

Ata da 179ª Reunião Ordinária de 2009

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos dezessete dias do mês de dezembro 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 – Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Alfredo Boa Sorte Júnior, Washington Luís Silva Couto, Andrés Castro Alonso Filho, Lorene Louise Silva Pírto, Kátia Nunes Barreto de Britto, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: Amauri Santos Teixeira, Raul Molina Moreira Barrios, Gisélia Santana Souza, Telma Dantas Teixeira de Oliveira e Emerson Gomes Garcia. Às 14h30min, havendo número legal, a Senhora Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão colocando em discussão e aprovação a Ata da 178ª Reunião Ordinária que foi encaminhada anteriormente aos membros e foi aprovada à unanimidade. Dando início à ordem do dia, a Senhora Coordenadora Adjunta efetuou a leitura dos expedientes encaminhados pela Secretaria Executiva da CIB para informes: 1.1 Até esta data 22 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; 1.2 315 municípios encaminharam RAG 2008 para as DIRES (76% dos municípios), destes: 249 municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução 53 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 13 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução, 27 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (6% dos municípios) e 75 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (18% dos municípios); 1.3 O Conselho Municipal de Saúde do município de Itabuna encaminhou para a Secretaria Executiva da CIB denúncias contra a Secretaria Municipal de Saúde. Colocou que o Senhor Secretário Antônio Vieira informou que já se reuniu com a Presidente do Conselho Municipal e foram esclarecidas as questões referentes às denúncias. Passou a palavra para Dr. Antônio Vieira, Secretário Municipal de Itabuna, informou que a Presidente do Conselho Municipal de Itabuna colocou que estaria encaminhando cópia da ata do Conselho Municipal onde se resolveu todos os assuntos pendentes com a Secretaria Municipal de Itabuna, tendo sido feita a prestação de contas e entregue todos os relatórios. A Senhora Coordenadora Adjunta passou a palavra para Dr. Andrés Alonso. Este pontuou que estas denúncias foram inespecíficas. Solicitou que fosse encaminhado para próxima reunião da CIB o conteúdo da denúncia e então a CIB teria conhecimento e veria o que seria pertinente ou não e inclusive com relação a algumas situações e ações que vem sendo realizadas do Estado com o Município de Itabuna. Senhora Coordenadora Adjunta encaminhou a proposta de Dr. Andrés Alonso para a próxima CIB, porém, Dr. Raul Molina propôs que a CIB aguarde consenso entre o Conselho Municipal de Itabuna e a Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna, e então seja encaminhado a CIB Ata da Reunião para discussão e definição. Dr. Andrés Alonso questionou se o Conselho Municipal de Itabuna vai formalizar. A Senhora Coordenadora Adjunta concordou com Dr. Raul Molina em relação à questão das denúncias de Itabuna que o Conselho estará encaminhando a ata da reunião dando continuidade. 1.4 Foi encaminhado à Secretaria Executiva da CIB, pela Auditoria do SUS, o Parecer Conclusivo referente à Auditoria de Gestão realizada no município de Valença. Questionou a Secretaria Executiva da CIB se havia alguma observação. Não tendo nenhuma observação, passou para o próximo ponto. 1.5 Foram publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
213/2009	05e06.12.09	Aprova ad referendum os projetos de solicitação de financiamento com vistas à aquisição de equipamentos para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização de unidades de saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e das Secretarias Municipais de Saúde do Estado da Bahia, conforme Portaria GM/MS nº 2907, de 23 de novembro de 2009.
214/2009	10.12.09	Aprova ad referendum o Plano de Educação Permanente 2009/2010, conforme Portaria GM/MS nº. 2593/2009.
215/2009	10.12.09	Aprova ad referendum a Proposta nº 17110001, Programa nº 12208535.0029 da Associação de Pais e Amigos – APAE para estruturação da Unidade de Atenção Especializada do Estado da Bahia por Emenda Parlamentar.
217/2009	23e13.12.09	Aprova ad referendum a implantação de unidades de pronto-atendimento para os municípios de Vera Cruz e Caetité.
218/2009	12e13.12.09	Aprova, ad referendum, o estabelecimento que realizará os procedimentos 07.01.04.007-6 – Óculos Monofocal e 07.01.04.008-4 – Óculos Bifocal – Projeto Olhar Brasil, e os estabelecimentos que realizarão o procedimento 03.03.05.012-8 – Consulta Oftalmológica – Projeto Olhar Brasil.

A Senhora Coordenadora apresentou o ponto da pauta da Homologação.

## 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAI/S/DAB/DGC/DAE:

### 1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I	Ipirá
		Itaberaba
		Monte Santo
	01 NASF Tipo II	Riacho de Santana
ESF – Equipe Saúde da Família	Alteração da composição do NASF I substituição do profissional Médico pelo profissional Fonoaudiólogo	Monte Santo
		Caetité
	01 ESF	Tapiramutá
		Várzea da Roça
		Araçás
02 ESF	Ipirá	
	Maiquinique	
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	

34  
35  
36

		Poções
		Itambé
		Tapiramutá
		Várzea da Roça
		Coribe
		Igaporã
	02 ESB Modalidade I	Macarani
		Caraibas
		Caetanos
		Araçás
		Ipirá
	04 ESB Modalidade I	Paramirim
Itapicurú		
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	Aporá
		Quijingue
		Nov a Itarana
	03 ACS	Licínio de Almeida
		Cordeiros
		Boninal
	05 ACS	Remanso
	06 ACS	Ibitiara
08 ACS	Mortugaba	

Colocou que tem uma correção a ser analisada, pois, a Secretaria Municipal de Itambé solicitou duas equipes de saúde bucal e Várzea da Roça solicitou três equipes de Saúde Bucal. Assim, convidou a área técnica para realizar esclarecimento. Senhor Diego, técnico da Diretoria de Atenção Básica, ficou de verificar e esclarecer o parecer à CIB ainda nesta reunião. **Sendo aprovados os outros credenciamentos.** 2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP/ DIVISA; **2.1 Solicitação de remoção dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB – Aprovado;** Dra. Kátia Brito solicitou esclarecimento com relação a resolução CIB sobre o Relatório de Gestão porque alguns municípios tiveram credenciamentos novos aprovados na reunião passada da CIB, porém estavam com pendências no envio do Relatório de Gestão diante disto temos que ter a certeza que só vamos aprovar os municípios que realmente encaminharam o Relatório de Gestão a CIB. A Senhora Coordenadora Adjunta salientou que cabe a DAB juntamente com a CIB verificar. **Dando seguimento, convidou Dra. Lorene Pinto para apresentar a proposta de descentralização dos servidores da FUNASA para os municípios.** Esta destacou que alguns meses atrás foi aprovada na reunião da CIB, as diretrizes para municipalização dos servidores da FUNASA, apresentada por Dr. Alcina a CIB, sendo aprovado inclusive e em bloco à medida que os Gestores se comprometessem e acordassem, quando chegasse a SUVISA fosse encaminhado como acordado para não fazermos individualmente. Pontuou que talvez este seja o último lote aprovado na CIB em bloco em todas as diretorias regionais, pois, foram realizadas as oficinas finalizando com quase 2000 (dois mil) servidores da FUNASA municipalizados. **A Senhora Coordenadora adjunta abriu para observação sendo aprovado.** **2.3 Pactuação dos seguintes municípios às Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, de acordo com a Resolução CIB Nº 142/08: Ipiaú, Caetanos e Cordéiros – Grupos 2 e 3, e Ipirá – Grupo 2. Aprovado.** 3. Superintendência de Gestão e Regulação da Aterção à Saúde – SUREGS/DICON/DIPRO; **3.1 Credenciamento dos CAPS I dos municípios abaixo: Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Sobradinho	6288855	CAPS	16.444.804/0001-10	CAPS I
Jeremoabo	6155952	CAPS	13.809.041/0001-75	CAPS I

**3.2 Habilitação dos procedimentos de Laqueadura Tubária e Vasectomia para as unidades abaixo relacionadas: Aprovado.**

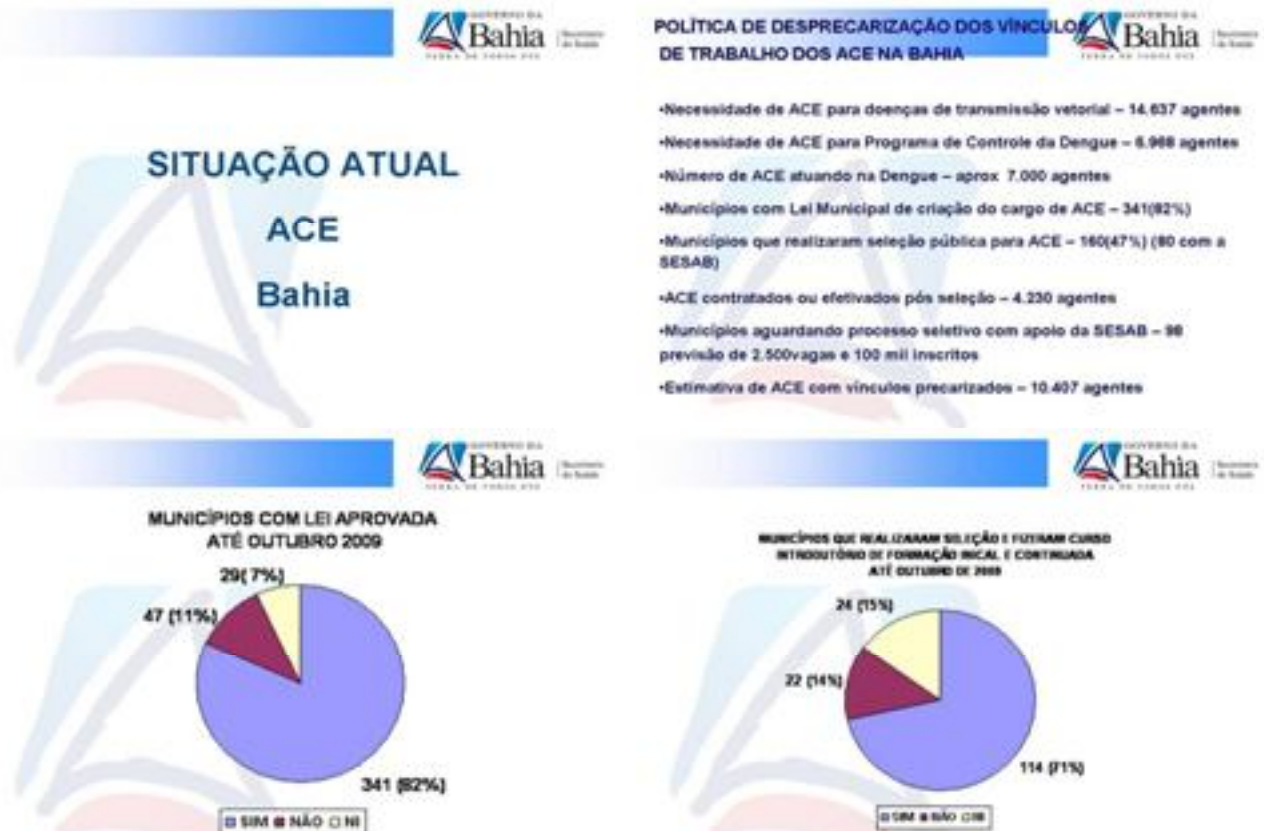
MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Caetité	2557118	Fundação Hospitalar Senhora Santana	13.777.776/0001-64	1901- Laqueadura Tubária 1902- Vasectomia
Santo Amaro	2514621	Hospital Otávio Pedreira	15.892.755/0001-15	1901- Laqueadura Tubária 1902- Vasectomia
Santo Amaro	2603292	Hospital e Maternidade de Santo Amaro	15.893.159/0001-50	1901- Laqueadura Tubária 1902- Vasectomia

**3.3 Habilitação dos procedimentos de Cuidados Prolongados: Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Vitória da Conquista	2402076	Hospital Geral de Vitória da Conquista	13.937.131/0001-41	Cuidados Prolongados: Enf emidades Cardiovasculares / Cuidados Prolongados: Enf emidades Pneumológicas / Cuidados Prolongados: Enfermidades Neurológicas / Cuidados Prolongados: Enf emidades do Tecido / Osteomuscular –Conjuntivo / Videocirurgias

60

A Senhora Coordenadora Adjunta convidou **Dra. Conceição Benigno para apresentação dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal – TCGM analisados pela Comissão**. Esta apresentou a lista da solicitação onde a área técnica avaliou todos os pleitos que chegaram até a Secretaria. Informou que no dia dezesseis do mês de dezembro houve a reunião da Comissão que acompanha a adesão ao Pacto que acontece antes da reunião da CIB. Pontuou que tecnicamente para SESAB as solicitações estão todas atendendo aos critérios e as necessidades dos fluxos estabelecidos. Deu como exemplo a microrregião de Teixeira de Freitas que aprovou em bloco e foi bastante discutido. A SESAB sugeriu que estas solicitações de adesão ao Pacto sejam aprovadas nesta reunião da CIB para não atrasar os municípios pelo fato da comissão integralmente não ter se reunido. Fez a leitura da lista dos nomes dos municípios para apreciação da comissão que solicitaram adesão ao Pacto sem o Comando Único; na microrregião de Vitória da Conquista: os municípios de Bom Jesus da Serra, Cordeiros, Caraíbas, Piripá e Planalto; na microrregião de Jequié: o município de Ipiaú; na microrregião de Teixeira de Freitas: os municípios de Alcobaça, Caravelas, Ibirapuã, Itanhém, Jucuruçu, Lajedão, Mucuri, Nova Viçosa e Vereda; na microrregião de Santo Antonio tem Nazaré. Posteriormente, apresentou a lista dos municípios que solicitaram a adesão ao Pleito com Comando Único; na microrregião de Serrinha: os municípios de Araci e Euclides da Cunha e na microrregião de Teixeira de Freitas: os municípios de Medeiros Neto e Prado e na microrregião de Barreiras: o município de Luis Eduardo Magalhães. Além disso, apresentou a lista dos municípios que aderiram anteriormente ao Pacto de Gestão sem o Comando Único e agora estão solicitando o Comando Único: na microrregião de Vitória da Conquista, o município de Maetinga; na microrregião de Jacobina o município de Jacobina. Lembrou que todos estes municípios que estão solicitando Comando Único solicitam integralmente o comando dos serviços, inclusive o serviço de TER - Terapia Renal Substitutiva, como é o caso de Jacobina. **Aprovado.** A Senhora Coordenadora Adjunta abriu para observações. Dra. Stella Souza informou que procurou a Secretaria de Ipiaú, Dra. Zoraide Cruz, e destacou que de acordo com o que foi aprovado no CGMR o termo de Ipiaú é com Comando Único como consta no ofício e na Resolução. A Senhora Coordenadora Adjunta abriu um parêntese para informar que a DAB - Diretoria de Atenção Básica checkou o parecer técnico referente às solicitações dos municípios de Itambé de credenciamento de duas equipes de saúde bucal e Várzea da Roça de três equipes de saúde bucal e afirmou que foram aprovados os credenciamentos solicitados. A Senhora Coordenadora Adjunta passou para o Senhor Coordenador da CIB, Dr. Jorge Solla para conduzir a reunião e dar continuidade à discussão anterior. Dra. Conceição Benigno respondeu o questionamento a respeito da solicitação de Ipiaú, informando que o anexo VI da declaração está destacando que o município está aderindo ao Pacto sem o Comando Único. Dr. Andrés Alonso pontuou que o documento encaminhado a SESAB está formalizado, e consta que é sem o Comando Único, por isto foi aprovado sem o Comando como foi solicitado porque a análise com o comando terá que ter um parecer posterior. Dando seguimento, Dra. Lorene Pinto ressaltou o compromisso que foi assumido na CIB através da Resolução CIB nº 18, ficando sobre a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde a contratação de uma empresa para fazer o segundo processo seletivo para os Agentes de Combate às Endemias no Estado. Destacando a situação atual quanto a necessidade de quase 15.000 (quinze mil) profissionais para o controle das doenças de transmissão vetorial no Estado; salientou também que só para dengue precisaríamos em torno de 7.000 (sete mil) e já temos aproximadamente em torno de 7.000 (sete mil) atuando no Estado, com uma boa parte com vínculo precarizado. Ressaltou que 82% dos municípios já aprovaram lei municipal de criação do cargo de ACE – Agente Combate a Endemias que é extremamente importante, mas infelizmente uma boa proporção não realizou processo seletivo, apenas 160 realizaram o processo seletivo e 80 fizeram com a SESAB no primeiro bloco do final do ano dois mil e sete ao ano dois mil e oito. Pontuou que os ACE contratados ou efetivados pós-seleção já são 4230 (quatro mil e duzentos e trinta) e temos noventa e oito municípios com solicitação de apoio ao processo seletivo em torno de 2500 vagas. Informou que a estimativa do que chegou durante o ano dá quase 100 mil inscritos e com a estimativa de ACE com vínculos precarizados é de 10.407 agentes.



## POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO DOS ACE NA BAHIA - ATIVIDADES



•Revisão de Minuta de Edital de Seleção Pública para ACE, e divulgação no portal da SESAB, visando consulta pelos municípios;

•Contato com municípios e DIRES para orientações técnicas acerca da execução dos processos seletivos e conclusão das seleções públicas anteriores através da realização do Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada, visto o afastamento temporário da EFTS do processo;

•Outras estratégias de condução do processo realizadas durante o ano: reuniões com EFTS, DAB e 1ª DIRES para redefinição do conteúdo do Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada;

•Realização de seminário, oficina e reunião ampliada para discussão do papel do ACE inserido no modelo de atenção que integra as ações de Vigilância da Saúde e Atenção Básica e das diretrizes para elaboração de proposta de Educação Permanente para ACE, envolvendo além das gerências técnicas da DIVEP, os seguintes atores: representantes da DAB, EFTS, EESP, DIRES, CESAT, procuradores do MPT, representantes do MS, das organizações de classe dos ACE e SMS;

## DIFICULDADES



- No processo seletivo realizado no período 2007-2008, insuficiência de articulação entre DAB e DIVEP; problemas com inscrição dos candidatos; deficiência no planejamento e programação da seleção; falta de apoio da maioria dos gestores municipais/ desorganização no nível local e problemas com editais de seleção;
- Afastamento oficial da EFTS da coordenação de Curso Introdutório de Formação Inicial e Continuada;
- inexistência de recurso financeiro específico para desenvolvimento da Política de Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos ACE;
- DESCONTINUIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL

## GESTORES

PGE emitiu parecer favorável à contratação de serviços de terceiros (Fundação CEFET) pela SESAB, para realização de processo seletivo de - ACE ;

### **Demandas para SMS**

#### **Termo de compromisso**

Enviar cópia da Lei Municipal que cria o Cargo de ACE;  
Enviar a cópia do Diário Oficial ou outro veículo de comunicação que contenha a publicação da referida Lei;  
Informar o Regime Jurídico de Trabalho adotado pelo município (Estatutário ou CLT).

Mostrou a proposta do Termo de Compromisso que trata em linhas gerais das atribuições da SESAB e dos Gestores Municipais em relação a este processo, pois, cada município precisa ter este documento assinado constando no processo como foi orientado pela Procuradoria já que se trata de uma contratação pública feita pelo ente federado e o classificado será contratado por outro ente. Salientou que a Prefeitura terá que delegar ao Estado a responsabilidade do processo seletivo para que ele possa depois contratar estes agentes. Apresentou o Termo de Compromisso e sugeriu que o Governo do Estado seja representado pelo Secretário e a Prefeitura representada pelo Gestor da Saúde para facilitar para ficar dependendo do Governador e do Prefeito para assinarem. Informou que até o momento temos 90.000 (noventa e um mil) inscritos.

## TERMO DE COMPROMISSO SESAB/SMS



## POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO DOS VÍNCULOS DE TRABALHO DOS ACE NA BAHIA - ATIVIDADES



•Participação em audiências públicas para discussão do processo de desprecarização (Santo Antônio de Jesus e Salvador);

•Divulgação do processo de trabalho no Congresso da ABRASCO e troca de experiências com outros estados, em articulação com o MS;

•Reuniões internas com as gerências técnicas das doenças de transmissão vetorial (DTV) da DIVEP para construção de proposta de educação permanente e perfil do 'agente de vigilância e controle de doenças' no novo modelo de formação proposto;

•Levantamento sistemático, junto às DIRES, da situação atual do processo de desprecarização dos vínculos de trabalho dos ACE nos municípios.

## SELEÇÃO 2010 INFORMES

### ✓ACE

Ensino Fundamental completo, exceto para aos candidatos que já exerciam atividades próprias de Agentes de Combate às Endemias na data de publicação da Lei Federal 11.350, conforme previsto no Parágrafo Único do Art. 7º daquela lei;  
Vagas = 2.500;  
Limite de inscrições = 70 por vaga/ município; inscrição gratuita  
Seleção (2 etapas) e homologação pela contratada;  
Disponibiliza lista de classificados por município para convocação e contratação  
Curso introdutório realizado pela contratada e fora do processo seletivo. (necessário para contratar)

Termo de Compromisso que o Governo do Estado da Bahia, neste ato, representado pelo Excelentíssimo Secretário de Saúde, \_\_\_\_\_ e Município de \_\_\_\_\_, neste ato representado pelo Excelentíssimo Senhor Prefeito do Município de \_\_\_\_\_, brasileiro, portador de Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo \_\_\_\_\_ inscrito no CPF/MF nº \_\_\_\_\_, com o objetivo de pactuar meta e formalizar a assunção de responsabilidades e expressas nas cláusulas seguintes:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - Do objeto

O presente termo de compromisso formaliza o pacto em que a Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_ autoriza o Governo do Estado da Bahia, através da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) a realizar processo seletivo para Agente de Combate a Endemias (ACE), tendo como produto final a lista de candidatos selecionados conforme número de vagas disponibilizadas na respectiva Lei Municipal que cria o cargo de ACE, e homologação do resultado, para a contratação pela prefeitura.

195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
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

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**CLÁUSULA SEGUNDA - Dos objetivos**

O Governo do Estado da Bahia e a Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_ se comprometem a realizar processo seletivo para contratação de ACE, em cumprimento à Lei Federal 11.350/2006.

**CLÁUSULA TERCEIRA - Das atribuições e responsabilidades da Prefeitura**

Fornecer cópia da Lei Municipal, devidamente publicada, que criou o cargo de ACE contendo NOMENCLATURA, pré-requisitos, proventos, descrição sumária, número de vagas e Regime Jurídico de Trabalho (CLT ou Estatutário).  
Informar a quantidade de vagas para ACE, disponibilizada para a seleção objeto desse termo.  
Contratar os ACE selecionados, após homologação do resultado pelo Governo do Estado da Bahia/SESAB.

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**CLÁUSULA QUARTA - Das atribuições e responsabilidades do Governo do Estado através da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB**

Contratar empresa especializada na realização de processo seletivo. Fornecer, ao final do processo, a relação de aprovados e selecionados, com resultado devidamente homologado, para a contratação pelo município.  
Providenciar apoio junto à Secretaria de Segurança Pública Estadual no sentido de garantir policiamento nos municípios onde serão realizadas as provas objetivas da 1ª Etapa, no dia aplicação da prova.  
Solicitar liberação das Escolas da rede estadual de ensino à Secretaria Estadual de Educação para aplicação da prova objetiva (1ª etapa) do processo seletivo.  
Solicitar apoio junto às prefeituras municipais dos municípios que não sediar a realização da prova objetiva (1ª Etapa), para disponibilizar escolas da rede municipal e serviços de saúde de urgência e unidade móvel de urgência para utilização pelos candidatos, caso necessário, além de disponibilizar apoio da Secretaria de Transporte Urbano na garantia de transporte coletivo e ordenamento do trânsito.  
E por estarem assim justos e de acordo, os partícipes firmam o presente instrumento.

Salvador-Bahia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2010

Apresentou os desafios do Estado para o ano de dois mil e dez conforme apresentação abaixo.

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**CONCLUSÃO DA SELEÇÃO:**  
Junho/ 2010

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**DESAFIOS PARA 2010**

- Contribuir com a Política Estadual de DESPRECARIZAÇÃO dos vínculos de trabalho dos ACE participando e apoiando as seleção e formação continuada dos agentes;
- Implementar e diversificar as estratégias de articulação e integração das ações para desprecarização e controle de doenças entre DIVEP e DAB;
- Garantir os princípios legais do processo seletivo público nos municípios na execução do serviço a ser contratado pela SESAB, conforme Resolução CIB 018/2008;
- Assegurar a coordenação da formação dos ACE sob responsabilidade da EFTS, em parceria com DIVEP, DAB e DIRES;

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**DESAFIOS PARA 2010**

- Assegurar a emissão pela EFTS do atestado de aproveitamento do curso introdutório dos ACE selecionados, com apoio da SESAB até 2008, requisito para conclusão da seleção;
- Promover estratégias e mecanismos de controle que visem assegurar a responsabilização do gestor local no cumprimento dos requisitos legais para desprecarização;
- Integrar as discussões e produções dos diversos órgãos da SUVISA e SESAB e do MS acerca da formação, educação permanente e carreira dos profissionais do SUS;
- Compor equipe técnica suficiente para o desenvolvimento das ações no âmbito da SUVISA/ SESAB.

**GOVERNO DA Bahia**  
SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA

**Contatos**

Subcoordenação de Doenças de Transmissão Vetorial  
**COAGRAVOS/DIVEP/ SUVISA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
www.saude.ba.gov.br  
Tel - 71 3270 5847

**GT EDUCAÇÃO PERMANENTE/ SCDTV/DIVEP/ SUVISA/SESAB**  
Tel.: 71 3270 5711  
Fax - 71 3270-5705

O Senhor Coordenador abriu para discussão. Dra Joseane Bonfim, Secretária de Saúde de Amargosa, solicitou esclarecimento da Superintendência da SUVISA referente à situação dos ACE, porque no município de Amargosa não irá fazer o processo seletivo dos ACE, pois eles vão ser efetivados sem o processo, a Secretária já deu entrada na Justiça com o apoio do sindicato. Colocou que conforme informações dos Agentes têm alguns municípios que os ACE foram efetivados sem o processo seletivo. Saliu que os ACE do município de Amargosa estão resistentes a fazer o processo seletivo. Dra. Lorene Pinto orientou que neste caso é aconselhado que o Gestor informe ao Ministério Público do Trabalho que os Agentes se negam em fazer o processo seletivo e o Ministério irá emitir o parecer do ponto de vista legal e legítimo porque o Estado está cumprindo o que foi acordado com os Gestores e a legislação. Enfatizou que só pode efetivar-se por um processo público de seleção por isto tem a comissão que certifica. Lembrou que houve uma Audiência Pública no município de Itabuna no mês de novembro e alguns municípios colocaram este problema e o Promotor foi muito claro se não passou por processo seletivo e disponibilizando a possibilidade de efetivar através da Seleção Pública. O Senhor Coordenador lembrou que no início do ano dois mil e sete, a SESAB montou um grupo de trabalho com o Ministério Público Estadual, Ministério Público Federal do Trabalho, COSEMS e representação dos Prefeitos sendo feito uma documentação com orientações para Prefeituras com minuta de projeto de lei e toda documentação necessária para o processo de regularização dos vínculos dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Combate a Endemias. Saliu que os Agentes Comunitários de Saúde avançou muito, mas por que os processos seletivos dos ACS tinham ocorrido na totalidade dos municípios e os Agentes de Endemias não; E alguns municípios tinham realizado o processo seletivo, mas a grande maioria não tinha feito o processo seletivo, foi quando a DIVEP organizou nos anos de dois mil e oito e dois mil e nove, um conjunto grande de seleções, mas não foram suficientes para dá conta de todos os conjuntos de municípios. Pontuou que teve município que efetivou porque tinha feito processo

seletivo e os municípios que ainda não fizeram terão que fazer o processo seletivo. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Raul Molina. Este concordou com Dra. Lorene pelo comprimento da lei e sugeriu que seja feito uma representação com o Ministério Público do Trabalho para o seu posicionamento oficialmente junto ao COSEMS com o objetivo de definir qual será a atitude que os municípios deverão adotar com os ACE. O Senhor Coordenador colocou que o Ministério Público Federal do Trabalho participou do GT e assinou a documentação. Dra. Lorene Pinto esclareceu que existe uma Resolução CIB que pactua a certificação dos processos que já tinham sido realizados pelos municípios conforme orientação do Ministério Público do Trabalho, sendo que os municípios que realizaram o seu processo seletivo mandavam à publicação do resultado e eram certificados por esta Comissão. Dr. Amauri Teixeira pontuou ser uma disputa política porque juridicamente não tem discussão tendo em vista que não existe efetivação em cargo público sem concurso público; citou não existir outra possibilidade. Colocou que vai ter um desgaste político porque o papel de cada um é resistir para garantir o seu trabalho, mas os Gestores têm o papel de regularizar e efetivamente estes contratos, não tendo possibilidade de efetivar no Cargo Público sem processo seletivo. Quanto à prova que foi aplicada pela Dires, para os Agentes de Combate às Endemias, esta não poderia ser feita porque a lei não existia. Questionou como pode ser efetivado em um cargo se não existia no período que foi aplicado a prova, pois, o cargo só é criado por lei e aprovado na Câmara. Dra. Lorene Pinto comunicou que existe um limite de número de municípios e inscrições que foi condicionado pela Procuradoria Geral do Estado – PGE porque foi trabalhado com o referencial da documentação da cartilha da SESAB, sendo 70 candidatos por vagas. Colocou que só poderão ser absorvidas novas demandas para além dos 89 municípios que já fizeram a solicitação durante o ano dois mil e nove, se houver desistência porque a contratação do serviço tem que ser dimensionada. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dra. Marleide Figueiredo, Secretária de Saúde de Ilhéus. Questionou sobre as desistências e qual será o critério para inclusão de novos municípios. Salientou que o município de Ilhéus fez um processo seletivo para contratação temporária por seis meses, e questionou quanto a possibilidade de ser atendido pelo Estado dentro desta perspectiva. Dra. Lorene Pinto perguntou a Secretária de Ilhéus se já foi solicitada a DIVEP. Dra. Marleide Figueiredo informou que a solicitação já foi encaminhada para DIVEP. Dra. Lorene Pinto pontuou que existem oito municípios na lista de espera no período do mês de julho, porque a DIVEP tem que consultar formalmente os 98 municípios que formalizaram o pedido de apoio e a cada desistência serão contemplados os municípios da lista de espera por ordem de solicitação. Citou este foi o critério adotado pela DIVEP. Dra. Marleide Figueiredo informou que houve uma solicitação, mas foi enviada como negativa para o município de Ilhéus devido à questão da impossibilidade. Dra. Lorene Pinto solicitou que o município de Ilhéus encaminhe o pedido de apoio a SESAB para a DIVEP para entrar na fila. Destacou também que não acredita que a SESAB irá conseguir formalizar termo de compromisso com 98 municípios, porque em algumas consultas aos municípios está havendo desinteresse de fazer esta vinculação formal dos Agentes que continuam com os vínculos precários apesar de ter uma lei municipal aprovada. O Senhor Coordenador fez um encaminhamento, de acordo com a data agendada no mês de janeiro junto aos Prefeitos para assinatura, a secretária fez uma consulta até esta data e os municípios que não confirmarem a participação, a SESAB, imediatamente no mês janeiro irá fazer a substituição do município. Dra. Lorene Pinto informou que no mês de janeiro quando a SESAB convocar o município já vai ser para todos os municípios assinarem juntos. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Manuel Messias, Secretário de Porto Seguro. Colocou que no município de Porto Seguro os direitos adquiridos pelos Agentes no processo seletivo foi derrubado pelo Ministério. Questionou o que fazer nesta situação, como a Secretaria Municipal de Saúde deve proceder. Dra. Lorene Pinto pontuou que não é a SESAB que dá o parecer jurídico do ponto de vista do trabalho, cabe ao Gestor consultar o Ministério Público por que se foi realmente um processo seletivo pode ser certificado, pois, a publicação da lei respalda caso contrário, terá que fazer um novo processo seletivo. Dr. Manuel Messias colocou que o Ministério Público tem duas vertentes. Dra. Lorene Pinto orientou ao Secretário que consulte o Ministério formalizando através de documentação. O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Ubiratã Moreira, Secretário de Juazeiro. Pontuou que Ministério Público não decide quem decide é a justiça, o papel do Ministério Público é defender a legislação e acha que a lei não está sendo cumprida entra com uma ação na justiça contra o infrator. O Senhor Coordenador deu continuidade a pauta, explicitando que o ponto 2.1 Aprovação da Criação e Composição da CIES Estadual ficou para próxima reunião. O Senhor Coordenador convidou o técnico da SUPERH, Bruno Guimarães de Almeida, para apresentar a aprovação dos Municípios a serem contemplados nas etapas III e IV do PROGESUS. Dr. Bruno Guimarães pontuou que o PROGESUS surgiu quando o Ministério da Saúde fez uma pesquisa no ano de dois mil e cinco, sobre a área de Recurso Humano/ Gestão do Trabalho e Educação Permanente no Brasil para Estado e Municípios. Colocou que foram levantados os principais problemas relacionados nesta área, para estimular e incentivar os Estados e Municípios a implantarem a área de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em saúde. O Ministério lançou este programa PROGESUS que é um Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e Educação e Saúde no SUS. Em seguida foi proferida a apresentação.

**Bahia**  
SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE  
DIRETORIA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO NA SAÚDE

**PROGESUS**  
PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO  
DA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE NO SUS  
PORTARIA Nº 2.261, DE 22 DE SETEMBRO DE 2008

**SUS**  
Bahia, 2009

**OBJETIVO**  
Apoiar técnica e financeiramente as SES e SMS visando o desenvolvimento institucional e o fortalecimento da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

**Componentes:**

- Componente 1 – financiamento para a modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (aquisição de mobiliário e equipamento de informática)
- Componente 2 – disponibilização do Sistema de Informação Gerencial para o setor de gestão do trabalho e da educação na saúde das SES e SMS que desejarem;
- Componente 3 – capacitação das equipes dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde das SES e SMS;
- Componente 4 – participação no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho no SUS (Infogest).

329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395

**COMPONENTE I**  
Modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Etapas	Beneficiários
I*	Estados, DF e capitais
II*	Municípios com mais de 1000 postos de trabalhos em saúde
III*	Municípios que tem entre 500 e 1000 postos de trabalho em saúde
IV*	Municípios que tem menos de 500 postos de trabalho em saúde

\* O número de postos de trabalho base a ser usado é 4000000, de 2002

**SUPERH**

**Componente I**  
Situação na Bahia

Contemplados da Bahia no componente I:

**Etapa I: SESAB e Salvador**

**Etapa II: MUNICÍPIOS COM MAIS 1000 EMPREGOS PÚBLICOS EM SAÚDE - 04 municípios:**  
Camaçari, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Ilhéus

**Etapa III: MUNICÍPIOS ENTRE 500 e 1000 EMPREGOS PÚBLICOS EM SAÚDE - 10 municípios**  
Lauro de Freitas, Candeias, Serrinha, Justeirão, Paulo Afonso, Itaberaba, Porto Seguro, Barreiras, Jequié e Santo Antônio de Jesus

*\*O município de Alagoinhas não aderiu ao projeto;  
\*\* O município de Itabuna não teve o projeto homologado pelo M.S.*

**SUPERH**

Lembrou que para estas etapas não era critério adesão ao Pacto Gestão, tendo em vista que o Pacto estava em processo de discussão.

**Componente I**  
Edital nº. 23/09 de 03 de Dezembro de 2009

**Art.1º** As Secretarias de Estado de Saúde, em conjunto com COSEMS, realizará processo de pré-seleção dos Projetos e os aprovados nas Comissões Intergestores Tripartites (CITs);

**Art. 2º** Caso algum Estado deixe de encaminhar a quantidade de projetos correspondente à sua quota parte (ANEXO) as não utilizadas serão redistribuídas prioritariamente dentro da própria região geográfica da qual o Estado faz parte.

**Requisitos fixados na Portaria GMMS nº 2.281/2006 para apresentação de projeto e pleito do recurso:**

- ofício assinado pelo gestor de saúde;
- declaração de adesão, afiliação e enquadramento do município;
- ofício do gestor municipal de saúde designando técnico responsável para área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (GTE), bem como informando a instalação de espaço físico, dentro da Secretaria de Saúde, para desenvolvimento das atividades da área;

**SUPERH**

**Componente I**  
Edital nº. 23/09 de 03 de Dezembro de 2009

- cópia da ata ou de resolução de sua aprovação na CIT;
- cópia das atribuições e responsabilidades setoriais referentes aos níveis I e II (Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, respectivamente) do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, publicado em Portaria do Ministério da Saúde após sua homologação na CIT;
- Termo de Compromisso que assegure a destinação do investimento adquirido para uso exclusivo nas atividades da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- Valor máximo para o financiamento do projeto, a ser apresentado em Planilha de Custos, que é parte integrante do Plano de Estruturação do Dador de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, limitado ao valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais).

O programa foi disponibilizado para 22 municípios do estado da Bahia, configurando-se assim o terceiro estado com maior número de municípios contemplados, ficando à sua frente os estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, com 48 e 29 municípios contemplados, respectivamente.

**SUPERH**

**Componente I**  
Edital nº. 23/09 de 03 de Dezembro de 2009

**Critérios para seleção dos projetos na BAHIA:**

- Assinatura do Pacto de Gestão (Termo homologado na CIT);
- Municípios com até 1000 postos de trabalho (de 500 a 1000) menor de 500;
- Municípios que participaram da qualificação para implantação do SUS Trabalho SUS;

**SUPERH**

Solicitou que mesmo que os projetos não sejam apresentados nesta CIB, a SUPERH solicita que conste em ata e seja aprovado ad referendum. Colocou que o Componente I consta apenas da estruturação para os Municípios e tem quatro opções de orçamento para compra de material e mobiliário para os setores de Gestão do Trabalho nas Secretarias Municipais de Saúde. Infomou que o COSEMS já fez esta divulgação destacando como critério principal que os Municípios tenham aderido ao Pacto de Gestão e tenham o Termo homologado na CIT - Comissão Intergestores Tripartite. O COSEMS passou para os Municípios que já tem o Termo homologado na CIT porque este é o critério indispensável para concorrer ao programa. Lembrou que o Estado da Bahia é o terceiro estado com o maior número de vagas disponibilizadas, sendo vinte e dois municípios a serem contemplados. Pontuou a articulação realizada com o Ministério que autorizou o encaminhamento dos vinte e dois municípios que atendem a todos os critérios, e o envio pelos municípios excedentes porque poderá ser ampliado para contemplar outros Municípios tendo em vista a disponibilidade orçamentária. Chamou atenção que ficou estabelecido como data limite para envio este projeto o dia dezoito do mês de dezembro mas o COSEMS já fez o encaminhamento da minuta do projeto na semana passada porque esta comunicação do edital chegou à SESAB na semana passada. Colocou os critérios que o Estado da Bahia priorizou para fazer a seleção do projeto é: os municípios terem assinado o Pacto de Gestão e homologado pela CIT; os municípios que tem menos de 1000 postos de trabalho que contemplam as etapas III e IV; e os municípios que participaram da qualificação para implantação do sistema de informação em saúde da Gestão do trabalho no SUS na Bahia. Orientou que os municípios que tiverem interesse efetivamente devam se inscrever para que não percam a oportunidade e no ano de dois mil e dez a SESAB não possa pleitear o quantitativo do número de vagas para fazer parte do

396 PROGESUS. Destacou que os municípios que não tiveram acesso a esta documentação, entrem em contato com o COSEMS  
 397 que irá enviar por correio eletrônico. Agradeceu a todos. O Senhor Coordenador abriu para observação. Aprovado para  
 398 encaminhar ao Ministério. Dando continuidade. O Senhor Coordenador convidou Dr. Lindemberg Diretor da Assistência da  
 399 Assistência Farmacêutica para apresentar as pautas da Diretoria da Assistência Farmacêutica – DASF/SAFTEC. 3.1. Uso do  
 400 Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF) no Estado da Bahia, que será implantado a partir  
 401 do mês de janeiro do ano dois mil e dez. Colocou que é integrado porque não contempla só a atenção básica e a atenção  
 402 especializada, inclui também o programa de alto custo podendo ser utilizado em Hospital ou em outra área; 3.2 Programa  
 403 Farmácias da Bahia; 3.3 Pactuação da Nova Portaria da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (Portaria MS nº  
 404 2982/09).

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 179ª Reunião Ordinária da CIB

■ Pauta: Assistência Farmacêutica

- Apresentação/Pactuação da Nova Portaria da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica;
- Apresentação/Pactuação do Uso do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica;
- Apresentação/Pactuação do Programa Farmácia da Bahia;

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Principais Alterações  
 Portaria nº 3.237/07 → Portaria nº 2.982/09

■ Valores Mínimos Aplicados na Assistência Farmacêutica da Atenção Básica:

- União: R\$ 5,10 hab/ano
- Estado: **mínimo de R\$ 1,86 hab/ano**
- Municípios: **mínimo de R\$ 1,86 hab/ano**

Observação: O Município poderá utilizar da contrapartida estadual e Municipal **até 15% do valor pactuado** para estruturação dos serviços farmacêuticos da Atenção Básica.

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Principais Alterações  
 Portaria nº 3.237/07 → Portaria nº 2.982/09

■ Valores Aplicados para insumos destinados aos usuários insulino-dependentes (**necessidade de conta específica**):

- Estado – R\$ 0,50 hab/ano
- Municípios – R\$ 0,50 hab/ano

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Principais Alterações  
 Portaria nº 3.237/07 → Portaria nº 2.982/09

■ Novo Orçamento da AFBásica: BAHIA

□ Aquisição de Medicamentos e Insumos / Estruturação de Serviços

População da Bahia:		14.637.364			
Produto	União	Estado	Municípios	Total	
Medicamentos	R\$ 74.650.556,40	R\$ 23.141.672,54	R\$ 23.141.672,54	R\$ 40.283.345,06	
Insumos	R\$ 0,0	R\$ 7.318.882,00	R\$ 7.318.882,00	R\$ 14.637.364,00	
Estruturação dos Serviços Farmacêuticos	R\$ 0,0	Até R\$ 4.083.824,50	Até R\$ 4.083.824,50	Até R\$ 8.167.649,10	
<b>Total</b>	<b>R\$ 74.650.556,40</b>	<b>R\$ 34.544.179,04</b>	<b>R\$ 34.544.179,04</b>	<b>R\$ 143.738.914,48</b>	

Observação: Acréscimo de 12,68% comparado a 2007

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Nova Portaria da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica  
 Portaria MS nº 2.982 de 26 de novembro de 2009  
 Em vigor a partir Janeiro/2010

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Principais Alterações  
 Portaria nº 3.237/07 → Portaria nº 2.982/09

■ Base Popacional:

- Utiliza os dados populacionais da estimativa do IBGE 2009 (referência 1º de julho de 2009):
  - População do Brasil:
    - 191.480.630 habitantes (+4,13% comparado a 2007)
  - População da Bahia:
    - 14.637.364 habitantes (+3,98% comparado a 2007)

■ Elenco de Medicamentos:

- Elenco Estadual;
- Elenco Municipal: Relação de Medicamentos existente na RESME e/ou RENAME que atendam as necessidades da Atenção Básica

GOVERNO DA Bahia Secretaria da Saúde  
 Principais Alterações  
 Portaria nº 3.237/07 → Portaria nº 2.982/09

■ Elenco fornecido pelo MS:

- Insulina NPH e Insulina Regular fornecido pelo MS por demanda;
- Contraceptivos e Insumos do Programa Saúde da Mulher:
  - Pauta de distribuição pré-estabelecida pelo MS;

■ Continua obrigatório a apresentação do Relatório de Gestão da Assistência Farmacêutica.



463 Dando continuidade a pauta da DASF. Apresentou o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica –  
 464 SIGAF. Solicitou que os questionamentos fossem feitos no final das apresentações. Lembrou que no ano dois mil e sete, os  
 465 municípios solicitaram para que fosse informatizada esta área e o velho SISFAB foi aposentado e a SESAB trabalhou ia Web  
 466 junto com DMA.



### ■ O que é?

Software destinado a todas unidades, dos níveis estadual e municipal, envolvidas com as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS na Bahia;



### ■ A SESAB/SMS poderá adequá-lo a sua realidade?

- Sim, desde que não infrinja as regras, ou seja, "utilizar o bem, exclusivamente, no interesse dos serviços públicos"; "não comercializar o bem no que tange a alienação, locação, permuta, etc";

### ■ Quem utilizará o SIGAF?

- DASF/SAFTEC, Farmácias Hospitalares da Rede SESAB, UDMs PROMEX, AF das DIRES, AF Municipal (1ª CAF e 2ª UBS);

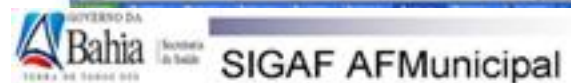
### ■ Quem faz parte do GT de Implantação?

- Equipe DASF/SAFTEC e DMA



### ■ Como funciona?

- Via Web através do site: [www.saude.ba.gov.br/sigaf](http://www.saude.ba.gov.br/sigaf)



### ■ Módulo Padrão: Utilização por todos os municípios:

#### Controle de Estoques:

##### ■ Entrada de Medicamentos

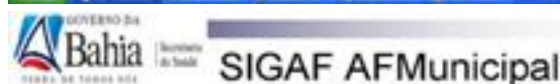
- Solicitação de Medicamentos à DASF/SAFTEC/SESAB;
- Entrada dos medicamentos adquiridos pelo município;

##### ■ Saída

- Realizar transferência entre Unidades de Saúde;

##### ■ Inventário

##### ■ Ajuste de Estoque



### ■ As ações, mínimas obrigatórias, atribuídas ao Módulo Padrão do SIGAF são:

- Solicitação de Medicamentos à DASF/SAFTEC/SESAB;
- Entrada de medicamentos solicitados à DASF/SAFTEC/SESAB;
- Entrada de medicamentos adquiridos pelo município através do recurso da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica sob seu gerenciamento;
- Saída de medicamentos para as Unidades de Saúde;
- Realização de Inventário de medicamentos, no mínimo, semestralmente;
- Prestação de Contas da execução financeira do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.



### ■ Módulo Complementar: Uso opcional pelos municípios:

- Cadastro de Pacientes e Prescritores;
- Cadastro de Processos Administrativos e Judiciais;
- Dispensação de Medicamentos;

530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596



Ação	Prazo
Treinamento da Equipe das AFs Municipais da 2ª Fase de Implantação (Municípios < 50.000 hab. divididos por CRES)	01 a 12 de Março/2010
Entrega do Termo de Compromisso para Utilização do SIGAF pelo Município	Até 26 de Março/2010
Realização do inventário nas CAFs dos Municípios e lançamento no SIGAF	29 de Março a 09 de Abril/2010
Solicitação de medicamentos à SESAB pelo SIGAF	A partir de 12 de Abril/2010
Entrada de medicamentos adquiridos pelos municípios no SIGAF	A partir de 12 de Abril/2010
Recebimento dos medicamentos da SESAB pelo SIGAF	A partir de Maio/2010

Próximo ponto de pauta - 3.2 Programa Farmácias da Bahia



GOVERNO DA Bahia  
SECRETARIA DA SAÚDE  
TERRA DE TODOS NÓS

**Programa Farmácia da Bahia**

■ **Objetivos Específicos:**

- Qualificar a Gestão da Assistência Farmacéutica Municipal;
- Qualificar o atendimento aos usuários;
- Qualificar a Assessoria Técnica na área da Assistência Farmacéutica do Estado aos Municípios;

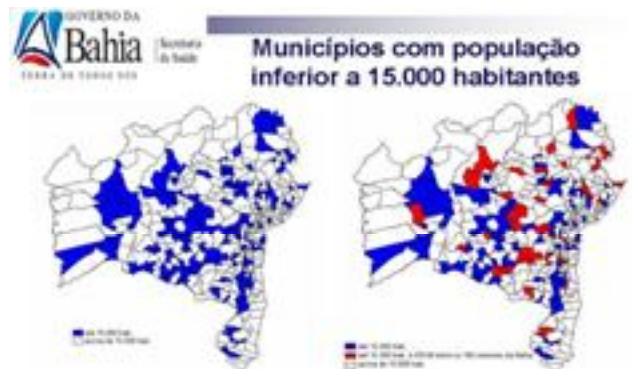
Ação	Prazo
Treinamento da Equipe das AFs Municipais da 1ª Fase de Implantação (Municípios > 50.000 hab.)	22 a 26 de Fevereiro/2010
Entrega do Termo de Compromisso para Utilização do SIGAF pelo Município	Até 10 de Março/2010
Realização do inventário nas CAFs dos Municípios e lançamento no SIGAF	15 a 19 de Março/2010
Solicitação de medicamentos à SESAB pelo SIGAF	A partir de 22 de Março/2010
Entrada de medicamentos adquiridos pelos municípios no SIGAF	A partir de 22 de Março/2010
Recebimento dos medicamentos da SESAB pelo SIGAF	A partir de Abril/2010

GOVERNO DA Bahia  
SECRETARIA DA SAÚDE  
TERRA DE TODOS NÓS

**Programa Farmácia da Bahia**

■ **Objetivo:**

- Estruturação dos serviços farmacêuticos, integrando o incentivo financeiro ao apoio técnico, administrativo e científico para o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacéutica nos municípios baianos.



(181)

(54)

597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663

**GOVERNO DA Bahia** Secretaria da Saúde **Competências das partes**

**Estado**  
 Infra-estrutura  
 Equipamentos  
 Capacitação de pessoal  
 Aquisição e Distribuição de medicamentos e insumos  
 Software

**Município**  
 Aquisição e Distribuição de medicamentos e insumos  
 Pessoal  
 Manutenção  
 Higienização  
 Segurança

**GOVERNO DA Bahia** Secretaria da Saúde **TODAS AS Unidades**

Imóvel público  
 Layout padrão  
 Procedimentos escritos  
 Cadastros – CNES, CRF-BA, ANVISA

Lista de equipamentos  
 SIGAF

Horário de funcionamento compatível às outras unidades de saúde (mín 40h/sem)

Manual de normas e rotinas  
 Atribuições do farmacêutico e auxiliares (resumo CRF)

**GOVERNO DA Bahia** Secretaria da Saúde **Layout Padrão: Farmácia da Bahia com CAF (93 m²)**

Elaborado pelo Arquiteto Carlos Balthazar (CEAS/COF/CRF/BA/FE/COSEMS)

**GOVERNO DA Bahia** Secretaria da Saúde **SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL RESOLUÇÃO CFE nº 1080**

Atende a criação do Programa Farmácia da Bahia no Estado da Bahia

A Resolução do Conselho Interministerial Especial do Brasil, no ato de sua instituição, sendo em ato e dirigida ao Conselho Interministerial do dia 17 de dezembro de 2004 e

Considerando a Portaria CFE nº 1294, de 07 de outubro de 1996, que cria o Plano Nacional de Farmácias;

Considerando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 235, de 08 de maio de 2004, que cria o Plano Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando a Lei Federal nº 10.241, de 10 de maio de 2001, que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando a Lei Federal nº 10.241, de 10 de maio de 2001, que institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica;

Considerando a necessidade de instituir e manter em funcionamento e a atualizar os procedimentos de controle sanitário do Estado de Sergipe;

**RESOLUÇÃO**

Art. 1º. Aprova o modelo do Programa Farmácia da Bahia

Parágrafo único. O Programa Farmácia da Bahia compreende a implementação de serviços farmacêuticos, Farmácia Ambulatória e Farmácia de Manipulação, Farmácia Municipal, com foco a construção de Farmácia Comunitária, dentro de uma proposta que respeite o modelo, observado os seus princípios, orientações e critérios para a distribuição de medicamentos, Farmácia Comunitária, Farmácia Municipal e Farmácia Ambulatória.

Art. 2º. A criação do Programa de **serviço público com validade** a ser instituído dentro do âmbito do Serviço de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

A presente Resolução entrará em vigor no ato de sua publicação.

Brasília, 07 de dezembro de 2005

Luiz José Santos Pereira Neto  
 Presidente do Conselho Interministerial Especial do Brasil  
 Presidente do Conselho Interministerial Especial do Brasil

Após as apresentações, o Senhor Coordenador esclareceu que esta proposta da Farmácia da Bahia está direcionada para municípios com menos de 15.000 habitantes, onde com esse porte populacional, com uma unidade dessas seria suficiente para garantir o estoque, armazenamento e dispensação de medicamentos básicos. Em seguida colocou em discussão. Dra. Suzana Ribeiro comentou que até que enfim saiu um programa para os municípios de pequeno porte e considerou uma proposta muito interessante assim como as discussões que vêm acontecendo na Assistência Farmacêutica, que têm sido muito ricas e realmente carecia de avanços, pois, por incrível que pareça, a maioria dos municípios ainda tem dificuldade de execução do recurso da farmácia básica, inclusive, na reunião do COSEMS pela manhã houve uma rápida discussão em relação a propostas de municípios querendo utilizar o recurso para outros tipos de medicamentos. Ressaltou a necessidade de atentar para a questão da execução, destacou a história da ata de registro de preço do estado que estava sendo encaminhada e pontuou que estas coisas vão somando na questão da Farmácia da Bahia que é muito importante porque dá um norte para a estruturação da assistência farmacêutica no município. Em nome do COSEMS, parabenizou a Superintendência por todas as propostas apresentadas na área da assistência farmacêutica, não só em relação à pactuação, mas ao próprio SIGAF que está incluso e sendo implementado como o piloto em Vitória da Conquista e a partir de março o MS abre para todos os municípios do Brasil; se a Bahia sai com o sistema também no mesmo momento temos mais a agregar, assim, atende à nossa demanda, à necessidade dos municípios e do estado, então, se tem como transitar a informação destacou todos ganhamos. A proposta de integrar fortalece inclusive os NASF que é um espaço real onde se pode garantir a presença do farmacêutico e fortalecer a questão da farmácia básica. Por fim ressaltou que o trabalho tem sido extremamente positivo, com bons resultados e ressaltou: hoje temos outra história na assistência farmacêutica em nosso estado com as propostas apresentadas. Dr. Lindemberg Assunção informou que o registro de preço já está sendo disponibilizado para os municípios e que foi encaminhado um ofício a pedido da Procuradoria para que possam informar a demanda do ano, mas até o momento poucos municípios responderam e isso é muito importante porque o Estado compra a um preço infinitamente inferior ao dos municípios de pequeno porte. O Senhor Coordenador solicitou uma atenção especial para essa questão do registro de preço que está sendo feito para todos os medicamentos, pois quem compra menos como os municípios menores, os preços em geral são muito mais caros do que os que conseguimos no registro. Ressaltou que há uma interpretação da Procuradoria Jurídica do Estado e da Procuradoria de alguns municípios que já consultaram o Estado, de que para haver uma adesão mais ampla dos municípios deveria antes de ser feito o registro, na fase de preparação que tem a manifestação dos municípios, então é fundamental para que os nossos registros de preço no próximo ano tenham uma utilização mais ampla de todos os municípios, que tenhamos o maior nível possível de respostas. Solicitou aos presentes e ao COSEMS que reforcem com os municípios para que cada um encaminhe sua demanda para relação de aquisição, enfatizando que os municípios não serão obrigados a adquirir, mas é necessário para que possamos colocar nos processos a fim de dar sustentação para que os municípios no próximo ano possam usar mais amplamente. Da mesma forma, o município que não vier a solicitar a compra de determinado medicamento vai poder aderir, mas quanto mais municípios solicitarem mais amplo é o processo e mais coberto este ficará, porque tem interpretações muito mais restritas, pois, interpretam que o município só pode comprar se ele tiver feito antes a solicitação, então a idéia é realizar o

664 processo da forma mais ampla possível. Dra. Suzana Ribeiro sugeriu em relação à ata de registro de preço que poderia ser  
665 passado para o COSEMS toda a formatação do que os municípios precisam e qual a forma de encaminhamento para que este  
666 possa acionar a todos, incluindo os Colegiados de Gestão Microrregional – CGMR, fazendo uma mobilização para que  
667 mandem num tempo mais rápido. Dr. Raul Molina parabenizou os avanços da assistência farmacêutica por atender a  
668 necessidade de uma ferramenta que fosse até os municípios, ressaltando o trabalho árduo de uns dois anos e que hoje pôde  
669 ser visto um pouco mais do sistema, ainda assim persiste o questionamento sobre o porquê ficar fazendo relatório de gestão se  
670 as secretarias estão on-line o tempo inteiro passando as informações do município. Colocou outra questão importante  
671 levantada hoje pelos colegas que é a sobra da atenção básica, onde uma das sugestões foi de que se investisse 10% daquilo  
672 na gestão, de repente o MS vem com uma novidade que também é boa de 15% daquilo num investimento que para o município  
673 é importantíssimo, assim, destacou que não poderia deixar de registrar a satisfação coletiva porque durante muitas vezes  
674 tentaram nesse sentido e é uma grande conquista para os municípios. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus, Marleide  
675 Figueiredo, parabenizou a Superintendência e toda a equipe que têm estado junto aos municípios, em parceria, buscando as  
676 necessidades e trazendo respostas. O Secretário Municipal de Saúde de Juazeiro, Ubiratan Moreira, colocou que quando se  
677 faz o registro de preço pela SESAB a entrega é aqui em Salvador e questionou se tem estrutura aqui para receber de todos os  
678 municípios, já que fazer o registro de preço para entregar em cada município parece inviável. Dr. Amauri Teixeira esclareceu  
679 essa questão técnica, informando que será feito um registro de preço da SESAB que permite a adesão dos municípios e aí  
680 cada um será o demandante, ou seja, se um determinado município aderir a um elenco de medicamentos, o contrato é com ele  
681 e a entrega será onde ele determinar. Exemplificou que tem sido feito adesão a registros de preço do Rio Grande do Norte,  
682 Piauí, Goiás, Rio de Janeiro e a entrega é aqui e sem ônus, portanto, a partir do momento que o município adere é ele quem  
683 está contratando e que determina onde será entregue não o estado. Dra. Gisélia Souza lembrou que a adesão não é um ato  
684 unilateral, o fornecedor também vai dizer se aceita ou não e na verdade ganha o registro de preço o fornecedor que aceitar as  
685 condições colocadas pelo edital, definidas por nós. Reforçou alguns aspectos, primeiro que os 15% a que se refere a Portaria  
686 poderão ser destinados para estruturação de serviços da assistência farmacêutica a partir da publicação da mesma, então o  
687 que se tem de recurso não gasto anteriormente não pode ser utilizado para estruturação. Informou que há uma ampliação  
688 muito significativa do elenco e ainda mais, os municípios têm como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
689 – RENAME e dentro dela tudo que tiver de medicamentos para atenção básica pode ser adquirido com recurso do município  
690 para assistência farmacêutica básica. Com isso há uma possibilidade de gastos maior dos recursos destinados à assistência  
691 farmacêutica, além do mais podem ampliar se houver pactuação para itens que sejam necessários. Na verdade são trezentos e  
692 vinte e sete itens, pois está disponível uma relação de fármacos com três ou quatro apresentações, portanto há essa  
693 possibilidade muito maior de gastos desses recursos para dar conta do que os municípios têm para ser gasto com  
694 medicamentos. Ressaltou também que é fundamental que tenhamos respaldo e aprovação deste programa que estamos  
695 lançando aqui hoje porque ele será a principal base para estruturação da assistência farmacêutica nos municípios menores de  
696 15.000 habitantes, assim, a Farmácia da Bahia vai ser um grande programa de estruturação da assistência farmacêutica nos  
697 pequenos municípios, o que não significa que depois em uma segunda fase não possamos estender a lógica do programa para  
698 todo o Estado da Bahia mas vamos iniciar com a população que mais precisa. Ressaltou ainda que com a implantação do  
699 SIGAF, vamos ter a possibilidade concreta de gerenciar com eficácia e eficiência os recursos da assistência farmacêutica, a  
700 possibilidade de fazer rastreabilidade dos pacientes dentro da própria rede, na medida em que o paciente entra no sistema ele  
701 é cadastrado, recebe o medicamento, vamos saber que tipo de medicamento ele está utilizando e esta é uma ferramenta  
702 maravilhosa. Estamos colocando um elenco do que seria o mínimo para os municípios aderirem ao SIGAF, mas existem outras  
703 funcionalidades que se o município quiser implantar, terá o nosso apoio e respaldo técnico e terão uma ferramenta de gestão  
704 poderosa para tomada de decisão, para alocação de recursos, para saber direcionar a compra, poder programar e adquirir com  
705 mais eficiência os medicamentos da assistência farmacêutica. Lembrou do Programa Medicamento em Casa que foi iniciado  
706 desde o ano passado, já são cinquenta municípios que estão com o termo de adesão assinado, mas em funcionamento são  
707 dezessete e ressaltou a necessidade do empenho do gestor para colocar esse programa em funcionamento, pois tanto as  
708 equipes como os pacientes que participam ficam muito gratos, se sentindo cidadãos por estarem recebendo em casa seu  
709 medicamento de uso contínuo necessário para o controle de hipertensão, diabetes e planejamento familiar. Apelo aos  
710 Secretários Municipais de Saúde que já tem o programa implantado e aos que estão com o termo de compromisso, para  
711 priorizarem o Programa Medicamento em Casa que é de grande impacto social, o gestor ganha muito com isso e a população  
712 precisa ter este benefício. **O Coordenador após considerações dos membros da CIB questionou quanto a aprovação**  
713 **dos pontos da DASF, sendo todos aprovados.** Dando prosseguimento, a pedido da SUREGS, o Senhor Coordenador  
714 procedeu uma inversão de pauta indo para o item 5.1 Consensos do GT PPI. Dr. Andrés Alonso relatou que o GT se reuniu e  
715 por consenso definiu a aprovação de uma série de propostas, dentre elas a Política de Financiamento inclusive com a  
716 classificação dos hospitais que será apresentada, a proposta que inclusive já está disponível no site, e passou a palavra para a  
717 coordenadora do GT a fim de dirimir eventuais dúvidas que possam surgir em função do processo. Dra. Conceição Benigno  
718 informou que todos os consensos estão sendo publicizados no site da DIPRO, onde estão sendo colocados com mais clareza  
719 os ganhos para os municípios principalmente no que diz respeito ao TFD. Ressaltou que o GT avançou muito na última reunião  
720 quando aprovou coisas importantes dentre elas essa questão do TFD que era uma angústia para os municípios e várias outras  
721 coisas bem importantes. Como foi tudo apresentado na reunião pela manhã, passou a palavra para a Presidente do COSEMS  
722 para a tomada de decisão, colocando-se à disposição para reapresentação se fosse julgado necessário e agradeceram a todos  
723 os representantes do GT PPI e aos outros Secretários que participaram do processo e entenderam a importância da  
724 democratização e do debate do processo. Foi um trabalho intenso que será publicado no site com a apresentação de hoje e  
725 com o organograma já acordado para 2010 e todos os próximos passos da PPI. Desejou a todos um feliz natal e ano novo,  
726 ressaltando que não vamos perder o ritmo retomando em janeiro tirando o atraso de choque de agendas do fim de ano, com o  
727 objetivo de mudar o patamar da nossa situação em relação à PPI no Estado da Bahia. Dra. Suzana Ribeiro colocou que como  
728 houve consenso no GT, se não houver nenhuma dúvida ou discordância deve-se manter e encaminhar, mas caso alguém  
729 queira ver e abrir alguma discussão aí deve ser remetido aos membros da CIB. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus,  
730 Marleide Figueiredo, relatou que esteve no GT do dia 10, mas precisou sair cedo devido a outra reunião e não pôde

acompanhar a classificação dos hospitais, assim gostaria de ter acesso, pois tinha solicitado a inclusão de Ilhéus como referência estadual já que o município atendia aos critérios colocados a princípio. Dra. Conceição Benigno informou que a classificação dos hospitais já foi apresentada na CIB de 17 de setembro oficialmente, ficou faltando a homologação da microrregional tipo 2 que é o que está na apresentação de hoje e o destaque dos treze hospitais. Dr. Raul Molina lembrou que um dos questionamentos levantados pela manhã foi a respeito do cronograma concordando que é preciso avançar com a PPI, mas solicitou rever essa questão. Dra. Conceição Benigno argumentou que hoje seria a rodada da Centro-Leste que não pôde acontecer em função da reunião da CIB, e também não poderia ser feita depois da Leste, inclusive convenceu com Dra. Suzana no dia da rodada da Sudoeste sobre esses choques de agenda e realmente não deu para fazer agora. Houve uma reunião interna e a equipe já comprometeu com a Norte que conseguiu um local em Juazeiro e está com a rodada garantida para o dia 21 de dezembro, e já estão programadas as seguintes rodadas para o mês de Janeiro: 20 – Sul, 21 – Centro-Leste e 22 – Leste, além disso o cronograma já tem agendado a reunião do GT no dia 15 e de 18 a 22 acortecerá a oficina de qualificação do ambulatório para os Técnicos em paralelo às rodadas. Dra. Suzana Ribeiro questionou se não daria para antecipar e Dra. Conceição Benigno respondeu que não porque é período de férias, a DIPRO não parou e nem vai parar, se dividindo com os poucos técnicos nesse período para não interromper a PPI. Dra. Suzana considerou importante esclarecer para que não haja ruído de comunicação. A Secretária Municipal de Saúde de Ilhéus, Marleide Figueiredo, confirmou que Ilhéus estava como macrorregião e Itabuna como estadual e gostaria de saber qual foi o critério que tirou Ilhéus da referência estadual, solicitando revisão da situação. Dra. Conceição Benigno ficou de proceder a revisão. O Senhor Coordenador lembrou que tem os critérios consensuados, caso alguma unidade hospitalar não tenha sido incluída mesmo cumprindo os critérios deve ser revista e adequada, o que pode ser o caso de Ilhéus e de alguma outra. Dra. Conceição Benigno sugeriu que se não há dissenso quanto aos critérios e as condições, então em qualquer momento, aplicando tem que atender. Dra. Suzana Ribeiro colocou que houve uma conversa no COSEMS em relação a essas questões e é como foi colocado, faz o destaque do ponto e faz uma nova discussão tentando adequar aos critérios, inclusive e houve a proposta de que se houvesse divergência não fosse colocado aqui na CIB para não ter conflito, então se houver algum ponto de divergência se puder cria-se a convergência dentro do próprio GT, não tem nenhum problema em remeter de novo uma pauta até para tirar a dúvida e fazer uma discussão não para passar por cima da decisão, mas cabe fazer o destaque, discutir e resolver. Dra. Conceição Benigno propôs fazer a resolução aprovando os critérios e condições, revisar a lista e apresentar novamente no dia 15 na reunião do GT a lista da classificação dos hospitais. Considerou importante a publicação das resoluções pelo fato de que estamos fechando o Relatório de Gestão e frente ao MS nós tínhamos como meta fechar a PPI ainda em 2009 e são elas que vão demonstrar em que ponto estamos com relação à PPI. Dando continuidade, o Senhor Coordenador passou para o próximo ponto de pauta: 4. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAE 4.1 Programa de Transplante no Estado. OPO – Organização de Procura de Órgãos de acordo com a portaria Nº. 2.600 de 21/10/2009. Apresentação: Dr. Heraldo Moura.

**Situação Atual dos Transplantes**

Proposta para Implantação de OPOS

Eraldo Salustiano de Moura  
[transplante@saude.ba.gov.br](mailto:transplante@saude.ba.gov.br)  
[mouraeraldo@gmail.com](mailto:mouraeraldo@gmail.com)

**programa de transplante**

- Benefício Social
- Criação de Divisas Científicas e Tecnológica
- Aporte de recursos para o estado e municípios
- Redução de custos com TFD e Diárias

**definição de transplante**

remoção de órgãos / tecidos do **doador**

Binômio  
doação - transplante individual

**implante no receptor**

**Indicação de transplante**

- doença terminal do órgão
- vontade de realizar
- ausência de contra-indicação

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  
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  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864



1954: Tx renal em glóbulos uriníferos

## objetivos dos transplantes

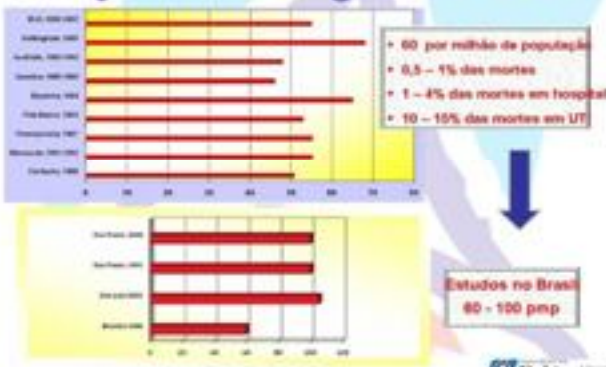
### 1. salvar vidas

- fígado
- coração
- pulmão
- medula óssea
- intestino
- pele

## processo doação - transplante



## epidemiologia da ME



## doadores efetivos

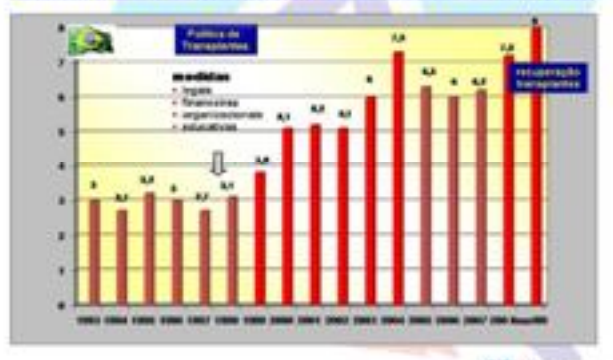


Country	Doadores	Doadores por mil
Países Baixos	34	22,5
Inglaterra	79	28,7
Colômbia	100	16,9
Reúnes	440	11,7
Costa Rica	55	12,0
Chile	102	8,8
Bélgica	1.708	7,2
Colômbia	433	6,9
Finlândia	10	3,1
Malásia	216	2,8
Espanha	73	2,8
Austrália	82	2,9
Bélgica	9	1,0
Polónia	33	0,8
El Salvador	10	1,4
Paraguai	2	0,6
Escócia	0	0,0
Estados Unidos		
Washington D.C.	0	0
Lula (Brasil)	3,842	6,7

## deceased donors



## Evolução dos doadores efetivos pmp



865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931

# doador falecido

**2008**

**óbitos:** 1,4 milhões por ano

**possíveis doadores:**

- órgãos: 70 pm/ano (13.000)
- córneas: 5% das mortes (70.000)

**potenciais doadores:**

- órgãos: 32,5 pm/ano - 5.992 (44%)

**doadores efetivos:**

- órgãos: 1.317 (7,2 pm) 10% dos possíveis doadores - 23% dos potenciais doadores
- córneas: 19.000 (54 pm) 14% dos possíveis doadores

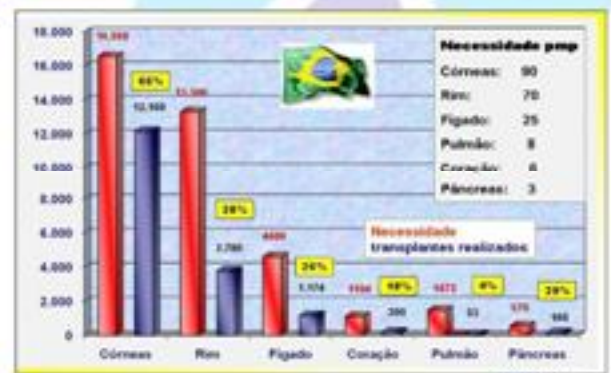
# uniforme no Brasil

- ☐ legislação
- ☐ pagamento:
- ☐ tabela SUS
- ☐ extra-teto
- ☐ política: centralizada (SNT) - (SP)

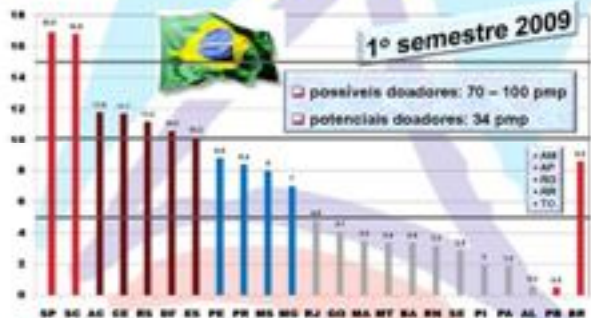
## Doadores efetivos por estado



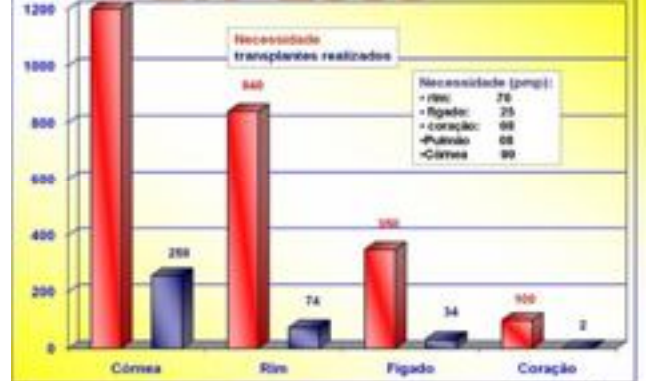
## Necessidade estimada e transplantes - 2008



## Doadores efetivos por estado



## BA 2008



### Órgãos

Órgão	Equipes Transplantadoras		%
	Equipes Certificadas	Equipes Ativas em 2008	
Coração	08	35	11,7%
Fígado	09	42	30,4%
Pâncreas	01	12	8,3%
Pulmão	17	3	2,2%
Rim	225	127	56,2%
<b>TOTAL</b>	<b>440</b>	<b>219</b>	<b>49,8%</b>

Órgão	Voto	Transplantes Realizados		%	RPM
		Estados	Total		
Coração	0	140	140	3,2%	1,0
Fígado	02	484	376	31,2%	6,3
Pâncreas	1	127	127	1,0%	0,9
Pulmão	1	47	47	1,1%	0,3
Rim	1.000	1.600	3.000	75,0%	31,5
<b>TOTAL</b>	<b>1.014</b>	<b>2.401</b>	<b>4.090</b>	<b>16,6%</b>	

ESTADO	POTENCIAL DOADOR		R.A.P.		C.I.M.		P.C.R.		M.S.N.C.		I.L.		OUTROS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Acre	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Amapá	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bahia	241	41	100	10	42	17	10	134	51,0	0	0	0	0	0
Ceará	198	34	112	45	227	36	142	3	10	0	0	0	0	4,5
Dist.Federal	133	24	274	60	164	7	1,6	0	0	0	0	0	0	0
Espírito Santo	112	27	227	47	261	3	1,6	0	10	0	0	0	0	1,2
Goiás	100	25	112	30	112	30	16,4	0	0	0	0	0	0	0
Maranhão	70	20	102	14	110	10	16,4	11	141	0	0	0	0	1,4
Mat.Grande	44	0	107	12	107	7	14,5	0	14,6	0	0	0	0	4,3
Mato Grosso	44	0	11,4	3	47	0	14,5	0	0	0	0	0	0	4,5
Mato Grosso Sul	44	0	117	65	145	60	24,9	11	32	0	0	0	0	1,0
Pará	90	21	210	30	200	14	14,0	10	13,6	0	0	0	0	1,0
Paraná	70	11	14,4	0	11,8	34	44,0	1	1,4	0	0	0	0	0,8
Paríba	200	30	142	116	427	1	27	0	32	0	0	0	0	0,3
Pernambuco	100	24	140	27	138	11	14,6	11	26,2	0	0	0	0	0,3
Piauí	44	13	29,4	0	61	1	6,9	1	3,9	0	0	0	0	1,4
Rio de Janeiro	300	90	217	117	200	100	20,0	10	6,8	0	0	0	0	1,3
Rio Grande do Sul	60	10	20,0	0	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0,0
Rio Sul de Minas	200	30	30,0	0	0	10	2,0	0	0,0	0	0	0	0	0,0
Rio Grande	100	11	207	0	1,8	14	1,4	0	0,0	0	0	0	0	0,0
São Catarina	100	11	207	0	1,8	14	1,4	0	0,0	0	0	0	0	0,0
São Paulo	1000	200	100	30	31	100	20,0	0	0,0	0	0	0	0	2,0
Sergipe	44	0	107	0	10,7	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>1.014</b>	<b>100</b>	<b>17,8</b>	<b>10</b>	<b>10,8</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>1,4</b>	<b>10</b>	<b>1,0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

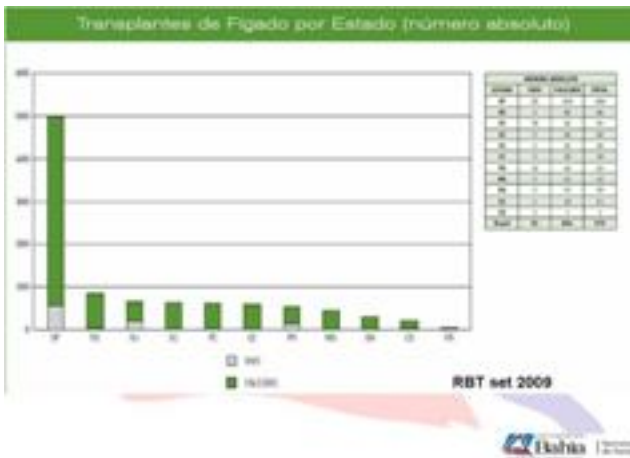
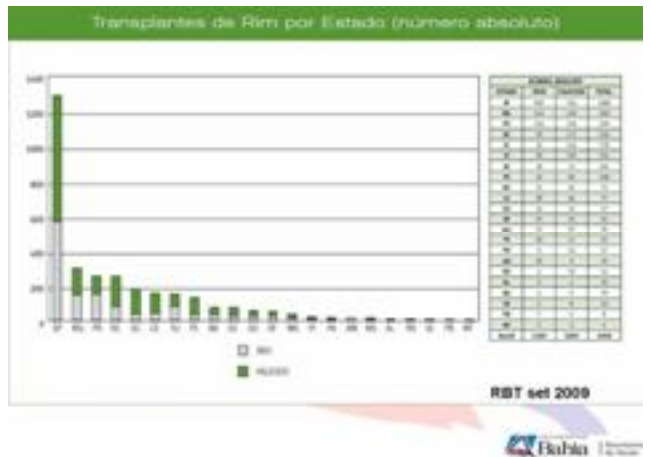
RBT set 2009



SBOT - maio 2009

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  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998

Estado	Fórmula Média										Módulo de Média				Distribuição			
	Máx	Min	0-6	6-11	12-17	18	19	20	SCE	AVC	De	A	AB	B	C			
AC	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
AL	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
AP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
BA	20	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
CE	40	20	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
DF	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
ES	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
GO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MA	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MT	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MS	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
PA	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
PE	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
PI	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
PR	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
RN	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
RO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
RS	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
SC	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
SE	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
SP	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
TO	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
MTM	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			



### Evolução do Transplante

TX	2006	2007	2008	2009	doad ores	2006	2007	2008	2009
fígado	14	36	33	47	simples	16	42	46	49
rim	54	68	72	125	Córnea	98	107	200	182
córnea	112	190	256	369					
coraç ão	-	-	02	02					

### PORTARIA No- 2.600, DE 21 DE OUTUBRO DE 2009 Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Art. 12. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, em conformidade com a avaliação da respectiva CNCDO, estão autorizadas a criar Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos - OPO.



## a) Informações Gerais do Estado

- População do estado: 14.637.364 hab.
- Número de equipes habilitadas para realizar transplantes = 34
- Número de estabelecimentos habilitados para realizar transplantes = 26

## Organização de Procura de Órgãos

**Interior = 04**

**Salvador = 03**

### OPO Feira de Santana

- Cidade sede = Feira de Santana
- Unidade de Referência - Hospital Geral Cleriston Andrade
- Gestor responsável = Estado/Município
- População atendida = 8
- Hospitais cobertos =
- Equipes transplantadoras coberto =
- Meta qualitativas estabelecidas =
- Metas quantitativas estabelecidas =

#### Medidas de eficácia

##### (A) Gestão de doadores:

- Indicadores utilizados:

1. Taxa notificação préstano
2. Taxa de contra-indicação clínica
3. Taxa de contra-indicação sorológica
3. Taxa de recusa familiar
4. Taxa de doadores efetivos préstano

##### (B) Obtenção de órgãos:

- Indicadores utilizados:

1. Taxa de aproveitamento doação/extração
2. Taxa de aproveitamento extração/implantação

##### (C) Utilização de órgãos:

- Indicadores utilizados:

1. Taxa de utilização de órgãos validos/gerados
2. Taxa de utilização de órgãos validos/implantados localmente
3. Taxa de utilização de órgãos validos/implantados fora do centro
4. Taxa de órgãos validos/órgãos recebidos de outro centro

##### (D) Resultado:

- Indicadores utilizados:

1. Sobrevida actuarial

### OPO Sudoeste

- Cidade sede = Vitória da Conquista
- Hospital Geral de Vitória da Conquista
- Gestor responsável = Estado/Município
- População atendida =
- Hospitais cobertos = 6
- Equipes transplantadoras coberto =
- Meta qualitativas estabelecidas =
- Metas quantitativas estabelecidas =

### OPO do Cacau

- Cidade sede = Itabuna
- Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães
- Gestor responsável = Estado/Município
- População atendida =
- Hospitais cobertos = 08
- Equipes transplantadoras coberto =
- Meta qualitativas estabelecidas =
- Metas quantitativas estabelecidas =

### OPO Sul

- Cidade sede = Porto Seguro - Teixeira de Freitas
- Hospital Geral Luis Eduardo Magalhães
- Gestor responsável = Estado/Município
- População atendida =
- Hospitais cobertos = 08
- Equipes transplantadoras coberto =
- Meta qualitativas estabelecidas =
- Metas quantitativas estabelecidas =

### OPO Metropolitana

- HSR, Unimed, Aeroporto, Jaar, HGRS, H G Camaçari, Hospital Menandro de Farias, Hospital Geral de Simões Filho, Mata de São João, Hospital Dantas Bido
- Total 11 hospitais
- leitos
- leitos de UTI
- números de profissionais
- número de óbitos

1066  
1067  
1068  
1069  
1070  
1071  
1072  
1073  
1074  
1075  
1076  
1077  
1078  
1079  
1080  
1081  
1082  
1083  
1084  
1085  
1086  
1087  
1088  
1089  
1090  
1091  
1092  
1093  
1094  
1095  
1096  
1097  
1098  
1099  
1100  
1101  
1102  
1103  
1104  
1105  
1106  
1107  
1108  
1109  
1110  
1111  
1112  
1113  
1114  
1115  
1116  
1117  
1118  
1119  
1120  
1121  
1122  
1123  
1124  
1125  
1126  
1127  
1128  
1129  
1130  
1131  
1132

## OPO Cidade Baixa

- HSI, Santo Antonio, Sagrada Família, Agenor Paiva, Hospital Batista Caribe, Hospital São Jorge, HAN, Hospital da Cidade, Hospital Geral Ernesto Simões, EME Curuzú, HUPES, COT, H Santa Izabel
- Total 12 hospitais
- leitos
- leitos de UTI
- números de profissionais



## OPO Central

- Manoel Vitorino, HP, HGE, HE, HA, HJV, Hospital São Marcos, Hospital Salvador Evangelico, Maltez, 5º Centro, HGE
- Total 11 hospitais
- leitos
- leitos de UTI
- números de profissionais



## 4. IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE TRANSPLANTES EM UNIDADES PÚBLICAS

### OBJETIVO:

- Ampliar a oferta de serviços de transplantes, facilitando o acesso da população



## 4. IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE TRANSPLANTES EM UNIDADES PÚBLICAS

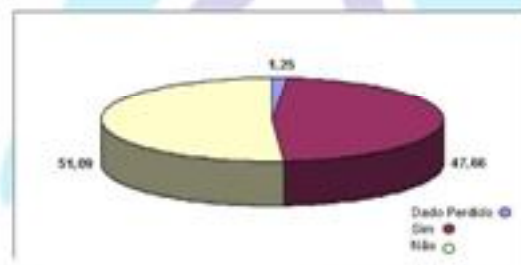


## 1. PROTOCOLO DE INTENÇÕES COM AS UNIVERSIDADES: IMPLANTAÇÃO DO MÓDULO DE TRANSPLANTE

- Elevação do conhecimento sobre Política de Transplantes, resgatando a dívida que as academias têm com a formação dos profissionais de saúde
- Aumento do número de doadores efetivos
- Cidadania e mobilização social



## Resultados



## 2. TERMO DE COOPERAÇÃO COM AS SECRETARIAS DE GOVERNO

- Secretaria de Cultura
- Secretaria de Trabalho emprego renda e esporte
- Secretaria de Turismo
- Secretaria da Educação



## 2. TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA COM AS SECRETARIAS DE GOVERNO

- Intersetorialização da Política de Transplantes
- Transversalização de ações, facilitando a divulgação das políticas multi-setoriais da Secretaria da Saúde



### 3. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO LATU SENSU EM TRANSPLANTES

#### Objetivo

- Capacitar enfermeiros para atuar no processo doação/transplante considerando o cuidado humanizado e a ética.

#### Público Alvo:

- Enfermeiros

#### Carga horária:

- 448 horas: 268 teóricas e 80 práticas



### 5. ELABORAÇÃO DE MANUAIS

#### Rotinas do estado para diagnóstico de morte encefálica e manutenção do potencial doador

- Padronização dos procedimentos médicos

#### Manual do Paciente: rim, córnea, fígado e coração

- Orientação do processo doação/transplante para dos receptores em lista de rim, córnea, fígado e coração



### 6. TELEMEDICINA

#### OBJETIVOS:

- Garantir a realização do atendimento aos possíveis doadores localizados em regiões distantes da área metropolitana
- Proporcionar a discussão técnica entre equipes transplantadoras no Brasil e no mundo.

#### AÇÕES:

- Diagnóstico de morte encefálica
- Atendimento de potencial doador à distância
- Formação de rede com Equipes Transplantadoras e Centrais de Transplantes
- Módulo de transplantes para Universidades e Escolas de 1ª e 2ª graus



### 7. COMISSÕES INTRA HOSPITALARES

- Pioneirismo em implantação de comissões intra hospitalares com funcionários exclusivos

- Hospital Geral do Estado, Hospital Geral Ernesto Simões, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Clériston Andrade, Hospital de Base de Vitória da Conquista, Hospital Regional de Ilhéus

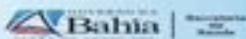


Após a apresentação o Senhor Coordenador colocou em discussão e votação. Dra. Lorene Pinto questionou se o potencial doador é estimado pela causa de óbito e Dr. Heraldo esclareceu que é considerado potencial doador aquele indivíduo após ter iniciado o protocolo de morte encefálica;  $\frac{1}{2}$  a 1% da população morre por ano, dessa quantidade pelo menos 5 a 10% podem ser doadores, não tem contra indicação para doar, então a estimativa é global. Dra. Lorene comentou que como todas as capitais do Brasil têm como primeira causa de mortalidade os acidentes e a violência na população adulta ou jovem, o potencial de doador é imenso. Dr. Heraldo complementou que dentro dos nossos hospitais anualmente morre em torno de trinta e seis mil pessoas fora os que falecem em via pública ou em casa, e destes óbitos nos hospitais no ano passado tivemos apenas quarenta e seis doações de múltiplos órgãos e duzentas doações de córnea, isso mostra que é um processo que necessita do envolvimento da população e dos gestores para mudarmos essa realidade. Informou ainda que boa parte dos pacientes que precisa de transplante não está nas nossas filas, mesmo tendo quase quatro mil pessoas nas filas, ainda há uma quantidade bem grande que não está porque quem está atendendo esses pacientes não sabe que aquela doença pode ser tratada com transplante, a exemplo de cirróticos que sangram até a morte e não são indicados para transplante de fígado, com os cardiopatas acontece também, assim, é importante começarmos a criar uma cultura de que o indivíduo que tem indicação de transplante ele vá buscar, e aquele indivíduo que a sociedade está perdendo possamos dar opção à família para poder ajudar outras pessoas. **Após as colocações foi aprovado à unanimidade** Próximo ponto de pauta: **4.3 Proposta de Conformação da Rede Estadual de Assistência a Queimados**. Apresentação: Dra. Ledívia Sampaio Nogueira Espinheira

## REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA À QUEIMADOS

Bahia - dezembro / 2009

SAIS  
Secretaria de Assistência Integral à Saúde  
DAB  
Departamento de Assistência  
DAB  
Departamento de Assistência



## EPIDEMIOLOGIA

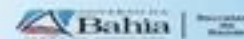
#### Conceito

- Extensão da Queimadura
- Grande Queimado
- Médio Queimado
- Pequeno Queimado

#### Agente Etiológico das Queimaduras

- Inflamáveis
- Gasosos
- Radiação
- Sólidos
- Químicos
- Lípidos
- Calor
- Eletricidade

SAIS  
Secretaria de Assistência Integral à Saúde  
DAB  
Departamento de Assistência  
DAB  
Departamento de Assistência



1133  
1134  
1135  
1136  
1137  
1138  
1139  
1140  
1141  
1142  
1143  
1144  
1145  
1146  
1147  
1148  
1149  
1150  
1151  
1152  
1153  
1154  
1155  
1156  
1157  
1158  
1159  
1160  
1161  
1162  
1163  
1164  
1165  
1166  
1167  
1168  
1169  
1170  
1171  
1172  
1173  
1174  
1175  
1176  
1177  
1178  
1179  
1180  
1181  
1182  
1183  
1184  
1185  
1186  
1187  
1188  
1189  
1190  
1191  
1192  
1193  
1194  
1195  
1196  
1197  
1198  
1199

1200  
1201  
1202  
1203  
1204  
1205  
1206  
1207  
1208  
1209  
1210  
1211  
1212  
1213  
1214  
1215  
1216  
1217  
1218  
1219  
1220  
1221  
1222  
1223  
1224  
1225  
1226  
1227  
1228  
1229  
1230  
1231  
1232  
1233  
1234  
1235  
1236  
1237  
1238  
1239  
1240  
1241  
1242  
1243  
1244  
1245  
1246  
1247  
1248  
1249  
1250  
1251  
1252  
1253  
1254  
1255  
1256  
1257  
1258  
1259  
1260  
1261  
1262  
1263  
1264  
1265  
1266

## EPIDEMIOLOGIA

**• Incidência**

**• Prevenção**  
- Campanhas Sistemáticas  
- Produção de Material Educativo

**• Tratamento / Reabilitação**  
- Hospitalar  
- Ambulatorial  
- Internação Domiciliar

**• Rede de Apoio**  
- Família  
- Equipe Interdisciplinar  
- Recursos Comunitários

**SAIS**  
Sistema de Informação Integrada à Saúde  
**DAE**  
Departamento de Assistência Especializada  
**CRAB**  
Centro de Referência de Assistência Especializada



## Situação Atual Assistência

Procedimentos realizados no Estado, por tipo, ano e n° de municípios, 2008 e 2009

Procedimento	2008		2009 <sup>(1)</sup>	
	N° de Municípios	Produção	N° de Municípios	Produção
Tratamento de Grande Queimado	11	641	11	155
Tratamento de Médio Queimado	83	679	26	467
Curativo de Grande Queimado	1	2834	1	1834

Fonte: Datasus / TABWIN  
(1) Dados referentes ao 1º semestre

**SAIS**  
Sistema de Informação Integrada à Saúde  
**DAE**  
Departamento de Assistência Especializada  
**CRAB**  
Centro de Referência de Assistência Especializada



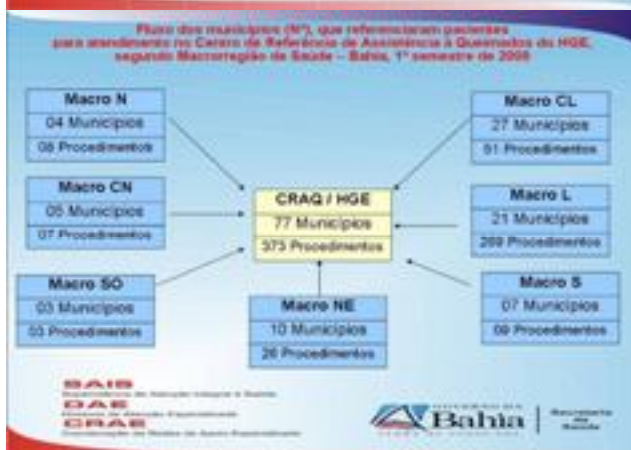

## Situação Atual Assistência

Produção do Estado e do HGE, por tipo de procedimento e ano

Procedimento	2008			2009 <sup>(1)</sup>		
	Estado	HGE		Estado	HGE	
		N°	%		N°	%
Tratamento de Grande Queimado	641	601	94	155	119	77
Tratamento de Médio Queimado	679	347	51	467	254	54
Curativo de Grande Queimado	2834	2279	80	1574	1319	84
<b>TOTAL</b>	<b>4.154</b>	<b>3.277</b>	<b>74</b>	<b>2.196</b>	<b>1.692</b>	<b>77</b>

Fonte: Datasus / TABWIN  
(1) Referente ao 1º Semestre / 2009

**SAIS**  
Sistema de Informação Integrada à Saúde  
**DAE**  
Departamento de Assistência Especializada  
**CRAB**  
Centro de Referência de Assistência Especializada

## Situação Atual Assistência

• Existência de 01 Centro de Referência em Atendimento à Queimados – Alta Complexidade

• Hospital Geral do Estado – Salvador / Bahia  
Portaria SAS / MS N° 180 de 01/06/2001



**SAIS**  
Sistema de Informação Integrada à Saúde  
**DAE**  
Departamento de Assistência Especializada  
**CRAB**  
Centro de Referência de Assistência Especializada



1267  
1268  
1269  
1270  
1271  
1272  
1273  
1274  
1275  
1276  
1277  
1278  
1279  
1280  
1281  
1282  
1283  
1284  
1285  
1286  
1287  
1288  
1289  
1290  
1291  
1292  
1293  
1294  
1295  
1296  
1297  
1298  
1299  
1300  
1301  
1302  
1303  
1304  
1305  
1306  
1307  
1308  
1309  
1310  
1311  
1312  
1313  
1314  
1315  
1316  
1317  
1318  
1319  
1320  
1321  
1322  
1323  
1324  
1325  
1326  
1327  
1328  
1329  
1330  
1331  
1332  
1333

## MARCO LEGAL

**Portaria GM / MS Nº. 1.273, de 21 de novembro de 2000.**

„Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados.

„Determina às SES a organização das Redes Estaduais, integradas por:

**Hospitais Gerais:**

- Centralizados pelo SUE;
- Condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e RH adequados para realizar o primeiro atendimento ambulatorial e de internação hospitalar aos pacientes com queimaduras.

**Centros de Referência em Assistência à Queimados:**

- Hospitais / Serviços – maior nível de complexidade;
- Condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e RH específicos para atendimento paciente com queimaduras – referência especializada na Rede de Assistência à Queimados.

## MARCO LEGAL

- Estabelece critérios para definição do quantitativo de hospitais que integrarão suas Redes:
  - população;
  - necessidade de cobertura;
  - nível de complexidade dos serviços;
  - série histórica de atendimentos realizados à queimados;
  - distribuição geográfica dos serviços;
- integração com o Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.
- Define o quantitativo máximo de Centros de Referência em Assistência à Queimados por Estado (Anexo I):  
**Bahia – 05 Centros de Referência.**
- Determina que as SES, uma vez definida a Rede, estabeleçam os fluxos e mecanismos referência e contra referência dos pacientes com queimaduras.

A Senhora Ledvia Espinheira informou que o Hospital Geral do Estado, que corresponde a produtividade que foi discutida, apresenta dificuldades, pois, está em pleno processo de discussão na SESAB e com a provável condição de serem resolvidos os problemas com recursos humanos assim como de espaço físico das unidades que serão reformadas. Dando continuidade apresentou os slides a seguir.

## FLUXO

**Hospitais Gerais**

↓  
1º atendimento (Ambulatório / Internação)

**Centros de Referência em Assistência à Queimados – AC**

- Referência Especializada

## REDE IDEAL

**Parâmetro**  
Centro de Referência em Assistência à Queimados

→

**1 2.000.000Hab**

**População da Bahia (IBGE, 2007)**  
14.080.670 Hab.

**Meta**  
07 Centros de Referência

## REDE PROPOSTA

Macro	Município	Centros de Referência em Assistência à Queimados
Leste	Salvador	HGE
	Cruz das Almas	HMCA
Oeste	Barreiras	HO

## REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA À QUEIMADOS – 2009/2010

Rede Proposta

Centros de Referência em Assistência à Queimados

Informou que os centros de referência da região leste seriam o de Salvador e o de Cruz das Almas, o da região oeste seria o de Barreiras e o da região norte foi citado anteriormente e possui os leitos preparados, iria atender os pacientes, mas não estaria habilitado para tal procedimento. Ao término da apresentação a Senhora Lorene Pinto questionou se o trânsito do paciente era via regulação, através dos centros de referências de queimados. O Senhor Washington Couto questionou também se iria se começar com três centros de referência sendo que Juazeiro faria parte da rede, mas não teria o credenciamento. A

1334 Senhora Ledívia Espinheira informou que acreditava que a rede da forma que foi proposta daria para atender a demanda de  
1335 pacientes desde que se consiga readequar o HGE para que as suas instalações realmente sejam capazes de atender aos  
1336 quarenta leitos que lá se encontram. O Senhor Eraldo relatou que para o ano de 2010 estava sendo preparado um banco de  
1337 multi-tecidos para o Estado, pois grande parte da mortalidade dos pacientes acontece por não haver pele para enxertos e os  
1338 curativos. Informou que o Ministério da Saúde iria disponibilizar os recursos e havia a proposta de implantar até o final do ano  
1339 um banco de pele, osso, válvulas cardíacas e cordão umbilical. A Senhora Ledívia informou também da importância de se  
1340 contar com o apoio dos municípios para o atendimento a média complexidade. Informou que esse movimento tem sido feito,  
1341 era de grande importância e não impedia que os municípios continuassem prestando atendimentos de média complexidade a  
1342 estes pacientes. O Senhor Antônio Vieira, Secretário de Saúde do município de Itabuna, informou da dificuldade do município  
1343 nesta questão, pois Itabuna tem um hospital de grande porte, que era o hospital municipal, mas não havia a UTI móvel, e este  
1344 era um pedido já de muito tempo, e o hospital apesar de ser municipal atendia a mais de certo e vinte municípios, 54% dos  
1345 procedimentos eram de municípios circunvizinhos e era comum aparecerem casos de pacientes queimados que vão a óbito.  
1346 Afirmou da dificuldade de se conseguir leitos na cidade de Salvador, e questionou sobre os critérios e como seria a  
1347 transferência. A Senhora Ledívia informou que a ideia era de se apresentar a rede, com as unidades que estão aparelhadas  
1348 para prestar o serviço, pois a unidade de Cruz das Almas seria uma alternativa, para que não haja o acúmulo dessa produção  
1349 no HGE. Informou que a ideia era criar essa rede e buscando informações. O Senhor Antônio Vieira informou que havia muita  
1350 demanda na parte de trauma e Ilhéus, que possui um hospital Estadual, seria uma opção para aumentar a disponibilidade da  
1351 rede de queimados. A Senhora Marleide Figueiredo informou que o Hospital Geral há um bom tempo vinha com a unidade de  
1352 queimados e houve grande resolução. Explicou que essa questão tem que ser discutida, o município de Ilhéus deveria ver  
1353 a questão com a SESAB porque havia uma perspectiva de neurocirurgia no hospital regional, e havia algumas dificuldades  
1354 com relação à capacidade instalada e essa questão deveria ser aprovada com o Secretário de Saúde de Estado para  
1355 avaliar as possibilidades. O Senhor Raul Molina reforçou o pedido do Senhor Antônio Vieira para o município de Ilhéus porque  
1356 se tratava de uma região importante, onde havia um vazio assistencial para o extremo-sul. Informou também que havia uma  
1357 unidade de queimados no seu município há um ano e meio, e desde então os leitos de UTI foram habilitados para queimados.  
1358 Relatou que a unidade de queimados ficava dentro de uma unidade pediátrica se teve condições de colocar sete leitos de  
1359 adultos e três de pediatria. Relatou que era importante essa rede porque o queimado era o paciente desfavorecido, pois estes  
1360 acidentes acontecem com a população mais carente informou que já está encaminhando pacientes do HGE para a UTI de Cruz  
1361 das Almas. Informou que o município está ficando como referência na reabilitação e recuperação das seqüelas e para isto  
1362 teve que se adequar com dois cirurgiões plásticos, um Coordenador, três cirurgiões para os curativos, além da equipe da UTI.  
1363 Relatou que era por esse motivo que na rede de queimados havia incluído o município de Cruz das Almas e que este já se  
1364 apresenta com dezoito leitos para esta finalidade, além dos dez leitos de UTI, e agradeceu a SESAB por ter feito esta inclusão.  
1365 O Senhor Washington informou que o entendimento era que fosse aprovada a rede de queimados e as novas inclusões  
1366 deveriam retomar à CIB para serem aprovadas, inclusive com a sugestão do Senhor Antônio Vieira sobre a inclusão do  
1367 município de Ilhéus na rede de queimados. O Senhor Washington Couto informou que o município de Cruz das Almas entraria  
1368 com dezesseis leitos e dez de UTI, **como não houve manifestação contrária o ponto foi considerado aprovado.** Dando  
1369 continuidade o Senhor Washington Couto informou que foi feita uma mudança e o próximo ponto seria o 4.2 Aquisição de  
1370 Equipamentos para unidades ambulatoriais e hospitalares conforme Portaria 2198/09 e sob Emenda Parlamentar. Informou  
1371 que segundo a portaria estes projetos deveriam ser aprovados em CIB ou no CGMR, a área técnica informou que estes  
1372 projetos após análise e parecer favorável poderiam ser feitos *ad referendum*, vez que eram de interesse do Estado para que  
1373 todos consigam estes equipamentos. Destacou que a informação que se tinha do MS, mesmo não constando na portaria, era  
1374 que o recurso seria liberado para Atenção Especializada e não para Atenção Básica, sendo esta a última informação que se  
1375 recebeu. Informou que seriam aprovados *ad referendum* os projetos com parecer favorável, mas que caberia ao Ministério da  
1376 Saúde fazer a triagem. A Senhora Ledívia ressaltou que os projetos que seriam aprovados foram os que tiveram parecer  
1377 favorável da área técnica. A Senhora Nanci Nunes, Secretária Executiva da CIB informou que haviam sido encaminhados para  
1378 a Diretoria de Atenção Especializada – DAE os projetos dos municípios de Valença, Santa Casa de Misericórdia, Itabuna,  
1379 Santa Casa de Misericórdia, Salvador, Hospital Santo Antônio, Tanque Novo, sendo que para todos, com exceção do município  
1380 de Tanque Novo, foi emitido o parecer favorável pela DAE. Reforçou que além desses havia os projetos de Amargosa,  
1381 Juazeiro, Macarani, Medeiros Neto, Monte Santo e Salvador que foram encaminhados para análise da área técnica e todos já  
1382 foram avaliados, já possuíam parecer, porém havia uma necessidade de avaliação da área técnica da DITEC, mas conforme o  
1383 que já havia sido acordado, todo o projeto que já tinha parecer favorável pela DAE já se aprovava e seria publicada a  
1384 Resolução. Caso existam novos projetos, ainda segundo a DAE, estes deveriam ser encaminhados o mais rápido possível,  
1385 pois, havia um prazo exíguo que o Ministério estava dando para aprovar e publicar a portaria ainda esse ano, e caso os  
1386 projetos venham a ser encaminhados após o prazo estipulado pelo Ministério a sua aprovação pode não ocorrer ainda esse  
1387 ano. O Senhor Washington lembrou que o prazo para encaminhamento dos projetos seria até o dia dezoito de dezembro, às  
1388 dezesseis horas, para que a publicação seja feita no Diário Oficial do Estado que seria publicado no final de semana. Dando  
1389 continuidade o Senhor Washington Couto passou para o ponto **6. ASPLAN/GASEC: 6.1 Portaria 2344 de 06 de outubro de**  
1390 **2009, referente às condições de transferência de recursos para a implantação da Política Nacional de Gestão**  
1391 **Estratégica e Participativa do SUS em 2009.** Apresentação: Dr. Washington Abreu. A Senhora Nanci Nunes informou que a  
1392 proposta do Senhor Washington Abreu era de que, como não se tem tempo hábil para fazer a modificação inserindo outros  
1393 municípios, tendo em vista que a portaria apenas contemplou aqueles doze municípios, a proposta era de se aprovar os doze  
1394 municípios para que estes recebam os recursos ainda este ano, logo deveria ser feita uma Resolução aprovando os municípios  
1395 contemplados na portaria e conforme informação do Ministério da Saúde no próximo ano haveria uma nova portaria para  
1396 ampliar o recurso para os municípios com mais de cem mil habitantes, devendo-se discutir posteriormente a proposta de  
1397 organização deste projeto de gestão estratégica participativa para os outros municípios do Estado. A Senhora Marleide  
1398 Figueiredo informou que os municípios selecionados não haviam encaminhado proposta, mas sim o Ministério da Saúde que  
1399 os havia selecionado e as dúvidas foram com relação aos critérios utilizados, tendo em vista que havia municípios que não  
1400 estavam atendendo todos os critérios com relação ao Pacto de Gestão e outros que atendiam a todos os critérios não estavam

1401 incluídos, e o questionamento foi de se revisar os municípios incluindo outros que cumpriam os critérios. A Senhora Nanci  
1402 Nunes destacou que a informação do diretor e do técnico que estavam respondendo por esta questão no Ministério da Saúde  
1403 era, de que os critérios foram aqueles postos na reunião anterior da CIB, de que os municípios foram selecionados conforme  
1404 projetos de convênios com o Ministério e destacou que por conta disso foi feita discussão com o CONASEMS e CONASS,  
1405 representação de Secretários de Estado e de Municípios e que por isso foi publicada a Portaria. Reforçou que toda portaria é  
1406 publicada conforme pactuação com representação do Estado e Municípios, e uma documentação seria enviada formalizando  
1407 esta situação, mas já foi antecipada a informação que municípios com mais de cem mil habitantes seriam contemplados com  
1408 recursos. A Senhora Marleide Figueiredo propôs um encaminhamento de que já saísse algo de concreto para que seja  
1409 encaminhada para o CONASS para que sejam selecionados os municípios que já estão com estes serviços em funcionamento  
1410 já em cumprimento do Pacto de Gestão para que não ficasse para o segundo momento e não aconteça. O Senhor Washington  
1411 Couto sugeriu que se fizesse essa comunicação inclusive colocando os questionamentos da reunião anterior além dos desta  
1412 reunião. **Como não houve manifestação contrária a proposta foi considerada aprovada.** Dando continuidade a Senhora  
1413 Nanci Nunes informou que sobre a apresentação do Plano de Trabalho PLANEJASUS o Senhor Washington Abreu havia  
1414 encaminhado para os membros do COSEMS que já participam dessa discussão, que eram Joseane Mota e Emerson Garcia, e  
1415 o que ficou pactuado foi aprovar o plano mantendo o escopo do anterior e que posteriormente seria definida uma melhor  
1416 organização para que se pudesse ter maior efetividade do projeto nas microrregiões e a proposta seria discutir a execução do  
1417 recurso através dos Colegiados de Gestão para que se possa desenvolver o processo de planejamento melhor na região. O  
1418 Senhor Washington Couto questionou se havia algum Grupo de Trabalho – GT, e passou a palavra para o Senhor Raul Molina  
1419 que informou participar juntamente com Joseane Mota, e estava quase acordado a respeito desta questão, inclusive com a  
1420 destinação de 50% do recurso. Informou que esta questão havia sido colocada na Diretoria do COSEMS e não havia nenhum  
1421 problema. O Senhor Washington Couto relatou que deveria ser firmado o compromisso da ASPLAN passar para o COSEMS e  
1422 o grupo dando o OK seria aprovada esta questão, **e este encaminhamento ficou aprovado.** Dando continuidade foi passado  
1423 para o ponto 7 do COSEMS. O Senhor Raul Molina informou que a questão do cronograma da PPI já foi discutida e com  
1424 relação ao pedido de Salvador também já havia sido esclarecido. 7. COSEMS: 7.1 Discussão da formulação de Resolução CIB  
1425 para a transferência de recursos, referente à Portaria GM Nº 3043, que faz a correção dos valores da migração do FAEC para  
1426 o MAC; 7.2 Município de Ubaitaba solicita aprovação do Projeto Saúde com Qualidade de Vida; informou que todos os projetos  
1427 nesta linha deveriam ser aprovados apenas para referendar aprovação do Ministério da Saúde. 7.3 Município de Juazeiro  
1428 solicita análise do Projeto de Equipamentos e Material Permanente para as Unidades (Portaria Nº 2198/09) contemplado na  
1429 discussão anterior; 7.4 CGMR Leste solicita discussão sobre realocação de recurso com finalidade de organizar o sistema  
1430 farmacêutico dos Blocos de Assistência Farmacêutica e de Atenção à Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.  
1431 Informou que esta questão já foi esclarecida para os municípios de Camaçari e Conde. O Secretário municipal de saúde de  
1432 Conde, Senhor Wilson, informou que foi feito um pedido de reformulação da portaria ou ver se a mesma estava inválida e a  
1433 questão era que se queria usar o dinheiro do ressarcimento do SAMU e da Assistência Farmacêutica em qualquer bloco da  
1434 saúde, assim como foi feito com o recurso ressarcido pela SESAB; 7.5 Município de Macarani solicita avaliação do Projeto para  
1435 Aquisição de Equipamentos e Material Permanente para Atenção Especializada também já contemplado; 7.6 Aprovação do  
1436 SAMU Regional da Microrregião de Vitória da Conquista, de acordo com a Portaria 2970/09; informou que este ponto deve-se  
1437 ao fato de não haver mais SAMU municipal, ficando de aguardar o parecer favorável da área técnica. Neste momento a Senhora  
1438 Gisélia solicitou mais esclarecimentos sobre o ponto 7.4. O Senhor Wilson informou que o recurso do SAMU que há um tempo  
1439 atrás havia sido pago pelo Estado para as regionais que estavam devendo e este recurso ficou na conta, o município estava  
1440 gastando este recurso, e havia saído uma portaria autorizando que se investisse este recurso na saúde. Informou que o que  
1441 está sendo solicitado é que esta portaria volte novamente. O secretário de saúde de Camaçari, senhor Camilo, informou que  
1442 gostaria de usar os recursos da farmácia básica para compra de medicamentos especiais. A Senhora Gisélia informou que esta  
1443 mesma pergunta foi feita no Ministério da Saúde recentemente em uma oficina. Relatou que o recurso só pode ser utilizado na  
1444 aquisição de medicamentos, e o que poderia ser feito é que o município poderia adquirir dentro da RENAME e justificar a  
1445 utilização para Atenção Especializada Ambulatorial, não podendo usar para área Hospitalar. Sugeriu que se fizesse esta  
1446 justificativa para Atenção Especializada da Assistência Farmacêutica, sendo posteriormente aprovada na CIB para o município  
1447 especificamente, e o município iria pactuar quais seriam estes medicamentos e qual a justificativa. O Senhor Raul questionou  
1448 sobre o período para qual se pudesse fazer essa transferência, tendo em vista que esta era a última reunião do ano, o qual foi  
1449 respondido que esta transferência poderia ser feito no ano de dois mil e dez desde que seja pactuado. A Senhora Gisélia  
1450 informou que este saldo era o acumulado de vários anos. O Senhor Washington Couto informou que o item 7.4 teria dois  
1451 assuntos, primeiro de Camaçari que havia sido deixado claro pela doutora Gisélia, pois o medicamento tem que ser a nível  
1452 ambulatorial, não podendo estar na relação dos medicamentos excepcionais e tem que vir com o processo de justificativa. O  
1453 outro ponto seria o recurso do SAMU, e neste caso foi entendido que se gastassem os recursos dentro do bloco de média, e foi  
1454 solicitada a reedição da portaria dando os mesmos direitos para estes municípios adotando os mesmos critérios que foram  
1455 adotados para os outros municípios. Resgatando o ponto 7.6 Aprovação do SAMU Regional da Microrregião de Vitória da  
1456 Conquista, de acordo com a Portaria 2970/09, o Senhor Raul Molina informou que os municípios envolvidos já haviam se  
1457 reunido no CGMR, já pactuaram e a proposta está no mesmo formato que foi feito em todas as microrregiões que adotaram o  
1458 SAMU Regional. A Senhora Kátia Nunes informou que foi acrescentado o de Feira e Ibotirana, passando pelo CGMR de Porto  
1459 Seguro, o de Eunápolis, incluindo os municípios de Itagimirim, Guaratinga, Itabela, Itapebi e Eunápolis. Informou que esteve no  
1460 SAMU e estava na mesma situação dos outros, necessitando de aprovação na CIB. O Senhor Raul Molina sugeriu que se  
1461 pactuasse o mesmo que as outras redes microrregionais pactuaram através do encaminhamento da documentação para a rede  
1462 de urgência, questionou a área técnica se havia pendência e não havia técnicos no momento. Relatou também que os  
1463 municípios que já tinham SAMU teriam que modificar para SAMU microrregionais, pois a portaria das UPAS deixou claro que o  
1464 SAMU não poderia ser mais isolado. O Senhor Washington Couto informou que a reunião estava prejudicada, e estava  
1465 tentando que não se perdesse as oportunidades do final do ano para a gestão do SUS Bahia, e que tinha que ter  
1466 responsabilidade de se tomar decisões pautadas em critérios técnicos, e sugeriu que se faça este processo, colocando em *ad*  
1467 *referendum* fazendo a análise depois para que as coisas não sejam ‘atropeladas’, e posteriormente após a avaliação da área

1468 técnica poderia ser feito em *ad referendum* Dando continuidade os pontos: 7.7 Definição das pendências dos Municípios que  
1469 apresentaram projetos para aquisição de equipamentos e material permanente das Unidades de Saúde e 7.8 Município de  
1470 Poções solicita parecer acerca do projeto para aquisição de equipamentos para Atenção Especializada atenderiam ao que foi  
1471 anteriormente pactuado em relação aos Projetos para aquisição de equipamentos de média e alta complexidade; O ponto 7.9  
1472 Definição das pendências de Municípios que apresentaram propostas de credenciamento (projetos) das ESB (Caraibas e  
1473 Poções) e HCS (Cordeiros) já havia sido contemplado anteriormente pela DAB; A Senhora Marleide Figueiredo informou que o  
1474 Projeto para envio ao Ministério pelo SICOF, ficou acordado na última reunião que os projetos de Média Complexidade  
1475 deveriam passar pela SESAB para avaliar a questão do PDR. O Senhor Raul Molina informou que esta questão foi discutida no  
1476 CONASEMS e esta questão já ficou definida, a Senhora Marleide Figueiredo citou como exemplo a estruturação de  
1477 equipamentos de um CEPRON ou policlínica poderia ir direto pelo CGMR, a qual foi informada pelo Senhor Raul Molina que se  
1478 fosse de Média Complexidade sim, pois não precisava de Portaria, bastava aprovação dentro do CGMR e CIB. O Senhor  
1479 Antônio Vieira informou que havia recebido do Ministério da Saúde autorização para construção de duas unidades de PSF. O  
1480 Senhor Alfredo Boa Sorte relatou que não deveria haver limitação em relação a esta questão, entretanto acha que deveria se  
1481 atentar para o fato de que havia média-média, média-baixa e média alta-complexidade, porque depois que se instala o serviço  
1482 e se quer credenciar, tem que ter clareza de quem vai assumir o ônus do pagamento do serviço em funcionamento, porque se  
1483 faz a PPI mas não há dinheiro alocado, depois o município vai para o Estado solicitar recursos e não há possibilidade de  
1484 atendimento. Informou que a rede tem que ter sustentabilidade, porque senão um determinado parlamentar quer fazer uma  
1485 emenda para obtenção de um colégio eleitoral, e não há uma avaliação técnica antes, não há financiamento nem demanda e  
1486 acaba ocorrendo um problema de rede. Relatou que deve se ter algum nível de regulação e consulta a rede do que já se está  
1487 pactuando para que não haja essa discrepância e incapacidade de sustentabilidade. O Senhor Washington Couto leu um  
1488 trecho da portaria 2198/09 do GM/MS, conforme segue: 'estar em consonância com o estabelecido no Plano Diretor de  
1489 Investimento - PDI das unidades federativas, além de integrar o Plano de Saúde [...] ser aprovado pelo Colegiado de Gestão  
1490 Regional - CGR, se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB.'. Ficou acordado ainda nesta CIB que os projetos  
1491 deveriam passar pela área técnica e com o parecer favorável seria publicada resolução *ad referendum* sem problemas. O  
1492 Senhor Raul Molina questionou se seria a mesma situação do SAMU microrregional, e foi respondido que sim pelo Senhor  
1493 Washington Couto, após passar pela área técnica seria aprovada. A Senhora Nanci Nunes, informou que o Senhor Bruno,  
1494 técnico da SUPERH, já havia passado a minuta de Resolução sobre o PROGESUS, a qual já havia sido encaminhada para o  
1495 sistema de publicação EGBANET e provavelmente no dia posterior já estaria publicada no Diário Oficial do Estado, e a  
1496 resolução aprovava os Projetos de Adesão ao Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação  
1497 em Saúde no SUS - PROGESUS apresentados pelos municípios do Estado da Bahia. Dando continuidade foi informado pelo  
1498 Senhor Raul Molina o ponto **7.10 Aprovação do V Projeto da Política Nacional de Cirurgias de Média Complexidade do**  
1499 **Município de Vitória da Conquista; a CB decidiu que seria aprovado ad referendum, e quando houvesse o parecer da**  
1500 **área técnica deveria ser publicada a Resolução.** A Senhora Kátia Nunes pontuou a questão do cuidado que se deveria ter,  
1501 pois alguns municípios foram surpreendidos em novembro com a retirada de municípios da portaria. Citou como exemplo a  
1502 pactuação para projetos de cirurgias eletivas do município de Eunápolis com o município de Itabela e depois de ter cumprido  
1503 cerca de 80% das cirurgias previstas foi surpreendida com a retirada de todo recurso de Itabela porque a mesma estava  
1504 contemplada na portaria do Estado. O ponto 7.11 Projeto: Plano de Estruturação de Gestão do Trabalho, conforme portaria  
1505 GM. 3021 de 01/12/2009 PROGESUS já havia sido aprovado; O ponto 7.12 Adesão do município de Cordeiros nos grupos  
1506 1,2,3 da Vigilância Sanitária também já havia sido contemplado. No que ocorrer o Senhor Washington Couto passou a palavra  
1507 para a Senhora Lorene Pinto, que informou que o Estado iria fazer a vacinação sobre o Meningococo C, nas crianças abaixo  
1508 de cinco anos, que era a maior incidência da mesma. Relatou que já foi feita a apresentação sobre meningite, e relatou que o  
1509 meningococo C é a bactéria que tem circulado de forma mais intensa ainda que não seja a maioria dos casos de meningite,  
1510 pois metade são virais, e as bacterianas, menos de 20%, são as que correspondem as causadas pelo meningococo. A vacina  
1511 estava programada para entrar no calendário vacinal a partir de dois mil e onze pelo Ministério da Saúde, mas no Estado da  
1512 Bahia foi resolvida a antecipação desta data para menores de cinco anos, devido aos surtos da doença. Porém, a partir do ano  
1513 de dois mil e dez seria considerado o calendário normal do Ministério da Saúde porque aqui o Estado estava assumindo o  
1514 excedente de vacina de menores de dois à cinco anos, tendo em vista que o calendário oficial do Ministério não apoiava a  
1515 vacinação de menores de cinco anos, mas o Estado assumiu essa faixa que era o grupo de maior incidência. Explicou que a  
1516 doença acometia a todos, com o índice de letalidade de 20%, que não era tão grande comparado a outras doenças, mas que  
1517 para o Estado poderia ser muito menor. Relatou que a ideia era de se ter um efeito protetor coletivo, porque os menores de  
1518 cinco anos dariam um milhão e quatrocentas mil crianças no Estado, um grupo que é importante em termos de risco para  
1519 adoecimento. Na capital a incidência maior era para menores de dois anos, por isso a campanha nacional, era para vacinação  
1520 desta faixa etária, e janeiro de dois mil e dez seria feita uma campanha começando pelas áreas de maior risco. Explicou que na  
1521 região metropolitana seria feito o dia de vacinação em janeiro, provavelmente na segunda quinzena, após a entrega dos lotes  
1522 de vacina, depois se iria para o sul e seguir-se-ia conforme o risco epidemiológico que se tem registrado em todas as regiões  
1523 até que se tenha vacinado todas as crianças menores de cinco anos do Estado. O Senhor Manoel Messias, Secretário  
1524 Municipal de Saúde de Porto Seguro, questionou que a incidência maior no seu município havia sido em adultos, e uma vez  
1525 sendo vacinadas as crianças de zero a cinco anos, se haveria essa possibilidade de vacinar outras idades o qual foi  
1526 respondido que sim pela Senhora Lorene Pinto, mas não haveria vacina para todos. A Senhora Lorene Pinto informou que os  
1527 gestores tinham que ter a informação, até para deixar claro para outras pessoas e para a imprensa, que não existe indicação  
1528 técnica de vacinação em massa para todos os grupos etários. Relatou que a vacina era uma estratégia importante, mas era  
1529 preciso focar para que se tenha impacto na transmissão da doença, e não se usava vacina para erradicar estado de portador  
1530 sadio, mas sim para o risco epidemiológico de adoecer e morrer que eram os menores de cinco anos. Informou que havia uma  
1531 base científica para intervir na situação de ocorrência da doença no país. O Senhor Manoel Messias informou que deveria  
1532 haver uma divulgação em massa, e a Senhora Lorene informou que a assessoria de comunicação do Estado iria fazer a  
1533 programação para divulgação, mas chamou a atenção de que poderia ocorrer de pessoas de outras regiões irem para região  
1534 metropolitana para tomar a vacina, e por isso seria uma vacinação de rotina aplicada sobre modelo de campanha e seria



1535 cobrada a caderneta de vacina da criança e comprovante de residência na hora da vacinação. Explanou que a família que  
1536 quiservacinar adulto jovem e adolescente não tem contra-indicação, mas não pode fazer como muitas empresas que estão  
1537 vacinando adultos com mais de trinta anos e aplicando vacina bacteriana que mesmo sendo bactéria morta, ou seja, substrato  
1538 que não induz a doença, já há a informação de adultos acima de quarenta anos que estão sendo vacinados por empresas, mas  
1539 que estão em uma faixa etária que não é indicada. Relatou que os efeitos da vacinação em crianças trazem muitos benefícios  
1540 com relação à proteção coletiva e circulação da bactéria, e inclusive os países da Europa já usam essa vacina, o Reino Unido  
1541 começou a vacinar desde mil novecentos e noventa e quatro, havendo resultados importantes para mostrar. Reafirmou que  
1542 haverá a veiculação destas informações e todos os menores de cinco anos do Estado serão vacinados. O Senhor Wilson  
1543 informou sobre a questão dos técnicos se estes estavam incluídos nas doses e explanou também sobre a necessidade de  
1544 maior veiculação da informação. A Senhora Lorene Pinto informou que profissional de saúde não era grupo de maior risco para  
1545 bactéria meningococo do grupo B nem C nem W135. Informou que o Hospital Couto Maia com mais de cem anos, era  
1546 referência em meningite e não havia nenhum trabalhador deste Hospital que tenha adquirido meningite por questão  
1547 ocupacional. Relatou que a transmissão do meningococo era comunitária, e o risco não era do ambiente do serviço de saúde,  
1548 pois o principal portador não era o portador doente, e sim o sadio, diferente do HN1N1 que a vacina seria introduzida a partir  
1549 de fevereiro e as gestantes e os profissionais de saúde e as pessoas com comorbidade serão grupos prioritários. O Senhor  
1550 Antônio Vieira informou que houve divulgação falsa no município de Itabuna de que houve setenta e três casos de meningite,  
1551 quando na verdade foram vinte e quatro casos, onde alguns foram descartados e não houve nenhum óbito. Fez um apelo,  
1552 inclusive porque já havia sido aprovada há quatro meses na CIB a cirurgia cardíaca em Itabuna, a solicitação já foi  
1553 encaminhada para o Ministério e até o momento não se obteve resposta. Questionou ao Senhor Washington Couto o que a  
1554 CIB poderia fazer junto com COSEMS para solucionar essa questão, e sugeriu a criação de um convênio com a Santa Casa  
1555 baseado nos Termos do Ministério da Saúde para que se fizesse pelo menos dez cirurgias cardíacas por mês no município de  
1556 Itabuna. O Senhor Alfredo Boa Sorte informou que deveria ser feita uma solicitação do município a SESAB, e seria analisada a  
1557 possibilidade técnica e a disponibilidade financeira, até que entre recursos novos pelo Ministério do ponto de vista do tempo para  
1558 cobrir os gastos, e se for viável seria feito sem problemas. Relatou que não era solicitação do município de Itabuna  
1559 isoladamente, mas sim de uma macrorregião e uma microrregião que precisa fazer esse tipo de procedimento. Informou que o  
1560 município era referência em Média e Alta complexidade, sofreu um retrocesso, mas que toda proposta no sentido de  
1561 recuperar esse posto de referência seria considerada. O Senhor Alfredo sugeriu que a proposta fosse enviada, analisada pela  
1562 área técnica e posteriormente voltaria para discussão na CIB. O Senhor Washington Couto deu continuidade passando ao item  
1563 7.13 Definição da situação dos projetos do PET-SAÚDE (Programa de Educação para o Trabalho) a serem apresentados a  
1564 Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação da Saúde do Ministério da Saúde referente ao Edital de 18/2009, e informou que  
1565 todos os projetos do PET-SAÚDE que chegarem, irão passar pela área técnica e posteriormente serão aprovados ad  
1566 referendum. A Senhora Suzana questionou se o calendário das reuniões de dois mil e dez já havia sido apresentado, como  
1567 não havia sido a mesma sugeriu remeter para o final da discussão. Sugeriu também que a reunião da CIB fosse pela manhã,  
1568 porque foi aprovado que as reuniões do COSEMS fossem feitas um dia antes da CIB, havendo o dia inteiro para discussão e  
1569 posteriormente seria feita a reunião da CIB. **A proposta foi aprovada.** Informou que a reunião de janeiro da PPI seria dia  
1570 quinze, e as rodadas macrorregionais do GT PPI, correriam dia vinte e um a vinte e três, e a CIB ficaria dia vinte e oito pela  
1571 manhã, e vinte e sete reunião do COSEMS, **sendo esta proposta aprovada** Dando continuidade a Senhora Suzana Ribeiro  
1572 informou que havia demanda da Diretoria de Controle - DICON no que ocorrer, sendo elas: habilitação de dez leitos de UTI  
1573 TIPO II e dez leitos neonatal do hospital municipal. Dra. Suzana Ribeiro destacou também a habilitação de Hospital Geral  
1574 Roberto Santos com seis leitos de UTI pediátrica tipo dois. Habilitação das unidades do município de Salvador, Ilhéus e  
1575 Amargosa que irão realizar consultas do Projeto Olhar Brasil alfabetizando, entrando no processo o TOPA e o Olhar Brasil  
1576 também, no entanto a relação de unidades não estava presente. Dr. Alfredo Boa Sorte ressaltou que todos os municípios em  
1577 Gestão Plena que tenham serviço de oftalmologia e que tenha demanda para o atendimento do TOPA e do Olhar Brasil já  
1578 podem encaminhar, pois, o credenciamento está aberto com base na tabela específica do Olhar Brasil das consultas, sendo  
1579 estabelecido o valor de catorze reais e vinte nove centavos. Dra. Ana Paula da DICON salientou que já está aberto, porém o  
1580 Ministério da Saúde lançou a portaria 329, uma portaria GM do dia seis do mês de outubro, onde solicita que sejam aprovados  
1581 em Resolução CIB todos os estabelecimentos que irão realizar esses procedimentos. Salientou que se não houver o  
1582 encaminhamento identificando os estabelecimentos para o Ministério da Saúde, automaticamente os municípios não vão poder  
1583 processar, logo, todos os municípios que os estabelecimentos estão realizando esses procedimentos vão ter que ser remetidos  
1584 a CIB para que se encaminhe para o Ministério, como se fosse uma habilitação do Ministério; tendo sido entendido pelo Dr.  
1585 Alfredo Boa Sorte, o mesmo questiona; a empresa que está fazendo o Saúde em movimento já está habilitada na CIB, passou  
1586 pela última reunião da CIB e quais são as empresas que estão na lista. Dra. Ana Paula da DICON responde que a empresa já  
1587 está habilitada e que passou ad referendum, inclusive Caeté que vai entrar agora. Dra. Suzana Ribeiro informa que não  
1588 possui a lista dos estabelecimentos, tendo em mãos somente a lista dos municípios. Em seguida Dra. Ana Paula da DICON  
1589 coloca que a lista de estabelecimentos se encontra nas mãos da Secretária Executiva da CIB Nanci Salles e também com ela,  
1590 estando na relação dos municípios, Salvador, Ilhéus, Itabuna tendo passado ad referendum com o Hospital de Olhos Beira Rio  
1591 e o Hospital DAY HORC. **Dra. Suzana Ribeiro deu seguimento ao roteiro da reunião com a habilitação do serviço de**  
1592 **reabilitação física e intermediária do município de Camaçari na unidade pública e municipal Sempre, sendo esta**  
1593 **factuada e encaminhada.** Informou que a proposta de seleção de Agente Comunitário de Saúde para 2010 será apresentada  
1594 na próxima reunião da CIB como foi proposto pela área técnica. **Afirma que o SAMU regional foi discutido e proposto**  
1595 **publicação de resolução aprovando ad referendum, conforme parecer da área técnica dos três municípios,**  
1596 **Ibotirama, Vitória da Conquista e Feira de Santana, salientando que não será preciso ler o nome dos municípios, pois**  
1597 **estes pertencem a Micro de Vitória da Conquista, a Micro de Feira de Santana e a Micro de Ibotirama, envolvendo toda**  
1598 **microrregião.** Dr. Antônio Vitor da Diretoria de Atenção Especializada dá continuidade com a solicitação da Santa Casa de  
1599 Misericórdia de Feira de Santana de uma doação de um equipamento de radioterapia, um acelerador linear, mediante o fato de  
1600 o aparelho que se encontra na unidade está inservível segundo o informe da própria unidade. Foi feita uma reunião com a  
1601 instituição, infelizmente o Gestor Municipal apesar de ter sido convidado não compareceu, mas a diretoria da Dires estava

1602 presente sendo acordado que por ser um aparelho relevante, está dentro da rede do Estado. A rede aprovada em CIB  
1603 pretendia ter um UNACOM com radioterapia em Feira de Santana, porém houve uma falta de compreensão da Santa Casa de  
1604 Misericórdia de Feira de Santana quanto ao trâmite, pois ela acreditava que em quatro meses o Estado teria condições de  
1605 encaminhar esse equipamento para a unidade e instalar, sendo este o tempo da contrapartida que seria toda a obra física que  
1606 a Santa Casa se dispôs a custear. No entanto como esse trâmite não ocorre nesse tempo, ficou acordado que a Santa  
1607 Casa junto com o município definiria nesse período de transição o que aconteceria com os pacientes já que o aparelho que  
1608 após vinte anos de uso encontra-se inservível como foi notificado em um período de menos de seis meses. A Santa Casa  
1609 apesar do problema não encaminhou ainda, tendo como sugestão da área técnica que o dinheiro seja restituído ao Estado e o  
1610 Estado possa contratualizar em serviços aqui ou onde puder identificar aparelhos de radioterapia. O prestador ION solicitou o  
1611 desligamento da responsabilidade técnica da unidade junto a Vigilância Sanitária e também solicitou a Comissão Nacional de  
1612 Energia Nuclear o fechamento do serviço segundo informação da Sra. Iraci da DIRES. A Diretoria de Atenção Especializada  
1613 sugere que o recurso da radioterapia seja restituído a Câmara Técnica Estadual e o Estado junto com os prestadores  
1614 preferencialmente de Salvador. Tem-se uma capacidade ociosa em torno de cem pacientes por dia vinculados a esse serviço.  
1615 O Ministério prevê até dois anos para a aquisição desse equipamento, o Projeto físico já foi apresentado e aprovado pela área  
1616 técnica, o Projeto para o Ministério vai ser encaminhado agora pois depende da CIB. O Sr. Heron, Secretário Municipal de  
1617 Saúde de Teodoro Sampaio, observou que é preciso que haja um maior entendimento através do diálogo com a Santa Casa,  
1618 por que o processo já estava em andamento, houve um problema no equipamento e agora a Santa Casa vai esperar dois anos  
1619 para obter o equipamento, o cidadão tanto de Feira de Santana quanto de Teodoro Sampaio e da microrregião, sendo Feira  
1620 um pólo que atende muitos municípios, vão ser prejudicados também, mais uma vez o contribuinte desse País vai ser  
1621 prejudicado por uma falta de entendimento. Ressalta que inclusive no CGMR o Estado tem que se posicionar e esclarecer para  
1622 os municípios, até porque os municípios têm que pressionar Feira de Santana para que ela se defina, não estando contra o  
1623 Estado, porém este deve informar aos municípios com mais clareza no CGRM o que está acontecendo, o processo de  
1624 discussão para que os municípios possam se manifestar em relação ao fato. Dr. Antônio Vitor alegou que concorda com Heron,  
1625 mas especificamente sobre a questão do CGMR não está avisado, informa que foi instruído o Gestor, e o Secretário Municipal  
1626 afirma que o CGMR está ciente assim como o Conselho Municipal de Saúde do município, as organizações de pacientes, a  
1627 própria DIRES também estão cientes que o aparelho está inservível e que o prestador não está interessado em fazer qualquer  
1628 tipo de manutenção. O Sr. Heron, Secretário Municipal de Saúde, informa que foi colocado pelo CGMR que o equipamento  
1629 estava com problema e que foi solicitado para o Estado a substituição do mesmo, no entanto pelo diálogo apresentado parece  
1630 que há uma indisposição do município de Feira de Santana, o Secretário Municipal não participou da reunião, uma reunião de  
1631 grande magnitude, para resolver um problema que envolve muitos pacientes, inclusive com estado de saúde agravado,  
1632 portanto já que o município não teve esse compromisso, a região e o colegiado têm que se manifestar. Feira de Santana e a  
1633 Santa Casa têm que se prontificar a fazer a parte que lhe cabe. De imediato os pacientes estão sendo os maiores prejudicados  
1634 tendo que esperar mais dois anos, além de se locomover para Salvador e depois voltar. Dra. Suzana Ribeiro ponderou que a  
1635 fala de Heron lhe trouxe preocupação, por ele ser membro do CGMR da região de Feira de Santana, pode está acontecendo  
1636 também com os outros Colegiados, considerando que a Macrorregião de Feira é grande, não sendo só o colegiado da  
1637 Microrregião de Feira e é uma situação que vai envolver toda a Macrorregião, logo não tendo quorum para deliberar, a  
1638 Coordenadora adjunta da CIB Suzana Ribeiro propôs remeter para a próxima reunião, fazendo a discussão com o próprio  
1639 colegiado e que Heron leve a questão para ser discutida no colegiado. Propôs o debate entre os gestores primeiro e depois o  
1640 Estado pode se propor a apoiar ou esclarecer, envolvendo a Macrorregião como um todo, agilizando o processo, por que é  
1641 uma situação complicada para a região toda e para o Estado também decidir. Dr. Alfredo Boa Sorte enfatizou que está correto  
1642 o encaminhamento dado por Suzana Ribeiro, primeiro tem que esclarecer a responsabilidade de quem, o município em Gestão  
1643 Plena que é responsável pela contratação do serviço no seu território, o Estado não está aqui para criar nenhum tipo de  
1644 problema, ao contrário, o Estado tem resolvido os problemas. Propôs entrar em contato com todos os municípios que são do  
1645 colegiado regional e a própria área técnica do Estado analisar cada porto que foi discutido sem nenhuma dificuldade, o que  
1646 não pode é alguém se desinteressar, pedir descredenciamento e depois dizer que o Estado que tem que resolver o problema,  
1647 dessa maneira ao invés de resolver o problema se cria mais, quem está gerando o problema vira vítima. Dra. Suzana Ribeiro  
1648 colocou que os pacientes ficam desassistidos nesse período. Dra. Ledívia Espinheira, Diretora da DAE, ressaltou que o  
1649 prestador apesar de contratualizado não é da rede própria, cabendo pedir uma avaliação do equipamento por um técnico ou  
1650 da DITEC ou do Irca, que seja capacitado para avaliar um equipamento de radioterapia, e questionou se é possível a área  
1651 técnica fazer essa deliberação, além disso, ressaltou sua preocupação com os pacientes que estão sem essa assistência,  
1652 enquanto vai discutir no comitê gestor tem-se a questão dos pacientes, alguns deles com sessão de radioterapia definida para  
1653 fazer, requerendo uma solução ainda mais urgente. Dr. Alfredo Boa Sorte observou que a propriedade do aparelho é do ION,  
1654 impossibilitando a área técnica de avaliar o aparelho, a menos que haja uma conversa com a ION informando a disposição do  
1655 Estado em enviar um técnico que possa avaliar a vida útil do equipamento, é necessário que aconteça um com um acordo com  
1656 o proprietário do aparelho. Dra. Suzana Ribeiro destaca que o gestor municipal pode fazer essa solicitação, e logo após  
1657 formalizar para o prestador que já solicitou a SESAB providências na avaliação, sendo esta uma atribuição do gestor municipal.  
1658 Salaria que a preocupação no momento é a questão dos pacientes da macrorregião de Feira, nesse ínterim, até resolver a  
1659 situação do aparelho, a mesma questiona quais são as propostas. Dr. Washington Couto propõe usar a rede Salvador, com  
1660 quilômetros, que tem o Hospital Português e Hospital São Rafael, a área técnica entrará em contato e de imediato será feito o  
1661 deslocamento dos pacientes, sendo que a questão do recurso será vista depois, ressaltando que a prioridade são os pacientes.  
1662 Dra. Suzana Ribeiro soma com a proposta de Dr. Washington Couto como o encaminhamento deverá ser feito urgentemente,  
1663 sugere que seja feita uma reunião do Colegiado emergencial para discutir a situação, com a participação do Estado, evitando  
1664 problemas com a comunicação e outras situações que sejam difíceis de resolver posteriormente. Pontuou que vale a pena o  
1665 Estado entrar em contato com o Secretário Municipal de Feira de Santana para junto com ele fazer essa movimentação e Heron  
1666 como membro do Colegiado pode ajudar inclusive verificando a agenda para fazer a reunião. A representação do Estado no  
1667 Colegiado da microrregião de Feira pode antecipar e verificar, pois é o mesmo diálogo e tentar envolver os outros Colegiados  
1668 se der tempo de fazer essa mobilização, se não der, pelo menos a microrregião de Feira pode deliberar sobre o assunto,

1669 encaminhando rapidamente para que o Estado entre junto com o município fazendo a comunicação. O ideal é que seja um  
1670 comunicado assinado pelo Estado e pelo município de Feira para que não haja responsabilização de outros depois e esse  
1671 documento iria para toda microrregião explicando tudo o que aconteceu devidamente aprovado no CGMR, colocando  
1672 provisoriamente esse fluxo até resolver essa situação. Uma forma mais tranqüila para se calçar e encaminhar a questão. Sr.  
1673 Heron concorda com a proposta, sendo inclusive um bom momento por estarem presentes muitas pessoas da macrorregião de  
1674 Feira de Santana, no entanto, todo esse processo de conversação seria essencial que o Colegiado estivesse totalmente  
1675 informado, pois o ano que vem é um ano político eleitoral pra não acontecer deficiando jogando a responsabilidade para outro  
1676 Gestor e a população sofrendo as conseqüências. Ressalta a importância de programar o mais rápido possível a reunião. Em  
1677 seguida Dr. Washington Couto agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, desejando a todos Feliz Natal,  
1678 bons festejos de final de ano e que em 2010 possamos contribuir ainda mais com o Sistema Único de Saúde. A próxima  
1679 Reunião Ordinária foi marcada para o dia 28 de janeiro, quinta-feira, às 09 horas, no Auditório João Fontes Torres. Não  
1680 havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavei a presente ata, que será assinada pelos Senhores  
1681 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 17 de dezembro de 2009.

1682  
1683 Jorge José Sartos Pereira Solla \_\_\_\_\_  
1684 Suplente: Amauri Santos Teixeira \_\_\_\_\_  
1685 Suzana Cristina Silva Ribeiro \_\_\_\_\_  
1686 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios \_\_\_\_\_  
1687 Suplente: Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_  
1688 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira \_\_\_\_\_  
1689 Washington Luis Silva Couto \_\_\_\_\_  
1690 Andrés Castro Alonso Filho \_\_\_\_\_  
1691 Kátia Nunes Barreto de Brito \_\_\_\_\_  
1692 Suplente: Emerson Gomes Garcia \_\_\_\_\_  
1693 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
1694  
1695