrou novamente
1553 como essa discussão entrou aqui, e reafirmou que não foi proposto discutir o caso em questão de Salvador nem foi colocada
1554 em pauta a situação específica, o que foi questionado é que na medida em que o Termo de Compromisso de Gestão tem entre
1555 um dos critérios a Auditoria e há um questionamento sobre se é competência do Estado auditar o Sistema Municipal de Saúde,
1556 estamos com um impasse sim e não podemos tocar um processo que vale para Itabuna e Ilhéus, mas não vale para Salvador,
1557 as regras tem que ser idênticas para todos os municípios, se um considera que pode bloquear a auditoria e tem o parecer de
1558 uma procuradoria dizendo que não é competência do estado fazer auditoria, ou tiramos esse critério e acabamos com a
1559 exigência da auditoria para todos ou temos que sair desse impasse de alguma forma com todos os municípios se submetendo
1560 a eventualmente ser alvo de auditoria, enquanto isso não acontecer, por mais boa vontade que tenhamos, não podemos seguir
1561 com o processo de firmar nenhum TCGM, enquanto não tivermos essa decisão. Reafirmou que nunca viu nesses doze anos
1562 que milita no SUS, mais diretamente na gestão, ninguém questionar que o Estado pudesse fazer auditoria numa Secretaria
1563 Municipal de Saúde, e não sabe por que agora está tendo dúvida aqui na CIB; a pergunta é muito simples, se é competência
1564 ou não do estado fazer auditoria no sistema de municipal de saúde. O Senhor Coordenador informou que é competência do
1565 Estado fazer auditoria no sistema de serviços dos municípios, mas que não iria entrar em meandros de especificidades de
1566 casos a, b ou c, mas queria que ficasse claro, para poder continuar o processo dos Termos de Compromisso de Gestão – TCG
1567 era que se é ou não competência do departamento de auditoria da SESAB fazer auditoria no Sistema Municipal de Saúde, e a
1568 pergunta era básica e simples, não precisando de nenhum caso específico ser analisado, informou que entendia a posição da
1569 Dr^a. Itana Viana, pela posição da mesma enquanto membro do Ministério Público, mas não poderia aceitar nem compreender a
1570 posição de nenhum secretário municipal de saúde que tenha dúvida em se posicionar se cabe ou não ao Estado fazer a
1571 auditoria no Sistema Municipal de Saúde. O Senhor José Raimundo informou que, sobre a questão levantada pelo Senhor
1572 Coordenador, o decreto nº 1651 de vinte e oito de setembro de mil novecentos e noventa e cinco diz que é atribuição do
1573 Estado, auditar os sistemas municipais de saúde e consórcios intermunicipais de saúde, e um dos critérios para os secretários
1574 municipais de saúde, e o estadual também, é que ele seja o gestor, ou seja, que ele tenha controle sobre os fundos, não
1575 bastando ele apenas assinar os cheques, pois ser gestor significava ser o ordenador de despesas. Relatou que a auditoria
1576 quando chega aos municípios, não vai ao encontro do secretário de saúde questionar se o mesmo é o ordenador das
1577 despesas, mas sim analisar os processos de compra e pagamento para verificar se o secretário é realmente o ordenador ou
1578 não. Informou que não são cobrados processos de pagamentos que não envolvam recursos do SUS, mas o Fundo Municipal
1579 de Saúde é um recurso SUS que está sendo aplicado e precisa ser verificado o que está ocorrendo. Informou que o parecer da
1580 auditoria não é só um parecer burocrático, mas sim é fiscalizado todas as informações, e se não fosse possível auditar o
1581 sistema municipal não teria que ser dado nenhum parecer, pois nessa lógica a auditoria do Estado perderia completamente o
1582 sentido. Informou também que o comunicado de auditoria, é padrão e não foi colocado nada específico para o município de
1583 Salvador, e quem já recebeu auditoria do estado mais de uma vez sabe que as informações são as mesmas. O Senhor
1584 Emerson Garcia informou que entendia que o trabalho que a Comissão tem feito é árduo e dolorido, e em momento algum na
1585 Comissão foi colocado como impositivo para qualquer município assumir o Comando Único caso ele tenha alguma pendência
1586 que não seja aquelas que possam ser resolvidas em tempo hábil, informou que o Senhor José Raimundo tem sido
1587 extremamente coeso na participação e muito generoso até na conversa com os municípios. Informou que entendia o Senhor
1588 José Brito, pois o sistema de auditoria tem que funcionar em todos os âmbitos, e relatou que quando assumiu a secretaria de
1589 saúde do município de Crisópolis, a primeira coisa que recebeu foi auditoria, ligou para o Senhor José Raimundo e foi feito
1590 todo o processo de negociação. Relatou que enquanto gestor municipal nem sempre o processo de auditoria é tranqüilo, mas
1591 dentro do processo de aprendizagem que a auditoria tem encaminhado, as coisas têm tomado um outro rumo porque havia
1592 vivido um novo processo de auditoria mais sofrido e mais dolorido dentro da secretaria. Solicitou ao Senhor Coordenador que

1593 não seja colocada como interposição essa questão das pendências com auditoria, a Senhora Suzana foi brilhante quando citou
 1594 o outro componente, que é o DENASUS, que pode emitir um parecer que resolva esse impasse, não seria nesse momento
 1595 atendendo a qualquer processo de judicialização, quer seja uma solicitação do município ou do Estado que vai ser barrado o
 1596 processo da construção dos Termos de Compromisso de Gestão avançando com o Comando Único dos municípios. Sugeriu
 1597 que se continuasse trabalhando, emitindo os resultados, a auditoria segue até se resolver a situação com o parecer direto do
 1598 DENASUS. O Senhor Josafá informou que a portaria 699 estabelecia os critérios do PACTO, e não definia que a auditoria era
 1599 um critério para assinatura do Termo de Compromisso, inclusive porque o Termo de Compromisso de Gestão é uma série de
 1600 compromissos de situações em que se não há a condição do município ele não iria pactuar. **O Senhor Coordenador informou**
 1601 **que o impasse não poderia ser resolvido no momento, apesar de continuar achando que é a coisa mais óbvia do**
 1602 **mundo que a auditoria do Estado tem obrigação de fazer auditoria nos sistemas municipais, e o COSEMS não**
 1603 **discordava dessa prerrogativa, e para evitar o impasse, concordou com o encaminhamento da Senhora Suzana**
 1604 **Ribeiro, onde a CIB faria uma consulta formal ao Ministério de Saúde, se o componente Estadual de Auditoria tem**
 1605 **aquelas atribuições para fazer a auditoria de gestão de Sistemas Municipais de Saúde, e o trabalho da Comissão de**
 1606 **acompanhamento e Avaliação do Pacto continuariam, mas só poderiam ser tomadas decisões à medida que se tenha**
 1607 **uma resposta no Ministério da Saúde.** Dando continuidade foi apresentado o ponto de pauta: **2.3 Proposta de Comissão**
 1608 **para redefinição da organização e funcionamento da CIB: Reformulação do Regimento.** O Senhor Coordenador informou
 1609 que este ponto seria a formação da Comissão, e questionou se havia alguma divergência, não havendo manifestação em
 1610 contrário foi considerado **aprovado**. 3. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAE: 3.1 Apresentação para
 1611 aprovação de projetos de implantação de SAMU regional e 3.2 Apresentação de projetos para ampliação de SAMU regional.
 1612 Apresentação: Dr. Paulo de Tarso. O Senhor Paulo de Tarso iniciou a apresentação, conforme segue:



COORDENAÇÃO DE URGÊNCIA

IMPLANTAÇÃO DE SAMU

CIB 20/08/2009



Ampliação de SAMU na Bahia

- > 13 SAMUs
- > 7 novos e 6 de ampliação
- > No MS 3 ampliações de SAMU

BRUMADO

- ✓ Projeto SAMU no MS incluindo 7 municípios (Brumado, Aracatu, Guajeru, Rio de Contas, Livramento de Nossa Senhora, Malhada de Pedras e Dom Basílio)
- ✓ Projeto de Ampliação na COUR, sem pendências
- ✓ Mais 12 municípios (Botuporã, Paramirim, Tanhaçu, Macaúbas, Jussiape, Ibicoara, Ibipitanga, Boquira, Ituaçu, Contendas do Sincorá, Barra da Estiva e Rio do Pires)
- ✓ Os municípios de Caturama e Érico Cardoso não constam no Plano Regional de Urgência
- ✓ População de 368.497 habitantes

PAULO AFONSO

- ✓ Possui SAMU Regional, envolvendo o município de Glória
- ✓ Projeto de ampliação na COUR, sem pendências
- ✓ Mais 7 municípios (Pedro Alexandre, Santa Brígida, Mucururé, Abaré, Chorrochó, Rodelas e Jeremoabo)
- ✓ População mais 112.721 habitantes

JACOBINA

- ✓ Projeto na COUR, sem pendências
- ✓ Envolve 19 municípios (Mirangaba, Miguel Calmon, Piritiba, Capim Grosso, Quixabeira, Serrolândia, Várzea do Poço, Ouroândia, Umburanas, Tapiramutá, Morro do Chapéu, Várzea Nova, São José do Jacuípe, Mairí, Várzea da Roça, Caldeirão Grande, Saúde e Caem)
- ✓ População de 378.327 habitantes

ITAPETINGA

- ✓ Projeto na COUR, sem pendências
- ✓ Envolve 4 municípios (Itapetinga, Itambé, Itororó e Macarani)
- ✓ População de 133.141 habitantes

1660
1661
1662
1663
1664
1665
1666
1667
1668
1669
1670
1671
1672
1673
1674
1675
1676
1677
1678
1679
1680
1681
1682
1683
1684
1685
1686
1687
1688
1689
1690
1691
1692
1693
1694
1695
1696
1697
1698
1699
1700
1701
1702
1703
1704
1705
1706
1707
1708
1709
1710
1711
1712
1713
1714
1715
1716
1717
1718
1719
1720
1721
1722
1723
1724
1725
1726

SENHOR DO BONFIM

- ✓ Possui SAMU Municipal
- ✓ Projeto de Regionalização na *COUR*, sem pendências
- ✓ Mais 8 municípios (Andorinha, Antônio Gonçalves, Campo Formoso, Filadélfia, Itiúba, Jaguararí, Pindobaçu e Ponto Novo)
- ✓ População mais 205.879 habitantes

SERRINHA

- ✓ Projeto SAMU Regional na *COUR* com pendências
- ✓ Envolve 14 municípios (Serrinha, Água Fria, Araci, Biritinga, Conceição do Coité, Euclides da Cunha, Monte Santo, Nordestina, Retiroândia, São Domingos, Santa Luz, Teofilândia, Tucano e Valente)
- ✓ População de 129.131 habitantes

SERRINHA - PENDÊNCIAS

- 1) Parcerias dos Órgãos de Apoio (Defesa Civil, Infraero, Exército, Marinha, Aeronáutica, COBOM, Polícia Militar, Polícia Civil, Gestores Hospitalares)
- 2) Descrição da forma de contratação dos servidores (dimensionamento previsto)
- 3) Termo de Compromisso assinado pelos gestores hospitalares
- 4) Portaria de Nomeação: Coordenador de Enfermagem
- 5) Planta baixa da Central de Regulação
- 6) Termo de Pactuação com o Conselho Tutelar da infância e Juventude
- 7) Descrição das etapas do projeto SAMU 192
- 8) Ata da reunião do Conselho Municipal (Água Fria, Araci, Conceição do Coité, Nordestina, São Domingos, Tucano e Valente)
- 9) Descrição da área de abrangência de cada Unidade Móvel

BOM JESUS DA LAPA

- ✓ Já possui SAMU Regional, envolvendo os municípios de Bom Jesus da Lapa, Sítio do Mato, Serra do Ramalho e Santa Maria da Vitória
- ✓ Projeto de Ampliação na *COUR*, com pendências
- ✓ Mais 11 municípios (Canápolis, Cocos, Coribe, Correntina, Feira da Mata, Jaborandi, São Felix do Coribe, Serra Dourada, Paratinga, Brejolândia* e Tabocas do Brejo Velho*)
 - ✓ *(estão também no Projeto do SAMU Regional de Barreiras)
- ✓ População mais 178.351 habitantes

BOM JESUS DA LAPA - PENDÊNCIAS

- 1) A grade não tipifica pequenas, médias e grandes urgências
- 2) Parcerias dos Órgãos de Apoio (Defesa Civil, Infraero, Exército, Marinha, Aeronáutica, COBOM, Polícia Militar, Polícia Civil, Gestores Hospitalares)
- 3) Descrição da forma de contratação dos profissionais do SAMU

JEQUIÉ

- ✓ Possui SAMU municipal
- ✓ Projeto de Regionalização na *COUR*, com pendências
- ✓ Mais 24 municípios (Apuarema, Aiquara, Barra do Rocha, Dario Meira, Ipiáú, Ibirataia, Itagiba, Boa Nova, Itagi, Itamari, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Manoel Vitorino, Brejões, Cravolândia, Itaquara, Itiruçu, Irajuba, Jaguaquara, Santa Inês, Iramaia, Lajedo do Tabocal, Maracás e Planaltino)
- ✓ População mais 359.318 habitantes

JEQUIÉ - PENDÊNCIAS

- 1) Rede de Urgência e Emergência dos Municípios
- 2) Grade de Referência e contra Referência das Urgências
- 3) Dimensionamento da Central Reguladora (área física, disponibilidade do número 192, número de médicos reguladores, Sistema de radiotelefonia e pontos de atendimento)
- 4) Mapa da malha viária com a localização das unidades de saúde, Central de Regulação e ambulâncias
- 5) Parcerias dos Órgãos de Apoio (Defesa Civil, Infraero, Exército, Marinha, Aeronáutica, COBOM, Polícia Militar, Polícia Civil, Gestores Hospitalares)
- 6) Plano Regional de Atenção às Urgências
- 7) Descrição da forma de contratação dos Servidores do SAMU
- 8) Planta baixa da Central de Regulação
- 9) Termo de compromisso assinado pelos gestores Hospitalares

JEQUIÉ - PENDÊNCIAS

- 1) Ato de Criação do Comitê Gestor de Atenção às Urgências / Ata da Reunião
- 2) Portaria de Nomeação: Coordenador de Atenção às Urgências, Coordenador geral do SAMU, Coordenador de Enfermagem
- 3) Termo de compromisso do Gestor Municipal se comprometendo a aplicar os Recursos Financeiros exclusividade no SAMU
- 4) Termo de compromisso do Município se comprometendo a repassar ao Ministério da Saúde Banco de dados do SAMU
- 5) Termo de compromisso de apresentação trimestral de indicadores de desempenho
- 6) Termo de pactuação com o Conselho Tutelar da Infância e da Juventude;
- 7) Descrição das etapas do projeto SAMU 192

1727
1728
1729
1730
1731
1732
1733
1734
1735
1736
1737
1738
1739
1740
1741
1742
1743
1744
1745
1746
1747
1748
1749
1750
1751
1752
1753
1754
1755
1756
1757
1758
1759
1760
1761
1762
1763
1764
1765
1766
1767
1768
1769
1770
1771
1772
1773
1774
1775
1776
1777
1778
1779
1780
1781
1782
1783
1784
1785
1786
1787
1788
1789
1790
1791
1792
1793

ALAGOINHAS

- ✓ Possui SAMU municipal
- ✓ Projeto de regionalização na *COUR*, com pendências
- ✓ Mais 21 municípios (Pedrão, Anamari, Teodoro Sampaio*, Ouriçangas, Inhambupe, Olindina, Crisópolis, Nova Soure*, Itapirurú, Sátiro Dias, Cipó*, Catu, Araçás, Esplanada, Cardeal da Silva, Entre Rios, Rio Real, Jandaíra, Acajutiba, Aporá e Itanagra*)
- ✓ População mais 400.011 habitantes
- ✓ * Itanagra faz parte do SAMU Regional de Camaçari, apesar de ainda não ter sido inaugurada.
- ✓ * Teodoro Sampaio faz parte do SAMU Regional de Feira de Santana.
- ✓ * Nova Soure e Cipó fazem parte do Pré-Projeto de Ribeira do Pombal, apesar de ainda não ter sido aprovado em *CGMR*.

ALAGOINHAS - PENDÊNCIAS

- 1) Mapa da malha viária com a localização das unidades de saúde, Central de Regulação e ambulâncias
- 2) Descrição da forma de contratação dos Servidores do SAMU
- 3) Termo de compromisso assinado pelos gestores Hospitalares
- 4) Ato de Criação do Comitê Gestor de Atenção às Urgências / Ata da Reunião
- 5) Portaria de Nomeação: Coordenador de Atenção às Urgências, Coordenador geral do SAMU, Coordenador de Enfermagem
- 6) Termo de compromisso do Gestor Municipal se comprometendo a aplicar os Recursos Financeiros exclusividade no SAMU
- 7) Termo de compromisso do Município se comprometendo a repassar ao Ministério da Saúde Banco de dados do SAMU
- 8) Termo de compromisso de apresentação trimestral de indicadores de desempenho
- 9) Termo de pactuação com o Conselho Tutelar da Infância e da Juventude
- 10) Descrição das etapas do projeto SAMU 192

SANTO ANTÔNIO DE JESUS / CRUZ DAS ALMAS

- ✓ Projeto SAMU Regional na *COUR*, com pendências
- ✓ Envolve 15 municípios (Milagres, Santa Terezinha, Amargosa, Mutuípe, Maragogipe, Laje, Governador Mangabeira, Varzedo, Presidente Tancredo Neves, Cruz das Almas, Santo Antonio de Jesus, São Felix, Nazaré, São Felipe, Castro Alves)
- ✓ População de 416.762 habitantes

SANTO ANTÔNIO DE JESUS / CRUZ DAS ALMAS PENDÊNCIAS

- 1) Rede de Assistência à Saúde
- 2) Rede de Urgência e Emergência dos Municípios
- 3) Grade de Referência e contra Referência das Urgências
- 4) Mapa da malha viária com a localização das unidades de saúde, Central de Regulação e ambulâncias
- 5) Parcerias dos Órgãos de Apoio (Defesa Civil, Infraero, Exército, Marinha, Aeronáutica, COBOM, Polícia Militar, Polícia Civil, Gestores Hospitalares)
- 6) Plano Regional de Atenção às Urgências
- 7) Forma de contratação dos Servidores do SAMU
- 8) Planta baixa da Central de Regulação

SANTO ANTÔNIO DE JESUS / CRUZ DAS ALMAS PENDÊNCIAS

- 1) Termo de compromisso assinado pelos gestores Hospitalares
- 2) Ato de Criação do Comitê Gestor de Atenção às Urgências / Ata da Reunião
- 3) Portaria de Nomeação: Coordenador de Atenção às Urgências, Coordenador geral do SAMU, Coordenador de Enfermagem
- 4) Termo de compromisso do Gestor Municipal se comprometendo a aplicar os Recursos Financeiros exclusividade no SAMU
- 5) Termo de compromisso do Município se comprometendo a repassar ao Ministério da Saúde Banco de dados do SAMU
- 6) Termo de compromisso de apresentação trimestral de indicadores de desempenho
- 7) Termo de pactuação com o Conselho Tutelar da Infância e da Juventude
- 8) Descrição das etapas do projeto SAMU 192

FEIRA DE SANTANA

- Possui SAMU municipal
- Projeto Regionalização do SAMU ainda não chegou na *COUR* para análise
- Encontra-se na *COUR* apenas a Ata do *CGMR*
- População mais 505.687 habitantes

BARREIRAS

- ✓ Projeto SAMU Municipal no MS em 2003
- ✓ Pré-Projeto de Regionalização do SAMU na *COUR*, com pendências
- ✓ Envolve 15 municípios (Barreiras, Luiz Eduardo Magalhães, Santa Rita de Cássia, Formosa do Rio Preto, Wanderlei, Cristópolis, Riachão das Neves, Baianópolis, Angical, Catolândia, Cotejipe, Mansidão, São Desiderio, Brejolândia* e Tabocas do Brejo Velho*)
- * (estão também no Projeto do SAMU Regional de Bom Jesus da Lapa)
- ✓ População de 373.888 habitantes

BARREIRAS - PENDÊNCIAS

- 1) Falta toda a documentação exigida pela Portaria

1794
1795
1796
1797
1798
1799
1800
1801
1802
1803
1804
1805
1806
1807
1808
1809
1810
1811
1812
1813
1814
1815
1816
1817
1818
1819
1820
1821
1822
1823
1824
1825
1826
1827
1828
1829
1830
1831
1832
1833
1834
1835
1836
1837
1838
1839
1840
1841
1842
1843
1844
1845
1846
1847
1848
1849
1850
1851
1852
1853
1854
1855
1856
1857
1858
1859
1860

TEIXEIRA DE FREITAS

- > Projeto SAMU Regional no MS com 13 municípios (Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itamaraju, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Medeiros Neto, Mucuri, Nova Viçosa, Prado, Teixeira de Freitas e Vereda)
- > Ata do CGMR de 14/07/09 reduz 1 USB de Itamaraju
- > População de 389.492 habitantes

Ampliação do SAMU na Bahia

- > 16 SAMU Regionais
- > Mais 205 municípios
- > Mais 4.401.371 habitantes cobertos
- > Hoje 6.037.986, passando para 10.439.357 habitantes
- > Aumento de 30,86% de cobertura populacional
- > Salto de 43,28% para 74,14% da população da Bahia

Geração de emprego e renda

Médico	238
Enfermeiro	238
Técnico de enfermagem	588
Condutor	660
Médico Regulador	49
TARM	147
Radio Operador	49
TOTAL	1.969

Microrregiões

<u>Aguarda projeto</u>	<u>Falta agendamento</u>
1- Irecê	1- Seabra
2- Ibotirama	2- Itaberaba
3- Valença	
4- Ribeira do Pombal	
5- Itabuna	
6- Ilhéus	
7- Vitória da Conquista	



Obrigado

dae.cour@saude.ba.gov.br
3115-4215 e 3115-4399

Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Atenção Especializada
Coordenação Estadual de Atenção às Urgências



O Senhor Paulo de Tarso agradeceu a equipe de coordenação de urgência e a cada secretário de saúde, pois o processo foi intensamente construído nesse processo coletivo com todos juntos desde janeiro. Informou que, com relação à ampliação, serão mais duzentos e cinco municípios contemplados, com os quarenta anteriores totalizando duzentos e quarenta e cinco municípios contemplados com o SAMU. O Senhor Heron, secretário de saúde de Teodoro Sampaio, informou que estava no SAMU de Feira de Santana, inclusive participando na coordenação do GT, e foi preparada toda documentação mais não foi encaminhado, porque, segundo orientações da DAE, teria que ser feito o Plano Municipal de Urgência e Emergência e depois fazer um Plano Regional para depois encaminhar o plano completo, e questionou porque o seu município estava aparecendo no projeto de Alagoinhas uma vez que nunca havia participado de reunião. Comentou também sobre a conta feita, pois quando se discutiu a questão da unidade do SAMU, com relação à questão da regulação, e havia perguntado ao Dr. João sobre essa questão e a Dra. Maisa informou que terá que ampliar a Central de Regulação porque Feira de Santana terá apenas uma Central, e para atender os outros municípios terá que fazer a ampliação. Informou que o município de Conceição do Jacuípe, que havia pedido uma Unidade de Suporte Avançado – USA e o custo estaria alto, e seria necessário repensar essa questão, pois o custo deveria ser dividido para os municípios. Informou que a sua região não está mais avançada nesse sentido por

1861 estar obedecendo aos critérios estabelecidos. O Senhor Emerson Garcia informou que foi discutida a importância do SAMU,
1862 mas para poder atender aos pacientes foi pensado a disposição das salas de estabilização das UPAS entre outros, e de
1863 repente estava se deparando com processos isolados novamente, pois já foram aprovadas as UPAS e o SAMU, mas as salas
1864 de estabilização não haviam sido discutidas, e as expectativas que foram criadas com a portaria 1020 do Ministério da Saúde
1865 seria esquecida, relatou que o projeto da Macrorregião de Alagoinhas havia sido feita por um profissional, pois o Coordenador
1866 do SAMU de Alagoinhas não vinha às reuniões da CIB discutir, e informou que está ali, enquanto Colegiado, toda semana
1867 discutindo o processo de regionalização de urgência e emergência da microrregião de Alagoinhas e não conseguia entender.
1868 Informou que já havia sido gestor de SAMU, e a partir do momento que chega a ambulância e pega o paciente, não havendo
1869 sala de estabilização no município não há compromissos e o paciente poderá morrer no meio do caminho, e o município que
1870 tem a unidade básica de atendimento se vê dentro da polêmica: quem seria o médico que daria atestado de óbito? Informou
1871 que adorou o projeto, estava ótimo, mas achava que faltou a amarração do SAMU com as salas de estabilização porque a
1872 única portaria que está falando de financiamento para se poder garantir a presença de um médico na urgência. O Senhor
1873 Paulo de Tarso informou que os planos regionais de atenção às urgências que foram encaminhados estão dentro desse
1874 projeto, onde se encontram as salas de estabilização, e a discussão de salas de estabilização e UPAS foi há duas reuniões e
1875 essa questão já estava clara, sendo o SAMU uma dos componentes da urgência. O Senhor Emerson ressaltou que a
1876 Resolução deveria constar que seria com a sala de estabilização também para o município lançar no sistema, pois o sistema
1877 só permite com o número da Resolução. O Senhor Paulo de Tarso informou que não adiantaria ser cobrado quando essa
1878 questão foi intensamente discutida anteriormente e que todos ficaram frustrados quando do recebimento da notícia que no
1879 momento o financiamento existente era para UPAS, e que isso não exclui do projeto, pois se consta uma rede, a mesma tem
1880 que estar conformada e os projetos estão sendo encaminhados completos. O Senhor Heron informou que o projeto foi
1881 completo, mas o que não estava entendendo é porque não havia encaminhado nenhuma documentação e seu município
1882 estava aparecendo no projeto de Alagoinhas, enquanto que ainda não havia encaminhado o projeto para Feira de Santana
1883 devido à arrumação de todo esse processo. O Senhor Paulo de tarso informou que esse problema já estava registrado e seria
1884 retirado do projeto de Alagoinhas e quando chegasse o de Feira de Santana o projeto já estará contido. **O Senhor**
1885 **Coordenador informou que se houvesse consenso, aprovaria as linhas gerais, e os recortes territoriais, sendo os**
1886 **detalhes, ajustes e avaliação técnica delegada a coordenação de urgência e emergência para checar e ajustar com os**
1887 **municípios, e o que for necessário voltar para o CGMR. Reforçou que qualquer um dos detalhes e pendências técnicas**
1888 **seria delegado à coordenação de urgência e emergência, fazer a conversa para cada município e o que for necessário**
1889 **volta para o CGMR, mas já seria aprovado o que foi apresentado pelo Senhor Paulo de Tarso.** A Senhora Stela
1890 concordava com esse encaminhamento, mas a colocação de Emerson transparece a preocupação pela não apresentação do
1891 número de ambulâncias, UPAS entre outros, mas no Projeto essas informações constam, e seria ideal colocar na Resolução
1892 que é de acordo ao Projeto, reforçando que é uma avaliação técnica da área técnica porque não poderia ser definido com
1893 certeza, mas havia a área técnica justamente para isso. O Senhor Emerson pediu para que, quando a Resolução fosse feita, se
1894 tenha a clareza de colocar que o componente que está sendo aprovado do SAMU, da sala de estabilização e da UPA está de
1895 acordo com o Projeto Técnico encaminhado ao Ministério da Saúde porque deverá ser dado o número da Resolução para
1896 solicitar a sala de estabilização. O Senhor Coordenador informou que nesta reunião, não haveria nenhuma Resolução
1897 publicada, o que está sendo definido é que será delegada a coordenação de urgência para fechar o projeto, e ao fechar o
1898 projeto se está ad referendum delegando a publicação da Resolução, pois teria que sair uma Resolução de cada projeto.
1899 Informou que a Resolução da CIB sairia de acordo com os projetos que forem sendo finalizados. **O Senhor Coordenador**
1900 **reforçou que a proposta seria que fosse delegado à coordenação de Urgência e Emergência, negociar com cada**
1901 **município a solução das pendências, e à medida que os Projetos forem sendo fechados não precisa esperar mais uma**
1902 **nova CIB, a Resolução já seria publicada e comunicada a CIB.** O Senhor Ivanildo Bastos questionou se os projetos que
1903 foram apresentados e que estão sem pendências automaticamente seriam encaminhados ao Ministério da Saúde como
1904 aprovado, o qual foi respondido pelo Senhor Coordenador que todos os Projetos que estiverem sem pendências seriam
1905 encaminhados e aqueles que forem resolvendo as pendências não precisariam esperar uma nova reunião. **O Senhor**
1906 **Coordenador reforçou que a coordenação de urgência e emergência fica responsável de resolver com os municípios**
1907 **respectivos as pendências de ordem técnica do projeto, de ordem documental e posteriormente seria feita uma**
1908 **Resolução pela Secretaria Executiva da CIB e encaminhada para o Ministério, ficando aprovada essa proposta.** Dando
1909 continuidade ao ponto de pauta: 4. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH 4.1 Remanejamento do
1910 **recurso da Portaria 1996 de 2007/2008, para formação de Técnicos em Saúde Bucal.** Apresentação: Dra. Maria José
1911 Camarão. O Senhor Coordenador informou que foi apresentado pela manhã e como não houve manifestação contrária foi
1912 considerado **aprovado.** Dando continuidade ao ponto de pauta: 5. ASPLAN/GASEC: 5.1 Orientações para elaboração, fluxo e
1913 prazo para encaminhamento do Plano Municipal de Saúde. Apresentação: Dr. Washington Abreu. A Senhora Suzana Ribeiro
1914 informou que o Senhor Washington Abreu não pôde estar presente para fazer a apresentação e foi proposta de o COSEMS
1915 fazer a discussão e trazer na próxima reunião da CIB para aprovação. Dando continuidade ao ponto de pauta: 6. COSEMS: 6.1
1916 Municípios de Sátiro Dias e Rio Real solicitam concessão do Comando Único do Sistema de Saúde o Senhor Coordenador
1917 informou que já foi discutido, assim como o ponto 6.2 Município de Livramento de Nossa Senhora solicita avaliação da Adesão
1918 ao Pacto pela Saúde, com assunção ao Comando Único; sobre o ponto: 6.3 Resposta à solicitação do CGMR Irecê: Oferta de
1919 Alta e Média Complexidade em Salvador; Mutirão de Cirurgias Eletivas; Revisão do TFD e Capacitação do SISREG III, o
1920 Senhor Mário Sérgio informou que era membro efetivo, e essa discussão foi iniciada no CGMR, relatou da dificuldade que os
1921 municípios têm em relação aos serviços de Média e Alta Complexidade quando referenciam para o município de Salvador, o
1922 Senhor Coordenador informou que seriam vários pontos relacionados à essa sugestão e sugeriu que, pelo avançado da hora
1923 não poderiam ser discutidos no momento, depois fosse visto com o COSEMS, Secretaria de Irecê e com o próprio Mário, para
1924 se resolver essa questão por fora da CIB, ou voltar como outra pauta. O ponto 6.4 Consolidado da Situação do Relatório Anual
1925 de Gestão 2007 e 2008 dos municípios do Estado, o Senhor Coordenador informou que já foi discutido, e sobre o ponto: 6.5
1926 Justificativas do não envio dos Relatórios de Gestão e da Atenção Básica do município de Uibaí: Dificuldade na elaboração
1927 por falta de dados referentes à execução das ações e de informações orçamentárias e financeiras, informou que foi registrado

1928 o recebimento da justificativa. A Senhora Suzana Ribeiro informou que a situação de Uibaí, é que o município não teve acesso
1929 a nenhum documento, registro e sistema de informação, Relatório de Gestão, nem Plano Municipal da gestão anterior e não
1930 tem dados para fazer o Relatório de Gestão 2008, e mandou à justificativa. Informou que foi definido no COSEMS, que seria
1931 enviado um ofício, orientando que o município fizesse denúncia ao Ministério Público, para daí fundamentar a decisão da CIB,
1932 pois ficava complicado deliberar em cima de algo que é legal, e é uma questão jurídica e não só de fórum de pactuação.
1933 Relatou que remeteu a situação à CIB para verificar se havia mais alguma proposta a ser feita. Sobre o ponto de pauta: 6.6
1934 Projeto de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz do município de Feira de Santana. Informou que esse ponto
1935 era só para dar ciência porque o município é Pleno e ele encaminhou de forma direta. Informou também que havia a proposta
1936 de Ilhéus de habilitação do UNACON e UTI tipo II, que foi discutido na reunião do GT da PPI, abocando para o município de
1937 Ilhéus uma referência de 500 casos, e só precisaria ajustar para o UNACON porque havia uma referência do INC, DERAC e da
1938 própria SESAB que para implantação do UNACON seriam mil casos novos ou casos referência daquela área e a proposta seria
1939 fazer a discussão e fazer a devida correção. O Senhor Coordenador informou que Ilhéus tinha um serviço que fazia parte
1940 daqueles que estão como provisórios, e tinha que fazer uma série de ajuste para viabilizar a habilitação, todas as solicitações
1941 que foram colocadas a Santa Casa atendeu, já foi feita a visita da Vigilância Sanitária, foi feito um relatório da Vigilância
1942 Sanitária das adequações, e a documentação vai ser enviada ao Ministério da Saúde, a definição do quantitativo de pacientes
1943 previstos, valores, está dado pela Portaria do Ministério da Saúde, e a sugestão era que se aprovasse o pedido de habilitação,
1944 pois quem aprovava a habilitação de fato era o Ministério da Saúde, e seria encaminhada toda a documentação ao Ministério
1945 da Saúde. A Senhora Marleide Oliveira explanou que o encaminhamento seria exatamente o que foi feito, pois cumpridas as
1946 etapas e com relação ao valor de 500 casos não havia sido solicitação do município e vai ser cumprido o que for determinado
1947 pela Portaria. A Senhora Suzana Ribeiro informou que foi ressaltado por que foi apresentado no GT da PPI com a referência
1948 de 500 casos, e era uma correção que está sendo sugerida para respeitar a própria normativa da SESAB na construção da
1949 rede de Oncologia, a Senhora Marleide informou que estava de acordo com a Portaria. A Senhora Suzana Ribeiro informou
1950 que havia a questão da habilitação da cardiovascular de Feira de Santana para verificar as pendências e como estaria o
1951 processo de habilitação. Outra discussão seria com relação a como estaria a área de saúde mental da discussão de CAPS de
1952 álcool e drogas a nível regional, porque vai se discutir PPI e havia uma série de questões que poderiam ser amarradas antes
1953 para direcionar as discussões para findar a pactuação, e finalizando comentou sobre a questão levantada sobre o PET-SAÚDE
1954 no Estado, e seriam questões que seriam remetidas para outro momento, mas registrando no momento para poder discutir na
1955 próxima reunião, a questão do PET-SAÚDE, habilitação de Feira de Santana e a questão da saúde mental, principalmente o
1956 CAPSAD que há uma enorme carência a nível regional. O **Senhor Coordenador** informou que CAPSAD e PET-SAÚDE teriam
1957 que ficar para discussão em outro momento, e **pediu que se apreciasse no que ocorrer o processo de habilitação da UTI**
1958 **de Cruz das Almas, porque existem dois processos com a DICON, a habilitação da UTI de Cruz das Almas com dez**
1959 **leitos e a habilitação da UTI de Juazeiro com duas UTI's de dez leitos, totalizando vinte leitos.** Informou que não havia
1960 sido aprovado anteriormente, mas foi apresentado as possibilidades de ampliação, mas o processo só agora que está sendo
1961 feito. A Senhora Claudia Almeida informou que o que foi apresentado foi a proposta de unidades que estavam viabilizando a
1962 habilitação, e atualmente estava sendo conformado os vinte leitos de Juazeiro e mais dez em Cruz das Almas. A Senhora Kátia
1963 Nunes informou que acreditava que não houvesse objeção, pois existe uma carência grande no Estado e essa questão foi
1964 discutida na última CIB com a apresentação do quadro. O Senhor Coordenador informou que para fazer o pedido de
1965 habilitação tem que ser feita a vistoria, comprovação de documentação dos profissionais, equipamentos e agora a equipe da
1966 DICON está com os dois processos prontos de Cruz das Almas e Juazeiro, **como não houve manifestação contrária este**
1967 **ponto foi considerado aprovado.** O Senhor Coordenador informou que, com relação à questão trazida sobre a cardiovascular
1968 de Feira de Santana, foi feito todo o processo de novas visitas e há problemas pendentes ainda a serem resolvidos com
1969 relação a Centro Cirúrgico, Urgência e Emergência, números de profissionais, e havia pendências sérias a serem resolvidas.
1970 Relatou que houve várias reuniões e nas três últimas foi discutida com a prefeitura, secretaria municipal, da diretora do hospital
1971 Clériston Andrade, do diretor da Santa Casa e até com todos os deputados de Feira de Santana e foi feita uma proposta do
1972 Estado fazer um contrato emergencial e temporário de oito meses para contratar um conjunto de procedimentos de Alta
1973 Complexidade Cardiovascular que hoje já pode ser feito, ou seja, não há como o município fazer todo o elenco previsto na
1974 Portaria, portanto não teria como habilitar, mas em função da carência de não haver nenhum serviço no interior do Estado, a
1975 proposta feita foi a do contrato provisório e emergencial para começar a fazer alguns procedimentos possíveis de serem
1976 atendidos e nesse prazo de oito meses a Santa Casa faria as adequações necessárias, mas o problema era que a Santa Casa
1977 deixa claro que não há recursos para fazer investimentos necessários, a Santa Casa está inadimplente, logo, nem o estado,
1978 nem o Ministério da Saúde podem fazer convênios, e a Santa Casa fez uma parceria com uma instituição privada chamada
1979 instituto de cardiologia do nordeste para operacionalizar os serviços. Informou que o Estado conseguiu, através do
1980 DESENBAHIA, a possibilidade desse instituto de cardiologia tomar um empréstimo no DESENBAHIA, fazer os investimentos a
1981 juros extremamente subsidiados, fazer os investimentos e garantir a necessidade do processo de habilitação, ou seja, o Estado
1982 colocaria o recurso durante oito meses para contratar os procedimentos que eles podem fazer atualmente, o Estado através do
1983 DESENBAHIA emprestaria o recurso para instituição fazer os investimentos com doze anos para pagar, com dois ou três de
1984 carência. Aproveitou para deixar claro que não seria possível manter um contrato desses indefinidamente e teria que ficar
1985 bastante claro que seria feito um contrato emergencial apenas por oito meses, e passando desse prazo, a Santa Casa não
1986 resolvendo as pendências voltaria a 'estaca zero' e a responsabilidade não seria do Estado. A Senhora Suzana Ribeiro
1987 aproveitou para informar que a Santa Casa de Vitória da Conquista, muito embora tenha sido habilitada no Ministério da
1988 Saúde, no dia nove de abril, com a Portaria 113 da SAS, para o serviço de cardiovascular, ressonância magnética e
1989 tomografia, não cumpriram a deliberação do Conselho Municipal, não cumpriu o que estava previsto na contratualização do
1990 Ministério da Saúde, e tem um PA aberto no Ministério Público Estadual, que está trazendo a Santa Casa para discussão.
1991 Informou que o fato é que a Santa Casa não havia prestado conta dos anos de dois mil e sete, dois mil e oito e dois mil e nove,
1992 e no mês de junho de todo o ano de dois mil e sete e o Conselho está debruçado sobre os dados, até porque, até que a Santa
1993 Casa entrasse no formato adequado de prestação de contas levaram mais de oito meses e a situação atual é que a Santa
1994 Casa perdeu a contratualização pelo Ministério da Saúde porque não estava cumprindo as metas, o município já tinha aplicado

1995 a multa de 10% em cima do contrato, tomou todas as medidas necessárias, inclusive com grande apoio da auditoria do Estado
 1996 na figura do Senhor José Raimundo, a qual fez um agradecimento, pois o mesmo havia ajudado muito, enviou uma equipe
 1997 para ajudar na área contábil, e orientou como fazer o acompanhamento pós, inclusive havendo várias auditorias solicitadas
 1998 tanto pelo Ministério Público quanto pelo município e infelizmente ainda não se conseguiu resolver este impasse, informou que
 1999 haverá uma reunião na próxima segunda feira com a promotoria pública para discutir especificamente o assunto da Santa Casa
 2000 e há possibilidade na construção de um Termo de Ajustes de Contas - TAC, para que a partir daí se possa apresentar o TAC
 2001 ao Conselho, possa se resolver a situação e garantir o funcionamento do serviço. Informou que não sabia se era viável essa
 2002 iniciativa, pois o conselho municipal tem tido a questão da Santa casa com muito cuidado e preocupação. E hoje o gestor
 2003 municipal está impedido de fazer qualquer tipo de contratualização com a Santa Casa que garanta mais aporte de recurso
 2004 financeiro, mesmo habilitado no Ministério da Saúde, por um impedimento legal bem como de liberação do conselho municipal.
 2005 O Senhor Coordenador informou que o Senhor Heron era o último inscrito e avisou que havia ficado um ponto pendente para
 2006 próxima reunião que era o ponto 2. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: 2.1 Projeto de formação de
 2007 Gestores do SUS-Bahia. Apresentação: Alexandre Ramos. O Senhor Heron questionou se as propostas com relação à Santa
 2008 Casa foram aceitas ou ficariam paradas, e o Senhor Coordenador informou que o Estado poderia fazer um contrato
 2009 emergencial por um período curto de tempo com a Santa Casa para ofertar alguns serviços, justificando a ausência completa
 2010 desses serviços para a população, e esse tipo de contrato, mesmo a Santa Casa estando inadimplente poderia ser feito porque
 2011 pressupõe a necessidade imperiosa de atendimento à população, mas investimentos não poderiam ser feitos. Reafirmou que o
 2012 que poderia ser feito era que, através do DESENBAHIA, houvesse possibilidade para o parceiro privado de a Santa Casa
 2013 tomar um recurso emprestado e fazer o investimento, mas o prazo máximo do contrato era período de oito meses. O Senhor
 2014 Heron agradeceu os investimentos que têm sido feitos pelo Governo do Estado e Secretaria de Saúde do Estado na
 2015 construção do Hospital da Criança, cujas obras estão bastante adiantadas, além da ampliação do centro cirúrgico do Hospital
 2016 Clériston Andrade. A Senhora Elcione informou que a Resolução ad referendum de julho já havia sido publicada, o projeto
 2017 encerraria dia trinta e um de agosto, mas existem municípios que até esta data estariam concluindo compra de equipamentos,
 2018 obras entre outras coisas, e há um volume grande de recursos para o FESBA repassar, fonte do banco e fonte do Estado, e
 2019 poderia acontecer que a liberação do recurso não aconteceria até o dia trinta e um de agosto e os municípios precisariam de
 2020 um documento legal para permitir o repasse do recurso e para que se paguem essas despesas executadas até o dia trinta e
 2021 um. Propôs uma Resolução ad referendum dos municípios que se avaliasse depois do dia trinta e um de agosto, que
 2022 conseguiram de fato concluir e o Estado vai fazer esse repasse possivelmente durante o mês de setembro, logo seria feito um
 2023 termo aditivo para legalizar essa situação, finalizando em trinta e um de setembro. Informou que o Projeto estava prestes a
 2024 encerrar, e seria apresentada ao banco a primeira versão do relatório, e teria a relação dos municípios que alcançaram as
 2025 ações e a versão final ficaria pronta em outubro, pois deveria ser entregue ao banco e o projeto seria encerrado e iniciada a
 2026 auditoria do projeto no dia primeiro de setembro de dois mil e nove, e muitos municípios que já foram auditados nos anos de
 2027 dois mil e sete e dois mil e oito o Tribunal de Contas iria retornar para rever as pendências que tinham. Chamou a atenção de
 2028 quem tinha pendências com o Projeto de Prestação de Contas, inconformidades e outros, deveriam corrigir rapidamente. A
 2029 Senhora Kátia Nunes sugeriu que, como seria aprovado ad referendum, na próxima reunião se colocasse quais foram os
 2030 municípios que tiveram necessidade dessa prorrogação para que todos fiquem cientes em função do que já se tomou em
 2031 relação a questão de relatórios de gestão e outros de não se estar fazendo investimentos onde realmente não está havendo
 2032 nenhum retorno. Nada mais havendo a ser tratado, o Senhor Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada
 2033 a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para o dia 17 de setembro, quinta-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não
 2034 havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores
 2035 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de agosto de 2009.

2036
 2037 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 2038 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 2039 Lorene Louise Silva Pinto _____
 2040 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
 2041 Alfredo Boa Sorte Júnior _____
 2042 Andrés Castro Alonso Filho _____
 2043 Washington Luis Silva Couto _____
 2044 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____
 2045 José Carlos Raimundo Brito _____
 2046 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
 2047 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____
 2048 Stela dos Santos Souza _____
 2049