

Aos dezessete dias do mês de setembro 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, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Kátia Nunes Barreto de Brito, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: Raul Molina Moreira Barrios, José Raimundo Mota de Jesus, Eduardo José Farias Borges dos Reis, 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 a Ata da 17ª Reunião Ordinária que foi encaminhada anteriormente aos membros e foi aprovada com a ressalva de algumas correções ortográficas feitas por Dra. Lorene Pinto, e informando que a Ata da 17ª Reunião Ordinária com adequações seria entregue para análise e aprovação na próxima CIB. Dando início à ordem do dia, a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles, registrou a presença das pesquisadoras da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Luciana e Ana Paula, que vieram realizar entrevistas com o Secretário de Saúde do Estado, a Presidente do COSEMS, a Secretária Executiva da CIB e a Diretora da DIPRO, para a “Avaliação Nacional das CIB”, e em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para informes: 1.1 Até esta data **23** municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 **283** municípios encaminharam RAG 2008 para as Dires (68% dos municípios), destes: **220** municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, 52 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 12 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; 30 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (7% dos municípios) e **103** municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (25% dos municípios); 1.3 Foi publicada a seguinte Resolução ad referendum:

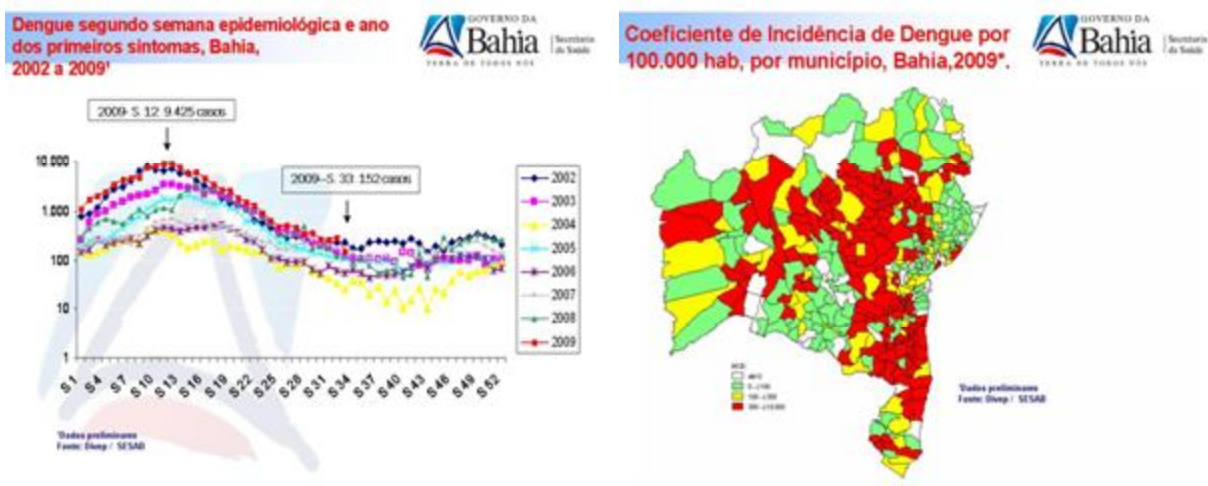
Resolução	Publicada no DOE	Assunto
153/2009	09/09/2009	Aprova ad referendum a extensão de prazo dos Temos de Compromisso oriundos do Projeto Saúde Bahia

1.4 Informe da Auditoria: Dr. José Raimundo Mota destacou que na reunião passada ficou decidido consultar o Ministério da Saúde sobre se a Auditoria teria competência para auditar os sistemas municipais e até onde se estendia essa competência, isso porque foi levantada o questionamento da Auditoria estar incluída como aspecto de avaliação no Pacto de Gestão, pois um dos aspectos de análise é se tem pendências com a Auditoria. Dessa maneira, informou a resposta através do Ofício nº 411/2009/ DENASUS/SEGEPI/MS, que diz: “Senhor Secretário, Encaminhamos Parecer CGA UD/DENASUS/SEGEPI/MS nº 01/2009, deste Departamento, que versa sobre o “a inconstitucionalidade de instauração pela SESA B de auditoria programada em Secretaria Municipal de Saúde, sem que haja definição de alguma denúncia ou fato irregular”, objeto do Ofício GASEC nº 1593/2009. Estamos à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário. Atenciosamente, Luis Carlos Bolzan – Diretor.” Na oportunidade, distribuiu cópia aos membros presentes e comentou o Parecer CGAUD/DENASUS/SGEP/MS nº 01/2009 que faz uma série de considerações, cita a questão da descentralização da Política de Saúde, fala do controle do âmbito do SUS, tece comentários desde a Constituição Federal até a Lei 8.080/90, fala do Decreto Federal nº 1.651/95 que define os critérios para atuação do SNA, onde diz que no Plano Estadual é nossa competência auditar os sistemas municipais de saúde e consórcios intermunicipais de saúde, dentre outros aspectos. Leu ainda um trecho do final do Parecer: “Todavia, entende-se, no caso em questão, ser de nossa competência contribuir, em consonância com os normativos legais, na interpretação e definição dos limites e abrangências das auditorias de “sistemas municipais de saúde e consórcios intermunicipais de saúde” e “ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria” (alíneas “d” e “e”, inciso II, artigo 5º do Decreto 1.651/95), ou auditoria de gestão, que são as realizadas nos sistemas municipais, ou seja, nas secretarias municipais de saúde, envolvendo os seguintes exames, dentre outros: a) A Caracterização do município (população, região, densidade demográfica, principais atividades desenvolvidas no município, condições sócio-econômica, etc.); b) Estrutura organizacional do sistema municipal (plano de carreira e cargos/recursos humanos, lei que define quadro de pessoal, distribuição dos profissionais por nível e vínculo); c) Condições de Gestão do Município (adesão ao pacto, serviços disponíveis ao SUS, programação pactuada e integrada, serviços de referência e contra-referência, etc.); d) Conselho Municipal de Saúde (ato legal de criação, ato de nomeação dos membros, paridade, regimento interno, ata na qual consta a aprovação do Plano Municipal de Saúde e atuação dos membros); e) Plano Municipal de Saúde (aprovação pelo CMS, programação anual de saúde em conformidade com o perfil da população circunscrita, quantidades e qualidade dos atendimentos, os tipos de atendimentos, as metas, os programas desenvolvidos e a serem desenvolvidos, os projetos, as ações de prevenções e promoções à saúde, a área de abrangência dentro e fora do município e a região a que está subordinado hierarquicamente); f) Fundo Municipal de Saúde (ato de criação, cadastro financeiro das contas correntes, contabilidade – de acordo com a Lei federal nº 4.320/64, receitas – conforme Emenda Constitucional nº 29/00 (fixa o limite mínimo de recursos destinados à saúde), licitações – Lei nº 866/93 que institui normas e contratos na administração pública); g) Relatório de Gestão (ações desenvolvidas relacionadas ao plano de saúde e a programação anual, aprovação pelo CMS); h) Rede Ambulatorial (número de unidades, natureza das unidades – públicas, privadas e filantrópicas, tipos de unidades – laboratório, clínica, ambulatório, clínica odontológica, centros de saúde e posto de saúde, recursos humanos disponíveis e em número compatível com a quantidade de procedimentos realizados, boletins de produção de acordo com a capacidade instalada em termos de equipamentos e especialidades, entrevistas com usuários, serviços de referência e contra-referência para os serviços não disponíveis no município, formalmente acordados na PPI, etc.); i) Rede Hospitalar (número de unidades hospitalares, complexidade do hospital, capacidade instalada, natureza, número de leitos, entrevistas com usuários, serviços de referência e contra-referência para os serviços não disponíveis no município, formalmente acordados na PPI); j) Controle, Avaliação e Auditoria (ato legal de criação, composição da equipe, critérios utilizados para as autorizações de internações, controle de internação hospitalar por meio de autorização prévia, controle de procedimentos de alto custo e complexidade, instrumentos utilizados para atividades de controle, instrumentos utilizados para atividade de avaliação, instrumentos utilizados para atividade de auditoria, sistematização das atividades de controle, avaliação e auditoria). As auditorias de sistemas ou de

gestão são igualmente realizadas pelo componente federal do SNA, nos sistemas estaduais e nos sistemas municipais, em cooperação técnica com os estados ou independentemente. Ante ao exposto, entendemos que o recurso interposto para suspensão dos trabalhos da auditoria programada pelo Componente do SNA do Estado da Bahia na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador/BA, não pode ir de encontro com os limites e abrangências elencados nas alíneas "a" a "j" deste Parecer, o qual está fundamentado na legislação do SUS. Por fim, encaminhe-se à Coordenação Geral de Auditoria com a recomendação de submeter à apreciação do Diretor deste Departamento, propondo o encaminhamento à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS para, se de acordo, enviar à secretaria Estadual de Saúde da Bahia para conhecimento e providências subseqüentes." Dr. José Raimundo Mota concluiu afirmando que é realmente de nossa competência fazer essas auditorias, observando todos esses aspectos que dizem respeito à gestão dos sistemas municipais. Dr. Washington Couto informou com muita alegria a publicação no DOE da data do resultado do concurso público, enfatizando que foi uma grande batalha desde o projeto, a preparação, o processo licitatório e logo após o final das provas quando infelizmente tivemos que retirar as vagas de Biólogo porque perdemos numa decisão judicial, onde o entendimento obtido depois do recurso do Conselho de Biologia foi de que para estas vagas deveria ser feito um novo processo contemplando não só bacharelado, como também licenciatura. Enfim, depois de vários meses, conseguimos sanar as diversas pendências e garantir os direitos dos candidatos, agora publicamos o resultado e esperamos que a partir de outubro já possamos fazer as primeiras convocações. Dando prosseguimento à ordem do dia, o Senhor Coordenador convidou Dra. Alcina Andrade para fazer a apresentação encaminhada à Secretaria Executiva da CIB: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIV EP: 1.1 Situação Epidemiológica da Dengue no Estado da Bahia. Dra. Alcina Andrade colocou ser extremamente oportuna essa apresentação neste momento do ano, quando estamos nos preparando e intensificando os trabalhos de vigilância de campo para enfrentar mais um verão, ressaltando que estamos começando a conviver mais tranquilamente com a pandemia de Influenza e a situação da Dengue começa a ficar mais complicada. Começou a apresentação mostrando o gráfico de como a doença vem se comportando em nosso Estado ao longo do tempo:



"Tivemos os primeiros casos confirmados no Estado da Bahia a partir de 1995; nesse ano o sorotipo que circulou de forma intensa foi o sorotipo 2 do vírus da Dengue e a partir daí, em todos os anos tivemos ocorrências de casos, alguns anos epidêmicos, tivemos no ano de 1997 a introdução do vírus 1, no ano de 2002 a introdução do vírus 3 que foi um ano com características de epidemia muito semelhantes ao que vivemos este ano de 2009, e voltamos a conviver em 2009 com a circulação simultânea dos três sorotipos, mas com a predominância absoluta do sorotipo 2. Para entendermos essa seqüência de circulação do vírus, a epidemia de 2009 que teve como característica a circulação mais intensa do sorotipo 2, ela retoma a circulação que aconteceu no início das primeiras epidemias, então voltamos a ter contato com o sorotipo 2, isso explica mais para a frente porque as crianças são as mais acometidas a partir de agora.



64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130

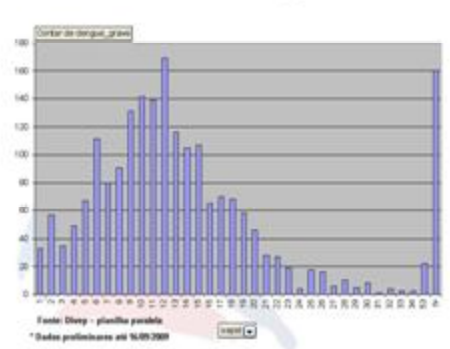
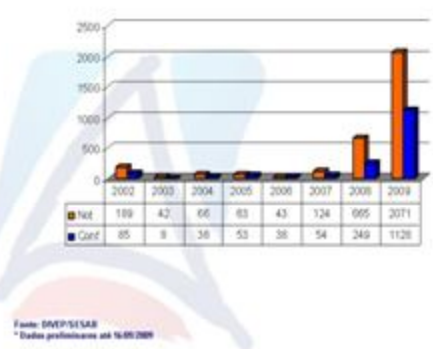
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197

O gráfico acima mostra como os casos de dengue se distribuem ao longo das semanas epidemiológicas; temos em torno de cinquenta e duas a cinquenta e três semanas ano e em todas as semanas dos anos que estão mostrados, de 2002 a 2009, são oito anos demonstrados, temos circulação do vírus da dengue em todos os anos, então essa idéia de que nos meses mais frios não temos problemas com Dengue é um equívoco que o gráfico confirma. Há um discreto decréscimo da curva nesse período, mas a circulação acontece de forma intensa ao longo de todos os meses do ano, em todos os anos epidêmicos. No Coeficiente de Incidência de Dengue por 100.000 habitantes por município no Estado em 2009, nosso mapa ficou quase que totalmente pintado de vermelho, pois a Bahia viveu uma grande epidemia de Dengue no verão de 2009 e continuamos ainda no rescaldo dessa epidemia com ocorrências e notificações de formas graves, tem uma distribuição concentrada em alguns municípios da região oeste, uma situação um pouco diferenciada nas regiões norte e sudoeste, mas em todo o estado temos algum município pintadinho de vermelho que são aqueles com incidência entre a partir de duzentos por cem mil habitantes, uma incidência considerada muito elevada.

Casos notificados e confirmados de Dengue grave, Bahia - 1996 a 2009*



Casos notificados de Dengue Grave por semana epidemiológica, Bahia, 2009*

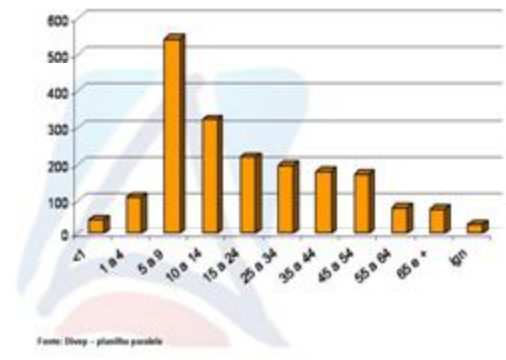
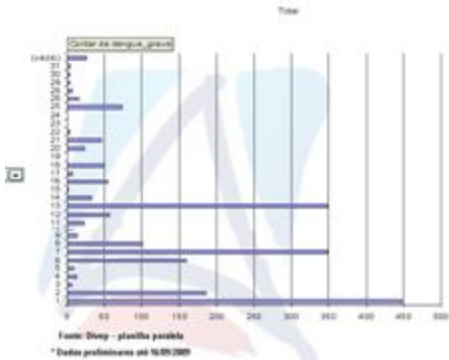


No gráfico de casos notificados e confirmados de Dengue Grave na Bahia no período de 1996 a 2009 observamos uma curva reveladora, pois à medida que os sorotipos foram introduzidos na população, a quantidade de casos foi aumentando ano a ano e isso explode em 2009. Essa é a característica da epidemia que vamos conviver a partir de agora, independente de estarmos ou não vivendo epidemia de Dengue Clássico, vamos conviver com epidemia de formas Graves de Dengue, e aqui cobcamos todos os casos de Dengue que geram hospitalização, na maioria deles conseguimos classificar como Síndrome de Choque do Dengue ou Febre Hemorrágica do Dengue, mas a tendência da epidemia é ter cada vez mais ocorrências de formas graves por conta da circulação simultânea de três sorotipos diferentes do mesmo vírus e é essa imunidade seqüencial por sorotipos diferentes que faz com que as pessoas desenvolvam um risco maior para ter formas graves. No demonstrativo de Casos notificados de Dengue Grave por semana epidemiológica, observamos uma explosão de formas graves entre as semanas 6 e 15 e essa notificação está concentrada até a semana 21, a partir daí começa a decrescer a notificação de formas graves, mas continua acontecendo em todas as semanas do ano.

Distribuição dos casos de Dengue Grave por Dires, Bahia, 2009*



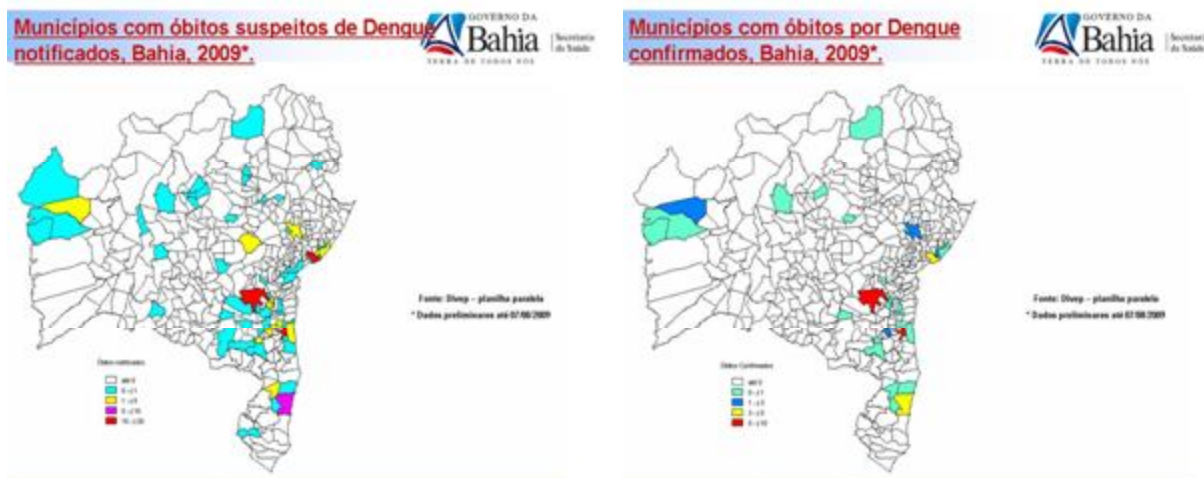
Distribuição dos casos notificados de Dengue grave por faixa etária, Bahia, 2009*



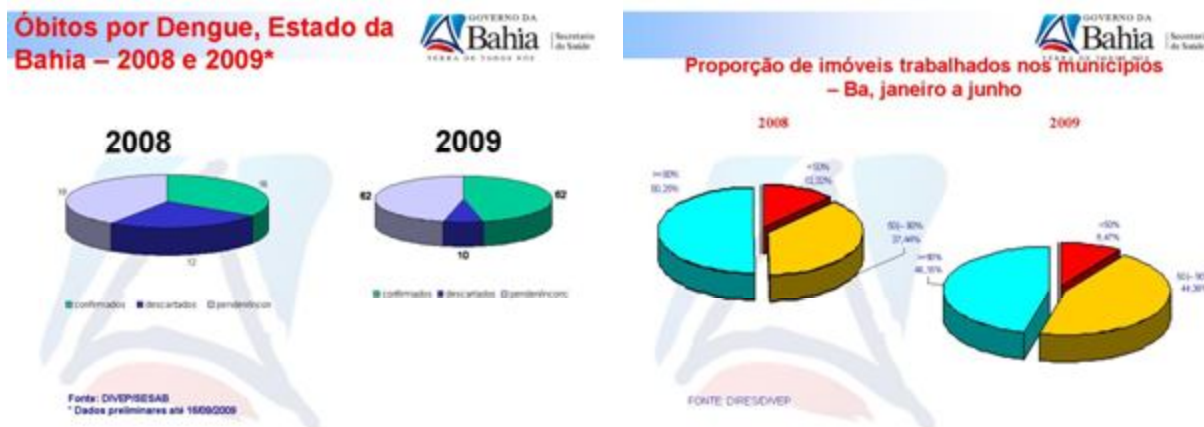
Na distribuição dos casos de Dengue Grave por DIRES nos chama atenção para as DIRES que viveram epidemias: a 13ª com uma contribuição grande do município de Jequié que foi onde a epidemia aconteceu com maior força, a 8ª principalmente os municípios de Porto Seguro e Eunápolis, a 7ª o município de Itabuna foi um dos que mais produziu casos com formas graves e óbitos, a 6ª que o município de Ilhéus teve uma ocorrência elevada de casos, mas nenhum óbito, 2ª com Feira de Santana e na 1ª a contribuição predominante foi do município de Salvador. Na distribuição dos casos notificados de Dengue grave por faixa etária podemos fazer um link com o primeiro gráfico apresentado quando os sorotipos circularam, o sorotipo 2 no início da epidemia em 1995 e quando ele volta a circular em 2009, então essa é a característica da epidemia a partir de agora, temos

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
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262
263
264

uma ocorrência elevada em crianças de 05 a 09 anos e se somarmos os de 10 a 14 para baixo, teremos concentrado os casos de Dengue em crianças menores de 14 anos, assim, hoje a dengue passa a ser uma doença da infância como já é em outros países do mundo onde a ocorrência é grande e passa a acometer predominantemente as crianças.



Os Municípios com óbitos suspeitos de Dengue notificados que estão de vermelho – Jequié, Itabuna e Salvador, são os que tiveram mais de dez óbitos notificados, mas tivemos também muitos outros municípios com notificação e na seqüência são os Municípios com óbitos por Dengue confirmados – Jequié e Itabuna com um total de cinco a dez óbitos confirmados por forma Grave de Dengue. A notificação gera uma quantidade de casos muito grande que na investigação vamos confirmando ou descartando, mas ainda tem uma quantidade grande que veremos mais para frente, de casos notificados que estão em investigação.

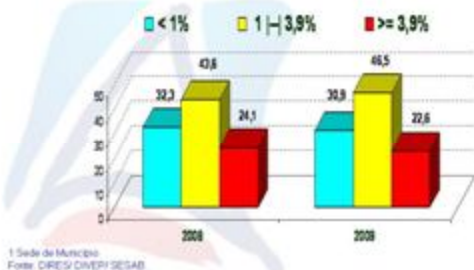


Acima os gráficos da quantidade de Óbitos ainda em investigação são claros, em 2008 foram 16 óbitos confirmados, 19 em investigação e 12 descartados e em 2009 temos 62 óbitos confirmados, 62 em investigação e 10 descartados, isso muito por conta da qualidade da informação que chega até nós, no atraso da notificação, na falta de informação de prontuário, na falta de material para exame de laboratório, pois não confirmamos óbito sem uma evidencia laboratorial, então esses casos vão ficando como pendências e provavelmente alguns deles não conseguiremos resolver, eles passam de um ano para outro como caso notificado e não confirmado, mas a magnitude dessa epidemia só em números absolutos dá para entender que houve um aumento expressivo nos óbitos por Dengue no Estado. O demonstrativo da Proporção de imóveis trabalhados nos municípios mostra como está a situação do trabalho de campo que é muito preocupante devido à dificuldade que estamos tendo de fazer o controle efetivo do vetor no campo. Em 2008 tivemos em torno de 50,25% dos municípios que conseguiram fazer mais de 90% da meta estabelecida em relação a visitas em imóveis, são seis visitas por ano onde a cada dois meses cada imóvel tem que ser visitado e vistoriado para se identificar a possibilidade de criadouros, este ano de janeiro a junho, ou seja, com três ciclos de trabalho de campo, estamos com um percentual menor de municípios, 46%, que conseguiram fazer 90% da meta e isso é muito ruim, quer dizer que está ficando pendência, que o trabalho de campo não está se cumprindo com a efetividade que é necessária que não está visitando todos os imóveis que deveriam ser visitados, e com isso mantém uma situação ambiental que poderá nos gerar situações preocupantes no futuro.

GOVERNO DA Bahia
SECRETARIA DE SAÚDE

Proporção de municípios¹ segundo índice de Infestação Predial pelo *Aedes aegypti*

janeiro a junho – 2008 e 2009

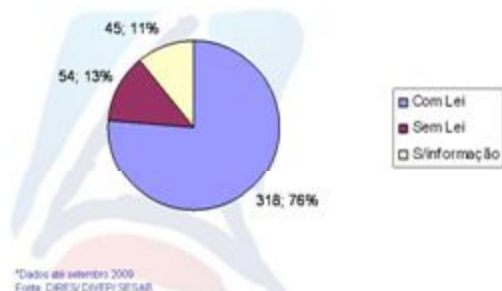


DESPRECARIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO – ACE BAHIA

Outro dado que nos preocupa é a Proporção de municípios segundo Índice de Infestação Predial pelo *Aedes aegypti* de janeiro a junho – 2008 e 2009, onde a barra verde representa o percentual de municípios com índice de infestação menor que 1%, esse percentual de infestação é o que garantiria uma possibilidade muito pequena de transmissão, porque sabemos que com infestação baixa a transmissão pode acontecer, mas com a infestação menor que 1% a possibilidade é bastante reduzida. Temos hoje um percentual menor de municípios do que tínhamos o ano passado, que consegue manter o índice de infestação menor que 1%, era 32,3% dos municípios e hoje estamos com 30,9% e aumentamos a quantidade de municípios que está nessa fase intermediária entre 1 e 3,9% de infestação. Essa preocupação com o trabalho de campo que estamos fazendo não deve esmorecer nunca, porque isso reflete o que poderemos ter no futuro, inclusive já está sendo organizado o LIRA de 2009 (Levantamento Rápido de Índice), faremos em treze municípios do estado que serão selecionados entre os quarenta e cinco municípios prioritários e que já revela como está a situação ambiental e o que poderemos ter em termos de produção de caso para o período mais intenso de transmissão que é a partir de janeiro do ano seguinte. Quanto à Desprecarização dos Vínculos de Trabalho – ACE Bahia:

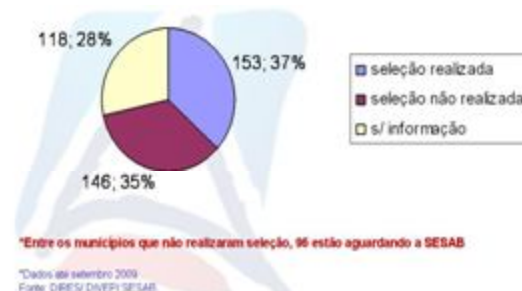
GOVERNO DA Bahia
SECRETARIA DE SAÚDE

Situação dos municípios referente à aprovação da Lei – ACE, Bahia 2009*



GOVERNO DA Bahia
SECRETARIA DE SAÚDE

Situação dos municípios referente à realização de seleção pública para ACE, Bahia 2009*



Existe a Lei Federal Nº 11.350, que define a forma de contratação dos Agentes de Endemias e Agentes Comunitários de Saúde e quanto à situação dos municípios referente à aprovação da Lei – ACE, Bahia 2009, cada município deveria legislar no seu território em relação à essa questão e hoje já temos 76% dos municípios com a Lei Municipal aprovada, mas ainda temos 13% que corresponde a 54 municípios que ainda não aprovaram lei e um percentual pequeno de 11% que não nos informou nada. Quanto à situação dos municípios referente à realização de seleção pública para ACE, Bahia 2009, temos 37% que corresponde a 153 municípios com seleção realizada e a maioria deles com o Agente já contratado ou com a seleção anterior à lei certificada. A nossa preocupação está no percentual de 35% - 146 municípios que não realizaram seleção e aos 28% que não temos informação. No grupo dos 146, 96 municípios estão aguardando a resolução do processo de contratação de uma empresa pela SESAB para que possamos realizar a seleção nesses municípios através dela. Esse processo já está todo formalizado na Procuradoria Jurídica do Estado e estamos aguardando o seu retorno, se tudo correr como imaginamos deveremos começar ainda este ano o processo seletivo. Esta é uma grande preocupação porque no próximo ano teremos novamente eleição e aí tem vigência de lei eleitoral, impossibilidade de contratação a partir de junho, então queremos ainda este ano, recebendo de volta o processo com o parecer do Procurador, já deflagrar a contratação da empresa para começar o processo seletivo. Nessa proposta incluímos desde a seleção que o projeto prevê a realização das provas na sede da Regional de Saúde, então todos os municípios da 1ª DRES farão prova em Salvador, todos da 13ª farão prova em Jequié, ou seja, vamos concentrar a realização das provas no município sede das DRES, a empresa aplica, corrige, divulga resultado e também faz o curso introdutório, com isso resolvemos boa parte dos problemas que tivemos na primeira etapa do processo quando fizemos diretamente que foi exatamente na hora de fazer o curso introdutório, porque não tem incentivo, o município não recebe para pagar ao instrutor dessa turma, os ACS tinham esse incentivo e os ACE não tinham, então isso gerou uma série de conflitos na hora de fazer o curso introdutório, e no nosso projeto previmos todas as etapas da seleção até a classificação final após o curso introdutório, já para a contratação dos servidores pelos municípios.

Número de ACE com vínculo de trabalho desprecariizado, Bahia 2009*



Certificados	Contratados /efetivados	Total**
331	4.024	4.355

*Dados até setembro 2009
** Apenas 5% dos dados informaram.
Fonte: DIVEP/DIVEP/SESAB

ENFRENTAMENTO DA DENGUE BAHIA 2009

GT AMPLIADO DENGUE SESAB

SUVISA/DIVEP/LACEN
SAIS/DGRP/DAB/DAE
SUREGS/DIREG
DGE/DAM

A tabela acima mostra os ACE Certificados que são aqueles que foram selecionados em algum processo que pôde ser certificado pelo Ministério Público do Trabalho antes da Lei nº 11.350, então aqueles municípios que fizeram seleção e tiveram como documentar que a mesma atendeu aos princípios da seleção pública, puderam ser certificados com uma quantidade muito pequena de agentes devido ao processo, pois na verdade em muitos municípios não houve uma seleção pública. Mostra também os Contratados/Efetivados já depois da Lei que passaram pela seleção pública coordenada, executada ou supervisionada pela DIVEP ou através de empresa contratada pelo município, assim já são 4.355 ACE no Estado com vínculos desprecariizados. Em seguida um pouco do trabalho que vem sendo feito com um grupo chamado de GT Ampliado formado de Técnicos de várias áreas da SESA B que tem trabalhado conosco no enfrentamento da Dengue no Estado da Bahia 2009:

GT AMPLIADO DA DENGUE

Secretaria Saúde

- CRIAÇÃO: Março de 2009
- COMPOSIÇÃO: SUVISA, SAIS, SUREGS e DGE
- OBJETIVOS:
 1. Prestar assessoria técnica às DIRES/Municípios com intuito de contribuir para a redução do risco de epidemia de Dengue Clássica e Dengue Grave;
 2. Prestar assessoria técnica para a organização da assistência aos pacientes para evitar agravamento dos casos e óbitos;
 3. Contribuir para adoção de medidas de bloqueio adequadas para interromper a transmissão do vetor;
 4. Adotar e recomendar a gestão integrada das ações entre os vários setores/áreas envolvidos.

DIRES E MUNICIPIOS VISITADOS PELO GT

Secretaria Saúde

CRITÉRIOS DE ESCOLHA :
Magnitude da transmissão e/ou ocorrência de óbitos por dengue.

- 1ª DIRES: Camaçari e Simões Filho
 - 5ª DIRES: Valença
 - 6ª DIRES: Ilhéus
 - 7ª DIRES: Itabuna
 - 8ª DIRES: Eunápolis, Porto Seguro, Itabela, Sta. Cruz Cabralia,
 - 10ª DIRES: Paulo Afonso
 - 13ª DIRES: Jequié, Ipiatã
 - 16ª DIRES: Jacobina, Morro do Chapéu, Quixabeira, Serrolândia
 - 21ª DIRES: Irecê e São Gabriel
 - 25ª DIRES: Barreiras e Riachão das Neves
 - 26ª DIRES: Santa Maria da Vitória, Bom Jesus da Lapa, Santana e São Félix do Coribe
 - 28ª DIRES: Senhor do Bonfim
- Total : 25 municípios

É interessante tocar nesses pontos porque o controle da Dengue não consegue ser efetivo se ficar dentro do setor saúde, pois a macro determinação dessa doença está fora do setor saúde e se não desenvolvemos um trabalho articulado com várias áreas da gestão, do Governo Municipal e do Governo Estadual, não conseguimos efetivamente o controle da doença, porque passa por oferta de água de forma regular sem interrupções, com coleta adequada de lixo, com trabalho de campo eficiente, com educação popular e uma série de questões envolvidas no controle, e se isso é feito de uma forma integrada a chance de termos sucesso no controle é muito maior do que se trabalharmos apenas entre nós. Este GT vem visitando municípios que foram escolhidos com base nos critérios de magnitude da transmissão e/ou ocorrência de óbitos por dengue; tem municípios que realmente não viveram epidemia, mas onde ocorreu óbito ou foi silencioso o GT foi lá para ver o que estava acontecendo, então já foram vinte e cinco municípios visitados no Estado por esse grupo de Técnicos que fizeram um diagnóstico da situação dos municípios e deixaram algumas orientações. Algumas demandas foram trazidas a partir daí e estamos concretizando ao longo do ano, inclusive de capacitação, treinamento, organização da assistência, problemas de estrutura de hospital que tiveram que ser encaminhados a partir daí, então uma série de medidas foram implementadas.

AÇÕES DO PNCD PRIORIZADAS PELO GT

- Vigilância Epidemiológica
- Combate ao vetor
- Assistência aos pacientes
- Integração com a Atenção Básica
- Ações de Saneamento Ambiental
- Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social
- Capacitação de Recursos Humanos
- Legislação
- Sustentação Político-Social
- Acompanhamento e Avaliação

PRINCIPAIS DIFICULDADES IDENTIFICADAS



ASSISTÊNCIA

- NÃO UTILIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANEJO CLÍNICO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE TANTO NA ATENÇÃO BÁSICA QUANTO NA ÁREA HOSPITALAR.
- BAIXA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA (EQUIPES INCOMPLETAS/ PROFISSIONAIS COM BAIXA QUALIFICAÇÃO, PSF FECHADOS, ÁREA FÍSICA INADEQUADA, FALTA DE EQUIPAMENTOS/INSUMOS)
- SOBRECARGA DO ATENDIMENTO DE CASOS SUSPEITOS DE DENGUE NA REDE HOSPITALAR E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR INADEQUADA.

398 Trabalhamos prioritariamente com estes eixos do programa que estão de vermelho, eles já saíram daqui com um roteiro que foi
 399 elaborado de forma conjunta entre a vigilância e o pessoal da assistência, para que todos os pontos que estão envolvidos no
 400 controle da doença desses componentes do programa. Algumas das principais dificuldades identificadas estão aqui listadas.
 401 Em relação à Assistência: - Falta de adesão ao protocolo de manejo clínico pelos profissionais de saúde tem sido um problema
 402 sério, em alguns municípios tivemos uma dificuldade enorme para que os profissionais adotassem esse protocolo que não é
 403 nenhuma camisa de força, é um guia norteador de conduta que já foi testado em vários municípios que viveram epidemia. O
 404 nosso protocolo foi adaptado do protocolo do Rio de Janeiro, inclusive a equipe esteve em Itabuna durante a semana que o
 405 Secretário passou lá quando transferiu o Gabinete para o município e provou com dados que aqueles pacientes que foram
 406 avaliados em função do que determina o protocolo tiveram uma evolução muito mais saudável, a evolução do paciente
 407 normalmente vai para cura quando ele é manejado da forma adequada como recomenda o protocolo, é claro que
 408 individualmente cada paciente tem que ter a sua avaliação e às vezes não se adequa ao que está no protocolo, mas essas são
 409 exceções, não é a regra. - Baixa cobertura da atenção básica também tem sido um problema, pois os pacientes não vão para
 410 a atenção básica, eles se amontoam dentro dos hospitais nas emergências e as unidades básicas de saúde ficam vazias com
 411 o hospital e o PA lotados, e os pacientes disputando atendimento numa unidade hospitalar quando poderia ter seu problema
 412 resolvido na unidade básica de saúde. - sobrecarga do atendimento de casos suspeitos de dengue na rede hospitalar e
 413 assistência hospitalar inadequada, pois os pacientes com Dengue vão para lá competir com o poli-traumatizado, com o
 414 acidentado de trânsito, com o infarto, com a dor precordial, com todas essas situações e tudo o que vai parar numa
 415 emergência.

PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS



PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS



REDE LABORATORIAL

- ASSISTÊNCIA LABORATORIAL DE PATOLOGIA CLÍNICA POUCO RESOLUTIVA
(Nº PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS EM FPO INFERIOR À NECESSIDADE, HOSPITAIS CUJO LABORATÓRIO NÃO FUNCIONA À NOITE /FINAL DE SEMANA /FERIADOS.
- LABORATÓRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PÚBLICA COM DIFICULDADE EM ASSUMIR A FUNÇÃO REGIONAL PARA REALIZAÇÃO DE SOROLOGIA/ISOLAMENTO VIRAL.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA NÃO ESTÁ DEVIDAMENTE PREPARADA PARA O ENFRENTAMENTO DE UMA EPIDEMIA DA DENGUE
- SUBNOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS

434 Em relação à Rede Laboratorial: - Assistência laboratorial de patologia clínica pouco resolutiva que dificulta o atendimento do
 435 paciente com Dengue Grave se não tem laboratório para monitorar o paciente que precisa de hemograma praticamente a cada
 436 quatro horas para acompanhar a evolução, é impossível fazer um monitoramento eficiente sem o apoio do laboratório. -
 437 Laboratórios municipais de saúde pública com dificuldade em assumir a função regional para realização de
 438 sorologia/isolamento viral, na verdade isolamento viral vai continuar no LA CEN porque é mais custo efetivo centralizar aqui,
 439 mas a sorologia pode ser feita de forma descentralizada, vimos isso na epidemia quando descentralizamos para Jequié,
 440 Itabuna, Porto Seguro e isso da uma celeridade muito maior na resolução dos casos e no diagnóstico porque o mais importante
 441 da sorologia é acompanhar a epidemia e ver o que está se isolando, o que está causando a doença, ver como a doença
 442 vai se comportando ao longo do tempo e isso para o monitoramento é muito importante. Em relação à vigilância
 443 epidemiológica: - Vigilância Epidemiológica nos municípios visitados não está devidamente preparada para o enfrentamento de
 444 uma epidemia da Dengue e existe uma grande sub-notificação de casos suspeitos. Em várias situações conhecemos a
 445 epidemia pela ocorrência dos óbitos e quando chegamos ao município, a exemplo de Porto Seguro, aconteceram óbitos de
 446 duas crianças num espaço muito curto de tempo e quando chegamos ao município tinha aproximadamente novecentos a mil
 447 casos que já vinham acontecendo e não tinham sido notificados, só se notificava o que entrava no hospital, isso é falha grave
 448 da vigilância epidemiológica porque se a ação de controle é adotada lá no início quando a notificação de forma clássica ou do
 449 primeiro caso suspeito de forma grave acontece, podemos com nossos poucos recursos, interromper a transmissão nesse
 450 momento com a aplicação de inseticida com máquina pesada e os recursos já conhecidos.

PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS



VISÃO DO GRUPO E DOS GESTORES

Secretaria da Saúde

CONTROLE DO VETOR

- BAIXA QUALIDADE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS ACES
Pesquisa → Omissão de focos; Tratamento → Depósitos sem tratamento ou com quantidade de larvicida inadequado; Eliminação de depósitos → +/- a metade sem eliminação.
- FALTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE A VIEP E AS OPERAÇÕES DE CAMPO
- EQUIPES INSUFICIENTES E POUCO QUALIFICADAS

- O trabalho integrado das equipes contribuiu para reorganização dos serviços de forma mais rápida;
- As equipes da Gestão e da Área Técnica dos Municípios visitados consideraram o trabalho do GT eficaz;
- As ações de combate a Dengue traz para o debate a necessidade de maior integração das áreas do Nível Central da SESAB (agilidade nos encaminhamentos);
- *O trabalho não terminou.* Considerando o perfil epidemiológico e entomológico do Estado é necessário a manutenção de ações de diagnóstico das situações dos municípios, bem como as de acompanhamento e monitoramento ao longo dos próximos meses.

464

465 Em relação ao Controle de Vetor: - Baixa qualidade das atividades des envolvidas pelos ACE - Os depósitos que podem ser
 466 eliminados como latas, garrafas pet e pneus e devem ser retirados do local na hora da visita e os que não podem como tonel e
 467 tanques em nível de solo devem ter um cálculo adequado de produto que é o larvicida para ser colocado ali e orientado ao
 468 dono da casa sobre como se deve manusear esse tipo de reservatório, então o que não pode ser eliminado deve ser orientado
 469 em relação ao tratamento. - Falta de integração entre a V IEP e as operações de campo- Isso é um pecado quase que mortal,
 470 pois quando o trabalho de campo não é orientado pela Vigilância e vice-versa a efetividade no controle é muito baixa, se o
 471 Agente está no campo fazendo a coleta de informações sobre o vetor e não está sabendo se está acontecendo caso em
 472 alguma área da cidade não tem como intensificar um trabalho em função do outro, então essas duas ações casadas dão muito
 473 certo, mas quando a ação acontece de forma separada fica mais difícil. - Equipes insuficientes e pouco qualificadas - Este é
 474 um problema sério que esperamos que com a despreciação dos vínculos seja possível resolver porque a rotatividade na
 475 contratação desses Agentes gera uma situação crítica, pois não se forma um bom Agente com menos de três meses de
 476 treinamento. Então, se troca de Agente o tempo inteiro não vai ter uma equipe de campo boa, e não é fácil fazer o trabalho
 477 deles, o cálculo de cubagem é difícil, entender a lógica do trabalho de campo também é complicado, assim, esse trabalho
 478 precisa de tempo para acumular conhecimento, se não temos caímos nesse problema de equipes pequenas e pouco
 479 qualificadas. A visão do grupo e dos gestores: - O trabalho integrado das equipes contribuiu para reorganização dos serviços
 480 de forma mais rápida. Quando saímos daqui com uma equipe que tem gente da Rede Própria, da Vigilância, da parte de
 481 Vigilância Epidemiológica de controle e vetor, do Laboratório, com a Regulação, com a Atenção Básica, e a equipe vai em
 482 bloco no município, a resposta em relação à organização de serviço é muito mais rápida e mais eficiente; - As equipes da
 483 Gestão e da Área Técnica dos Municípios visitados consideraram o trabalho do GT eficaz. Ouvimos alguns depoimentos aqui
 484 na CIB de gestores municipais que receberam a visita do GT sobre o que isso trouxe em termos de melhoria na qualidade da
 485 organização do serviço no município; - As ações de combate à Dengue trazem para o debate a necessidade de maior
 486 integração das áreas do Nível Central da SESAB (agilidade nos encaminhamentos). Assim como existem problemas nos
 487 municípios temos muitos aqui também, e integrar uma máquina tão grande e complexa como a SESAB não é fácil, então esse
 488 GT nos traz esse diferencial que é trabalhar de forma articulada com diversas áreas da SESAB que na nossa rotina de trabalho
 489 não é fácil acontecer; - O trabalho não terminou. Considerando o perfil epidemiológico e entomológico do Estado é necessário
 490 a manutenção de ações de diagnóstico das situações dos municípios, bem como as de acompanhamento e monitoramento ao
 491 longo dos próximos meses. "Na verdade esse trabalho de controle da Dengue não pára nunca, quando atingimos a condição
 492 considerada a mais favorável no controle da doença, vamos ter que trabalhar mais arduamente ainda para manter o município
 493 nessa situação."



508 Finalizou a apresentação com a mensagem "Combater o mosquito da dengue é tarefa de todos", ressaltando que o
 509 envolvimento da população e da Sociedade Civil organizada é fundamental e lembrando mais uma vez que estamos num
 510 momento estratégico do ano em que precisamos começar a trabalhar de forma muito mais intensa a partir de agora. Após a
 511 apresentação o Senhor Coordenador informou que na próxima reunião será apresentada a questão da Leishmaniose, em
 512 seguida colocou em discussão. Dra. Stela Souza concordou quanto à participação do GT principalmente no momento de crise
 513 do município de Jequié e relatou já ter conversado com o Secretário, com Dra. Lorene e Dra. Alcina, com a comunidade e o
 514 Conselho Municipal de Saúde, inclusive trouxe para a reunião a sua Presidente Vera Luci, mas sinceramente não está vendo
 515 mais o que fazer, pois não está conseguindo resolver o problema grave de Jequié. Relatou que ao assumir o município a
 516 primeira coisa que fez foi a despreciação dos ACE, inclusive faz parte do Comitê Estadual que por sinal nunca mais teve
 517 reunião, e também do Comitê Municipal de Combate à Dengue que já foi reativado. Com relação à assistência, na época da
 518 epidemia foi montada uma força tarefa que foi o que evitou muitos óbitos, inclusive todos que estiveram lá viram a situação,
 519 foram montadas tenda de re-hidratação, abertas sete enfermarias de um hospital que não estava funcionando, foi dado total
 520 assistência ao paciente, mas nada disso adianta, pois não está se conseguindo diminuir o índice de infestação. Em 2006 havia
 521 cinco equipes de combate à Dengue, em 2007 e 2008 eram seis e agora em 2009 já são treze e com mais uma de educação e
 522 outra do corpo de bombeiros que continua trabalhando, o município está com quinze equipes e não está levando sessenta dias
 523 para retornar ao imóvel, pois ao aumentar as equipes, por sugestão da própria DV EP através do Diretor Técnico Jailton, foi
 524 diminuído o período de visita para poder tentar resolver. Observou que no material entregue a Dra. Alcina há uma curva que
 525 sobe e desce e já não está nem trabalhando com índice de infestação de ciclo e sim semanalmente, saiu um resultado, as
 526 ações são intensificadas nos bairros que estão com os índices mais altos e não está resolvendo; no bairro de Barro Preto onde
 527 tudo começou cada semana alcança um índice diferente com uma variedade fantástica que não dá para entender. Argumentou
 528 que com a experiência de Jequié poderia até fazer uma tese de doutorado sobre este assunto e contou que seus maiores
 529 depósitos hoje são os A2, aqueles tonéis, tinas e filtros que ficam no chão; o Secretário esteve lá e entregou capas, o
 530 município comprou mais capas, conseguiu com Cruz das Almas mais outras de capas, estão cobrindo tudo, fazendo faxina, os
 531 Agentes de Endemias, os Tiros de Guerra e até os Policiais Militares viraram faxineiros dos quintais. Foi feita uma campanha

532 que inclusive as Voluntárias Sociais colocaram um outdoor aqui em Salvador, de criação do município de Jequié, onde tem um
533 homem com uma lágrima de sangue com um mosquito na ponta, a campanha continua, houve o Dia D municipal na sede, nos
534 distritos, estão sendo entregues cartões de controle da dengue, enfim, várias ações que não estão sendo eficazes. O cartão de
535 controle da dengue, por exemplo, o morador que muitas vezes passa o dia fora quando chega em casa à noite recebe o cartão
536 entregue pelo Agente de Endemias mostrando que lá tinha depósito e ele não sabia; tem sido feito também campanhas de
537 rádio, entrevistas, idas em entidades de classe, informações na reunião do Conselho, todas as ações que se puder imaginar.
538 Num determinado bairro foi colocado quatro tonéis com as capas cedidas pelo Estado que possuem uma gramatura bem fina e
539 o mosquito não passa, a prova é que quando abriu os mosquitos vieram para cima, colocaram larvicida, controlaram, e no
540 primeiro dia as larvas estavam vivas, idem no segundo e terceiro dia, no quarto dia dois tanques estavam com as larvas mortas
541 e nos outros dois continuavam vivas, dias depois morreram todas as larvas dos quatro tonéis, depois já tinham novas larvas,
542 depois pubas e depois mosquitos outra vez. Enfatizou que não sabe mais o que fazer e se mostrou aberta a sugestões
543 imaginando que Jequié vai ter epidemia grave de Dengue, o sofrimento passado está sendo pago até hoje, o município está
544 em situação financeira difícil porque gastou muito com a epidemia, não foi fácil e hoje não tem dinheiro para bancar outra, vai
545 morrer a população porque o município realmente não tem condição, então é preciso um apoio mais efetivo da 13ª Dires, pois
546 as Dires não estão colaborando como deviam. Em Jequié tem acompanhado pessoalmente a situação semana por semana,
547 fazendo relatórios, mas a Dires não chega para discutir nada, é tudo discutido apenas entre a Secretaria Municipal e seus
548 supervisores, toda semana quando sai o resultado normalmente de duas semanas anteriores porque tem o período de análise
549 laboratorial se reúne com os treze ou quinze supervisores e discute estratégias para os bairros onde o índice de infestação
550 está alto. Ponderou que não adianta trabalhar pensando no índice, pois este foi o erro de 2008, trabalhar com o índice geral do
551 município porque essa média é mentirosa, ela não demonstra a realidade, hoje Jequié está no quarto ciclo, na trigésima oitava
552 semana, com uma média de infestação de 1,97 que não é tão grave assim, mas tem um bairro que está com 9,06 exatamente
553 onde começou a epidemia. Relatou ainda que os Agentes de Endemias já foram envolvidos na equipe de Saúde da Família e
554 toda semana na reunião de ESF estão juntos para discutir porque os ACS e os ACE precisam ser parceiros, os ACS foram
555 capacitados novamente, então as ações estão sendo feitas e questionou o que mais é necessário ser feito além do que está
556 sendo colocado aqui. Informou ainda que na semana passada reuniu a imprensa junto com o Prefeito para passar o problema,
557 com fotos dos canais sujos e pediu apoio à Secretaria de Serviço Público que está ajudando, portanto, não sabe mais o que
558 fazer e mostrou-se aberta para receber contribuições. Dra. Suzana Ribeiro considerou a situação de Jequié como uma questão
559 de estudo de caso, pois as dificuldades relatadas são imensas já que estão sendo tomadas atitudes e as ações estão sendo
560 desenvolvidas. Ponderou que como a maioria dos municípios não está na mesma situação que Jequié, mais do que nunca é
561 preciso contribuir efetivamente para o fortalecimento dos Colegiados de Gestão, pois se temos um espaço de negociação, de
562 discussão dos gestores municipais com a representação do Estado, temos que pensar a Dengue de forma estratégica e
563 regional, não dá para pensar no território de forma isolada, cada um tem uma experiência diferente, uma história para contar, e
564 uma forma de enfrentar e de ter resposta positiva também. Lembrou que Dra. Alcina cobrou uma série de dados em relação
565 às regionais e em relação a municípios e é claro que em meio a tantos dados temos experiências positivas de enfrentamento
566 da epidemia, vimos no mapa também as áreas brancas onde não houve registro de óbitos e isso é importante; muitas vezes
567 são municípios sede de microrregião, então é preciso fazer essa avaliação porque pensar em enfrentar uma nova epidemia
568 como enfrentamos agora em 2009 e com certeza com a caracterização e uma potencialidade muito maior, muito mais
569 agressiva agora em 2010 já que cada ano se agrava e epidemiologicamente os dados comprovam isso, então é preciso pensar
570 em ações conjuntas, pois tem alguns municípios com experiências e que possuem vigilâncias fortes que atuam bem,
571 conseguem ter respostas extremamente positivas. Argumentou que esse GT que está sendo feito em nível de estado deve ser
572 descentralizado e potencializado com experiências porque é o que está mais perto do município; quando o Estado entra com
573 uma ação de apoio técnico claro que isso é extremamente importante, mas às vezes um olhar também de outros municípios da
574 região que têm um perfil semelhante, uma população com características bastante semelhantes, pode contribuir para
575 encontrarmos saídas e respostas mais rápidas. Em relação à questão de pessoal para além da despreciação do vínculo,
576 também temos registrado ainda nesses casos problemas sérios, pois mesmo com a despreciação temos tido problemas
577 com o pessoal, temos um número grande de ACE que estão se afastando por condições de saúde, por acidentes de trabalho
578 ou por patologias desenvolvidas durante o trabalho ou associadas a ele, e que por estar vinculados diretamente à gestão, à
579 administração direta, acabam buscando uma saída e mudança de função e como a legislação prevê mesmo no regime jurídico
580 único acabamos tendo um esvaziamento e infelizmente não temos a mesma celeridade para cobrir essas vagas que vão
581 surgindo de forma muito rápida, além disso, o número de atestados médicos tem aumentado, então temos que pensar em
582 situações que estão além do que estamos conseguindo enxergar com os estudos que temos feito. Como disse Dra. Stela, não
583 dá para pontuar índice de infestação geral, temos que trabalhar por bairro e em experiências mais positivas, acompanharmos
584 os índices de infestação que são publicizados semanalmente, e quando a comunidade é convocada, quando existe uma
585 articulação intersetorial e temos uma ação efetiva que mobiliza a população, quando mostramos o resultado dessa ação com
586 índices que vão recrudescendo isso dá uma resposta positiva, mostra que esse é o caminho para além de outras atividades
587 que podemos fazer atividades educativas, gincanas, enfim, uma série de questões que mobilizam a criatividade. Ressaltou que
588 a situação de Jequié preocupa por demais porque parece fugir de tudo que é referência e até do que temos na literatura para
589 fazer um enfrentamento, então cabe um estudo que já está sendo realizado, mas precisamos fortalecer ainda mais para além
590 do estudo, talvez com ações mais integradas, mais efetivas, apoio de outras regionais e de municípios vizinhos que possam
591 compor essa equipe, na verdade é como se finalizou a apresentação, é um desafio para todos nós e precisamos pensar
592 conjuntamente e a melhor forma é fortalecer os gestores municipais para além do apoio técnico, mas discutir e analisar cada
593 situação e pensar em agir conjuntamente na microrregião. Dra. Lorene Pinto argumentou que a reunião já começou com
594 bastante atraso e conclamou que o horário fosse respeitado um pouco mais porque isso tem prejudicado bastante e termina
595 alinhavando algumas conversas. Ressaltou que todos entendem a dificuldade e informou a participação em alguns estudos
596 com novas metodologias de campo porque há limitações sim e não é exclusivo daqui, inclusive já está no campo internacional
597 de pesquisa, porque também a biologia do vetor se modifica, ele vai se adaptando cada vez mais e é uma guerra permanente,
598 portanto, não podemos nos iludir que o Sistema Único de Saúde sozinho vai conseguir ter um enfrentamento efetivo com

599 relação à Dengue que é uma doença de determinação social. Ressaltou que o bairro mais infestado é com certeza aquele que
600 tem as habitações de piores condições, que não tem regularidade no abastecimento de água, nem coleta adequada de lixo,
601 essa é a determinação e o SUS sozinho não vai resolver isso, portanto, ou articulamos políticas públicas para enfrentar a
602 Dengue, ou vamos conviver ainda muitas décadas com ela, como já estamos completando quase dezesseis anos na Bahia.
603 Ponderou que existem alguns caminhos, inclusive o Secretário assinou ontem com o Secretário de Infra-estrutura uma
604 correspondência para os municípios prioritários sugerindo que planejem mutirões, faxinações, para que a Infra-estrutura possa
605 apoiar com limpeza de canais, ou seja, é uma alternativa, uma ajuda; esta correspondência será encaminhada para os
606 municípios que sabemos ter dificuldade principalmente com a área urbana. Não podemos baixar a guarda com a Dengue, pois
607 cada vez mais estamos vendo a experiência dos países imensos como Tailândia que gastam bilhões em pesquisas e também
608 não conseguem resolver, cobram multas de duzentos dólares do morador que tem criadouro positivo e mesmo assim não
609 resolve, então, ou nos unimos, ou muitos podem sofrer, esse é o discurso porque a Saúde não vai dar conta sozinha, vamos
610 voltar aos mesmos lugares sempre e aí tem a questão da resistência, da metodologia de campo, então temos que nos juntar e
611 buscar, e quanto mais essa articulação for realizada localmente a chance de sucesso aumenta. É preciso articular no município
612 de Jequié com outras áreas, na região de Itabuna está sendo feito um piloto porque não pudemos tirar o pé do município até
613 este momento, a DIVEP está lá toda semana só trocando de pessoas e agora estamos fazendo com o apoio da OPA S um
614 monitoramento das novas metodologias para ver se isso pode ser transportado para outros municípios; temos aproveitado
615 muito as experiências de outros municípios, na área da assistência mesmo, o Sr. Júlio de Ilhéus viajou o Estado inteiro com a
616 DIVEP para implantar manejo clínico, orientar, reduzir letalidade, então tem aproveitado sempre que possível. Ressaltou que já
617 convivemos esses dezesseis anos com a doença e está provado no mundo inteiro que não é uma exclusividade do Estado da
618 Bahia, e a determinação social é pano de fundo, então lidamos com um modelo e colhemos os frutos do modelo econômico
619 que escolhemos para o país. A Sra. Ana Lécia que atua na Atenção Básica da 13ª Dires afirmou que a situação de Jequié é
620 crítica, mas não é só lá, a Regional é responsável por vinte e cinco municípios e ainda ontem conversando com a Diretora,
621 observaram o índice de infestação de todos eles junto com o pessoal da Vigilância Epidemiológica e há um município com
622 índice de infestação de 7%, onde o pessoal está incessantemente tentando estratégias porque em nenhum momento esse
623 índice baixou desde o período da epidemia e como são vinte e cinco municípios e apenas dois técnicos, não tentando justificar,
624 mas temos que entender que o pessoal da vigilância epidemiológica atuou junto sim com o município de Jequié, Soraia ficou
625 trabalhando incessantemente com o pessoal da vigilância. Informou que ainda falta certa educação dos habitantes do
626 município de Jequié, pois as pessoas não prezam pela limpeza pública e até mesmos os estudantes jogam lixo no meio da rua,
627 afirmou que não morava no município, mas trabalhava diariamente e constatava essas atitudes. Reforçou que, enquanto não
628 se mudar essa consciência, não poderá se avançar muito. Informou que o colegiado tem que se fortalecer para poder apoiar os
629 municípios, pois foram constatados casos de dengue na grande maioria dos municípios e os municípios que estão com altos
630 índices de infestação não possuem hospital, nem pronto atendimento e todos os casos vão parar no município de Jequié, que
631 acaba sofrendo mais por ser a sede da microrregião. A Senhora Alcina Marta informou que queria reiterar a fala da Senhora
632 Lorene Pinto que é preciso abrir as frentes de trabalho para fora do setor de saúde, pois a dengue é um problema de saúde
633 que desafia todo o tempo, sendo o mais complexo e mais trabalhosos dos problemas que se tem na vigilância, e a resolução do
634 problema não estava exclusivamente em suas mãos. Informou que a situação relatada pela Senhora Stela Souza era
635 preocupante, e quando houve a visita no município de Jequié, no verão, no auge da epidemia, esse relato de resistência do
636 larvicida já tinha sido feito, e foi identificado em campo essa queixa, e a partir dessa questão iniciou-se um estudo de bio-
637 ensaio no Estado da Bahia, foram coletadas amostras dos municípios de Itabuna, Jequié e outros municípios e já se
638 encontravam na segunda fase do bio-ensaio, no município de Serrinha, onde se tem uma central de UBV e uma equipe grande
639 de trabalhadores na área de entomologia. Relatou que alguns resultados preocupantes foram encontrados, pois em alguns
640 criadouros onde se tratou de forma exemplar como manda a norma, com a quantidade de larvicida indicada nos manuais de
641 campo, após duas semanas de tratamento, foram encontradas algumas larvas vivas, sendo as mesmas enviadas para
642 laboratório, criadas, e já se tem uma geração de mosquitos que eclodiram a partir dessas larvas e que resistiram ao larvicida.
643 Comentou que estava na fase do bio-ensaio e do envolvimento da equipe do Ministério da Saúde para validar a metodologia do
644 trabalho de campo. Reforçou que isso havia deixado a equipe mais preocupada porque não há mais alternativas. Informou que
645 outra opção de tratamento de larvas é o BTI, que não iria funcionar no trabalho de campo, pois o efeito residual do larvicida
646 utilizado atualmente é de dois meses, e por isso que o ciclo era bimestral, enquanto que o do BTI era de trinta dias no máximo,
647 e não era resistente ao sol e a chuva, o que não se aplicava para a realidade da Bahia. Informou que estava nesse processo
648 de estudo para entender melhor como está a situação, e que era preciso o apoio de todos, pois a inteligência do vetor é maior
649 do que se espera, se adaptando rapidamente às condições ambientais. Relatou que uma equipe da Venezuela, com quem se
650 havia trocado experiências, que trabalhavam com aplicação de inseticidas dentro dos domicílios, não conseguiram controlar a
651 dengue, mesmo aplicando o inseticida com máquina UBV costal dentro das casas, uma metodologia que não é usada aqui, e
652 nem assim eles conseguiram controlar a doença. Relatou que eles já têm quatro sorotipos, enquanto que aqui só se tem três, e
653 continuam tendo casos de dengue clássico e forma grave em número abundante. Explanou que o relato da Senhora Stela
654 Souza era dramático, preocupante, e que era para todos ficarem preocupados com essa situação. A Senhora Stela Souza
655 informou que sabia que o Estado havia dado todo o apoio, tudo que foi solicitado foi atendido, inclusive o prefeito entregou um
656 documento ao governador, ao secretário de saúde do estado, pedindo auxílio para combate ao mosquito. Relatou que havia
657 uma lagoa no município que está sendo esvaziada e outras medidas estão sendo tomadas, informou que sabia que a equipe
658 da vigilância era pequena, mas solicitou que não ficassem somente em Itabuna, e se possível fossem até o município de
659 Jequié, para que se possa dar uma ajuda ao município, fazer avaliações. Relatou que na época da epidemia muita gente
660 ajudou, citou como exemplo o Dr. Ricardo, Dr. Rúlio, mas não queria esperar a epidemia novamente, e sim contar com essa
661 ajuda antes dela. Explanou que sabia que não iria se resolver todos os problemas, mas pelo menos poderia ser detectado se
662 algo de errado estava sendo feito, pois já havia pedido para Superintendência de Vigilância Sanitária para solicitar que o
663 Ministério também se junte à essa força. Relatou que não sabia mais o que poderia ser feito, e não queria ser tachada como
664 secretária da morte da dengue, como a haviam rotulado, e tudo está sendo feito, inclusive com os trabalhadores de campo
665 cansados e com altos índices de colinesterase devido ao constante contato com os larvicidas. Informou que dobrou o

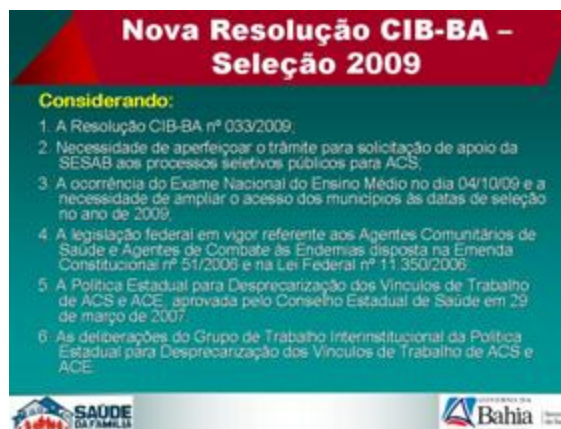
666 quantitativo de pessoal para trabalhar no combate à doença, pois só para capacitação seriam três meses e não poderia retirar
 667 ninguém do efetivo e reforçou a necessidade de apoio de todas as áreas possíveis. A Senhora Marta Rejane sugeriu que
 668 quando o GT da dengue fosse atuar no município, o próprio secretário de saúde do Estado, ou o subsecretário, ou alguém que
 669 pudesse reunir as outras secretarias afins que poderiam estar trabalhando em parceria para dar mais força ao movimento e
 670 assim encaminhar alguma definição, pois se está tendo muito gasto e se não houver articulação com outras frentes de
 671 trabalho, e se a população não se mobilizar, não vai resolver o problema e uma das alternativas seria fazer uma articulação
 672 com a cúpula municipal para tentar fazer um trabalho com todas as frentes para não acontecer novamente um surto no próximo
 673 verão. Relatou da necessidade de ser pro - ativo, pois o Estado foi manchete nos jornais devido aos surtos enfrentados, e
 674 havia dois municípios com problemas mais graves e poderia se enfrentar os dois para se reduzir e o restante que está com a
 675 situação menos abundante seriam investigados posteriormente. O Senhor Coordenador informou que a preocupação da
 676 Senhora Stela Souza era mais do que justa e nos últimos trinta dias já havia estado três vezes no município de Jequié, sendo
 677 uma delas numa atividade grande que a prefeitura promoveu no dia D da dengue com carreata, outdoor, campanha em rádio,
 678 panfletagem nos bairros, colocação de capas em tanques entre outras. Informou que a prefeitura está sensibilizada e
 679 investindo no enfrentamento do problema, pois inclusive o próprio prefeito percebeu a necessidade do enfrentamento da
 680 doença e da última vez que esteve em Jequié o prefeito havia conversado com o governador, pediu o apoio do ponto de vista
 681 de estrutura para faxinas, coletas de lixo, limpezas de canal, o governador colocou a secretaria de infra-estrutura à disposição
 682 para essas atividades. Explanou que a Senhora Lorene Pinto havia comentado que a SESA B está encaminhando as
 683 correspondências para os municípios para que estes programassem as atividades necessárias e a secretaria de infra-estrutura
 684 vai entrar com o suporte, o apoio de algumas máquinas e recursos humanos, logo precisava aguardar essa resposta, mas esse
 685 tipo de ação já está sendo encaminhado. Afirmou também que outra questão eram os materiais dos agentes de endemias que
 686 foram comprados para todos os municípios com menos de vinte mil habitantes. Concordeu com a Senhora Stela que nos
 687 próximos dois meses precisava-se investir mais nesse processo, pois seria o período crucial devido à proximidade com o verão
 688 e deveria se mobilizar as Diretorias Regionais para ir a campo e fazer ações desse tipo, pois duzentos e cinquenta mil capas
 689 foram compradas, foram cobertos os tanques de água, que são os maiores focos, mas no mesmo bairro existem poças de
 690 águas, esgotos e outras situações que favorecem a proliferação do mosquito, logo esse enfrentamento tem que ser priorizado
 691 especialmente nesse período. A Senhora Suzana Ribeiro lembrou que se está no período de realização das conferências
 692 territoriais e de saúde ambiental, e esse era um termo extremamente pertinente que envolve várias secretarias como a da
 693 saúde, a do meio ambiente e área social, e era preciso pautar esse assunto e dentro da discussão poderiam ser envolvidos
 694 conjuntos de municípios, e esse era o momento de fortalecer porque ações seriam deliberadas durante a conferência como
 695 propostas que já vão ser implementadas e que vão alcançar o nível Estadual. O Senhor José Carlos Raimundo Brito, pediu a
 696 palavra e informou que o que iria dizer poderia ser feito no final da reunião, mas preferiu dizer antes, aproveitando a sala cheia,
 697 e fez um pedido de desculpas, tanto aos secretários municipais de saúde quanto ao Senhor José Raimundo e ao Senhor
 698 Coordenador da CIB, Jorge Solla, pela maneira muito indelicada como havia se portado na última reunião da CIB, e queria
 699 fazer esse pedido formal de desculpas. Após esse registro informou o que estava sendo feito na cidade de Salvador,
 700 devidamente acompanhada pela Superintendência de Vigilância Sanitária – SUVISA, como a aplicação do Índice de
 701 Infestação para o Aedes aegypti - LIRA, que apontou os distritos sanitários com o maior índice de infestação, onde foi
 702 mobilizado todo o mutirão de limpeza. E quando se faz um novo LIRA, nesse distrito que estava apresentando alto índice de
 703 infestação, é notada uma queda acentuada de índice de infestação, o que mostra quanto o trabalho somente de campo na
 704 atuação dos agentes não é suficiente para que se possa combater esse mosquito. Relatou que no caso do município de
 705 Jequié, é percebida claramente que há uma resistência das larvas em relação ao larvicida, baseado nos fatos que a secretária
 706 Stela Souza havia relatado dramaticamente. Explanou que a Senhora Alcina Marta já havia levantado essa questão e já se
 707 está fazendo o estudo dessa possibilidade, mas que talvez fosse o caso de se trocar o tipo de larvicida que está sendo
 708 utilizado, pois poderia se ter um problema com o produto e tem que ser traçada uma outra estratégia para o município, que é o
 709 que o Secretário de Saúde do Estado, Senhor Jorge Solla, já está fazendo. Relatou que a contribuição do município de
 710 Salvador era este relato de que o município tinha a maior densidade demográfica das capitais brasileiras, tinha um desnível
 711 social imenso, e a limpeza têm sido uma das coisas mais importantes, além do trabalho que se têm feito com muito rigor para o
 712 controle da dengue. O Senhor Coordenador reforçou que os municípios prioritários deveriam encaminhar resposta para a
 713 questão que foi levantada com relação a articulação e intensificação das ações de limpeza. Dando continuidade o Senhor
 714 coordenador passou para o ponto de pauta: Homologação 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SA IS/DA B: 1.1
 715 Credenciamentos: **Aprovados**
 716

Solicitação	Especificação	Município
NA SF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NA SF – Tipo I	São Gonçalo dos Campos Poções Barra do Choça
	01 NA SF – Tipo II ALTERA ÇÃO: Profissional Fisioterapeuta pelo Profissional Educador Físico – NA SF	Planaltino Sebastião Laranjeiras
ESF – Equipe Saúde da Família	01 ESF	Mirangaba Paulo Afonso
	02 ESF	São Gonçalo dos Campos
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB – Modalidade I	Mirangaba Anjical São Desidério Rio do Pires

		Milagres Paulo Afonso Cas a Nova
	02 ESB – Modalidade I	Planaltino Maracás Morro do Chapéu São Gonçalo dos Campos Conceição do Jacuípe Acajutiba
	03 ESB – Modalidade I	Ipiaú
	05 ESB – Modalidade I	Crisópolis
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	São Domingos
	03 ACS	Mirangaba Maracás Planaltino
	05 ACS	Macarani São Félix
	07 ACS	Conde
	09 ACS	Jaguarari

717
718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763

A Senhora Suzana Ribeiro informou que estava com duas solicitações, pois o município de Igaporã e Tanque Novo fizeram um consórcio e encaminharam à Dires a implantação de um NASF, e questionou a área técnica se esse processo já havia chegado, pois os municípios já haviam entrado em contato e não se tinha nenhuma informação a respeito. Relatou também que o município de Senhor do Bonfim solicitou a ampliação do teto de agente comunitário em mais dezesseis agentes, passando de cento e sessenta e quatro para cento e oitenta. A Senhora Jamile, da Diretoria de Atenção Básica – DAB informou que em relação aos ACS do município de Senhor do Bonfim o pedido procedia, e em relação ao NASF de Igaporã e Tanque Novo o GT que discute o NASF optou por fazer uma discussão com o município e fazer o encaminhamento posteriormente, pois o Ministério da Saúde não vem trabalhando muito na lógica do incentivo aos consórcios, mesmo colocando como uma possibilidade, na prática tem sido complicado, e o GT propôs uma discussão, se o município aceitasse, que se possa discutir melhor o desenvolvimento, como poderia ser feito para se ter um melhor aproveitamento dos dois municípios na perspectiva de qualificar a solicitação, mas o projeto havia sido recebido, analisado e o GT pede que se faça uma discussão mais qualificada. A Senhora Suzana comentou que essa solicitação talvez tenha sido por causa do formato, porque o consórcio está previsto na portaria, e se houve uma avaliação técnica, onde se constatou que é preciso melhorar e qualificar a proposta não havia nenhuma dificuldade e era preciso chamar os municípios e fazer a discussão, lembrando que o consórcio está previsto na portaria. Afirmou que em relação a dificuldade técnica de operacionalizar o repasse, talvez essa seja mais uma questão técnica que o Ministério da Saúde pode resolver uma vez que essa seria a primeira experiência da Bahia. A Senhora Jamile informou que já houve outros municípios que aprovaram em consórcio e essa operacionalização tem sido ainda um pouco difícil a questão da consolidação e pactuação entre as duas gestões, mas informa que o GT está trabalhando intensamente na questão e que se coloca a disposição para fazer a discussão com os municípios. A Senhora Suzana Ribeiro questionou se na próxima reunião a área técnica poderia dar uma resposta a qual foi respondida que sim, e comentou que aguardaria até o mês de outubro e os municípios seriam mobilizados para participarem da discussão. Dando continuidade o Senhor Coordenador passou para o seguinte ponto de pauta: 1.2 Redefinição do trâmite para solicitação do apoio da Secretaria de Saúde do Estado e as datas para realização da seleção pública de Agentes Comunitários de Saúde – ACS em 2009. A Senhora Suzana Ribeiro informou que a Senhora Jamile esteve na Diretoria do COSEMS e fez a apresentação, os secretários presentes consideravam bastante pertinente a proposta de alteração para seleção de ACS, uma vez que ampliaria a possibilidade da realização de seleções. O Senhor Coordenador, em acordo com os outros representantes do estado, **considerou aprovado**, mas sugeriu que a apresentação fosse encaminhada posteriormente para a secretaria executiva da CIB para ser colocada na Ata, conforme segue:



764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830

Nova Resolução CIB-BA – Seleção 2009

Datas:


DATAS DE SELEÇÃO	DATA LIMITE PARA ENVIO DE DOCUMENTOS
17/05/09	17/04/09 (sexta-feira)
12/07/09	12/06/09 (sexta-feira)
30/08/09	31/07/09 (sexta-feira)
18/10/09 (nova data)	18/09/09 (sexta-feira)
08/11/09	09/10/09 (sexta-feira)
13/12/09 (nova data)	13/11/2009 (sexta-feira)



Nova Resolução CIB-BA – Seleção 2009

Documentos obrigatórios:

- Cópia da Lei Municipal, assinada pelo Prefeito Municipal;
- Declaração de Posse dos ACS ativos (modelo), assinada pelo Prefeito Municipal;
- Mapeamento do município (modelo), assinado pelo Secretário Municipal de Saúde;
- Ofício solicitando inclusão do município na data de seleção, assinado pelo Secretário Municipal de Saúde;
- Cópia do Edital publicado, assinado pelo Prefeito Municipal;
- Termo de Compromisso (modelo), assinado pelo Secretário Municipal de Saúde;
- Número de inscritos no processo seletivo;
- Edital de Homologação das Inscrições (modelo), assinado pelo Prefeito Municipal;




Nova Resolução CIB-BA – Seleção 2009

Número de municípios por data:

Número máximo de municípios por data	Número máximo de municípios por DARES
31 municípios	02 municípios

Fluxo para solicitação de apoio da SESAB:

Conforme Manual Operacional da Seleção Pública para Gestores.
Disponível no site virtual da DAB



Resultados da Política Estadual Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos ACS e ACE

Dados de Julho/2009

Número de municípios com Lei aprovada:
364 municípios – 87%

Número de ACS regularizados:
22.436 ACS – 92%

**Municípios com Seleção realizada
2007/2008/2009:**
09 – 138 – 15



Dando continuidade foi apresentado o ponto de pauta: 2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – Suvisa /Divisa: 2.1 Pactuação dos Municípios de Itacaré, Iguaí, Itaberaba, Ribeirão do Largo e Maetinga, às ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, aos grupos 2 e 3 de acordo com a Resolução CIB Nº 142/08 que foi considerado **aprovado**. O Senhor Emerson Garcia informou que o município de Crisópolis foi o primeiro município a aprovar a Resolução 142/2008 e ainda não recebeu o recurso, conforme combinado, nem do teto, nem do FESBA, nem do Fundo Nacional, relatou que já havia conversado com a Senhora Lorene Pinto que orientou que na Superintendência estava tudo certo, não havia nenhuma dificuldade e que seria a resposta da CIB junto com o FESBA. O Senhor Coordenador sugeriu que o Senhor Emerson Garcia se reunisse com o Senhor Eduardo Reis e localizasse onde estava o processo. O Senhor Emerson relatou que a experiência que tinha de CIB era que um ano depois não mais recebia o recurso retroativo e por isso sugeriu que se entrasse em contato com o Ministério. O Senhor Coordenador ressaltou que seria importante que o Senhor Eduardo Reis, Diretor do Fundo Estadual de Saúde, providencie a identificação do problema e a superação do mesmo. Com relação ao ponto de pauta: 2.2 Aprovação dos Projetos com vistas à Promoção da Saúde dos municípios de Barreiras, Cairú, Ilhéus, Itaetê, Ituberá e Tanquinho, referendando a avaliação realizada pelo Ministério da Saúde, a Senhora Suzana Ribeiro informou que havia também a solicitação do município de Santo Estevão, mas que não constava na pauta, o Senhor Coordenador informou que quando o processo estivesse completo fosse encaminhado posteriormente, após essa discussão o ponto foi considerado **aprovado**. Com relação ao ponto de pauta: 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DIPRO: 3.1 Homologação dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal avaliados pela Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Pacto de Gestão. A Senhora Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB informou que haviam sido encaminhados para a Comissão os Termos de Compromisso de Gestão Municipal - TCGM da microrregião de Irecê: para adesão ao Pacto sem Assunção de Comando Único dos municípios de América Dourada, Barra do Mendes, Barro Alto, Cafarnaum, Central, Canarana, João Dourado, Jussara, Ibititá, Itaguaçu da Bahia, Ibopeba, Gentio do Ouro, Mulungú do Morro, Lapão, Presidente Dutra, São Gabriel, Uibaí e Xique-Xique, **sendo todos aprovados pela Comissão e referendados pela CIB**. Reiterou os municípios aprovados na reunião passada, que tinham pendência de documentação e que foram remetidos para essa reunião: Santa Cruz de Cabrália e Itabela, da microrregião de Porto Seguro. Relatou que todos os municípios estavam com o com o TCGM aprovado, sendo que os dois últimos já eram Plenos e passaram a aderir ao PACTO com assunção do Comando Único, **sendo aprovados também pela Comissão e referendados pela CIB**. O Senhor Emerson Garcia informou que na Comissão, o município de Sátiro Dias, também havia pedido assunção do Comando Único e na verdade o seu Termo de Compromisso foi assinado no ano anterior e estava pendente apenas de um treinamento que existia na Diretoria de Controle – DICON. Explicou que a secretária estava presente na reunião, e o que havia sido passado para a Comissão era que só faltava a realização do curso de controle e avaliação e segundo informação da secretária todos os cursos que foram realizados, porque era entendido que não tinha porque não dá assunção ao Comando Único uma vez que o curso poderia ser feito posteriormente. A Senhora Conceição Benigno informou que havia participado da reunião da Comissão, representando o Senhor Andrés Castro, que estava em viagem, e esclareceu que esse caso não era

831 específico, pois na última reunião estava gravado em Ata da CIB, na fala de Dr^a. Lorene Pinto, que colocava: “[...] a CIB não
 832 receberia processos de solicitação de adesão ao Comando Único com pendências burocráticas solicitadas formalmente pela
 833 Portaria 2048 [...]”. Informou que estava com dezenove processos de solicitação de Termo de Compromisso que foram feitos
 834 ressalvas e seriam aprovados porque as pendências seriam entregues posteriormente, mas estas não foram resolvidas.
 835 Relatou que a recomendação da Comissão era que as pendências fossem resolvidas e não próxima reunião se faria a
 836 aprovação, e pediu desculpas ao município, informou que houve problemas de comunicação, informou que havia ligado para o
 837 Senhor Fernando e a Senhora Elani, e os mesmos informaram que foi feito o treinamento, porém, os técnicos não ficaram até o
 838 final do curso, não receberam o parecer de certificação, e não eram moradores do município e que eles não estavam
 839 confortáveis em dar esse parecer de capacitação. Informou que gostaria do pronunciamento da Senhora Elani em relação à
 840 situação do município. O Senhor Emerson Garcia explanou que não precisaria de tal pronunciamento, pois só iria alimentar
 841 discussões sobre o que é pactuado no Grupo de Trabalho, que era um grupo extremamente coeso. Ressaltou que o que foi
 842 decidido pelo Grupo de Trabalho era que seria feito contato com a secretária antes de dizer que ela não iria assumir Comando
 843 Único só pelo fato do documento, e ventitou-se a discussão no início da reunião onde o Senhor Fernando emitiria um
 844 documento e agora havia outra resposta. Explanou que não gostaria de criar polêmica, e achava que essa pendência não seria
 845 impeditiva, inclusive era a segunda vez que a gestora tentava e não conseguia o Comando Único. O Senhor Coordenador
 846 informou que não havia consenso em relação a essa questão e que não seria resolvido no momento, propôs ouvir a secretária
 847 de Sátiro Dias e o encaminhamento seria que essa questão seria encaminhada a partir da resolução das pendências que se
 848 tem. A Senhora Vaita Cardoso informou que entendia que existe a discussão do GT e que o processo não poderia vir com
 849 pendências, mas com relação ao município de Sátiro Dias, foi solicitado o Termo de Gestão no ano de dois mil e oito, assim
 850 como foi solicitado o Comando Único, juntamente com o município de Crisópolis e Rio Real. Relatou que havia faltado a
 851 questão do curso de capacitação desde o princípio, o qual foi solicitado. Informou que na semana anterior foi dado o retorno e
 852 foram enviados dois técnicos porque foi o que havia sido disponibilizado pela SESAB. Relatou que a sua equipe já era
 853 experiente, e já trabalhou na gestão da saúde no município de Alagoinhas na última gestão. Explanou que não sabia que
 854 haveria uma discussão porque achava que já estava tudo certo, e foi surpresa quando lhe telefonaram e avisaram que estava
 855 faltando esse certificado. Informou que os técnicos vieram fazer a capacitação e os mesmos são da localidade, mas não
 856 poderia afirmar se eles participaram da capacitação do último dia, ou se saíram sem assinar a lista de presença, mas era
 857 preciso ver o documento que comprovava esse fato. Reforçou que tinha técnicos estruturados, havia qualificado o município
 858 para tanto e se não fosse aprovado no momento, perderia o recurso do mês de outubro. Relatou que a Senhora Elani havia
 859 informado que na próxima semana poderia repor o dia da capacitação e o município ficaria prejudicado se não ocorresse a
 860 aprovação do comando. A Senhora Elani, técnica da Diretoria de Controle e Avaliação – DICON informou que o que havia
 861 acontecido com o município de Sátiro Dias era que a Comissão havia acordado que, para assunção do Comando Único, teria
 862 que obrigatoriamente, passar pelo curso de qualificação em controle, cadastro e processamento na DICON, na semana
 863 anterior os técnicos do município de Sátiro Dias estiveram no curso só que no último dia não constava a presença dos técnicos
 864 e apenas compareceram dois digitadores, como foi oferecido duas vagas, teriam que participar um coordenador de nível
 865 superior e alguém que trabalhasse com o Sistema. Informou que não havia ido ninguém com nível superior. A Senhora Suzana
 866 informou que o município sabia que para assumir o Pacto de Gestão precisaria assinar o Termo de Responsabilidade, o
 867 município está se propondo a assumir o Comando Único, cumpriu junto com a Comissão de Acompanhamento do Pacto todos
 868 os itens que foram previstos e pactuados, e se existe uma pendência do ponto de vista de capacitação e a gestora atesta que a
 869 mesma tem estrutura, houve um problema na comunicação. Explanou que poderia se aprovar este Termo como ad
 870 referendum, já garantindo a capacitação do município até porque a mesma está se dispondo a fazer isso com brevidade, pois
 871 no mês de outubro o município já estaria pronto. A Senhora Conceição Benigno informou que poderia se aprovar como ad
 872 referendum, mas a Resolução só poderia ser publicada com o processo todo fechado. A Senhora Suzana Ribeiro informou que
 873 o que seria encaminhado para o Ministério da Saúde é a planilha com os tetos, o processo completo e a Resolução, e não se
 874 poderia enviar a documentação sem a Resolução, pois ficaria subentendido que o processo não estava aprovado, logo se está
 875 aprovando como ad referendum e se a pendência é apenas na capacitação, poderia ser composta uma agenda de imediato
 876 para próxima semana, e quando findasse o mês, fosse encaminhado o processo para o Ministério da Saúde junto com as
 877 planilhas já que estaria tudo resolvido não restando nenhuma pendência. **A Senhora Suzana informou que houve consenso
 878 em aprovar o município de Sátiro Dias como ad referendum.** Dando continuidade a Senhora Suzana deu seguimento a
 879 pauta com o ponto 1. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DIREG/DIPRO: 1.1 A provar
 880 consensos do GT da PPI da última reunião até hoje; a Senhora Conceição Benigno iniciou a apresentação agradecendo a
 881 equipe da DIPRO, DAE e todos os representantes do COSEMS que compõem a comissão do GT da PPI. Informou que
 882 apresentaria de forma rápida e que gostaria que todos prestassem atenção, informou que a Comissão havia sido formada
 883 desde dezembro do ano anterior e que inclusive queria reforçar o comunicado de que todos os consensos que se conseguiu
 884 avançar nos parâmetros e critérios da PPI estão sendo publicizados no site da DIPRO (www.saude.ba.gov.br/dipro), e as
 885 resoluções CIB também. Após esse pronunciamento deu início à apresentação:

886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897

	Pauta
<p style="text-align: center;">PPI 2009</p> <p style="text-align: center;">Consensos da Comissão da PPI (realizadas dias 02 e 16/09)</p> <p style="text-align: center;">COSEMS – SESAB</p> <p style="text-align: center;">Reunião da CIB – 17.09.09</p> <p style="text-align: center;">Auditório João Torres</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. SisPPI; 2. Rodadas de pactuação <ol style="list-style-type: none"> 1. Metodologia; 2. Metodologia de definição da capacidade instalada; e 3. Cronograma 3. Hospital de Sto. Antônio de Jesus; 4. TFD; e 5. Classificação das Unidades Hospitalares

898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964

Consensos

- I. SisPPI
 - Historico:
 - Foram treinados mais de 100 multiplicadores
 - Treinamento com pouco tempo e dificuldade de parte dos multiplicadores em acompanhar o processo
 - Adoção do SisPPI com alimentação remota (via internet)
 - SisPPI extremamente lento, e travando durante as alimentações
 - Propor duas frentes de trabalho concomitantes para tentar minimizar as dificuldades com o SisPPI:
 - Manter o esquema atual de alimentação e estruturação das bases do SisPPI, com as melhoras pontuais possíveis de serem implementadas;
 - Trabalhar com a elaboração de um banco de dados específico para os municípios que farão a pactuação nas rodadas mais próximas, com geração de 28 bases (específicas para cada microrregião)

Consensos

2. Rodadas de pactuação – Metodologia de definição da capacidade instalada (2 de 2)
 - O mesmo percentual apresentado de produção de serviços no próprio território será aplicado como limite do percentual de internações (de sua população própria) a serem pactuadas no próprio território;
 - Para a análise acima descrita serão excluídas as internações a serem pactuadas por abrangência;
 - O restante da ABH será necessariamente referenciado para outro(s) município(s);
 - As únicas exceções serão regiões com serviços novos e/ou expansão de oferta de serviços – que sejam habilitados e credenciados ao SUS;
 - Após a alimentação das bases municipais (e antes das rodadas microrregionais), os relatórios de encaminhamento de cada município serão publicados na internet, para garantir a transparência do processo;
 - Para viabilizar o item anterior, a SESAB terá acesso à base dos municípios para consulta.

Consensos

2. Rodadas de pactuação – Cronograma (2 de 3)



Consensos

2. Rodadas de pactuação
 - I. Metodologia;
 - Metodologia de definição da capacidade instalada; e
 - II. Cronograma
 - IV. Metodologia
 - Serão realizadas nos municípios-pólo de macrorregião, com reuniões simultâneas dos CGMR.
 - A organização será compartilhada entre DIRES e municípios-pólo de macro
 - Os técnicos da SESAB (DIPRO) estarão presentes em todas as rodadas
 - Para o município que, porventura, não comparecer à rodada microrregional, a Comissão da PPI preencherá sua base municipal, e abrirá ao município (em reunião da Comissão) a oportunidade de debate

Consensos

2. Rodadas de pactuação – Cronograma (1 de 3)

	Segunda 21/09	Terça 22/09	Quarta 23/09	Quinta 24/09	Sexta 25/09
Semana I 21 e 25/09			DESIDOCAMENTO	Reuniao Sul	Reuniao Sul
Semana II 26/09 e 02/10	PREPARAÇÃO DAS RODADAS SIGUINTES				Comitê da PPI
Semana III 03 e 08/10	Segunda 03/10 Norte/Sul*	Terça 04/10 Oeste	Quarta 07/10 Oeste	Quinta 08/10 DESIDOCAMENTO	Sexta 09/10 C. Leste
Semana IV 13 e 15/10	FEIACIO	PREPARAÇÃO DAS RODADAS SIGUINTES			Comitê da PPI
Semana V 16 e 20/10	Segunda 16/10 Sul	Terça 17/10 Sul	Quarta 21/10 DESIDOCAMENTO	Quinta 22/10 Sudeste	Sexta 23/10 Sudeste
Semana VI 26 e 30/10	Segunda 26/10 PREPARAÇÃO DA RODADA	Terça 27/10 Comitê da PPI	Quarta 28/10 Leste	Quinta 29/10 Leste	Sexta 30/10 FEIACIO
Semana VII 02 e 06/11	PREPARAÇÃO DAS RODADAS MICRORREGIONAIS				

Para discussão e encaminhamento

2. Rodadas de pactuação – Cronograma (3 de 3)

- Em caso de impossibilidade de cumprimento do cronograma (não preenchimento das bases, problemas no SisPPI, ausência de tempo necessário para a realização da análise da capacidade instalada, etc.), as microrregiões farão suas pactuações em Salvador, em novo cronograma a ser pactuado na Comissão da PPI (e publicado)

Relatou que, sobre o uso da ferramenta SISPPI foram disponibilizadas vagas para um secretário e um assessor técnico da área, e obteve na primeira rodada da oficina a participação de trezentos e vinte e cinco municípios, faltando apenas noventa e dois, e foi disponibilizado no último dia onze para que os municípios que faltaram pudessem comparecer, dos quais aproximadamente cinquenta municípios comparecerem. Relatou que foi uma cobertura grande em relação à oportunidade da SESAB em dizer tudo que havia acontecido, quais foram os consensos feitos. Agradeceu também às DIRES que colaboraram com o processo e alguns municípios que foram parceiros importantes. Informou que a alimentação remota via internet, era uma especificidade do Estado da Bahia, onde a mesma foi feita para fazer a alimentação local, mas devido ao tamanho do Estado o Ministério havia enviado um técnico que, juntamente com a Diretoria de Modernização Administrativa – DMA, decidiu tentar rodar a ferramenta via internet, mas infelizmente ainda há problemas técnicos, pois a ferramenta ainda não tem rodado satisfatoriamente. Informou também, com relação à metodologia, no momento das rodadas, estas aconteceriam nas microrregiões dentro do pólo da macrorregião, valendo como reunião de CGMR. Informou que se algum município, por negligência, ou por boicote, achar que iria atrapalhar o processo da PPI a Comissão sugeriu que isso não seja permitido. Reforçou que os serviços de Alta Complexidade e os serviços cuja oferta é muita menor que a demanda, portanto insuficiente, o estado já decidiu que estes serviços ficarão por abrangência e serão regulados, o que exclui esses casos, por

que já são determinados os municípios que iriam atender outros municípios. Relatou que aqueles municípios que ampliaram oferta e que solicitaram o credenciamento até o dia trinta e um de maio, que já foi consenso da CIB anterior, e que fora habilitado e credenciado e não tinham nenhuma série histórica, poderiam ofertar esses serviços na sua pactuação. Citou como exemplo o município de Santo Antônio de Jesus, que o Estado está esperando inaugurar, e que não teria série histórica para pactuar, logo era preciso que se fizesse essa pactuação para compor o teto do município. Citou como exemplo o município que não tem serviço, efetivamente, e que só internava cinquenta pessoas no município, mas resolveu não mais pactuar com outros municípios e preferiu deixar o recurso no território, pois o pacto não funcionava e resolveu colocar as cem internações no seu território, em vez de pactuar com outro município, nesses casos os fluxos serão analisados pela Comissão e levadas para a rodada as sugestões de correções de distorções graves. Com relação ao cronograma informou que as rodadas da região Nordeste aconteceriam no mesmo período da Oeste, mas com equipes divididas e o cronograma seria encerrado como havia sido previsto e o Teto seria negociado e enviado junto com o Teto de novembro em dezembro até o dia dezessete e seria recebido com a nova PPI. A Senhora Conceição foi informada pela Senhora Marta Rejane que o dia vinte e oito de outubro era feriado, mas que o mesmo havia sido transferido para o dia trinta. O Senhor Estevão lembrou também que esta seria a rodada e o limite para entrega seria uma semana antes de cada rodada. Com relação às rodadas de pactuações informou que estava propondo que o local fosse o Centro de Convenções, mas não tinha nada confirmado ainda. Nesse momento a Senhora Iraci Leite, diretora da segunda Dires, questionou que, considerando que a base já estava fechada para a Macrorregião Centro-Leste, já tinha agendado para o dia dezoito no município de Feira de Santana um treinamento. A Senhora Conceição Benigno informou que esperava liberar senhas para quem estivesse em treinamento. A Senhora Suzana Ribeiro sugeriu que fosse dada continuidade a apresentação e que as questões fossem anotadas para serem discutidas posteriormente.

Consensos

3. Hospital de Sto. Antônio de Jesus
 - ▶ Garantir, pelo governo do estado, de funcionamento do hospital até dezembro;
 - ▶ Elaborar o contrato de forma a corrigir a abrangência do hospital para além dos municípios listados no edital de licitação;
 - ▶ Até o fechamento da PPI, os recursos para o pagamento dos procedimentos (FPO) do hospital virão dos R\$ 43 milhões alocados no fundo estadual;
 - ▶ Reservar recursos na PPI para financiamento do hospital de acordo com a FPO (tabela SUS):
 - ▶ Garantir recursos para financiamento do hospital após fechamento do teto do município, em caso de não pactuação de toda a capacidade instalada do hospital, até reposição do teto pelo MS

Consensos

4. TFD
 - ▶ Definir após as rodadas de pactuação o teto de recursos destinados ao TFD – manutenção do atual (aprox. R\$ 22 milhões), com possibilidade de ampliação
 - ▶ Ampliar os estudos para tratamentos além de TRS e Oncologia, com definição de percentuais (do total de recursos TFD) e per capita para cada tipo de tratamento
 - ▶ Considerar como prioridade: linhas-de-cuidado prioritárias no Estado, gestação de alto risco, pacientes com necessidades especiais, redes com serviços já definidos por abrangência
 - ▶ Após envio dos estudos aos representantes do COSEMS, o assunto voltará à pauta na próxima reunião

Consensos

5. Classificação das unidades hospitalares (1 de 12)
 - ▶ Classificar os hospitais do estado nas seguintes categorias:
 - ▶ Hospitais de referência estadual
 - ▶ Hospitais de referência macrorregional
 - ▶ Hospitais de referência microrregional
 - ▶ Hospitais complementares de microrregião
 - ▶ Hospitais locais
 - ▶ Utilizar a classificação para definir incentivos específicos, vinculados ao cumprimento das condições de inserção em cada categoria;
 - ▶ A classificação servirá para subsidiar a política de contratualização na PPI 2009, de acordo com a realidade atual do Estado;

Consensos

5. Classificação das unidades hospitalares (2 de 12)
 - ▶ Para os hospitais serem classificados nas categorias, deverão atender todos os critérios, e para serem contratualizados, deverão cumprir todas as condições:
 - ▶ Subdividir os Hospitais de Referência Estadual em Hospitais Gerais e Hospitais Especializados (Especializados Tipos I e II e Maternidades Terciárias e Secundárias);
 - ▶ Hospitais de Referência Estadual:
 - ▶ Hospitais Gerais
 - ▶ Hospitais Especializados
 - ▶ Especializados Tipo I;
 - ▶ Especializados Tipo II;
 - ▶ Maternidades Terciárias; e
 - ▶ Maternidades Secundárias

Consensos

5. Classificação das unidades hospitalares (3 de 12)
 - ▶ Para os Hospitais Gerais de Referência Estadual:
 - ▶ Critérios
 - ▶ Possuir mais de 120 leitos;
 - ▶ Apresentar produção de internação em AC;
 - ▶ Complementar a oferta de AC não disponível na maioria das macrorregiões;
 - ▶ Dispor um mínimo de 10 leitos de UTI adulto e/ou pediátrico (para o SUS); e
 - ▶ Ter capacidade instalada de atender no mínimo duas macrorregiões (inclusive inter-estadual)
 - ▶ Condições:
 - ▶ Possuir porta aberta (pronto-socorro) e internação todos os dias, 24hs;
 - ▶ Possuir urgência e internação psiquiátrica; e
 - ▶ Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos

5. Classificação das unidades hospitalares (4 de 12)
 - ▶ Para os Hospitais Especializados Tipo I de Referência Estadual
 - ▶ Critérios
 - ▶ Dispor de Especialidade cuja oferta SUS no Estado seja restrita;
 - ▶ Ter capacidade instalada de atender no mínimo duas macrorregiões (inclusive inter-estadual) na especialidade
 - ▶ Condições:
 - ▶ Atender os requisitos das portarias ministeriais;
 - ▶ Possuir internação todos os dias, 24hs; e
 - ▶ Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (5 de 12)
	Para os Hospitais Especializados Tipo II de Referência Estadual
	Critérios
I.	Apresentar especialidade integrante das Redes Estaduais de AC aprovadas em CIB; e
II.	Ter capacidade instalada de atender no mínimo duas macrorregiões (inclusive inter-estadual) na especialidade
	Condições:
I.	Atender os requisitos das portarias ministeriais;
II.	Possuir internação todos os dias, 24hs; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (6 de 12)
	Para as Maternidades Terciárias de Referência Estadual
	Critérios
I.	Apresentar leitos de UTI neonatal e adulto (SUS);
II.	Ser referência terciária em gestação de Alto Risco;
III.	Ter oferta de procedimentos de maior complexidade, de acordo com as portarias ministeriais; e
IV.	Ter capacidade instalada de atender no mínimo duas macrorregiões (inclusive inter-estadual)
	Condições:
I.	Atender os requisitos das portarias ministeriais, incluindo a adesão aos programas "Hospital Amigo da Criança" e "Mãe-canguru";
II.	Possuir internação todos os dias, 24hs; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

A Senhora Suzana Ribeiro informou que o edital havia saído com erro na abrangência do hospital, falando que o mesmo era microrregional, mas se havia acordado com o COSEMS que o financiamento só sairia pelo Teto do recurso novo da PPI, dos quarenta e três milhões que estão no Teto do Estado só sairiam se este hospital tivesse um perfil e condições de atender a população da Macrorregião. Informou que não houve condições de interromper o edital, e para tanto houve um consenso que o processo licitatório se conclua. Informou que com relação a FPO, a mesma está sendo elaborada pela DICON, a doutora Cláudia Rodrigues estava fora e quando chegasse pegaria a FPO e publicizaria no site da DIPRO para os membros do COSEMS. Comentou, com relação à classificação dos hospitais, que este não seria a política de financiamento formalizada da atenção hospitalar do Estado da Bahia, e sim um trabalho inicialmente realizado pela Diretoria da Atenção Especializada com muita dedicação e esse trabalho foi usado como base para este estudo para atender uma emergência para dar bases ao processo de contratualização e pactuação deste momento. Informou que os Hospitais locais ainda não tinham sido feitos, pois a DIPRO só queria dar continuidade se fosse validado pelo CGMR.

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (7 de 12)
	Para as Maternidades Secundárias de Referência Estadual
	Critérios
I.	Apresentar leitos de UTI neonatal (SUS);
II.	Apresentar leitos de UTI adulto (SUS) no mesmo município;
III.	Ser referência em gestação de Alto Risco;
IV.	Ter oferta de procedimentos de maior complexidade, de acordo com as portarias ministeriais; e
V.	Ter capacidade instalada de atender no mínimo duas macrorregiões (inclusive inter-estadual)
	Condições:
I.	Atender os requisitos das portarias ministeriais, incluindo a adesão aos programas "Hospital Amigo da Criança" e "Mãe-canguru";
II.	Possuir internação todos os dias, 24hs; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (8 de 12)
	Subdividir os Hospitais de Referência Macrorregional em Hospitais Gerais e Especializados (Hospitais Especializados e Maternidades Secundárias de Referência Macrorregional)
	Para os Hospitais Gerais de Referência Macrorregional:
	Critérios:
I.	Possuir mais de 100 leitos;
II.	Apresentar produção em AC para a macrorregião; e
III.	Dispor de leitos de UTI (para o SUS)
	Condições:
I.	Possuir porta aberta (pronto-socorro) e internação todos os dias, 24hs;
II.	Possuir urgência e internação psiquiátrica; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (9 de 12)
	Para os Hospitais Especializados de Referência Macrorregional
	Critérios
I.	Apresentar produção em Especialidade;
II.	Ter capacidade instalada de atender a demanda da macrorregião na especialidade; e
III.	Dispor de leitos de UTI (para o SUS), no que couber
	Condições:
I.	Atender os requisitos das portarias ministeriais;
II.	Possuir internação todos os dias, 24hs; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (10 de 12)
	Para as Maternidades Secundárias de Referência Macrorregional
	Critérios
I.	Apresentar leitos de UCI neonatal (SUS);
II.	Ser referência secundária em gestação de Alto Risco; e
III.	Ter capacidade instalada para atender a macrorregião
	Condições:
I.	Atender os requisitos das portarias ministeriais, incluindo a adesão aos programas "Hospital Amigo da Criança" e "Mãe-canguru";
II.	Possuir porta aberta (pronto-socorro) e internação todos os dias, 24hs; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (11 de 12)
	Subdividir os Hospitais de Referência Microrregional em Tipos I e II
	Para os Hospitais de Referência Microrregional Tipo I:
	Critérios:
I.	Possuir mais de 50 leitos;
II.	Apresentar produção de internações cirúrgicas de médio porte para a microrregião;
III.	Possuir Agência Transfusional; e
IV.	Dispor de leitos de UTI (para o SUS)
	Condições:
I.	Possuir porta aberta (pronto-socorro) e internação todos os dias, 24hs;
II.	Possuir urgência e internação psiquiátrica; e
III.	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos	
5.	Classificação das unidades hospitalares (12 de 12)
	Para os Hospitais de Referência Microrregional Tipo II:
	Critérios e Condições serão discutidos posteriormente.
	<i>Sugestões (a serem rediscutidas)</i>
	Critérios:
	Possuir mais de 50 leitos;
	Apresentar produção de internações cirúrgicas de médio porte para a microrregião;
	Possuir Agência Transfusional;
	Localizar-se em município pólo de microrregião;
	Possuir serviço 24 horas de patologia clínica, radiologia, eletrocardiograma, ultrassonografia; e
	Possuir urgência aberta 24 horas/dia
	Condições:
	Possuir porta aberta (pronto-socorro) e internação todos os dias, 24hs;
	Possuir urgência e internação psiquiátrica; e
	Possuir 100% da oferta SUS sob regulação

Consensos

6. Agenda – próxima reunião:

- › Será definida após definição do cronograma das rodadas microrregionais, na CIB (hoje)

O Senhor Estevão informou que foi apresentado o cronograma que acumulava os consensos, e caso não se consiga cumprir o cronograma proposto teria que trazer para discussão um novo cronograma. A Senhora Suzana Ribeiro passou a palavra para o Senhor Geraldo Magela, que falou das complicações do Sistema, pois não estava previsto, o sistema do Ministério da Saúde não funcionou como deveria, e houve o fechamento para as Macrorregiões que irão fazer a pactuação mais rápido, citou como exemplo a Macrorregião Nordeste, que foi adiada porque não conseguiu fazer o fechamento das atividades. Informou que a próxima rodada seria com a Macrorregião Extremo-Sul, e a idéia era fazer todo o processo, e as próximas Macrorregiões, com maior prazo, terão condições e é quando o programa estaria sendo melhorado. Relatou que a preocupação maior era criar oportunidades para que todos os secretários tenham acesso e visibilidade. Relatou que a próxima Microrregião, que seria a que o município de Teixeira de Freitas pertence, já estava pronta, e que se queria era garantir o cronograma, e sugeriu ao COSEMS, disponibilizar as Macrorregiões que tiverem a sua pactuação fechada, propor ao município que pudesse disponibilizar técnicos para ajudar outras Macrorregiões. Citou como exemplo a microrregião de Teixeira de Freitas que iria 'fechar' nos dias vinte e quatro e vinte e cinco, e na próxima semana já poderiam ser enviados técnicos para auxiliar outras Macrorregiões, e isso seria importante. Informou que a sua Microrregião havia feito quatro cursos, acompanhados pelo município pólo, e uma outra Microrregião que só a DRES assumiu teve problemas. Solicitou que todos os municípios assumissem como prioridade máxima, e para evitar problemas sugeriu a Senhora Suzana Ribeiro que fossem disponibilizados, técnicos do COSEMS, para serem enviados onde o Estado precisasse, para ajudar. A Senhora Suzana Ribeiro informou que essa discussão tinha sido iniciada na reunião anterior para que os técnicos que tinham trabalhado como multiplicadores apoiassem os municípios antes das rodadas, pois os municípios tiveram dificuldades em alimentar as bases. Concordeu com a proposta, e sugeriu que os municípios que pudessem contribuir deslocando seus técnicos para apoiar as Microrregiões que estariam fazendo o processo e avançariam com a pactuação. A Senhora Marta Rejane informou que essa questão da disponibilização de técnicos era um bom encaminhamento, inclusive esta prática estava sendo feita na microrregião de Cruz das Almas, onde há dois técnicos que são multiplicadores e estão apoiando e semanalmente pessoalmente telefonava e questionava sobre as dificuldades, disponibilizava a secretaria para o pessoal comparecer e serem encaminhadas essas questões. Relatou que o cronograma estava bom, mas como ainda se teria nove pontos para fechar, com relação ao GT da PPI, e atualmente as reuniões acontecem quinzenalmente e vários pontos que dizem respeito à programação têm que ser fechados, como TFD, política de urgência, contratualização/credenciamento, reserva técnica, impacto de macro-abcação, HPP, recomposição de Teto e outras pendências, e como eram muitos pontos para serem discutidos questionou o que poderia ser feito para se reunirem antes do dia dois de outubro. O Senhor Emerson Garcia informou que a microrregião de Alagoinhas não era tão ágil como havia sido a de Teixeira de Freitas, e não conseguiu fazer o preenchimento do sistema e a importação de dados, e se o sistema falhasse novamente seria preciso de mais tempo. A Senhora Stela informou que havia resquícios da classificação dos hospitais, como o especializado tipo dois que ainda não havia sido fechado, e sugeriu que, como já se tem a programação do GT de urgência e emergência, que se tratariam assuntos que tem relação com a PPI, que seja alterada a data de reunião do GT de urgência e do GT da PPI, para a próxima quarta-feira, com um turno para cada assunto, podendo ficar definido pela manhã com o GT da PPI e a tarde o GT de urgência para não precisar vir duas vezes na próxima semana. A Senhora Suzana Ribeiro concordou com o dia vinte e três para se reunirem e tratar dos assuntos levantados. A Senhora Marta Rejane sugeriu para a Senhora Conceição e o Senhor Estevão que fossem enviados o material do TFD e outras sugestões da DAE para que fossem analisados e já iriam para a reunião para deliberar, porque se fossem apresentados na reunião para depois discutir, o tempo não seria otimizado. O Secretário Municipal de Saúde de Teodoro Sampaio, Heron Silva lembrou uma CIB passada quando fez uma observação do prazo de 31 de maio citando até o caso de Salvador e foi concedido o prazo para que os municípios encaminhassem, no caso de Teodoro Sampaio para Fisioterapia, acontece que esta semana recebeu uma negativa dizendo que não tem dinheiro novo. Reconheceu que a crise está terrível e dinheiro está difícil, mas enfatizou que não está pedindo dinheiro novo, o que considera injusto é estar com o sistema funcionando, pagando, e com o recurso de cinco mil e poucos reais em outro município, o que quer é que esse recurso fique no seu município; o credenciamento foi negado, mas aqui na CIB foi dada a concessão para que os municípios encaminhassem e foi concedido esse prazo. Relatou ter encaminhado a documentação e recebido a negativa com a justificativa de que não tem dinheiro novo e não é isso o que quer; argumentou que é injusto estar com o serviço de fisioterapia funcionando num município pequeno e pobre, que comprou todo o equipamento com recurso próprio e estar bancando porque é injusto colocar as pessoas num carro para 60 ou 100 km para fazer em outro município, o que eu quero é não pactuar esse recurso de cinco mil e poucos reais para Feira de Santana, que é pouco mas lá vale muito, então solicitou a Dra. Conceição Benigno que fosse revista esta questão. Dra. Conceição Benigno relatou que o Sr. Heron é parceiro da microrregião, participa também do CGMR, é coordenador do GT da Urgência e Emergência e tem ajudado muito com seu trabalho, sempre com colocações bastante pertinentes e esclareceu que se o processo foi devolvido, única e exclusivamente, dizendo que não tinha teto e não tem pendência nenhuma realmente precisa ser revisado com a DICON, se foi enviado no prazo até 31 de maio conforme combinado, publicado, em consenso no GT e na CIB, não há o que discutir. O Sr. Heron argumentou que toda vez que os municípios maiores como Salvador, Feira de Santana

1113 e Jequié choram aqui na CIB são atendidos, não querendo dizer que está sendo direcionado, mas os pequenos municípios
 1114 também precisam ser ajudados. Lembrou que na reunião que questionou esse assunto foi justamente quando disse que iria
 1115 colocar os dedos dos pés no seguro porque sempre fica em pé e recebe várias pisadas, e questionou se os membros que
 1116 ficam sentados confortavelmente não se sentem um pouco constrangidos de ver o sufoco que as pessoas passam no fundo do
 1117 Auditório e que às vezes não conseguem perceber o que realmente se passa nem o que fica decidido, devido ao sufoco que é
 1118 no fundo do Auditório cheio. Após sua argumentação o Senhor Coordenador solicitou que Dra. Conceição Benigno analisasse
 1119 a situação do município de Teodoro Sampaio e ela se comprometeu a rever o processo e levar para o GT da Comissão, pois
 1120 não poderia decidir nada sozinha e ressaltou que este tem sido o diferencial desta PPI, um processo democrático, publicizado
 1121 e participativo permanentemente. O Sr. Josafá, Técnico do município de Candeias, levantou duas questões, uma quanto ao
 1122 teto de internação que seria por internação de residente no município e no caso do hospital que interna urgência vai ter sempre
 1123 de internar de municípios que muitas vezes não tem nem pactuação com ele, então a quantidade de internação de pacientes
 1124 de outros municípios muitas vezes é grande, assim, questionou que quando se definir que vamos ter como parâmetro as
 1125 internações no próprio município se isso pode terminar prejudicando o município. Outra questão é em relação à reserva de
 1126 recurso para o Hospital de Santo Antônio de Jesus, pois gostaria de saber se é possível fazer um tipo de reserva para hospitais
 1127 que tenham uma emenda parlamentar e um convênio já definido, por exemplo, um hospital com doze leitos numa emenda
 1128 parlamentar para UTI neonatal e UTI adulto, seis leitos de cada. O Senhor Coordenador esclareceu que o Hospital de Santo
 1129 Antônio de Jesus vai entrar em funcionamento durante a elaboração da PPI, não é um projeto para daqui a não sei quanto
 1130 tempo, não estamos programando nada para o Hospital da Criança que deve entrar em funcionamento em maio do ano que
 1131 vem, nem para o Hospital de Eunápolis que deve entrar em funcionamento em dezembro ou janeiro, a única exceção foi o
 1132 Hospital de Santo Antônio de Jesus porque vai entrar em operação agora em novembro. Quanto à primeira questão, Dra.
 1133 Conceição Benigno esclareceu que foi consensuado no GT da PPI que ao final, na discussão da reserva técnica, se houver
 1134 recurso todos os serviços cuja demanda for muito maior do que a oferta em serviços de alta complexidade e leitos de UTI,
 1135 depois que financiarmos os leitos habilitados que são vários na Bahia, habilitados e não financiados, essas situações seriam
 1136 avaliadas se até dezembro antes da conclusão das rodadas os serviços estivessem habilitados e credenciados haveria
 1137 abertura de serviços em funcionamento serem credenciados, habilitados e ofertados nessas pactuações, nesta condição, em
 1138 havendo dinheiro. Quanto à segunda questão, Dra. Marta Rejane colocou que poderíamos refletir na próxima reunião já que
 1139 vamos tratar da rede de urgência e emergência, porque até o momento não pensamos numa recomposição para atendimento
 1140 de urgência não pactuado, então poderia ser feito um estudo verificando que percentual é esse, se é significativo ou não, qual
 1141 o impacto financeiro, e como poderíamos estar agindo se sobrar dinheiro, não podemos ter uma garantia, pois não sabemos
 1142 ainda qual é o impacto financeiro da macro-alocação, mas podemos fazer um estudo e ver como encaminhar para cobrir essas
 1143 questões já que não é uma situação só dele e sim de todos e os casos de emergência o município tem que atender, não pode
 1144 ter omissão de socorro. **Em seguida o Senhor Coordenador concluiu fechando este ponto e aprovando os consensos;**
 1145 dando seqüência parabenizou a toda a equipe do COSEMS e da SESA B que está fazendo esse árduo trabalho, lembrando
 1146 que ainda tem muito pela frente, mas realmente vale à pena registrar a dedicação, o compromisso e o esforço que tem sido
 1147 feito. Registrou também a satisfação com a metodologia que estamos conseguindo inovar, pois esta PPI não está sendo a
 1148 repetição da metodologia da PPI anterior, e todo esse esforço está tendo um resultado positivo, desejando que continue nessa
 1149 linha até o final e tenham boas reuniões. Pelo adiantado da hora, o Senhor Coordenador sugeriu que o ponto da
 1150 ASPLA/GASEC: 2.1 Orientações para elaboração, fluxo e prazo para encaminhamento do Plano Municipal de Saúde fosse
 1151 colocado no site para consulta pública para contribuições e fosse remetido para a próxima reunião da CIB para pactuação e
 1152 houve consenso. Os pontos de pauta do COSEMS já sinalizados anteriormente (3.1 e 3.2): 3.1 Município de Senhor do Bonfim
 1153 solicita avaliação do Projeto de Credenciamento para ampliação do Teto de Agentes Comunitários de Saúde, de 164 (cento e
 1154 sessenta e quatro) para 180 (cento e oitenta) agentes – **Aprovado**; 3.2 Município de Igaporá solicita apreciação e aprovação
 1155 do Projeto de Adesão e Implantação do NASF, em consórcio com o município de Tanque Novo – **Retorno da DAB na próxima**
 1156 **CIB**; O ponto 3.3 Resposta à solicitação do CGMR Irecê: Oferta de Alta e Média Complexidade em Salvador; Mutirão de
 1157 Cirurgias Eletivas; Revisão do TFD e Capacitação do SISREG III – **Próxima CIB**; e quanto ao ponto 3.4 Repactuação de
 1158 Critérios do Curso de TSB – Técnico de Saúde Bucal, Dra. Suzana Ribeiro informou que essa questão foi discutida na reunião
 1159 do COSEMS com a presença da Diretora da Escola de Formação Técnica, Maria José Camarão, pois o que tem acontecido é
 1160 que o município que faz adesão ao Curso de TSB acaba sendo obrigado a contratar os TSB; a proposta é que os municípios
 1161 não sejam obrigados a contratualizar os TSB ou ACD, e depois do processo de capacitação do Técnico de Saúde Bucal, se
 1162 mudar o tipo da modalidade da ESB, aí a partir desse momento é que ele vai ter a demanda de realmente contratar porque tem
 1163 prefeitos novos que vão ter que assinar termos de adesão e que já começam a evitar a condução do processo porque já fica
 1164 obrigado de imediato fazer a contratação, sem ter ainda a equipe pronta. O Senhor Coordenador colocou em votação e a
 1165 proposta foi aprovada à unanimidade. Pontos de pauta no que ocorrer: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde –
 1166 SAIS/DGC: 1.1 Credenciamento de CEO Tipo II e LRPD no município de Pojuca e LRPD no município de Ruy Barbosa, ambos
 1167 com parecer favorável da área técnica – **Aprovados**. 2. Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde –
 1168 SUREGS/DICON: – **Aprovados**.

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Ruy Barbosa	5847524	CAPS Ruy Barbosa	13.810.833/0001-60	CAPSI
Poções	2601583	Hospital São Lucas	13.908.231/0001-40	Laqueadura / Vasectomia
Ilhéus	2415844	Hospital Geral Luis Viana Filho	13.937.131/0001-41	Cuidados Prolongados / Enfermidades Pneumológicas; Cuidados Prolongados / Enfermidades Neurológicas;

Camaçari	2388057	Hospital Geral de Camaçari	13.937.131/0001-41	Cuidados Prolongados / Enfermidades da AIDS. Cuidados Prolongados / Enfermidades Neurológicas; Cuidados Prolongados / Enfermidades do Tecido Osteomuscular/Conjuntivo;
Salvador	0005428	Hospital Couto Maia	13.937.131/0001-41	Cuidados Prolongados / Enfermidades da AIDS.
Lauro de Freitas	2802023	Hospital Geral Menandro de Farias	13.937.131/0001-41	Laqueadura / Vasectomia

1169 Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para o dia 22
1170 de outubro, quinta-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,
1171 lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 17 de setembro de 2009.

1172

1173 Jorge José Santos Pereira Solla _____

1174 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1175 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____

1176 Lorene Louise Silva Pinto _____

1177 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1178 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____

1179 Washington Luis Silva Couto _____

1180 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

1181 José Carlos Raimundo Brito _____

1182 Kátia Nunes Barreto de Brito _____

1183 Suplente: Emerson Gomes Garcia _____

1184 Stela dos Santos Souza _____

1185