

Aos quatorze dias do mês de junho do ano de dois mil e dez, 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, Lorene Louise Silva Pinto, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Washington Luis Silva Couto, José Carlos Raimundo Brito, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: José Raimundo Mota de Jesus, Marília Santos Fontoura e Lívia Roberta de Lima Mansur. Às 14 horas, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão informando que a Ata da 184ª Reunião Ordinária foi encaminhada por e-mail e estaria sendo entregue cópia impressa para discussão e aprovação na próxima CIB de julho. Informou que a partir de hoje entrou no ar o novo portal da SESAB na internet, bem mais funcional e com mais recursos e informações: www.saude.ba.gov.br. Falou também sobre o lançamento do Boletim de Informação em Saúde Temático Volume I: Morbimortalidade da População do Estado da Bahia e parabenizou a Dra. Márcia Mazzei pelo material com informações atualizadas com dados até 2009 na maior parte dos indicadores, com algumas ainda preliminares que vão ser passíveis de atualização e destacou que é a primeira vez que viu um material com esse tipo de divulgação e avaliação de morbimortalidade com dados do ano anterior, o que é muito importante para a atuação da gestão. Foram distribuídas cópias para os presentes. Em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para a leitura dos informes: **1.1** Até esta data 08 municípios ainda não encaminharam o Relatório de Gestão 2007 para a CIB; **1.2** 364 municípios encaminharam RAG 2008 para as Dires (81% dos municípios), destes: 296 municípios encaminharam RAG 2008 com Ata e Resolução, 55 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 13 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Resolução; 32 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2008 (6% dos municípios) e 21 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (13% dos municípios); **1.3** 51 municípios encaminharam RAG 2009 para as Dires (12% dos municípios), destes: 42 municípios encaminharam RAG 2009 com Ata e Resolução, 6 municípios encaminharam RAG 2009 somente com Ata, 3 municípios encaminharam RAG 2009 somente com Resolução; 5 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados para envio do RAG 2009 (1% dos municípios) e 366 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (88% dos municípios). Dra. Stela Souza pediu a palavra e informou que não houve quorum na reunião do COSEMS pela manhã, assim, alguns pontos não poderão ser pactuados nesta CIB, mas as homologações que estiverem com parecer favorável das áreas técnicas serão consideradas. Na seqüência passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE: **1.1 Credenciamentos:**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Aprovado	Readequação do projeto do NASF de Araci, propondo mudança na composição da equipe, substituindo o Ginecologista e o Pediatra. Perfil da nova equipe: Educador Físico, Psicólogo, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Fisioterapeuta.	Araci
ESB – Equipe de Saúde Bucal – Aprovado	01 ESB Modalidade I	Olindina Guanambi
	07 ESB Modalidade I	Araci
ESF – Equipe de Saúde da Família – Aprovado	01 ESF	Olindina Novo Horizonte
ACS – Agente Comunitário de Saúde – Aprovado	07 ACS	Utinga Ibirapitanga
	09 ACS	Cairú
	17 ACS	Bom Jesus da Lapa
Unidade Móvel de Saúde Bucal – Aprovado	01 UMSB	Gandu

1.2 Habilitação do Complexo Hospitalar CICAN-HGRS; 1.3 Habilitação do UNACON do Hospital Regional de Vitória da Conquista. Em relação a estes dois itens, o Senhor Coordenador considerou que boa parte dos presentes devem ter acompanhado nos últimos anos o esforço que vem sendo feito de re-qualificação da Rede e ampliação da oferta de oncologia. A Bahia tinha alguns serviços isolados de quimioterapia que o MS deu um prazo para serem descredenciados e fizemos os processos, hoje temos raras situações que ainda estão pendentes. Na semana retrasada houve uma reunião com Dra. Inês Gadelha do MS onde fizemos uma negociação para superação de algumas pendências e uma delas é a questão do CICAN onde há o projeto de fazer a habilitação enquanto um complexo Hospital Roberto Santos/CICAN, porque o CICAN faz toda a parte de diagnóstico e quimioterapia, no entanto não tem internação nem cirurgia então faria essa parceria com o Roberto Santos para que este faça a parte cirúrgica e internação. No caso do Hospital de Base de Vitória da Conquista a Dra. Inês orientou que fizéssemos o pedido da habilitação de UNACON fazendo a ressalva que durante um período de alguns meses que vão ser necessários para adequação do espaço físico para quimioterapia, continuaria sendo realizada no ICON que é a clínica credenciada, com isso o credenciamento da clínica passa para o Hospital que fica responsável de contratar o serviço de quimioterapia inicialmente sendo realizado dentro do próprio ambiente da quimioterapia, assim, dois serviços isolados de quimioterapia deixam de ser classificados como tal, o do CICAN e o do ICON em Vitória da Conquista. Uma notícia boa é que na semana passada saiu uma Portaria habilitando a unidade de alta complexidade em oncologia da Santa Casa de Ilhéus, então já temos habilitados os serviços de Itabuna, Ilhéus e Feira de Santana no interior do Estado, estando pendente para resolver ainda Vitória da Conquista, Teixeira de Freitas, Juazeiro e depois na seqüência Barreiras que ainda vamos implantar. **Como não houve nenhuma manifestação contrária, foram aprovados os dois itens. 1.4 Aprovação do SAMU Regional de Itaberaba,** incluindo os municípios de Andaraí, Boa Vista do Tupim, Bonito, laçu, Ibiquera, Itaberaba, Itaetê, Lajedinho,

49 Macajuba, Marcionílio Souza, Nova Redenção, Ruy Barbosa, Utinga e Wagner. – **Aprovado.** O Senhor Coordenador registrou
50 que há uma pendência a ser resolvida tanto no SAMU de Itaberaba quanto no SAMU de Seabra porque na programação do
51 MS é uma central só para as duas microrregião, então o projeto de Seabra já tinha sido aprovado anteriormente e agora
52 aprovamos o de Itaberaba, mas vai ficar esta pendência. Sugeriu que a DIRES de Itaberaba poderia junto com a DIRES de
53 Seabra ajudar a nossa equipe da Coordenação de Urgência a conciliar isso. A Diretora da 18ª DIRES, Leticia Mascarenhas,
54 colocou que na última reunião do CGMR de Itaberaba houve consenso de que a Central de Regulação poderia ser em
55 qualquer um dos dois municípios. O Senhor Coordenador ressaltou que esta é mais uma razão para formatar um documento a
56 ser assinado pelas sedes das duas microrregiões para que seja encaminhado. Dra. Stela Souza colocou que na microrregião
57 de Jequié o CGMR elaborou um documento que está sendo encaminhado para o MS sobre o motivo do não recebimento ainda
58 das ambulâncias e já foi informada que em pleno São João, dia 23 de junho haverá uma visita do MS em Jequié com mais uma
59 pessoa da DAE para visitar a sede da Central de Regulação do SAMU, mas os treze municípios que fazem parte e que vão
60 receber ambulâncias, são vinte e cinco no total, e estão questionando uma posição do porque até agora não receberam sendo
61 que é aquela mesma história, alguns SAMUs regionais que foram aprovados posteriormente e que ainda não tem sede já
62 receberam equipamentos e questionou se o Senhor Coordenador tinha alguma informação acerca disso. Ele lembrou o que já
63 foi dito anteriormente, que os projetos que foram liberados este ano até agora foram Teixeira de Freitas e Barreiras que eram
64 projetos ainda da outra programação e que não tinham saído por falta de aquisição de equipamentos por parte do MS, mas
65 foram feitos quando fizemos os anteriores e o da região norte que o MS deu uma prioridade em função da região interestadual
66 de saúde. Quanto aos demais, informou que esteve no mês passado no MS e está indo lá esta semana de novo se reunir com
67 o Coordenador dessa área, pois os demais estão aguardando a liberação dos equipamentos por parte do MS. **1.5** Habilitação
68 do serviço de Internação Domiciliar no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, em fase de implantação. – **Aprovado 2.**
69 Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: **2.1** Homologação da Comissão de Integração Ensino Serviço
70 do estado da Bahia. A Sra. Geisa Plácido leu a minuta de resolução: “Resolução CIB Nº/2010. Aprova a Comissão Estadual de
71 Integração Ensino Serviço - CIES/ BA, com vistas ao cumprimento dos dispositivos da Política Nacional de Educação
72 Permanente em Saúde e no intuito de fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em
73 Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas
74 atribuições, tendo em vista o decidido na 185ª Reunião Ordinária do dia 14 de junho de 2010: Resolve: Art.1º – Aprovar a
75 Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - CIES/ BA, com vistas ao cumprimento dos dispositivos da Política Nacional
76 de Educação Permanente em Saúde e no intuito de fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação
77 Permanente em Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia a ser composta pelos membros abaixo relacionados:
78 Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH: Telma Dantas Teixeira de Oliveira – Titular e Bruno Guimarães de
79 Almeida – Suplente; Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto – EESP: Verônica Pina Rita
80 Vieira – Titular e Renata Maria de Oliveira Costa – Suplente; Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis –
81 EFTS: Maria José Côrtes Camarão – Titular e Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos – Suplente; Superintendência de
82 Atenção Integral à Saúde – SAIS: Vilênia Maria Gomes dos Santos – Titular e Amanda Menegola Blaubh – Suplente; Conselho
83 de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/ BA: Marília Santos Fontoura – Titular e Joseane Mota Bonfim – Suplente;
84 Universidade Federal da Bahia – UFBA: Heloniza Oliveira Gonçalves Costa – Titular; Universidade do Estado da Bahia –
85 UNEB: Mary Lucia Souto Galvão – Titular; Universidade Católica do Salvador – UCSAL: Ogvalda Dewey de Souza Torres –
86 Titular e Maria da Graça Mirante Seixas Pimenta – Suplente; Usuários do Sistema de Saúde: Márcia Cristina Graça Marinho –
87 Titular e Joilda Gomes Rua Cardoso – Suplente; Trabalhadores de Sistema de Saúde: Sílvio Roberto dos Anjos e Silva –
88 Titular e Maria do Carmo Brito de Moraes – Suplente. A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.” Dra.
89 Stela Souza questionou se haveria um parecer para esta homologação. Dra. Marília Fontoura observou que no Art.1º onde diz
90 “da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”, talvez coubesse “do SUS Bahia” porque a CIES não é só da SESAB, é para
91 operacionalizar a Política Estadual de Saúde que não envolve só a Secretaria, envolve também os municípios. Dra. Stela
92 colocou que como essa resolução foi do final da reunião passada e no momento estava em outra reunião aqui mesmo na
93 SESAB, o que foi colocado pelas duas pessoas citadas que eram Marília que não estava presente e Joseane que estava
94 presente mas não sabia da reunião, assim, preocupou-se por ter um parecer dado em nome dessa Comissão sobre o
95 Programa de Residência Multi-profissional em Cardiologia do Hospital Ana Néri. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles,
96 colocou que a informação das representantes do Estado é de que esta Comissão já estava se reunindo inclusive com a
97 participação de Joseane do COSEMS e entrou na pauta no sentido de homologar para que pudesse começar a atuar. Em
98 relação ao outro ponto que é a pactuação da Residência Multi-profissional em Cardiologia do Hospital Ana Néri, informou que o
99 Hospital formalizou para a SESAB e a proposta foi encaminhada à SUPERH para que fosse feito um parecer inicial para que a
100 CIB pudesse fazer a pactuação final e a grande questão é que esse programa de residência tem um prazo que é 18 de junho
101 para que o MS receba a resolução da CIB e a própria resolução do Conselho Municipal de Saúde, portanto foi feito
102 encaminhamento à SUPERH que com a representação do Estado, da CIES, fez o parecer que poderemos ler no momento da
103 pactuação para que fosse definido aqui se a CIB concorda com a provação tendo em vista que trata-se de um programa de
104 relevância para o Estado. Dr. José Carlos Brito comentou que o prazo é exíguo para aprovar isso na reunião do Conselho
105 Municipal de Saúde que vai na próxima quarta-feira e depois então aprovar na CIB, assim, devido à importância do Programa
106 não deveríamos perder a oportunidade de aprovar hoje e depois submeter ao CMS. O Senhor Coordenador ponderou que
107 eram duas questões, uma era a aprovação da Comissão de Integração Ensino Serviço a outra é um parecer que tem de ser
108 gerado por esta Comissão, pois é requisito para aprovação do projeto que tem de ser encaminhado ao MS. **Questionou se**
109 **havia alguma divergência acerca da composição da Comissão e não houve nenhuma manifestação, sobre a**
110 **denominação**, propôs que fosse feita uma consulta se há alguma formalidade, caso não haja e se todos concordarem,
111 poderemos acatar a sugestão de Dra. Marília e em sendo a Comissão aprovada, como o parecer já foi feito, não cabe aqui
112 aprova-lo e sim recebê-lo pela Secretaria executiva da CIB e encaminhar ao interessado. Alguém comentou que o parecer foi
113 feito pela SUPERH uma vez que a Comissão ainda não tinha se reunido, neste caso se todos concordarem poderemos acatar
114 a sugestão de Dr. Brito, **a CIB homologa o parecer que foi feito pela Diretora da Escola de Saúde Pública e a Comissão**
115 **referenda na medida em que a CIB está dando essa legitimidade no parecer. Houve consenso. 3.** Superintendência de

116 Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/ DIVISA: **3.1 Adesão dos municípios de Floresta Azul, Itajuípe e Ibicuí às Ações**
117 **Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental dos Grupos 1 e 2, conforme Anexo V da Resolução CIB Nº 142/08. –**
118 **Aprovado 4.** Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção À Saúde – SUREGS/DICON: **4.1 Descentralização dos**
119 **serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS para os municípios de Serrinha e Paulo Afonso.** Dra. Cláudia Almeida
120 informou se tratar da habilitação para dois municípios que há mais de um ano já estão no Pacto de Gestão e informou que em
121 abril deste ano o MS fez uma nova recomposição do teto do Estado em todo o Brasil e estamos aproveitando essa
122 oportunidade justamente para poder estar repassando a partir de junho para Paulo Afonso e a partir de julho para Serrinha que
123 temos um contrato até 08 de julho. Informou ainda que já teve reunião com os dois secretários municipais, com os prestadores,
124 e a DICON já se colocou à disposição para qualquer ajuda que se faça necessária para fazer o processamento das APAC. O
125 Senhor Coordenador reafirmou que já foi feita a negociação com os dois municípios, não há nenhuma pendência nem com os
126 prestadores e já está definida a competência, junho para Paulo Afonso e Julho para Serrinha. **Assim não havendo nenhuma**
127 **oposição por parte dos membros o ponto foi Aprovado.** O Senhor Coordenador questionou sobre os critérios de reajuste e
128 porque uns tiveram e outros não. Dra. Cláudia Almeida chamou atenção que o maior índice de incremento que o MS colocou
129 foi justamente para os três serviços que estão sob gestão do estado, 79%, isso significa dizer que o Estado vem colocando
130 cobrindo totalmente, enquanto houver a capacidade instalada os usuários estão sendo encaminhados para o serviço. Citou o
131 município de Alagoinhas que está com capacidade, está tendo demanda e não teve nenhum impacto, isso significa que o
132 serviço está ficando restrito, mas o MS não consegue visualizar essa demanda, então existe a Portaria 1112 de 2002 que
133 ainda está em vigência e diz que todo serviço com TRS que estiver dentro do município pleno ou do estado, ao extrapolar cabe
134 a essas unidades, ao município pleno mais o Estado fazerem a recomposição do teto com MAC porque logo depois o próprio
135 MS faz a recomposição, então o serviço de Alagoinhas está tendendo a dar problema. O Secretário Municipal de Saúde de
136 Alagoinhas informou que assumiu há aproximadamente cinquenta dias e já se dirigiu ao MS e à SESAB solicitando um apoio
137 para abertura do terceiro turno porque tem uma demanda muito grande e está com dificuldade em atender. Dra. Cláudia
138 confirmou que ele está entrando agora e a DICON já fez um convite para uma conversa não só com o Secretário como com
139 toda a equipe, até porque não justifica abrir um quarto turno sem ter capacidade para o terceiro. O Senhor Coordenador
140 concluiu que se o serviço de TRS de hemodiálise só é pago o valor do teto durante três a quatro meses, quando o MS faz a
141 recomposição não dá aumento nenhum, porque parte do pressuposto que não houve extrapolação, o MS recompõe os tetos de
142 TRS em função da extrapolação dos tetos anteriores, então aquele serviço que pagou somente no limite não vai ter aumento, é
143 bom ficar bem claro isso, especialmente para os municípios em gestão plena como Alagoinhas, Brumado, Barreiras, Camaçari,
144 Eunápolis, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Salvador, Santo Antônio de Jesus, Senhor do Bonfim
145 e Vitória da Conquista que tem serviço de TRS em seu território sob sua gestão e agora acrescentando Paulo Afonso e
146 Serrinha, e só vai ficar sob a gestão do Estado Itabuna que não está em gestão plena. Todos estes municípios precisam
147 acompanhar a situação da oferta de TRS e buscar o máximo possível evitar que os incrementos não sejam aprovados no
148 processamento porque senão mais para frente não vão ter essa ampliação. **4.2** Termo de Compromisso de Gestão Municipal.
149 Dra. Conceição Benigno informou que a DIPRO recebeu através da Secretaria Executiva da CIB as seguintes solicitações de
150 adesão ao Pacto: Municípios que pleiteiam assinar o Termo de Compromisso de Gestão – TCG sem assunção do Comando
151 Único: Microrregião de Jacobina – Miguel Calmon, Várzea da Roça, Várzea do Poço e Piritiba, todos tiveram seus trâmites
152 garantidos, passaram nos Conselhos Municipais de Saúde, nos CGMR, preencheram todos os documentos, entraram no
153 sistema e fizeram o SISPACTO. Relatou que chamou atenção o município de Piritiba que mesmo sem o Comando colocou que
154 realiza tudo em todos os eixos, isso preocupou a comissão e a área técnica que procurou rever essa questão que normalmente
155 não é possível. Municípios que pleiteiam assinar o Termo de Compromisso de Gestão – TCG com assunção do Comando
156 Único: Microrregião de Jacobina – Capim Grosso e Morro do Chapéu que apresentaram todos os documentos, a parte
157 burocrática, foram certificados pela DICON no treinamento de faturamento, processamento e pagamento, passaram pela
158 Comissão e não houve relatório de auditoria contraditório nem dificuldades limitantes para estes municípios. Chamou atenção
159 dos diretores de DIRES que são os coordenadores dos CGMR e de todos os secretários municipais que precisamos ter muito
160 cuidado, o Estado está aberto como tem demonstrado em todo o processo da PPI, para apoiar, incentivar, mas precisa haver
161 uma reflexão quanto às responsabilidades assinadas, a DIPRO tem uma equipe realmente pequena e estava muito envolvida
162 com a PPI e agora dará uma atenção especial em relação ao Pacto no sentido de monitorar porque já temos mais de cem
163 municípios com adesão ao pacto sem comando único e com estes dois agora passamos para cinquenta e nove, então
164 precisamos fazer monitoramento e avaliação bem mais próximos inclusive com a elaboração de uma proposta que traremos
165 posteriormente para aprovação na CIB. Dr. Andrés Alonso colocou que dentro desse processo de discussão de adesão ao
166 Pacto a Comissão foi criada com a finalidade teoricamente de fazer essa avaliação, aprovar ou não e recomendar à CIB,
167 acontece que a Comissão só tem cumprido o papel cartorial de fazer a adesão ao Comando Único e não tem acompanhado
168 nem avaliado o andamento desse processo. Ressaltou a necessidade de se fazer uma discussão inclusive trazer na CIB e
169 homologar o papel dessa Comissão efetivamente e garantir dentro desse papel a obrigatoriedade e uma periodicidade da
170 avaliação dos municípios especialmente os que estão entrando com Comando Único e também neste período eleitoral, até por
171 conta de que o Comando Único necessariamente significa a transferência de alguns contratos da gestão estadual para a
172 gestão municipal, havendo alguns limites, não sabemos se atinge ou não a legislação eleitoral, mas para evitarmos
173 complicações neste período de julho até outubro, sugeriu a suspensão da adesão ao Comando Único para que depois façamos
174 a retomada juntamente com a homologação do papel da Comissão. Dra. Stela Souza que também é membro da Comissão
175 informou que houve uma reunião na quinta-feira passada onde houve essa discussão inclusive do papel cartorial dessa
176 comissão. Entende que a Comissão para existir de fato, ela é para acompanhar e apoiar, e o COSEMS está se propondo a
177 criar, inclusive já está em fase de tramitação, a rede de apoiadores para se dirigir aos CGMR a fim de apoiar realmente os
178 municípios na adesão e no acompanhamento ao Pacto, com ou sem Comando Único, pois Pacto é Pacto e estamos
179 trabalhando por ele, é isso que precisamos para dar uma incrementação no Estado da Bahia. Então, essa Comissão na última
180 quinta-feira chegou a repensar qual o seu real papel, se é só para avaliar, pois se a área técnica está dizendo que os
181 documentos estão de acordo, então bastaria a área técnica registrar na CIB e não precisaria da Comissão. Concordou com as
182 colocações de Dr. Andrés em relação ao papel da Comissão, mas com relação à suspensão ou não do Pacto com Comando

183 Único, a não ser que haja realmente alguma coisa na legislação eleitoral de que não possa acontecer, estaria de acordo, do
184 contrário não saberia como se posicionar porque não entende o porquê do não ao Comando Único. Dr. Andrés esclareceu que
185 a posição nesse sentido é com a preocupação de que quando se passa um município para o Comando Único que tem contrato
186 de prestadores sob gestão estadual, eles passam a ser obrigação do município que está recebendo o Comando Único,
187 portanto ele vai ter que fazer um contrato novo no período da legislação eleitoral que não sabemos se vai trazer alguma
188 limitação dentro desse processo e pode trazer algum tipo de desgasto tanto na relação com o prestador como com o Estado e
189 o município. A outra questão que seria importante antes que a próxima aprovação ocorresse é que a Comissão começasse a
190 cumprir o seu papel e colocasse dentro de um cronograma a avaliação dos municípios que entraram primeiro dentro desse
191 processo com Comando Único. Dra. Stela concordou com as colocações de Dr. Andrés e entendeu que vai ficar complicado
192 fazer destrato dos contratos nesse momento, o que pode criar algum problema até jurídico, se for esse o caso não viu o porquê
193 de suspender nesse período, mas realmente a Comissão tem que fazer o acompanhamento senão não faz sentido mantê-la.
194 Dra. Lorene esclareceu em relação à Comissão até porque conseguiu participar quase 100% das reuniões, que uma das
195 coisas que colocou desde o início foi que a Comissão gastou muito tempo fazendo o que realmente não era papel dela, até
196 porque não tinha mais critério estabelecido, a CIB revogou a Resolução nº 89 e não cabia à Comissão estar julgando se podia
197 ou não, com isso queimamos uma fase importante que era discutir a metodologia de acompanhamento e avaliação da adesão
198 ao Pacto e este é o momento de rever isso, retomar o que está dado para a Comissão para que possamos agir enquanto grupo
199 e com a participação de todas as áreas, o que é fundamental, não pode contar só com SUVISA, Auditoria e COSEMS, temos
200 que ter todas as áreas para fazer o acompanhamento. Questionou se o que estava sendo proposto é que não precisa mais do
201 posicionamento da comissão em relação a análise se o município pode ou não aderir, e se o município solicitou o comando e
202 está cumprindo tudo, vai entrar no processo de monitoramento, ou seja, a Comissão não vai julgar atender ou não atender
203 porque já vem da área técnica com toda a documentação formalizada, vai caber à Comissão definir metodologia de
204 acompanhamento e avaliação. Dr. Andrés colocou que também entende assim só que aí a discussão é que estabelecendo que
205 estes são critérios, se estabelece aquela história dos pré-requisitos que gerou a derrubada da Resolução 89, então a intenção
206 quando se levou para a Comissão era não estabelecer pré-requisitos prévios e avaliar caso a caso a condição de assumir o
207 comando único, então esse processo teria que ser discutido como um todo, inclusive da necessidade de estabelecer ou não
208 pré-requisitos. O Senhor Coordenador colocou que considerando que Dr. Andrés propôs que no período de julho, agosto,
209 setembro e talvez outubro, ou seja, no período eleitoral, não façamos novas aprovações de Comando Único, a Comissão vai
210 ter três meses pelo menos para elaborar uma proposta de acompanhamento e monitoramento, após isso quando formos
211 retomar o processo de adesão, também poderemos analisar qual o papel da Comissão em relação à essa análise das
212 aprovações. Dra. Lorene lembrou que temos hoje uma Portaria do MS que condiciona repasse de recurso do bloco da
213 vigilância a municípios que aderiram ao pacto, não precisa ter comando, então essa parte sem comando poderia ter
214 continuidade para não interferir nesse processo porque é muita justificativa para um município que não aderiu ao pacto em
215 relação a esse bloco, então não precisaria nem de comissão, poderíamos ir tocando o que não for Comando Único porque é
216 importante para criar menos complicação para a gestão municipal na justificativa do recurso desse bloco. **O Senhor**
217 **Coordenador fechou o encaminhamento, propondo a aprovação de que no período eleitoral não iremos aprovar**
218 **adesão ao Pacto com Comando Único, todas que vierem a ser aprovadas serão sem Comando Único, lembrando que**
219 **após este prazo poderemos vir a fazer a mudança. Houve Consenso.** Antes de passar para as apresentações, solicitou a
220 Dra. Lorene que fizesse um informe sobre a Mostra Integrada de Vigilância à Saúde e Saúde da Família sobre a questão da
221 vacinação. Dra. Lorene primeiro agradeceu aos gestores que apoiaram pela participação dos trabalhadores das equipes de
222 saúde da família que foram mais de três mil e que para participarem tiveram o apoio da gestão municipal. Relatou que foram
223 cinco mil quinhentos e quarenta e oito inscrições homologadas na Mostra, representativo de todas as regiões do Estado, e isso
224 foi muito interessante além de que tivemos uma representação importante desses trabalhadores integrados a toda a área
225 acadêmica do ensino, tanto do ponto da formação técnica como dos cursos de graduação, dos setecentos trabalhos que foram
226 apresentados lá, conseguimos premiar doze por cada um dos eixos. Considerou uma vitória, um ganho importante que
227 consolidou um momento de integração não só das vigilâncias como também da vigilância com a atenção básica e esperando
228 que no próximo ano possa voltar a essa Mostra, pois o pacto firmado lá foi de que a Mostra continuará sendo integrada, não
229 haverá mais Mostras separadas, assim, estaremos consolidando esse planejamento que já temos um Plano Diretor de
230 Integração que está em curso. Ressaltou outro aspecto importante da Mostra que foi o compromisso num dos encontros
231 paralelos, dos trabalhadores das equipes, pois agora vamos trabalhar com território único dos Agentes Comunitários de Saúde
232 e Agentes de Combate às Endemias para que possamos a partir da Portaria MS 1007 que traz o incentivo financeiro para
233 aqueles municípios que já vão aderir ao território único, ou seja, tem um incentivo financeiro para que possamos até efetivar
234 um trabalho que já estamos pregando em alguns municípios que até já tinham se candidatado a isso, independente do
235 incentivo financeiro, que é trabalhar com um único território tanto para ACS ou ACE para eles se integrarem à equipe. Colocou
236 ainda que depois será proposto criar uma Comissão de trabalho DAB e DIVEP para que possamos agregar um componente da
237 despreciação, isso é fruto das discussões que ocorreram durante a Mostra e esse grupo de trabalho já fazer o elenco dos
238 municípios que preenchem os critérios para que já possamos trabalhar com cada um deles fazendo território único para as
239 equipes e para o trabalho de combate às endemias. Informou que o trabalho da imunização já está com um certo esgotamento,
240 pois vem sendo realizado desde fevereiro esse trabalho da imunização porque estamos literalmente todos os finais de semana
241 fazendo vacinação, cada hora é uma vacina, cada hora é um grupo e continuaremos assim, os únicos finais de semana que
242 não vamos fazer isso são os dois próximos porque em julho retomaremos. A vacinação já foi feita em quase quatrocentos
243 municípios do estado, contra o meningococos C para os menores de cinco anos, na capital já vacinamos quase 70% além dos
244 menores de cinco anos, de 10 a 14 anos e vamos chegar a quase 60% de 15 a 19 anos que foi esse último final de semana,
245 hoje as equipes do município de Salvador e da DIVEP estão em reunião com a rede privada que aplicou vacina porque as
246 doses aplicadas pelo setor privado também vão se incorporar a essa cobertura nessas duas faixas etárias. Quanto a vacinação
247 da Influenza sazonal em sessenta anos provavelmente vamos atingir a meta sem maiores complicações porque sem incluir o
248 município de Salvador e alguns outros grandes municípios de grande porte do estado, já está em 73% e vamos vacinar até o
249 dia 30/06, tanto a sazonal quanto a H1N1 porque temos um saldo de vacinas, já negociamos com o MS que não devolveremos

250 a H1N1 e vamos aplicar enquanto tiver vacina independente da faixa etária, quem chegar na unidade e quiser tomar, com
 251 exceção da sazonal que tem que focar no grupo de sessenta e mais. A vacinação de Pólio também vai até dia 30 de junho, já
 252 estamos acima de 40% de cobertura, mas ainda temos até o início de julho para fechar o sistema, isso mostra a importância
 253 das ações compartilhadas e do envolvimento e compromisso da Gestão Municipal, não só com a Mostra, sinalizando a
 254 integração das ações, mas para que possamos alcançar as coberturas vacinais que tem um impacto na transmissão dessas
 255 doenças. Voltando à pauta, o Senhor Coordenador comentou que alguns itens ficaram prejudicados porque não foram
 256 discutidos antes com o COSEMS, assim, se não houvesse nenhum comprometimento, sugeriu que os seguintes pontos de
 257 pactuação fossem para a próxima reunião: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVAST: 1.1
 258 Plano Estratégico Saúde do Trabalhador. e 2. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: 2.1 Análise
 259 clínica para rede de laboratórios descentralizados do LACEN; 2.2 Curso de Vigilância em Saúde – Agentes de Combate às
 260 Endemias. Dra. Lorene Pinto informou que esses cursos que a equipe da Escola iria apresentar são cursos que estão
 261 acompanhando uma política que aprovamos aqui que é a descentralização dos laboratórios, para qualificar os técnicos da rede
 262 de laboratórios que já foi pactuada aqui e vai ser pela ordem de implantação de laboratórios, o outro ponto, Curso de Vigilância
 263 em Saúde é a nova formação dos Agentes de Combate às Endemias que também já foi aprovado aqui, na verdade seriam
 264 apresentadas as linhas de formação dos dois cursos para serem coerentes com o que estamos implementando e que a
 265 educação permanente está caminhando junto para qualificar a rede. Ficou para a próxima reunião apenas o ponto 1.1 Plano
 266 Estratégico Saúde do Trabalhador. Dra. Stela Souza lembrou que tem uma Comissão fazendo parte das discussões desse
 267 curso de vigilância, já houve reunião com o pessoal do COSEMS e já foi aprovado. Dra. Lorene comentou que inclusive hoje
 268 está acontecendo uma oficina em Brasília onde o pessoal da Escola foi levar a proposta do Estado em parceria com o
 269 COSEMS. Dra. Stela considerou que estamos de parabéns com a Mostra, pois tanto o Estado quanto os municípios
 270 participaram de forma efetiva, alguns municípios mandaram muitos técnicos e teve uma participação maciça dos Secretários
 271 nas mesas, inclusive ela mesma esteve participando na mesa de Integração da atenção Básica e Vigilância, o papel do ACS e
 272 do ACE, e foi muito boa a discussão, foi feito um trabalho meio lúdico aonde houve uma ótima receptividade dos ACE e a
 273 participação dos gestores foi forte e é preciso que os gestores do SUS continuem participando de forma integrada. Solicitou
 274 ainda que na próxima não saia representante do COSEMS, mas sim que peça ao COSEMS para mandar para todos os
 275 municípios e iremos colocar os nomes dos gestores representando o COSEMS. O Secretário Municipal de Saúde de Vera
 276 Cruz, Fabiano, concordou e ressaltou que a Mostra foi um dos poucos espaços que enquanto COSEMS conseguiu participar
 277 efetivamente, pela organização e participação nas mesas, não só com a representação dos técnicos, mas também os gestores
 278 participando nos debates e levando as apresentações de maneira mais qualificada. Em seguida a Sra. Geisa Plácido
 279 apresentou os Cursos do PROFAPS:



Pactuação do recurso para os Projetos do PROFAPS 2010 na CIB em 14 de junho de 2010



PROFAPS

Programa de Formação de Profissionais
de Nível Médio para a Saúde



Portaria GM/MS nº 3.189, de 18 de dezembro de
2009 e minuta da CIT de 27/05/10

Define recursos financeiros do MS para o
Programa de Formação de Profissionais de
Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)

PROFAPS Áreas técnicas prioritárias

- Art. 3º As áreas técnicas estratégicas prioritárias para a **educação profissional técnica de nível médio** na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem.

317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
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

PROFAPS



Áreas técnicas priorizadas para o ano de 2010 na Bahia

- VIGILÂNCIA EM SAÚDE
- ANÁLISES CLÍNICAS
- RADIOLOGIA

PROFAPS



Por que Análises Clínicas?

- Por ser área estratégica e prioritária;
- Demanda de ampliação da Rede de Laboratórios Centrais (LACEN), 26 laboratórios, inicialmente serão implantados em 8 municípios;

PROFAPS



Por que Radiologia?

- Por ser área estratégica e prioritária;
- Demanda da rede própria, por ainda existirem muitos trabalhadores na área sem qualificação, em desvio de função;

PROFAPS



Por que fazer essa formação?

Pela relevância desses trabalhadores no contexto de mudanças das práticas de saúde e do papel social desses trabalhadores

ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

O guia curricular está organizado de forma integrada por áreas de conhecimento e corresponde às competências necessárias a esses trabalhadores do SUS.

Carga Horária Total: 1.200 h (concentração e dispersão)

SOBRE O CURSO

- Itinerário formativo (modular);
- Lógica da educação permanente, envolvendo os atores inseridos no processo de trabalho;

Carga Horária Total: 1.200 h (concentração e dispersão)

METODOLOGIA

➤ A metodologia utilizada é a **Problematização** ou **pedagogia da Pergunta** ou **Pedagogia de Paulo Freire**, aplicada em todos os cursos da EFTS.

RESULTADOS DA FORMAÇÃO PARA O SUS

Visibilidade
Avanços tecnológicos
Fortalecimento
Empoderamento
Novos conhecimentos
Qualificação profissional
Trabalho em Rede

384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449

REFERÊNCIAS

BAHIA, Secretaria da Saúde. Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias – cartilha / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2007
BRASIL, Lei Nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. D.O.U. de 06.10.06
BRASIL, Portaria 3.189 de 18 de dezembro de 2009

Obrigada!

EFTS – contatos: Tel. (71)33570810; (71)33570811
site: www.saude.ba.gov.br/efts
e-mail: sesab.efts@saude.ba.gov.br



Após a apresentação, Dra. Lorene Pinto chamou atenção de que para as coisas acontecerem da forma como vêm acontecendo, como temos conseguido fazer, a Vigilância nunca trabalhou de forma tão articulada no processo formativo com as escolas, isso aí é só um exemplo porque temos um curso imenso construído, inclusive com todo o material didático elaborado pelas equipes que é o Curso Básico de Vigilância Sanitária e Ambiental, envolvendo a Saúde do Trabalhador que os tutores estão sendo qualificados neste momento para atingir todos os municípios do Estado, então colocou que para quem trabalha com a vigilância sabe que sempre se busca os processos formativos por conta própria, buscando parceria com as universidades porque não tinha muito eco nas nossas escolas, e se tem conseguido efetivamente construir todos os processos formativos acompanhando as políticas prioritárias na área da vigilância, isso é muito interessante, e com o UNASUS agora já foi possível retomar o nosso GT de educação permanente da SUVISA que vai estar com dois membros representados no colegiado da UNASUS para articularmos mais ainda os processos porque não tem faltado inclusive financiamento que estamos compartilhando para estes processos. O Senhor Coordenador questionou se o curso citotécnico estava dentro de análises clínicas ou era um curso à parte. A Sra. Geisa informou que esta semana haverá uma discussão no MS sobre essas competências e o curso citotécnico é um que vem dando muitos problemas; a nossa idéia é fazer o técnico de análises clínicas com esse nome por causa do catálogo, mas a idéia é ser o técnico de laboratório em saúde pública mesmo como estamos fazendo a atualização dos técnicos do LACEN, porque aí seria de acordo com a necessidade do município. O Senhor Coordenador argumentou que há uma carência grande de citotécnicos aqui no Estado e da mesma forma pretendemos voltar a oferecer anatomia patológica e tem também o projeto da SVO. Dra. Marília Fontoura sugeriu que fosse detalhada a questão da metodologia e questionou se será aquela metodologia onde se qualifica e pode fazer descentralizada, então o acesso vai ser amplo. Comentou que embora não tenha sido colocado o componente EAD que é um componente que facilita a ampliação do acesso, mas a estratégia utilizada garante esse acesso, então dentro disso aí há a possibilidade de levantar junto aos municípios, até quem tem disponibilidade de colocar tutores para os municípios que quiserem assumir essa qualificação, porque tem municípios que têm condições de garantir turma até a nível regional, mas que precisa desse apoio técnico de estar articulado, assim sugeriu que se faça esse chamamento para ver os municípios que têm técnicos, inclusive para disponibilizar para essa capacitação para ser monitor. A Sra. Geisa informou que os critérios serão pactuados depois que sair a Portaria. Após as colocações, foi aprovado à unanimidade. Em seguida passou a palavra para a Sra. Andréa da DIVISA para apresentação do próximo ponto de pauta: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/ DIVISA/LACEN/DIS/DIVEP: 1.1 Situação da Adesão dos municípios às Ações Estratégicas da Resolução CIB Nº 142/08 e encaminhamento dos Planos de Ações de VISA/2010.

SITUAÇÃO DA ADESÃO ÀS AÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE AMBIENTAL (RESOLUÇÃO CIB/BA nº 142/08)

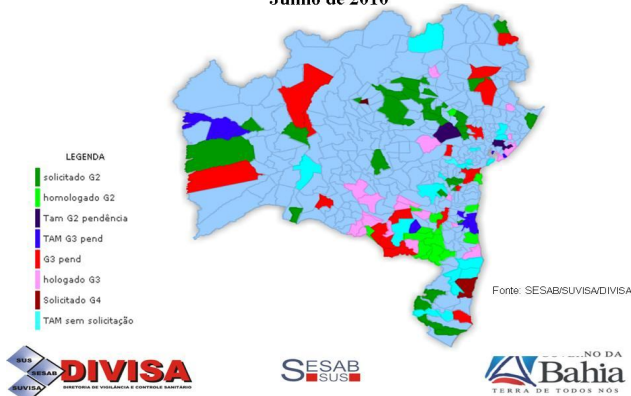
junho/2010

A Resolução CIB-BA nº 142 de 04 de setembro de 2008,

Aprova o Regulamento que estabelece as responsabilidades sanitárias e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à descentralização dos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental, do Sistema Estadual.

450 “Em relação à descentralização da Vigilância Sanitária, ela teve início com o Termo de Ajustes e Metas em 2000 e de lá para
 451 cá houve algumas modificações que chegou à adequação desse processo de descentralização com a perspectiva do Pacto
 452 pela Saúde e com isso foi aprovada em 2008 a Resolução CIB Nº 142. Dentro desse processo pontuou que ainda temos
 453 atualmente alguns municípios que já solicitaram adesão de acordo com os grupos da CIB conforme o mapa abaixo: O G2 que
 454 é o verde escuro que já foram homologados aqui na CIB para o Grupo 2 também, tem alguns municípios que são do TAM que
 455 estaria pactuando no Grupo 2 e que ainda apresentam pendências, tem também aqueles que eram do TAM e poderiam já
 456 estar pactuando no Grupo 3 e que também apresentaram algumas pendências, e alguns que já estão solicitando (G3 em
 457 vermelho), outros já foram homologados aqui na CIB que são os cor-de-rosa, do Grupo 3 inclusive com estabelecimentos
 458 relacionados a controle de medicamentos e por fim dois municípios que estão solicitando o Grupo 4 que são os grupos com
 459 atividade de mais alta complexidade que são Irecê e Porto Seguro, do TAM que compreendíamos que eram aqueles
 460 municípios que já tinham história de programação, descentralização e execução de ações de vigilância sanitária, e temos ainda
 461 todos em verde claro que ainda não solicitaram adesão à CIB. Havia um acordo aqui na CIB que os municípios que eram do
 462 TAM iriam continuar recebendo os recursos para não parar o processo até que pudéssemos retomar de acordo com s
 463 Resolução CIB Nº 142. “

464 **Condição do processo de descentralização dos Municípios na Bahia,**
 465 **Junho de 2010**



480 **Resolução CIB-BA 142/08** 481 **Processo de Adesão**

- 482 • 114 municípios pleitearam a adesão
- 483 • Destes, 60 foram homologados CIB:

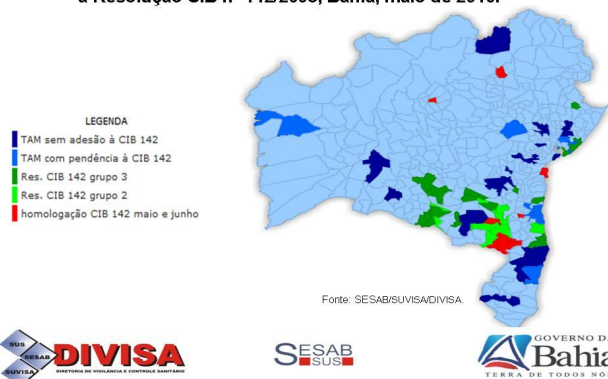
 - 484 – 25 até dez 2009
 - 485 – 35 até maio 2010

GRUPO1	15
GRUPO2	53
GRUPO3	44
GRUPO4	2
TOTAL	114



486 “Esse incentivo de 35 este ano foi devido à Resolução CIB Nº 59/2009 que com isso o estado repassou o recurso financeiro do
 487 fundo estadual para o fundo municipal. No mapa abaixo podemos ver a localização dos municípios que já fizeram adesão
 488 como os que estão pleiteando e podemos ver que existe ainda um vazio demográfico muito grande de alguns municípios que
 489 sequer solicitaram adesão ou estão tentando pactuar ações.”

490 **Localização do Municípios de Acordo Adesão**
 491 **à Resolução CIB nº 142/2008, Bahia, maio de 2010.**



505 **Solicitação de Adesão** 506 **à CIB 142/08 – grupo 1**

municípios	dires
Arataca	6
Abaré	10
Jeremoabo	10
Pedro Alexandre	10
Santa Brígida	10
Barrocas	12
Conceição do Coité	12
Nordestina	12
Caém	16
Ouroândia	16
Buritirama	22
Jacaraci	24
Mortugaba	24
Carinhanha	30
Sebastião Laranjeiras	30



507 **Solicitação de Adesão** 508 **à CIB 142/08 – grupo 2**

municípios	dires	municípios	dires
Conde	1	Itanhém	9
Dias D'Ávila	1	Jucuruçu	9
São Sebastião do Passé	1	Lajedão	9
Ipecaetá	2	Nova Viçosa	9
Ipirá	2	Glória	10
Pintadas	2	Quijingue	12
Riachão do Jacuípe	2	Jitaúna	13
Serra Preta	2	Caatiba	14
Nova Ibiá	5	Firmino Alves	14
Teolândia	5	Iguai	14
Wenceslau Guimarães	5	Itambé	14
Itacaré	6	Itapetinga	14
Una	6	Itarantim	14
Barro Preto	7	Ilororó	14
Ibirapua	9	Macarani	14



509 **Solicitação de Adesão** 510 **à CIB 142/08 – grupo 2**

municípios	dires	municípios	dires
Maiquinique	14	Várzea do Poço	16
Nova Canaã	14	Várzea da Roça	16
Potiraguá	14	Bom Jesus da Serra	20
Caldeirão Grande	16	Piripá	20
Jacobina	16	Presidente Dutra	21
Mairi	16	Muquém de S. Francisco	22
Mirangaba	16	Angical	25
Morro do Chapéu	16	São Desidério	25
São José do Jacuípe	16	Mucugê	27
Serrolândia	16	Pindobaçu	28
Tapiramutá	16	Iuiú	30
Várzea Nova	16		



517
518
519
520
521
522
523
524
525
526
527
528
529
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

Dra. Andréa Ferraro

Apresentou os municípios que fazem parte do grupo três Ibotirama, Barreira, Senhor do Bonfim e Guanambi; ressaltou que os municípios de Porto Seguro e Irecê até o momento estão pleiteando o grupo quatro. Informou os municípios que foram homologados neste ano de dois mil e dez, dos grupos; no grupo dois foram dezesseis municípios e do grupo quatro até o momento nenhum município, mas a uma perspectiva de dois municípios, sendo assim, totalizando trinta e cinco municípios. Ressaltou alguns municípios que estava no termo de ajuste e metas e que não solicitou adesão a Resolução CIB 142, e continuam recebendo recurso do termo de ajuste e metas. E alguns municípios como Barreiras, Dias D'Ávila, Ilhéus, Ipirá e Irecê que já solicitaram apenas Irecê obteve uma posição favorável na reunião da CIB do mês de junho, e os demais municípios como Lauro de Freitas, Madre de Deus, Porto Seguro e São Sebastião do Passé também apresentaram a documentação, mas constam algumas irregularidades. Chamou atenção quanto aos números grandes de municípios que não solicitaram a adesão porque se o município já estava organizado recebendo o recurso e já desenvolvia atividade, não tem porque mandar a documentação para dá entrada ao processo, e ficar atualizado diante da legislação vigente.

Solicitação de Adesão à CIB 142/08 – grupo 3

municípios	diros	municípios	diros
Carnaçari	1	Euclides da Cunha	12
Lauro de Freitas	1	Tucano	12
Madre de Deus	1	Ipiacá	13
Pojuca	1	Ibicuí	14
Salvador	1	Itaberaba	18
Feira de Santana	2	Brumado	19
Crisópolis	3	Livramento de N. Senhora	19
Cairu	5	Anagé	20
Gandu	5	Barra do Choça	20
Taperoá	5	Belo Campo	20
Valença	5	Caetanos	20
Canavieiras	6	Cândido Sales	20
Ilhéus	6	Condeúba	20
Ibicaraí	7	Cordeiros	20
Alcobaça	9	Encruzilhada	20
Paulo Afonso	10	Maetinga	20



Solicitação de Adesão à CIB 142/08 – grupo 3

municípios	diros
Mirante	20
Poções	20
Presidente Jânio Quadros	20
Ribeirão do Largo	20
Tremedal	20
Barra	22
Ibotirama	22
Barreiras	25
Correntina	26
Senhor do Bonfim	28
Itatim	29
Guanambi	30



MUNICÍPIOS HOMOLOGADOS

Solicitação de Adesão à CIB 142/08 – grupo 4

Municípios	DIRES
Porto Seguro	8
Irecê	21

GRUPO 1	0
GRUPO 2	16
GRUPO 3	19
GRUPO 4	0
TOTAL	35



Situação dos municípios TAM no processo de adesão à Resolução CIB-BA 142/08

Municípios	DIRES	Situação de adesão de acordo com a CIB/142
1. Alagoíneas	3ª	Não solicitou
2. Amargosa	29ª	Não solicitou
3. Barra do Choça	20ª	Não solicitou
4. Barreiras	25ª	Com pendências
5. Belmonte	8ª	Não solicitou
6. Bom Jesus da Lapa	26ª	Não solicitou
7. Catu	3ª	Não solicitou
8. Cruz das Almas	31ª	Não solicitou
9. Dias d'Ávila	1ª	Com pendências
10. Eunápolis	8ª	Não solicitou
11. Feira de Santana	2ª	Não solicitou
12. Guanambi	30ª	Não solicitou
13. Ilhéus	6ª	Com pendências
14. Ipirá	2ª	Com pendências
15. Irecê	21ª	FAVORÁVEL CIB JUNHO
16. Itabela	8ª	Não solicitou



Municípios	DIRES	Situação de adesão de acordo com a CIB/142
18. Itaquara	13ª	Não solicitou
19. Jequié	13ª	Não solicitou
20. Juazeiro	15ª	Não solicitou
21. Laje	29ª	Não solicitou
22. Lauro de Freitas	1ª	Com pendências
23. Madre de Deus	1ª	Com pendências
24. Medeiros Neto	9ª	Não solicitou
25. Porto Seguro	8ª	Com pendências
26. Santa Cruz Cabrália	8ª	Não solicitou
27. Santo Antônio de Jesus	4ª	Não solicitou
28. São Félix	31ª	Não solicitou
29. São S. do Passé	3ª	Com pendências
30. Teixeira de Freitas	9ª	Não solicitou
31. Vera Cruz	1ª	Não solicitou
32. Vitória da Conquista	20ª	Não solicitou



Mostrou os encaminhamentos dados aos Planos Municipais de Ação de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Informou que foram realizadas nove oficinas nas macrorregionais para programação das ações PAVS, trabalhando os 402 municípios e a discussão foi a respeito da elaboração do Plano de Ações e Vigilância Sanitária Ambiental. Ressaltou que mesmo com todo esse contato mais próximo com todos os municípios, apenas 114 municípios enviaram o Plano de Ação e chegou ao nível

584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
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

central no dia nove de junho, diante disto podemos observar que não estamos tendo uma resposta junto aos municípios no que diz respeito à elaboração dos Planos de Ação. Pontuou que o Plano de Ação é uns dos documentos requisitados para que possamos encaminhar a solicitação de adesão à resolução CIB 142. Destacou que na região de Eunápolis que o município de Boquira e Senhor do Bonfim apenas um município de cada DIRES encaminhou a documentação para DIVISA e das outras regionais, alguns municípios como Feira de Santana, Guanambi, Eunápolis, Cícero Dantas, Ilhéus, Jacobina, Mundo Novo, Itaberaba não apresentaram nenhum Plano de Ação.

ENCAMINHAMENTOS DOS PLANOS MUNICIPAIS DE AÇÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E SAÚDE AMBIENTAL

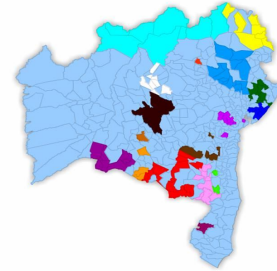


Destacou algumas regionais a de Juazeiro, Alagoinhas e a região sudoeste e inicio da região sul que mostram uma cobertura interessante.

Plano de Ação 2010 municípios

Municípios que enviaram Plano de Ação 2010

- 114 municípios enviaram PA 2010 até 09.06.10
- Das DIRES 9ª, 23ª e 28ª : apenas 1 município enviou PA.
- Municípios das DIRES: 2ª, 5ª, 6ª, 8ª, 11ª, 16ª, 17ª, 18ª, 19ª, 22ª, 25ª, 26ª, 29ª, 31ª, não enviaram PA 2010.



Apresentou a listagem dos hospitais que tiveram nota baixa no PNAS porque são estabelecimentos que vão precisar de um apoio maior dos Gestores, e que irão passar por uma nova avaliação neste ano de dois mil e dez, e a vigilância sanitária tem a meta de cumprir a inspeção em todos esses estabelecimentos com maior cuidado e atenção.

HOSPITAIS PRIORITÁRIOS QUE OBTIVERAM PONTUAÇÃO MENOR QUE 50 NO PNAS



Chamou atenção que a maioria destes Hospitais estão na região de Serrinha ou na região de Cícero Dantas.

CNES	HOSPITAL	MUNICIPIO	PONTUAÇÃO
2598205	HOSPITAL MUNICIPAL ALMIR PASSOS	CONCEICAO DO COITE	14,22
4026608	HOSPITAL E CLINICA SANTA HELENA	IPIRA	14,88
2301296	HOSPITAL GOVERNADOR ANTONIO CARLOS MASCALHAES SOBRASA	TEIXEIRA DE FREITAS	16,67
2802031	HOSPITAL MATER DEI	FEIRA DE SANTANA	26,39
2603292	HOSPITAL MATERNIDADE DE EDUARDO ALENCAR	SANTO AMARO	33,33
2532387	HOSPITAL MUNICIPAL VICTORIO (ORTOPEDIA)	SIMOES FILHO	35,65
2493845	HOSPITAL GERAL MANOEL EDUARDO MASCALHAES	SALVADOR	36,27
2532522	HOSPITAL MUNICIPAL LUIZ MONTEIRO MASCALHAES	CICERO DANTAS	36,27
4028759	HOSPITAL MUNICIPAL MONSIEUR GENERALIER	MONTE SANTO	37,04
2532638	HOSPITAL E MAT JOSSEFA ISMAEL SOBRAL	IRECE	38,73
2819139	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE IPIAU	IPIAU	39,58
2601710	HOSPITAL DR OSVALDO VALVERDE	CAMACAN	40,69
2509369	CLINICA SAO PEDRO	REMANSO	41,67
2401258	HOSPITAL MATERNIDADE ANGEL COSTA	EUCLIDES DA CUNHA	42,59
2660091	HOSPITAL GERAL DE SERRINHA	SERRINHA	43,98
2445352	HOSPITAL ANTONIO DA COSTA PINTO DANTAS	ITUBERA	44,61
2520524	CLISE	JUAZEIRO	45,31
2470152	HOSPITAL REGIONAL DE ITABERABA	ITABERABA	45,83
2509377	CASA DE SAUDE DE REMANSO	REMANSO	47,06
2627483	HOSPITAL SAO FRANCISCO E SAO VICENTE	ESPLANADA	48,53
3859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	SALVADOR	48,68

PORTARIA GM/MS Nº 3252, DE 22 de dezembro de 2009

Art. 45. A manutenção do repasse dos recursos do Componente da Vigilância Sanitária está condicionada a:

- I - cadastramento dos serviços de vigilância sanitária no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; e
- II - preenchimento mensal da Tabela de Procedimentos de VISA no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA-SUS.

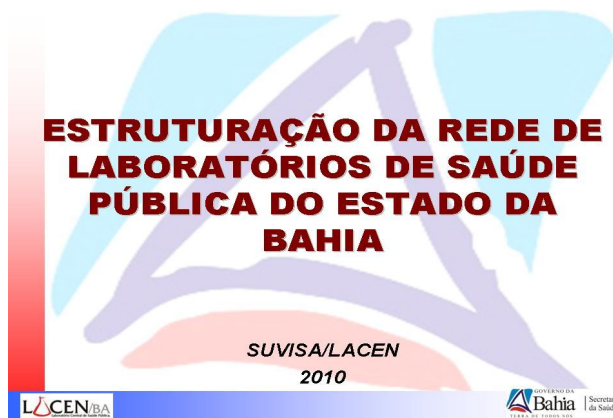
Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

Art. 48. O bloqueio do repasse do Componente da Vigilância Sanitária para Estados e Municípios se dar-se-á caso seja constatado o não cadastramento no CNES ou 2(dois) meses consecutivos sem preenchimento do SIA-SUS.

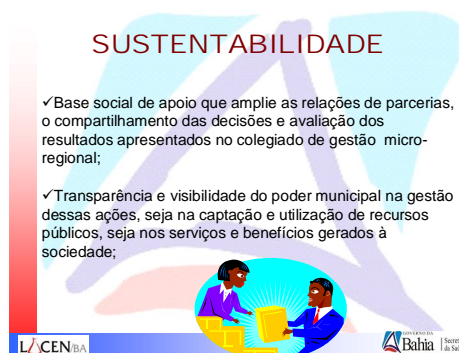
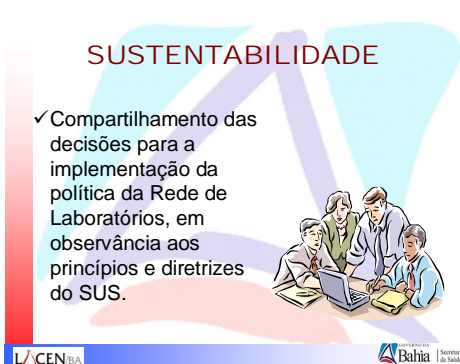


651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717

Pontuou que neste processo de descentralização todos os municípios terão que cadastrar a sua vigilância sanitária no CNES e a partir do mês de junho tem que alimentar o Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIASUS. Finalizou a apresentação agradecendo a todos. Dr. Washington Couto passou a palavra para Dra. Lorene Pinto. Pontuou que é importante apresentar Situação dos Sistemas de Informação para que os Gestores reflitam, porque a lógica da descentralização das ações de vigilância deveria acompanhar a lógica da descentralização das ações de assistência. Portanto, o município que já tinha aderido ao Termo de Ajuste de Metas, ou seja, que já tenha um grau de complexidade de assistência na sua sede, não tem porque não ter assumido os outros grupos de vigilância sanitária, até porque continuou recebendo o recurso. Recomendou que fosse encaminhada uma correspondência da CIB para todos os municípios. Comentou que nas oficinas realizadas em todas as macrorregiões com cobertura de 100% do Estado foi para sensibilizar os Gestores durante a PAVS para esse processo de Pactuação, então não faz sentido o município pleitear o comando único e não assumir os elencos estratégicos da Vigilância Sanitária. Exclamou, é incoerente, com a lógica da descentralização, a DIVISA tem feito visita nas regionais para elaboração do plano para incentivar a elaboração do Plano que é uma coisa extremamente simples e condicionar a prestação do recurso recebido. Salientou que com a Portaria 3252 tudo isso estará amarrado ao cadastramento no Cadastro Nacional do Estabelecimento de Saúde, Alimentação do Sistema de Informações Ambulatorial pelas Vigilâncias caso não seja feito por dois meses consecutivos irá significar bloqueio no repasse do recurso do bloco de vigilância. Finalizou colocando a equipe técnica a disposição. Dr. Washington Couto passou a palavra para Dra. Stela Souza representando a Coordenadora Adjunta da CIB e Presidente do COSEMS. Solicitou esclarecimento; o primeiro pacto apenas 419 municípios participou, então foi feito um encaminhamento para Pacto e para o Termo. Dra. Andréa Ferraro esclareceu que os Secretários têm comparecido a DIVEP para assinar. Dra. Stela Souza fez um encaminhamento para a questão do Termo, propôs que se envie uma correspondência imediatamente para os municípios porque muitos realizam as ações e não aderiram, e está equivocado pensando que está entregue. Dr. Washington Couto passou a palavra para Dra. Marília Fontoura. Concordeu com Dra. Lorene, mas chamou atenção que muitas vezes o município em um determinado momento tem técnico e condições de assumir certas ações, e daqui a pouco não tem mais, então argumentou temos que reforçar aquela idéia que os Colegiados de Gestão Microrregional precisam estar qualificados para dar esse apoio aos municípios. Justificou porque às vezes tem o profissional e não está qualificado e outras vezes têm o profissional qualificado e acontece de ir para outra área. Colocou que a área de vigilância tem tido dificuldades de ter pessoas qualificadas para tocar os processos. Comentou que não é falta de vontade política, e sim de condições técnicas, difícil não é só médico que falta nos municípios é também profissionais qualificados na área de vigilância e reforçou que isso tem sido um problema para os municípios. **Dr. Washington Couto fez encaminhamento para a CIB juntamente com a DIVISA articular e enviar correspondência a todos os municípios pendentes.** Deu continuidade. 1.3 Rede Estadual dos Laboratórios de Saúde Pública; Dra. Edna Pagllarini para apresentar a Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública.



Colocou que após o trabalho em parceria com a diretoria da DIPRO na PPI conquistamos uma reserva técnica que vai fortalecer bastante a implementação da Rede de Laboratório de Saúde Pública, e baseado nisso e nos questionamentos e na avaliação que fez junto à equipe que trabalhou na PPI. Apresentou a proposta com base nas necessidades de todas as microrregionais com o objetivo que estas tivessem um laboratório de saúde pública totalizando vinte oito laboratórios implantados.



718
719
720
721
722
723
724
725
726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784

SUSTENTABILIDADE

✓ A participação e o controle social, o que pressupõe a organização da sociedade civil e sua articulação com as instâncias institucionais do SUS, no sentido de mobilização e luta contínua para obtenção de ganhos e ampliação das conquistas sociais.


Conselho Municipal Colegiado de Gestão



LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

OBJETIVO

Garantir a descentralização das ações laboratoriais visando fortalecer a vigilância e atenção básica, bem como subsidiar as intervenções sobre os fatores de risco e agravos a saúde coletiva.



LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

Pontuou a parceria com os Conselhos Municipais de Saúde e os colegiados regionais.

ORGANIZAÇÃO



LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

ORGANIZAÇÃO



LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

CRITÉRIOS

- ✓ PDR;
- ✓ Acessibilidade e agilidade;
- ✓ Resolutividade;
- ✓ Referência e contra-referência;
- ✓ Equipe interdisciplinar;
- ✓ População de abrangência micro-regional;

LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

INICIATIVAS- LACEN

- ✓ Adequação e reformas - projeto arquitetônico;
- ✓ Capacitação de recursos humanos;
- ✓ Alocação dos equipamentos;
- ✓ Manutenção preventiva e corretiva;
- ✓ Aquisição e distribuição de insumos;
- ✓ Implantação do Sistema de Informação;
- ✓ Repasse de recursos financeiros para apoio logístico;
- ✓ Elenco de exames (aprovado CIB) com revisão periódica pelo colegiado de gestão de acordo com o perfil epidemiológico regional;
- ✓ Área de abrangência de cobertura (micro região);
- ✓ Assessoria técnica e supervisão.

LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

REQUISITOS

- Alvará Sanitário;
- CNES e Cadastro Estadual;
- Responsável técnico;
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (LACEN);
- Sistema de Gestão da Qualidade e Biossegurança (LACEN);
- Sistema informatizado para gerenciamento das amostras e laudos (LACEN);
- Termo de compromisso (Colegiado de gestão e CMS).

LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

ATIVIDADES DOS LMRR

- Compor a equipe de recursos humanos;
- Licitar e acompanhar a obra e ou adequação física com supervisão do LACEN;
- Atender a população da área de abrangência;
- Organizar Postos de Coleta nos municípios de abrangência da micro região;
- Definir fluxo das amostras;
- Encaminhar ao LACEN amostras para a complementação diagnóstica;
- Participar do programa de avaliação da qualidade analítica interna e externa;
- Garantir a atualização das informações;
- Participar das reuniões do colegiado de gestão da micro região e do Conselho Municipal de Saúde.

LACEN-BA Bahia Secretaria da Saúde

785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799

DIAGNÓSTICO

Brucelose	HTLV I e II *
Chagas	Leishmanioses
Citomegalovírus	Leptospirose
Colínesesterase	Malária*
Cultura e teste de sensibilidade *	Meningite *
Dengue*	Micoses - exame direto
Diarréias bacterianas	Mononucleose
Esquistossomose	Rotavírus
Hansen	Rubéola
Hepatite A, B e C*	Sífilis
Herpes	Toxoplasmose
HIV I e II	Tuberculose

* Complementação no LACEN



800
801
802
803
804
805
806

Pontuou que os exames com asterisco são diagnósticos que cuja complementação será feita pelo LACEN, digo o município fará o exame no laboratório e o LACEN complementar o diagnóstico. Dr. Washington Couto questionou se o município de Santa Maria da Vitória vai está em funcionamento no ano dois mil e onze. Dra. Edna Pagliarini destacou que a programação para funcionamento do laboratório no município de Santa Maria da Vitória é para o ano dois mil e onze. Informou que tem uma programação para inauguração de quatro laboratórios no mês de julho do ano de dois mil e dez, nos municípios de Teixeira de Freitas, Lapa, Guanambi e Serrinha. Salientou que têm alguns em funcionamento precários e a SUVISA já começou a implementação dos laboratórios nos municípios de Salvador, Senhor do Bonfim, Vitória da Conquista e Jequié.

807
808
809
810
811
812
813
814
815
816
817
818
819

AVANÇOS

- 04 Laboratórios Municipais (LMRR) em funcionamento;
- 04 LMRR serão inaugurados em julho 2010;
- 04 LMRR até novembro de 2010;
- 14 municípios com Termo de Compromisso assinado;
- Repasse de incentivo financeiro para os municípios;
- Repasse dos equipamentos;
- Participação nas reuniões dos colegiados de gestão;
- Reserva técnica da MAC para a RELVS;
- Planejamento da aquisição de insumos e equipamentos (redução custos e padronização);
- Processo de educação continuada.

"Nunca se deve engatinhar quando se tem o impulso de voar."

Helen Keller, escritora e educadora

Rosane Will - Diretora Edna Pagliarini - Coord. da Rede Laboratórios
 lacen.diretoria@saude.ba.gov.br rwill@terra.com.br; epagliarini@gmail.com
 Fone: (71) 9968-1893; (71) 3356-1414 (71) 3276-4362

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

Colocou que até o final do ano de dois mil e dez, foi proposto inaugurar os laboratórios nos municípios de Ibotirama, Jacobina, Paulo Afonso e Alagoinhas que já estão com processo avançados e já deram início as obras. E desses municípios 14 deles já assinaram o Termo de Compromisso. Solicitou que os demais municípios façam contato com o LACEN para tomarem conhecimento desta proposta e assinarem o Termo de Compromisso. Pontuou que o processo de ação continuada irá capacitar o técnico de todos os vinte novos laboratórios em análise clínica e saúde pública. Salientou que o processo de capacitação e treinamento dentro do LACEN é continuado, sempre programando e capacitando os técnicos dos municípios. Dr. Washington Couto agradeceu a Dra. Edna Pagliarini e abriu para discussão. Dr. Moacir da 1ª DIRES questionou se o prazo é até dois mil e onze. Dra. Stela Souza solicitou esclarecimento porque na pactuação fez parte do grupo de trabalho do GT do LACEN e foi discutido que a partir do dia 1 de junho já está pactuado o financiamento da rede, e no que foi colocado por Dra. Edna é que tem laboratório que só irá funcionar efetivamente no ano dois mil e doze. Questionou como irá ficar esse financiamento durante o período. E a outra questão é que o município de Jequié não tem o Termo de Compromisso assinado com Gestor porque o PIEJ na verdade é um pequeno LACEN sendo uma unidade do Estado localizado dentro do município de Jequié sobre o gerenciamento do Estado, então não existe o Termo de Compromisso com o município de Jequié. Perguntou se há mais algum outro município nesta mesma condição, e quando os municípios saberão como irá funcionar. Pontuou que o município de Jequié recebeu muitos equipamentos e todos estão guardados em uma garagem porque o espaço das sedes, que não é utilizado para nada, o espaço poderia ser cedido ao município que está precisando de um laboratório de saúde pública funcionando em sua totalidade, e isto não aconteceu ainda. Finalizou fazendo um questionamento quando o LACEN de Jequié vai ser efetivado já que não depende do município. Dra. Lorene Pinto falou da importância do que foi colocado por Dra. Stela porque conseguimos no trabalho da PPI garantir recursos para essa rede independente do laboratório municipal está pronto. Explicou como é um trabalho compartilhado dependemos do município que assumi toda obra e o Estado entra com equipamentos e ajuda financeira para obra também, mas todos os procedimentos que estão pactuados vão acontecer. Ressaltou que foi acordado no GT PPI que o exame não realizado no município, o LACEN irá fazer dando cobertura a todo o Estado. Pontuou que é muito difícil fazer transporte de amostra no Estado porque só o correio consegue transportar e assim mesmo com alguns entrevistos com a Procuradoria quando a SESAB vai renovar o contrato com os Correios todo ano. Exclamou é muito difícil trabalhar desta forma, mas entendemos que o sistema tem de ser compartilhado. E no município de Jequié já têm uma infraestrutura porque o município não vai assinar um Termo e não irá assumir uma Gestão Municipal para esse ponto da rede por já ter uma infraestrutura no PIEJ que já faz alguns procedimentos e vamos ampliar a sede do laboratório do PIEJ para assumir todo elenco da microrregião. Colocou que o LACEN já esta há algum tempo com dificuldade de negociar com a sede porque o espaço físico pertence à Secretaria de Desenvolvimento Social. Informou que terá uma reunião nesta sexta-feira com o Secretário e a Secretária que assumiu a sede para resolver essa questão. Salientou que temos

852
853
854
855
856
857
858
859
860
861
862
863
864
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

chance de sucesso com essa rede, mas depende do compromisso de cada um dos Gestores da sede de microrregião e a maratona que iremos começar depois de termos visitados todos os Conselhos Municipais a equipe do LACEN irá voltar em todos os colegiados de gestão microrregionais porque não adianta só o município sede saber quem é o Gestor e a abrangência dele, os municípios da microrregião precisam conhecer e acompanhar todo processo. Dra. Edna Pagliarini acrescentou que a proposta do LACEN é trabalhar desta forma quinze dias antes da inauguração do laboratório será realizada uma reunião com todos os Secretários de Saúde dos municípios da área de abrangência para que isso seja colocado e discutido amplamente como será o fluxo. Quanto à programação que apresentei para o ano dois mil e doze, foi baseada na perspectiva dos Gestores para a inauguração dos laboratórios. Dr. Washington Couto prosseguiu com a reunião convidando Dra. Márcia Mazzei para apresentar a Situação dos Sistemas de Informação de Base Populacional. Esta começou a apresentação falando sobre a Diretoria de Informação em Saúde e como está em relação ao sistema de informação.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS OS
Secretaria de Saúde

Diretoria de Informação em Saúde

CIB 14/06/2010

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS OS
Secretaria de Saúde

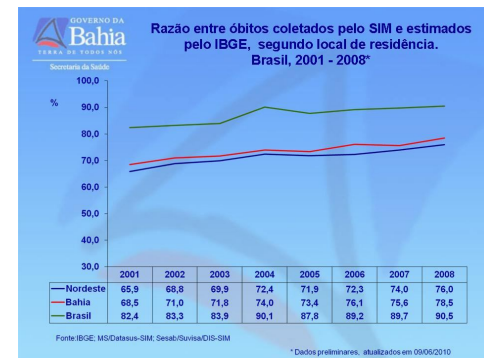
Linhas de Ação da DIS

- Operacionalização dos sistemas de informação de base populacional
- Capacitação de técnicos em informação em saúde
- Divulgação de Informações

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS OS
Secretaria de Saúde

Operacionalização dos sistemas:

- Melhoria da cobertura
- Melhoria do preenchimento dos instrumentos de coleta (Declarações de Óbito – DO, Declarações de Nascidos Vivos e Fichas de Notificação/Investigação de Agravos)



Salientou que a linha verde do gráfico são informações do Brasil havendo um aumento da captação destes eventos e a linha em vermelho o Estado da Bahia que está um pouco acima da linha do nordeste.

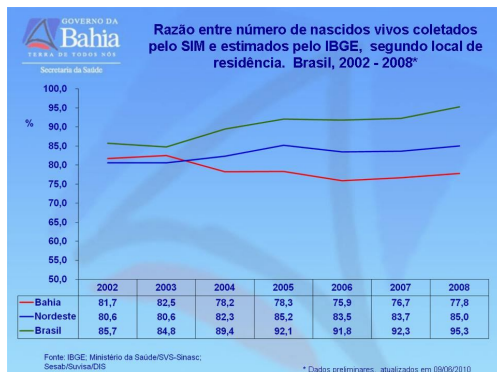
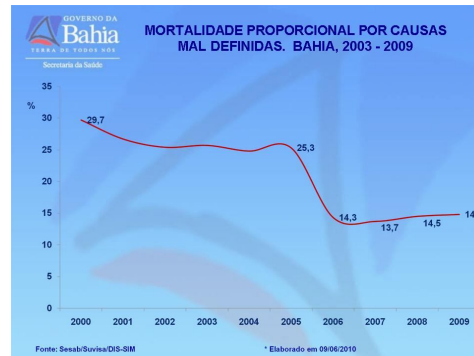
GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS OS
Secretaria de Saúde

SIM

PROPORÇÃO DE ÓBITOS, SEGUNDO CAMPOS SELECIONADOS NÃO PREENCHIDOS. BAHIA, 2005-2009.

Variáveis	2005	2006	2007	2008*	2009*
TODAS AS IDADES					
Raca/cor	22,8	23,9	21,3	19,2	16,9
Escolaridade	44,6	46,7	42,8	40,7	39,5
< 1 ANO					
Raca/cor	35,8	29,7	27,8	24,4	25,7
Idade materna	37,0	31,4	28,6	26,1	23,6
Escolaridade materna	45,8	41,4	38,7	37,7	34,4
Peso ao nascer	42,2	29,4	25,4	23,6	21,3

Fonte: Sesab/Sivisa/DIS-SIM * Dados preliminares, processados em 09/06/2010



GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS OS
Secretaria de Saúde

SINASC

PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS, SEGUNDO CAMPOS SELECIONADOS NÃO PREENCHIDOS. BAHIA, 2005-2009.

Variáveis	2005	2006	2007	2008*	2009*
Escolaridade materna	6,5	6,1	8,2	8,0	8,5
Raca/cor	13,7	9,7	9,2	8,7	9,0
Consulta de pré-natal	3,9	3,8	2,7	1,9	2,0
Peso ao nascer	1,4	0,5	0,4	0,3	0,3
Apgar no 5º minuto	21,3	18,0	14,3	11,8	13,0

Fonte: Sesab/Sivisa/DIS-Sinasc * Dados preliminares, processados em 09/06/2010

919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985

Informou que quanto as causas mal definidas de óbitos no ano de 2000, o Estado da Bahia tinha 30% de óbitos sem causas determinadas e a partir do ano 2006, com o projeto do Ministério da Saúde juntamente com a SESAB passou a investigar esses óbitos entre os anos de dois mil e dois, para dois mil e cinco, houve uma queda 5% do percentual. E com esse projeto o Estado da Bahia caiu para 14.3% no ano dois mil e seis, e nos anos subsequentes fomos caindo de percentual. Chamou atenção que o Estado da Bahia tem a maior proporção de óbitos com causas mal definidas, e quando fazemos a investigação destes óbitos se vê que muitas vezes o paciente faz tomografia e ressonância apenas na hora da morte, e o médico não emite a declaração de óbito, e a família vai ao cartório e o mesmo preenche a D.O sem assistência médica.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

SINAN

Oportunidade de encerramento de casos do ano de 2009:

- Oportuno: 63,4%
- Inoportuno: 23,0%
- Total de encerrados: 86,3%
- Não encerrados: 13,7%

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

Capacitações:

- Codificação de causas de óbito;
- Acesso a bases de dados (TABWIN, TABNET, Indicadores de Saúde);
- Treinamento em serviço – SINAN (Jequié), Codificação (DIS), Operacionalização dos SIS de base populacional (DIS);
- Treinamento em Investigação de óbito infantil e fetal, mulheres em idade fértil e por causas mal definidas (juntamente com Divep);
- Aulas em cursos diversos

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

Divulgação de Informações:

- Site da DIS – TABNET estadual, Cadernos de Informação em Saúde, Caderno do Pacto (em andamento)
- Análises/Diagnósticos específicos
- Publicações – Anuários Estatísticos (site), Indicadores demográficos, sociais e de saúde, Boletim Mortalidade Infantil (Site e em editoração), Boletim sobre Informação em Saúde (elaborado), Agendas, Diagnóstico de Saúde da Bahia (publicado na RBSP), Morbimortalidade da População no Estado da Bahia

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

Avanços

- Melhoria da qualidade da informação produzida;
- Melhoria da disseminação de informações em saúde (Site e publicações em geral, como Boletins, Anuários, etc.);
- Maior articulação com demais setores da Sesab;
- Desenvolvimento de ações de forma integrada com outros setores (Divep, Asplan, DAB, Dipro, DGC, etc. – Comitês, Comissões, Colegiado de Gestão, Observatório da Violência, Geoportal, etc.)
- Maior articulação com outras instituições (IBGE, SEI, Ministério Público, OPAS, dentre outras;
- Ripsa no estado

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

Ripsa no Estado da Bahia

Objetivos

- Promover intercâmbio entre instituições produtoras de informações de interesse para a saúde;
- Qualificar as informações para a gestão;
- Divulgar informações confiáveis para todos os níveis do sistema;
- Aprimorar os sistemas de informação em saúde.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

PORTARIA Nº 3.252 DE 22 DE DEZEMBRO DE 2009.

DOU-245 PG-65-69 SEÇÃO 1 DE 23.12.09

Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde

Seção IV

Das Competências dos Municípios

XI - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados e outras emergências de saúde pública, conforme normatização federal, estadual e municipal;

XII - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos, conforme normas estabelecidas pela União, Estado e Município;

XIII - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;

XIV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS
Secretaria de Saúde


CAPÍTULO II

DOS SISTEMAS

XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:

- a) coleta, processamento, consolidação e avaliação da qualidade dos dados provenientes das unidades notificantes dos sistemas de base nacional, com interesse para a Vigilância em Saúde, de acordo com normatização técnica;
- b) transferência dos dados coletados nas unidades notificantes dos sistemas de base nacional com interesse para a Vigilância em Saúde em conformidade com os fluxos e prazos estabelecidos nos âmbitos nacional e estadual;
- c) retroalimentação dos dados para as unidades notificadoras;


986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001
1002
1003
1004
1005
1006
1007
1008
1009
1010
1011
1012
1013
1014
1015
1016
1017
1018
1019
1020
1021
1022
1023
1024
1025
1026
1027
1028
1029
1030
1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052

 **CAPÍTULO II
DOS SISTEMAS**
XVII - coordenação, no âmbito municipal, dos sistemas de informação de interesse da Vigilância em Saúde, incluindo:


d) análise dos dados e desenvolvimento de ações para o aprimoramento da qualidade da informação;

e) análise epidemiológica e divulgação das informações de âmbito municipal;


f) estabelecimento e divulgação de diretrizes, normas técnicas, rotinas e procedimentos de gerenciamento dos sistemas, no âmbito do Município, em caráter complementar à atuação das esferas federal e estadual;

 **CAPÍTULO III
DA GESTÃO DOS SISTEMAS**
Seção II
Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios

Art. 44. A manutenção do repasse dos recursos do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde está condicionada à alimentação regular do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, de Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC e do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, conforme regulamentações específicas destes Sistemas.

 **Seção II**
Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios
Cont.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão notificar semanalmente agravos de notificação compulsória ou notificação negativa no SINAN, conforme a Portaria SVS/MS nº 5, de 21 de fevereiro de 2006, e a Instrução Normativa SVS/MS nº 2, de 22 de novembro de 2005.


 **Seção II**
Do Monitoramento dos Recursos da Vigilância em Saúde a Estados e Municípios
Cont.

§ 2º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão garantir a transferência dos dados das Declarações de Óbitos para o módulo nacional do SIM no prazo de até 60 (sessenta) dias após o encerramento do mês de ocorrência do óbito no quantitativo esperado, por meio eletrônico, conforme a Portaria nº 116/SVS/MS, de 11 de fevereiro de 2009, e o ato normativo específico a ser publicado anualmente.


Chamou atenção que a portaria nº 116/SVS/MS fala pela primeira vez no quantitativo esperado.

 **CAPÍTULO VI
DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES**
Seção I
Da Composição e Transferência de Recursos

Art. 46. É de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o monitoramento da regularidade da transferência dos dados dos Municípios situados no âmbito de seu Estado.

 **Seção I**
Da Composição e Transferência de Recursos
Cont.

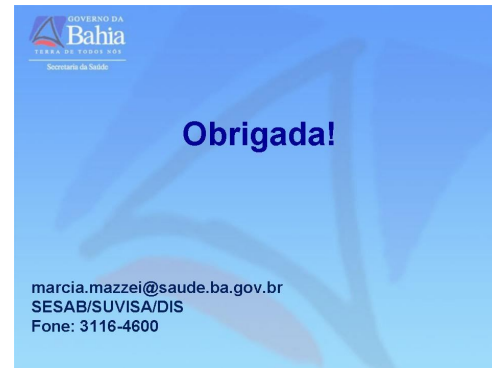
Art. 47. O bloqueio do repasse do Componente de Vigilância e Promoção da Saúde para Estados e Municípios se dar-se-á caso sejam constatados 2 (dois) meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações estabelecidos nos parágrafos 1º e 2º do art. 44, segundo parâmetros a serem publicados em ato normativo específico.

 **Seção I**
Da Composição e Transferência de Recursos
Cont.

Art. 55. As disposições contidas nos arts. 44, 45, 46, 47 e 48 do Anexo a esta Portaria entrarão em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, de forma a permitir a adequação necessária por parte do Ministério da Saúde, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Salientou que o prazo de 180 dias completa no dia 22 de junho, então sugeriu que se houver algum arquivo que não tenha sido transferido ou não constar à informação os municípios. Exclamou apremem para encaminhar as informações porque pode haver bloqueio dos recursos.

1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
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



Ressaltou os nomes de alguns municípios que ainda não deu nenhuma informação; Santa Bárbara, Conceição do Jacuípe e etc. Dr. Washington Couto abriu para discussão. Dra. Lorene Pinto informou que o Estado disponibiliza no sistema na parte de informação em saúde os cadernos de informações. Dra. Márcia Mazzei navegou no site do Sistema em informação em saúde para demonstrar. Márcia Mazzei pontuou que esse site vai sendo modificado, que, às vezes apresenta um indicador estapafúrdio porque a informação é preliminar, porque a informação vai crescendo, cada mês vai chegando mais informação e no final do ano o indicador está próximo ao dado definitivo. Informou que os cadernos do SINAN não estavam prontos, pois dependia do TabNet, do tabulador do SINAN, que já foi desenvolvido. Disse que no SINAN, cada agravo é um sistema, para cada agravo existe uma especificidade, mas a DIS já está trabalhando na elaboração dos cadernos do SINAN. Em seguida mostrou ainda no portal da DIS, no item Informações em Saúde, em seguida TabNet, e no campo Doenças de Notificação, a relação de agravos, e para visualização dos dados, mostrou o agravo tuberculose. Disse que os dados disponibilizados são os mais recentes, disse que o Ministério da Saúde só disponibiliza quando o dado está fechado. Na seqüência, mostrou a tela que aparece após a escolha do agravo, informando na linha município de residência, na coluna o ano do diagnóstico, e fez uma série histórica de 2001 a 2009. Enquanto aguardava o carregamento da tela, Dra. Lorene Pinto informou que nós temos mais dois sistemas de informação que a gente não gerencia porque não são de base populacional que é o SIA e SIH que são informações complementares importantes do ponto de vista de composição do perfil que a gente precisa criar mecanismos dessa mesma natureza, não ficar só dependendo do DataSUS, destacou que podem ver depois com a área que gerencia esses outros sistemas para que a gente possa ajudar até a desenvolver essas ferramentas também porque assim fica tudo fácil para todo mundo acessar, agora se o município alimentar o sistema de informação, a informação aparece, se ele deixar de alimentar, vai aparecer em branco, o sistema mostrado é a partir das bases de dados alimentadas a partir dos municípios. Márcia disse que mostraria outro agravo, pois, a base de dados para tuberculose era muito grande e portando demoraria muito. Márcia disse que queria chamar atenção que o DataSUS disponibiliza os dados do SIH com mais frequência do que esses outros sistemas. Em seguida, voltou ao sistema selecionando o agravo Leishmaniose Tegumentar, na linha, ano de residência, na coluna, ano de notificação, em seguida selecionou o ano de diagnóstico, o estado Bahia. Após confirmar, foram mostrados o número de casos de Leishmaniose Tegumentar por município. Informou que essas informações podem ser agrupadas por Microrregião, por DIRES, pode filtrar por faixa etária, ou por ano. Enfim, finalizou a demonstração mostrando a data de atualização das informações, sendo dez de junho de dois mil e dez. Dr. Washington Couto parabenizou a Márcia, a DIS, elogiando os dados apresentados como importantes para os gestores e todos os profissionais na área de saúde, um belo trabalho, como foi colocado pelo Secretário Jorge Sola dentro do Boletim de Informação e Saúde, e ressaltou a importância dos dados atualizados, sendo que foi colocado por Dra. Marília a existência do DATASUS, mas que está sendo aprimorado. Parabenizou mas uma vez Márcia Mazzei e toda a equipe da DIS. Em seguida, passou a palavra para Stela. Stela iniciou sua fala parabenizando Márcia Mazzei e toda a equipe da DIS pelo trabalho demonstrado. Disse que iria fazer um encaminhamento para que se tentasse reunir os membros efetivos do CGMR para passar as informações apresentadas por Márcia Mazzei para as reuniões de todos os CGMRs, e solicitou que os membros efetivos dos CGMRs levassem essas informações porque esse perfil epidemiológico apresentado ajudará muito, por ser excelente. Mais uma vez parabenizou a equipe da DIS pelo trabalho e disse que acreditava que todos os presentes estavam felizes pelo tipo da ação, pois, é o que os gestores precisavam. Marília iniciou sua fala reforçando o que Stela já tinha colocado, parabenizando a equipe da DIS, e disse que o tipo de ferramenta como a que foi apresentada seria muito útil para os municípios, mas por outro lado, embora seja simples para os técnicos que já estão acostumados, para alguns gestores e técnicos que não tem experiência, não seria tão simples. Portanto, reforçou a sugestão de Stela, sugeriu que fosse feito uma oficina com os membros efetivos do CGMR, e em parceria com o COSEMS, "a gente" reproduza uma oficina que seja de um turno, em cada microrregião, para aprendizado, e para que se institucionalizasse a prática de utilizar um site, que por mais que pareça simples não seria tão simples para muitos municípios. Portanto colocou essa proposta para a SESAB e para o COSEMS. Em seguida, a palavra foi passada para Carlos, de Wenceslau Guimarães. Carlos iniciou sua fala saudando os presentes com uma boa tarde e parabenizou a DIS, e disse que queria chamar atenção para uma situação, informando que os municípios da 5ª DIRES não tinham as informações, e disse que era o caso do seu município, e que tinha protocolado que já informou a 5ª DIRES, vem informando todo mês, e percebia que a informação não estava chegando na Regional. Disse que queria deixar isso registrado para que a DIS chamasse a atenção da Regional porque os municípios iriam ser penalizados por conta da Regional. Se referiu a todos os municípios da 5ª DIRES e disse que todos estavam sem informação. Em seguida agradeceu. A palavra foi passada para Márcia Mazzei. Márcia informou que realmente a DIS tinha problemas com algumas DIRES e a 5ª DIRES é a que a DIS mais tinha problemas. Disse que os técnicos da Diretoria de Informação estavam participando dos colegiados de gestão, por conta desses problemas que não tem tido solução, disse que já conversaram com a direção da DIRES. Disse que a DIS estava modificando seu fluxo de informação em

1120 virtude desses problemas ocorridos com algumas DIRES, para que não houvesse riscos de penalização de municípios. Disse
1121 que a DIS passaria a receber informações diretamente de alguns municípios, sendo que a DIRES continuará a receber a
1122 informação também, mas a informação seria passada diretamente para a DIS sem a intermediação da DIRES, porque
1123 atualmente, existem pelo menos três DIRES com a situação dos municípios alimentarem o sistema e a DIRES não repassar,
1124 citando como exemplo a 5ª DIRES. Em seguida, a palavra foi passada para Fabiano de Vera Cruz. Fabiano pediu que
1125 houvesse um curso para os gestores sobre sistemas de informação e tabulação, dizendo que a maioria dos gestores não
1126 sabiam acessar o TABNET, porque disse que a DIS teve um grande trabalho para desenvolver o sistema, afirmando que sabe
1127 que não é tarefa fácil, e os gestores não alimentam as informações por não saberem trabalhar no sistema. Disse que ainda não
1128 sabiam acessar o TABNET e nem fazem tabulação de planilha que é simples, mas que se não souber fazer não adianta. Em
1129 seguida, a palavra foi passada para Dra. Lorene. Esta iniciou dizendo que seria necessário esclarecer alguns aspectos
1130 referente a informação: Primeiramente, destacou que reconhece que os gestores precisam trabalhar as informações, mas o
1131 básico onde se percebe a dificuldade é a alimentação de um sistema de informação. Disse que o que a SUVISA vem
1132 observando inclusive avaliando, sendo que todo ano é feita avaliação da SUVISA e uma das demandas que a DIS traz é a
1133 dificuldade em ter um responsável por alimentar o sistema de informação dos municípios. Disse que geralmente os municípios
1134 contratam uma empresa ou alguém de uma empresa para digitar tudo. Dessa forma, aparecem coisas estapafúrdias no
1135 sistema de informação porque quem lançou as informações não foi um técnico da área. Concluiu o argumento dizendo que
1136 esse tipo de situação não poderia ocorrer, sendo que os gestores não poderiam permitir essa ação porque isso macula a
1137 gestão e não a pessoa que fugiu com a senha. Quando a SUVISA vê que o município está bem a observa o sistema de
1138 informação com dados que não correspondem, ao observar essa situação percebe-se que esses dados foram lançados no
1139 sistema por uma pessoa terceirizada, que fez tudo às pressas, digitando tudo, SIA, CNES, faz tudo que tem, e assim aparece
1140 varíola, aparece poliomielite, aparecem coisas que não se calcula no sistema de informação, e depois é necessário limpar os
1141 bancos de dados. Então, a gente estava assumindo um compromisso, mostrando um resultado de um compromisso assumido,
1142 mas tem uma parte do compromisso que os municípios têm que assumir que é alimentação correta do sistema de informação
1143 que nos permite fazer isso. Se os municípios não alimentarem, agente não pode dar continuidade a esse trabalho. Disse que a
1144 parte toda de morbidade com o SIA, com o SIH, com o SINAN, a gente pode agregar com as outras ferramentas, e os
1145 municípios terão tudo e ajudar a gente a monitorar situações como a que o colega trouxe. A lógica é tornar pública a
1146 informação para que não só os conselhos, os técnicos, as equipes conheçam, isso não é para ficar em gaveta de gestor, e sim
1147 para estar publicamente apresentado para todos poderem acessar, acompanhar e trabalhar as informações. Antigamente os
1148 municípios, para terem informação, passavam um fax para a DIS pedindo informação para elaborar seu plano, porque não
1149 tinha memória local e nem a Secretaria disponibilizava isso. Na realidade, ninguém precisa pedir nada, isso tem que estar
1150 disponível para todos. Disse ainda que outra coisa que os gestores não atentaram é que as oficinas das PAVS, as 9 oficinas
1151 que Andréa falou na reunião presente, nas quais esse assunto foi pontuado, mas infelizmente não foi possível contar com
1152 nenhum gestor nas oficinas da PAVS. Então disse que os gestores precisavam resgatar e valorizar o sistema de informação
1153 porque toda oficina que tem de Vigilância, sistema de informação é pauta, então seria necessário resgatar isso com os
1154 gestores. Em seguida, Márcia Mazzei assumiu a palavra pedindo que quando a DIS solicitasse a indicação de uma pessoa
1155 para ser treinada, que o gestor encaminhasse uma pessoa apropriada para o treinamento e evitasse substituir essa pessoa
1156 depois, pois, a DIS tem investido muito em capacitação, principalmente em codificação de causas de óbito, que é um curso de
1157 quinze dias e muitas as pessoas vem, passam quinze dias aqui, depois vem para um estágio de uma semana e ao retornar
1158 para o município o gestor muda de função. Disse que essa situação tem ocorrido com frequência, então pediu a colaboração
1159 dos secretários quanto a escolha da pessoa que irá fazer o treinamento, e também a manutenção dessa pessoa na respectiva
1160 atividade. Chamou atenção também ao fato de que a Bahia ainda possui um dos piores sistemas de informação do país, então
1161 disse que precisamos ganhar em agilidade, em exatidão, em completude de campos, em captação de eventos, então pediu a
1162 colaboração de todos porque destacou que o estado avançou bastante, mas ainda precisa avançar muito mais, sendo que a
1163 maioria dos dados que estão no IBB, da RIPSAN nacional, por exemplo, mortalidade infantil, mortalidade materna para a Bahia
1164 são dados estimados, nós não temos os dados diretos, como os presentes receberam no boletim, porque o dado direto é
1165 incompleto e nem sempre reflete a realidade. Em seguida a palavra foi passada para Marília. Esta disse que concordava com
1166 tudo que estava sendo colocado, mas disse que queria registrar que muitas vezes o gestor não tem quadro, diferentemente da
1167 Secretaria Estadual de Saúde que é uma instituição consolidada e que por mais que faltem quadros, tem quadro, os municípios
1168 em sua maioria não têm quadros, por conta de um problema complexo de financiamento e de ter profissionais com o perfil
1169 disponível. Muitas vezes não é porque o gestor quer mudar, é porque não tem jeito, a pessoa acha outro lugar para ganhar
1170 melhor e sai da secretaria, então a gente precisa efetivamente que haja apoio do Estado através das DIRES, ou que o CGMR
1171 seja qualificado e dotado de pessoal para fazer esse apoio aos municípios, pois, não é porque os municípios não queiram, mas
1172 é a realidade dos municípios de não terem um quadro de pessoal, às vezes, quem não tem problema de financiamento procura
1173 uma pessoa para contratar e não encontra, haja vista o município de São Francisco de Conde que está há mais de um ano
1174 procurando uma pessoa com perfil para assumir a diretoria da Vigilância e não tem. Temos as gerências e não temos alguém
1175 que queira efetivamente assumir esse quadro, então não é tão fácil. Ressaltou que não é só uma questão de querer e uma
1176 questão de decisão do gestor. Disse que há problemas mais complexos e que devem ser discutidos depois com mais
1177 tranquilidade e com mais tempo. Dr. Washington Couto agradeceu a Marília e Márcia Mazzei. **Apresentação 1.5** Programação
1178 das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS. Alcina iniciou desejando boa tarde a todos, e disse que achava interessante o fato
1179 da PAVS ficar para o final das apresentações, visto que é o instrumento que é um elenco de ações norteadoras que termina
1180 sendo para onde todos os conhecimentos já colocados anteriormente se encaminham, sendo nesse elenco de ações que todas
1181 as informações se consolidam, se concretizam em indicadores, em cumprimento de metas e coisas semelhantes. Disse que
1182 trouxe de forma bastante resumida o que é a Programação de Ações de Vigilância e Saúde, sendo que nesse ano ela foi feita
1183 de forma descentralizada como sempre, mas ao invés das oficinas microrregionais, as oficinas foram feitas por macrorregião,
1184 sendo nove oficinas macrorregionais, onde infelizmente não houve a presença maciça dos gestores, sendo que para nós é
1185 uma falta grande que isso faz. Ainda estamos com dois municípios em que os gestores ainda não assinaram a PAVS, temos
1186 menos do que a vigilância sanitária porque alguns que não fizeram foram chamados para fazer na sede da auditoria de

1187
1188
1189

vigilância e ainda temos dois que é o município de Ouriçangas, da DIRES de Alagoinhas e o município de Aurelino Leal da DIRES de Itabuna que os gestores não vieram ainda assinar o documento da PAVS.

Portaria nº 3008 de 1º de dezembro de 2009

- Determina a **Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)**, como um elenco norteador para o alcance das metas do Pacto e demais prioridades de relevância para o Sistema Nacional de de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária, eleitas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal.

1190
1191
1192
1193
1194

Informou que a Portaria nº. 3252 publicada em 23 de dezembro de 2009 reitera que a PAVS continua fazendo parte dos instrumentos de programação de planejamento em nível Federal, Estadual e Municipal, com a mesma função de ser um elenco norteador de ações que devem ser programadas para que os gestores municipais programem nessas ações aquilo que vai permitir o alcance das metas que são pactuadas no pacto de gestão.

Programação das Ações de Vigilância em Saúde

§ 1º A PAVS deve compor a PAS seguindo a premissa do planejamento ascendente, permitindo flexibilidade na definição de suas ações e atividades.

§ 2º Para o alcance da integralidade, a PAVS será realizada em articulação com a Atenção à Saúde, particularmente com a Atenção Primária à Saúde.

Programação das Ações de Vigilância em Saúde

Art 2º Definir que o elenco norteador de ações que compõem a PAVS tenha sua vigência para o biênio de 2010-2011 e esteja organizada pelos seguintes eixos:

I - ações prioritárias nacionais: ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão;

II - ações prioritárias segundo critérios epidemiológicos: ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do País, ou mesmo de relevância nacional; e

III - ações para fortalecimento do sistema: ações transversais que contribuem para o fortalecimento dos Sistemas Nacional de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária.

1195
1196
1197
1198
1199
1200
1201
1202
1203
1204
1205
1206
1207

Informou que esse ano, outro problemas que tivemos aqui no Estado foi não termos conseguido fazer a Programação de Ações de Vigilância de forma compartilhada, compacto como é feito sempre. Terminou que no momento em que conseguimos levar as oficinas da PAVS de fato para as macrorregiões do Estado, estávamos no momento de homologação do pacto no sistema, e destacou que isso pode ter trazido uma perda grande porque houve um descompasso entre os dois instrumentos de programação, porque um faz parte do outro, a maior parte do elenco de indicadores do pacto, sendo por volta de 40 indicadores, existem 19 indicadores da área de vigilância. Disse que o interessante é que esse conjunto de indicadores e metas, juntamente com a programação de atividades se faça de uma forma que também no nível local a equipe local entenda que essas coisas estão juntas, porque cada vez que a gente separa isso fica mais difícil para a equipe municipal compreender que esse é um processo único de planejamento, e isso foi um motivo de discussão na nossa ultima reunião dirigente em Brasília, quando representantes do país inteiro colocaram essa dificuldade de se integrar a PAVS junto com os instrumentos de planejamento e programação do sistema de saúde. Em seguida acessou a planilha a seguir, pontuando que os gestores já tiveram acesso a mesma e a demonstrarão é para relembrar.

<p>Programação das Ações de Vigilância em Saúde</p> <p>PAVS 2010 – 2011</p>		
Macrorregião:	Microrregião:	Município:
<p>EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS NACIONAIS (ações relacionadas aos indicadores ou prioridades do Pacto pela Vida e Pacto de Gestão)</p>		

PACTO PELA VIDA				
PRIORIDADE 1: Atenção à saúde do idoso.				
OBJETIVO: Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.				
AÇÕES PRIORITÁRIAS	META PROPOSTA	META		JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO
		2010	2011	
1.1. Vacinar idosos na faixa etária ≥ 60 anos na campanha anual contra a influenza.	Manter o alcançado (mínimo 80% de cobertura)	SÉRIE	%	
PRIORIDADE 3. Redução da mortalidade infantil e materna.				
OBJETIVO: Reduzir a mortalidade infantil.				
3.1. Intensificar a investigação do óbito infantil e fetal.	Mínimo de 35% (2010) e 45% (2011) de óbitos infantis e fetais investigados	%	%	
3.3. Intensificar a investigação do óbito de mulheres em idade fértil e materno.	Mínimo de 50% (2010) e 60% (2011) de óbitos de mulheres em idade fértil e maternos investigados	%	%	
3.4. Implantar/implementar Plano Nacional de Redução da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis.	Redução da taxa de incidência de aids em menores de 5 anos (/100.000) em até 10%, quando comparado ao ano anterior.	SÉRIE	/100.000 /1.000	
	Aumento da detecção de casos esperados de sífilis congênita (/1.000) em, pelo menos, 15%, quando comparado ao ano anterior.	SÉRIE		
3.5. Realizar monitoramento da notificação dos casos de sífilis em gestantes com base nas estimativas de casos esperados.	Aumentar em pelo menos 15% a notificação dos casos de sífilis em gestante, quando comparado ao ano anterior.	/1.000 Nascidos Vivos	/1.000 Nascidos Vivos	
3.7. Aumentar a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal.	Aumentar o percentual de testagem de sífilis no pré-natal em pelo menos 15% ao ano, quando comparado ao ano anterior	SÉRIE	%	
3.8. Aumentar a cobertura de tratamento adequado nas gestantes com sífilis.	Aumentar no mínimo 15% da cobertura de tratamento, quando comparado ao ano anterior	%	%	


PRIORIDADE 4. Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.				
OBJETIVO: Reduzir a letalidade dos casos graves de dengue.				
4.1. Realizar levantamento do Índice Rápido para <i>Aedes aegypti</i> (LIRAA).	Municípios prioritários: Adesão do LIRAA na rotina das atividades de controle de vetores	SÉRIE		
4.2. Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas UBS	25% (2010) e 50% (2011) das UBS estruturadas		%	%
4.3. Prover condições básicas para atendimento do paciente com dengue nas unidades hospitalares.	90% de Unidades Hospitalares com condições básicas para atendimento do paciente com dengue		%	%
4.4. Atualizar o plano de contingência, definindo os locais de referência para atendimento dos casos.	Municípios prioritários: Plano de contingência contra dengue atualizado	SÉRIE	INFORMAÇÕES ADICIONAIS	
4.5. Notificar e investigar imediatamente os casos graves e óbitos suspeitos para identificação e correção dos seus fatores determinantes.	100% dos casos graves e óbitos de dengue suspeitos investigados imediatamente		%	%
OBJETIVO: Aumentar o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase a cada ano para atingir 90% de cura em 2011.				
4.8. Examinar os contatos intradomiciliares dos casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de avaliação.	Examinar 54% (2010) e 60% (2011) dos contatos registrados dos casos novos de hanseníase	SÉRIE		%
4.9. Avaliar no diagnóstico o grau de incapacidade física dos casos novos de hanseníase.	Avaliar o grau de incapacidade física no diagnóstico em 90% dos casos novos de hanseníase	SÉRIE		%
4.10. Avaliar o grau de incapacidade física dos casos curados de hanseníase no ano de avaliação.	Avaliar o grau de incapacidade física na cura em 75% (2010) e 77% (2011) dos casos novos de hanseníase	SÉRIE		%
OBJETIVO: Ampliar a cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados a cada ano.				

4.12. Ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento de tuberculose (recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento).	40% (2010) e 60% (2011) de retratamentos de tuberculose que realizaram o exame de cultura	SÉRIE		%
4.13. Encerrar oportunamente os casos novos de tuberculose no Sinan.	80% (2010) e 90% (2011) de casos novos de tuberculose com situação de encerramento oportuno	SÉRIE		%
4.14. Verificar a cobertura do tratamento supervisionado dos casos novos pulmonares bacilíferos.	35% (2010) e 40% (2011) de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera que estão realizando tratamento supervisionado	SÉRIE		%
4.15. Realizar busca de contatos de casos.	40% (2010) e 50% (2011) de contatos de tuberculose pulmonar bacilífero (TBP+) examinados	SÉRIE		%
OBJETIVO: Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.				
4.18. Realizar avaliação de desempenho dos indicadores da rede sentinela.	80% de amostras coletadas para diagnóstico do vírus influenza (Apenas para Salvador. Outros: NSA - Não Se aplica)			
OBJETIVO: Fortalecer a vigilância epidemiológica da doença para ampliar a detecção de casos de hepatite B, e a qualidade do encerramento dos casos por critério laboratorial.				
4.21. Notificar os casos suspeitos de hepatites virais no Sinan.	Número absoluto de casos suspeitos de hepatites virais notificados no Sinan (média dos últimos 5 anos)	SÉRIE		
4.22. Monitorar os casos notificados para identificação imediata daqueles nos quais não foram coletadas amostras sorológicas.	≥ 85% casos notificados de hepatite B monitorados	SÉRIE		%
OBJETIVO: Reduzir a transmissão vertical do HIV.				
4.23. Aumentar a cobertura de testagem para o HIV no pré-natal e parto.	Aumentar em pelo menos 15% o número de gestantes e parturientes testadas, quando comparado ao ano anterior		%	%

4.24. Ampliar a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV em gestantes/parturientes e em crianças expostas.	Aumentar em pelo menos 15% a cobertura das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV, quando comparado ao ano anterior		%	%	
PRIORIDADE 5. Promoção da saúde.					
OBJETIVO: Reduzir os níveis de sedentarismo na população.					
5.1. Realizar ações de vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e de Promoção da Saúde.	Municípios com população ≥ 50 mil habitantes: implantar / implementar ações		LISTA		
5.5. Executar ações do projeto da rede nacional de promoção da saúde com o componente de atividade física implantado.	Municípios financiados pelas portaria nº 3060/2009 com ações de incentivo à atividade física implantadas.		LISTA		
OBJETIVO: Reduzir a prevalência do tabagismo no país.					
5.6. Executar ações do projeto da rede nacional de promoção da saúde com o componente de controle e prevenção ao tabagismo implantados nos estados e municípios.	Municípios financiados pelas portaria nº 3060/2009: implantar/implementar ações de controle e prevenção do tabagismo.		LISTA		
PRIORIDADE 10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.					
OBJETIVO: Ampliar a rede de prevenção de violência e promoção à saúde nos estados e municípios.					
10.1. Implantar a Rede de prevenção a violência e promoção da saúde nos municípios prioritários.	2010: Municípios prioritários (Salvador, Feira de Santana, Juazeiro, Itabuna e Vitória da Conquista). 2011: Municípios prioritários mais outros com população ≥ 100 mil habitantes.		ESTIMATIVA		
10.2. Elaborar a proposta de intervenção para a prevenção a violência e promoção da saúde.	Municípios com população ≥ 50 mil habitantes: elaborar plano de intervenção para a prevenção de violência e promoção da saúde.		ESTIMATIVA		
10.3. Executar ações do projeto selecionado na rede nacional de promoção da saúde com componente de prevenção a violência.	Municípios financiados pelas portaria nº 3060/2009: implantar/implementar ações de prevenção a violência.				

OBJETIVO: Ampliar a cobertura da Ficha de Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.				
10.4. Implantar / Implementar a Notificação / Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências.	2010: Municípios prioritários (Ver ação 10.1). 2011: Municípios com população ≥ 50 mil habitantes: implantar / implementar notificação	ESTIMATIVA		
10.5. Monitorar a ocorrência de acidentes e violências notificadas.	Municípios com população ≥ 50 mil habitantes: monitorar	ESTIMATIVA		


1208 Em relação à prioridade 3, Márcia já colocou que é uma ação que a gente tem feito de forma muito próxima a DIVEP e a DIS,
 1209 porque envolve uma série de questões que tem a ver com sistemas de informação, com a melhoria da qualidade da
 1210 informação, com a redução dos óbitos por causa mal definida, enfim. Em relação ao item 4.2, disse que foi uma discussão
 1211 interessante que foi feita com a DAB esse ano, de que forma a rede básica pode estar organizada no sentido de acolher esses
 1212 pacientes, as epidemias que nós temos vivido recorrentemente tem nos ensinado isso, que uma atenção básica organizada é
 1213 capaz de acolher os pacientes com dengue usando o protocolo clínico até o paciente classificado em estágio B, dá para ser
 1214 acolhido dentro da unidade básica, então tudo isso está dentro do grupo de prioridade 4. Em relação ao último objetivo da
 1215 prioridade 10, aqui no estado foram incluídos violência contra a mulher e a criança, tipos de violência que tem sido alvo do
 1216 nosso trabalho, e a gente vem especificamente nesse objetivo, com um trabalho bastante intenso no Estado, já com um
 1217 observatório implantado, dado posse, consolidado, já com produção de boletins, com um trabalho bastante interessante que já
 1218 vem se fazendo, e nesses municípios prioritários, na maioria deles, já possuem núcleo de vigilância da violência implantado.
 1219 Isso para a gente é um avanço.

 Secretaria de Vigilância em Saúde		Programação das Ações de Vigilância em Saúde PAVS 2010 – 2011		
Macrorregião:	Microrregião:	Município:		
EIXO I: AÇÕES PRIORITÁRIAS				
PACTO DE GESTÃO				
1: Responsabilidades gerais da gestão do SUS.				
OBJETIVO: Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registradas no SINAN.				
AÇÕES PRIORITÁRIAS	META PROPOSTA	META		JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO
		2010	2011	
I.1. Encerrar oportunamente as investigações das notificações de agravos compulsórios registrados no Sinan.	≥ 70% (2010) e ≥ 75% (2011) de notificações com investigação encerradas dentro do prazo considerado oportuno	RESULTADO	%	
I.2. Envio regular de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).	100% dos lotes enviados com regularidade	%	%	
OBJETIVO: Ampliar a classificação da causa básica de óbito não fetal.				
I.3. Intensificar a coleta das declarações de óbitos (DO)	100% das declarações de óbitos coletadas	ESTIMATIVA	%	

I.4. Garantir o envio de dados do SIM com regularidade.	100% dos registros de óbitos esperados mensalmente e alimentados no SIM até 60 dias da data de ocorrência		%	%	
I.5. Aprimorar a qualidade da classificação da causa básica de óbito no sistema de informação sobre mortalidade	86% (2010) e 87% (2011) de óbitos não fetais com causa básica definida informada	SÉRIE		%	
OBJETIVO: Manter a cobertura vacinal adequada nos serviços de imunizações nos municípios e estados.					
I.6. Garantir a cobertura da vacinação de rotina do calendário básico.	≥ 95% (DPT+Hib, VOP, Contra Hepatite B e Tríplice Viral (menores de 1 ano)) ≥ 90% (BCG, VORH)	SÉRIE TETRA, HEP B e TV	SÉRIE VOP		BCG e VORH

1220
1221
1222
1223
1224
1225

Disse que o item 1.1 está muito em cima da fala de Márcia Mazzei, está disponível no site, sendo um indicador que pode ser acompanhado permanentemente, isso é, o percentual de doenças que são notificadas e que são de investigação obrigatória que são encerradas no prazo pré-determinado. Isso é um indicador de qualidade da vigilância e conseqüentemente, do sistema de informação. Muitas vezes a vigilância diz que fez, encerrou oportunamente, mas não colocou a informação no sistema, então esse indicador termina sendo bastante sensível, que mede um pouco de tudo isso, se a vigilância está funcionando de forma eficiente, verificar se está alimentando adequadamente o sistema de informação.

 <p style="text-align: center;">Programação das Ações de Vigilância em Saúde PAVS 2010 – 2011</p>					
Macrorregião:		Microrregião:		Município:	
EIXO II: AÇÕES PRIORITÁRIAS SEGUNDO CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS (ações de relevância epidemiológica para determinadas regiões do país, ou mesmo de relevância nacional, e que não foram contempladas no Pacto pela Vida e Pacto de Gestão).					
OBJETIVO: Monitorar a situação epidemiológica da Esquistossomose nos municípios das áreas endêmicas.					
AÇÕES PRIORITÁRIAS	META PROPOSTA	META		JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO	JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO
		2010	2011		
II.3. Realizar exames coproscópicos para controle da esquistossomose em áreas endêmicas.	Municípios com percentual de positividade igual ou maior do que 5%: mínimo de 80% das localidades Outros: manter vigilância ativa	RESULTADO			
II.4. Realizar tratamento dos portadores de Schistosoma mansoni diagnosticados.	Tratar 90% dos portadores de S. mansoni diagnosticados	%	%		
OBJETIVO: Monitorar a situação epidemiológica do Tracoma nos municípios .					

II.8. Realizar busca ativa de tracoma em escolares.	Realizar busca ativa de tracoma em 10% (2010) e 15% (2011) dos escolares do 1º ao 5º ano do ensino público	%	%		
II.9. Realizar tratamento e controle dos casos e dos comunicantes.	Tratar 89% (2010) e 90% (2011) dos casos diagnosticados	%	%		
OBJETIVO: Reduzir as formas graves e deformidades físicas por LTA e Controlar a morbidade e reduzir a letalidade por LV.					
II.10. Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).	Percentual de cura maior ou igual a 80%	%	%		
II.11. Curar clinicamente os casos de Leishmaniose Visceral (LV).	Percentual de cura maior ou igual a 80% (2010) e 90% (2011)	%	%		
II.12. Realizar ações de controle químico e manejo ambiental nos municípios, conforme classificação epidemiológica.	Maior ou igual a 75% de imóveis borrifados	%	%		
II.13. Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos para LV e LTA, segundo classificação epidemiológica.	Realizar ações de acordo com a classificação epidemiológica	%	%		
OBJETIVO: Evitar a raiva canina e por consequência a transmissão para humanos.					
II.14. Monitorar a circulação do vírus da raiva na população canina, com envio de amostra de cães com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	Número absoluto (0,2% da população canina estimada)				
II.15. Vacinar a população canina na Campanha de Vacinação Antirrábica.	≥ 80% CV Canina e Felina	%	%		
II.16. Realizar esquema profilático pós exposição de vacinação contra raiva em todas as pessoas que forem agredidas por morcego.	100% dos esquemas realizados	%	%		


II.17. Monitorar a circulação do vírus da raiva na população de morcegos, com envio de amostra de morcegos com suspeita de doença neurológica para diagnóstico laboratorial.	100% de amostras encaminhadas ao LACEN		%	%		
OBJETIVO: Evitar a transmissão vetorial da doença de Chagas.						
II.18. Realizar pesquisa de triatomíneos, conforme estratificação de risco.	Municípios de Alto e Médio Risco: Realizar ações conforme estratificação de risco. Baixo risco: instalação de posto de informação de triatomíneos (PIT)					
II.20. Realizar controle químico em unidades domiciliares positivas na investigação entomológica de triatomíneos.	100% de UD positivas		%	%		
OBJETIVO: Identificar oportunamente acidentes por animais peçonhentos clinicamente moderados e graves visando evitar sequelas e óbitos.						
II.22. Realizar tratamento adequado dos casos de acidentes por animais peçonhentos.	90% tratamento realizado		%	%		
OBJETIVO: Implementar a vigilância do rotavírus em unidades sentinela.						
II.24. Coletar amostra de fezes para diagnóstico laboratorial dos casos de rotavírus em unidades sentinela.	25% (2010) E 50% (2011) de amostra clínica coletada		%	%		
OBJETIVO: Manter a erradicação da poliomielite no Brasil e impedir a reintrodução do poliovírus.						
II.25. Vacinar crianças menores de cinco anos contra poliomielite.	≥ 95% de Cobertura Vacinal		%	%		
II.26. Realizar notificação de Paralisia Flácida Aguda (PFA) em menores de 15 anos.	1 caso/100 mil <15 anos (Salvador e Feira de Santana pactuar em número absoluto. Outros: 100% - o que ocorrer)					

II.27. Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada caso de Paralisia Flácida Aguda - PFA .	80% dos casos com coleta oportuna	%	%		
OBJETIVO: Manter a interrupção da transmissão do vírus autóctone da Rubéola e Sarampo e impedir a reintrodução dos vírus no país.					
II.28. Investigar casos notificados de sarampo e rubéola em até 48 horas.	≥ 80% dos casos investigados oportunamente	%	%		
II.29. Encerrar os casos notificados de doenças exantemáticas por critério laboratorial.	≥ 95% dos casos com encerramento por critério laboratorial	%	%		
II.30. Manter cobertura vacinal para tríplice viral.	≥ 95% de CV	%	%		
OBJETIVO: Evitar a ocorrência de casos humanos de Febre Amarela.					
II.32. Notificar e investigar epizootias de primatas não humanos (PNH), equinos, aves e animais silvestres.	Notificar (<24 h) e investigar (<48 h) oportunamente > 90% das epizootias notificadas	%	%		
OBJETIVO: Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica das meningites.					
II.33. Realizar diagnóstico laboratorial dos casos de meningite bacteriana por meio das técnicas de cultura contra imunoelctroforese e látex.	Municípios que atendem os casos com suspeita de meningite: ≥ 40% dos casos MB confirmadas por critério laboratorial	%	%		

1226 Em seguida, trouxe a terceira planilha que traz os objetivos que estão relacionados com os critérios epidemiológicos. Aquilo
1227 que é importante, para o país, para o Estado, ou para o município, sendo interessante destacar que todos os municípios
1228 considerando sua realidade local podem incluir problemas que queiram que seja alvo de vigilância, em algumas ações
1229 específicas tem problemas que não estão elencados na planilha, mas que podem ser incluídos sem problema algum, bastando
1230 o gestor demandar isso. Para isso é necessário que ele conheça o perfil epidemiológico da sua área. Continuou apresentando
1231 a planilha que contem alguns problemas que são elencados segundo critérios epidemiológicos. Em relação ao objetivo
1232 "Monitorar a situação epidemiológica do Tracoma nos municípios", disse que infelizmente essa realidade ainda está presente
1233 em grande parte do Estado, sendo que na Região Metropolitana existem vários casos de Tracoma, na região do Semi Árido
1234 que é praticamente mais da metade do Estado ainda existem muitos problemas com fornecimento de água, e essas cidades
1235 padecem com ocorrência de Tracoma, ainda existe muita subnotificação, muita coisa que ainda não se conhece. Em relação
1236 ao objetivo "Reduzir as formas graves e deformidades físicas por LTA e Controlar a morbidade e reduzir a letalidade por LV",
1237 disse que Dra. Lorene Pinto já destacou que na Bahia, no Baixo Sul, especificamente Ituberá, Taperoá e Nilo Peçanha, há
1238 mais de 50% dos casos de Leishmaniose Tegumentar, no município de Jequié que tem Leishmaniose Visceral Urbana, e é uma
1239 doença que está em expansão cada vez mais, reforçando que para nós é um problema, pois, temos vários indicadores que
1240 temos que ter o interesse em vigiar. Em relação ao Objetivo "Evitar a transmissão vetorial da doença de Chagas", disse que a
1241 gente já não tem mais a transmissão vetorial pelo Triatoma Infestus, mas a gente mantém a vigilância e monitoramento de
1242 todas as áreas, inclusive aquelas que já foram borrifadas, a gente está na quarta fase do plano de eliminação, então esse é um
1243 problema onde é necessário manter os olhos abertos porque pode haver substituição do vetor, e monitorar os casos crônicos
1244 que já estavam infectados, a gente tem que continuar acompanhando. Em relação ao objetivo "Manter a interrupção da
1245 transmissão do vírus autóctone da Rubéola e Sarampo e impedir a reintrodução dos vírus no país", informou que a gente está
1246 na fase de certificação da erradicação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congenita. Em relação ao objetivo "Evitar a
1247 ocorrência de casos humanos de Febre Amarela", informou que a gente não tem casos humanos de Febre Amarela já algumas



1248
1249

décadas na Bahia. Em relação ao objetivo "Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica das meningites", informou que hoje é um dos nossos principais problemas, especialmente a meningite C.

 Secretaria de Vigilância em Saúde						Programação das Ações de Vigilância em Saúde PAVS 2010 – 2011					
Macrorregião:		Microrregião:		Município:							
EIXO III: AÇÕES PARA FORTALECIMENTO DO SISTEMA (ações transversais que contribuem para o fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde)											
OBJETIVO: Estruturar rede CIEVS em estados, capitais e municípios prioritários											
AÇÕES PRIORITÁRIAS	META PROPOSTA	META		JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO	JUSTIFICATIVA / OBSERVAÇÃO						
		2010	2011								
III.2. Ampliar a rede CIEVS nos estados, capitais e municípios prioritizados.	Estruturar CIEVS Capital (2010) e municípios prioritários (2011 - Feira de Santana, Itabuna, Ilhéus, Barreiras, Juazeiro, Vitória da Conquista e Porto Seguro).										
OBJETIVO: Ampliar a cobertura do SINASC.											
III.10. Intensificar a coleta das declarações de nascidos vivos.	100% das declarações de nascidos vivos coletadas	<u>ESTIMATIVA</u>		%							

1250
1251
1252
1253
1254
1255
1256
1257

Em relação ao objetivo "OBJETIVO: Estruturar rede CIEVS em estados, capitais e municípios prioritários", informou que o CIEVS em Salvador já está implantado, já está funcionando, em esquema de plantão, como a nossa unidade de resposta rápida já funciona desde 2008, Salvador já implantou, e até 2011, os municípios de Feira de Santana, Itabuna, Ilhéus, Barreiras, Juazeiro, Vitória da Conquista e Porto Seguro, são municípios que pelo regulamento sanitário internacional tem interesse por serem municípios pólo e que são municípios de referência para o sistema de saúde na microrregião, e portanto recebem uma demanda grande. Informou que essas são as principais ações da PAVS, sendo a primeira planilha apresentada, onde estão elencados os indicadores que estão no pacto pela vida é a maior, sendo que não se deteve detalhadamente em cada um porque foi discutido nas oficinas da PAVS.

Programação das Ações de Vigilância em Saúde	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
<p>Art. 3º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete ao Ministério da Saúde:</p> <p>I - disponibilizar a cooperação técnica às SES no processo de planejamento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisões; e</p> <p>II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Estados.</p> <p>Parágrafo único. O Ministério da Saúde, quando acordado e em conjunto com a SES, poderá realizar monitoramento das ações de Vigilância em Saúde junto às Secretarias Municipais de Saúde (SMS).</p> 	<p>Art. 4º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SES:</p> <p>I - coordenar o processo de elaboração da PAVS no Estado, a partir de definições acordadas nas CIB de modo a viabilizar o alcance das metas inseridas no Pacto pela Saúde e compoendo a Programação Anual de Saúde do Estado;</p> <p>II - disponibilizar cooperação técnica às SMS no processo de planejamento e monitoramento das ações de Vigilância em Saúde, fortalecendo o uso da epidemiologia nos serviços e o uso de evidências e informações em saúde para orientação na tomada de decisão;</p> 

1258
1259
1260
1261
1262
1263
1264
1265
1266
1267

Informou que isso tem acontecido no Estado, no município, na capital, é feito esse monitoramento sempre junto com a equipe da SVS e em alguns municípios maiores de 100 mil habitantes. Não são muitos, normalmente são 3 ou 4 que a SVS sorteia e a gente vai com a equipe da SVS nos municípios. Disse que tem se tentado para esse monitoramento da SVS, tem se buscado um trabalho integrado entre os Estados e municípios, e Atenção Básica, ANVISA estão se incorporando ao grupo de técnicos que monitoram os estados e as capitais e o nosso projeto é que a gente consiga fazer isso aqui no Estado no segundo semestre desse ano. Disse, se dirigindo a Dr. Ricardo, que a gente consiga fazer o monitoramento integrado do elenco de ações norteadoras da PAVS integrando Vigilância e Atenção Básica.

Programação das Ações de Vigilância em Saúde

- III - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde nos Municípios; e
- IV - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.



Programação das Ações de Vigilância em Saúde

Art. 5º Estabelecer, no âmbito da PAVS, que compete à SMS:

I - elaborar sua programação das ações de vigilância em saúde;

II - monitorar e avaliar as ações de Vigilância em Saúde; e

III - acordar, nos respectivos Colegiados de Gestão Regional (CGR), as ações de âmbito regional.



1268
1269
1270
1271
1272
1273
1274

Disse que os espaços colegiados na microrregião são espaços de discussão que permitem inserir qualquer tipo de ação norteadora que seja importante para a microrregião, ou para algum município da microrregião, e que não esteja elencada na PAVS. Assim como alguns que são de interesse nacional não é feito aqui na Bahia. Por exemplo, ações de controle da malária. Disse que se a gente não é da área endêmica, esse elenco de ações não fazem parte do nosso acordo com o ministério. Isso também se desdobra no nível municipal.

Programação das Ações de Vigilância em Saúde

Art. 6º Definir que o envio da PAVS para o biênio 2010/2011 respeite os seguintes fluxos e prazos:

I - apresentação da PAVS Estadual na sua respectiva CIB: até 31 de dezembro de 2009;

II - envio da PAVS Estadual para o MS: até 29 de janeiro de 2010;

III - apresentação das PAVS municipais nas respectivas CIB: até 26 de fevereiro de 2010; e

IV - envio da PAVS Municipal às SES: até 26 de março de 2010.



Programação das Ações de Vigilância em Saúde

Art. 7º Para avaliação das ações de Vigilância em Saúde, cada ente federado deve apresentar, em seu respectivo relatório anual de gestão, os resultados alcançados com as ações desenvolvidas.



1275
1276
1277
1278
1279
1280

Disse que quanto ao envio da PAVS para o biênio 2010/2011, disse que a gente já cumpriu todos os prazos, não no rigor de datas como o previsto na portaria, mas a gente já aprovou, sendo a última aprovação do documento da PAVS estadual que foi aprovada nesta CIB. Disse que avaliação da PAVS faz parte do Relatório de Gestão, então todos os indicadores que estão no Pacto e o elenco de ações norteadoras que estão na PAVS deverão compor a sua avaliação no Relatório de Gestão do Estado e dos municípios.

OBRIGADA

Alcina Andrade
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Sesab.divep@saude.ba.gov.br
(71) 3116-0017



1281
1282
1283
1284
1285

Dr. Washington Couto agradeceu a Alcina. Em seguida, Dra. Lorene assumiu a palavra. Disse que considerando tudo que foi trazido sobre esse assunto para as novas portarias e diretrizes para a área de vigilância, a gente está se comprometendo aqui, coletivamente, que todas as diretorias da vigilância, todos os segundos semestres, é a melhor fase para a gente trazer para a CIB, cada uma das áreas vai trazendo a situação das ações pactuadas e em que pé elas estão em relação ao cumprimento,

1286 periodicidade, a regularidade, porque tudo isso a gente pactua todo ano, essa pactuação foi feita para dois anos, mas o
1287 monitoramento implica em trazer para a CIB como é que essas ações tanto a PAVS, como o Sistema de Informação, Plano de
1288 Ação da Vigilância, Saúde do Trabalhador. Assim, a gente se compromete aqui com vocês de estar trazendo para a CIB cada
1289 uma das áreas a medida que o monitoramento for acontecendo, que é umas forma também dos gestores acompanharem o
1290 processo e a gente discutir e deliberar conjuntamente os encaminhamentos. Em seguida a palavra foi passada para Marília.
1291 Marília disse que queria solicitar que essas apresentações que são feitas na CIB sejam encaminhadas aos representantes da
1292 CIB, e para os suplentes também, quando possível, antes da reunião, e sempre depois, pois, acha que no COSEMS a gente
1293 precisa estar compartilhando isso e reforçar aquela estratégia. Disse que é importante chamar os membros efetivos do CGMR
1294 para a gente possa discutir como implementar essas ações, pois, se vai acontecer o monitoramento é importante que os
1295 municípios estejam fazendo. Uma forma da gente pelo menos, não digo acompanhando, porque acredito que nem todo mundo
1296 tem condição ainda, de a nível de microrregionais fazer esses acompanhamento, mas é possível que em cada reunião do
1297 CGMR esteja sendo lembrada a necessidade disso e que cada gestor que esteja com dificuldade, que coloque isso no CGMR
1298 para que a gente possa pensar formas de ajudar os municípios a superar as dificuldades porque não é sempre, porque muitas
1299 vezes ele faz a avaliação e a gente não faz, esse acompanhamento muitas vezes fica parecendo que ele é um gestor relapso e
1300 nem sempre as coisas são assim. Então disse que queria pedir para que isso fosse visto. Dra. Lorene assumiu a palavra
1301 informando que esqueceu de colocar anteriormente, mas disse que a gente está discutindo no âmbito da vigilância em geral no
1302 país todo forma de apoio matricial em vigilância e saúde, e uma das estratégias é o fortalecimento dos CGRs nacionalmente
1303 conhecidos. Então a estratégia vai ser realmente, os CGRs serão instâncias a serem fortalecidas para apoiarem os municípios,
1304 porque tem municípios que possuem suas coordenações técnicas instituídas e outros nem isso têm ainda, então a gente vai
1305 precisar através dos colegiados. Não é a toa que a gente tem hoje uma parte da nossa equipe com assento nos colegiados,
1306 porque se não tiver também a gente sabe que não aparece a pauta da vigilância, então a gente tem tentado através dos
1307 técnicos que estão em alguns, fazer com que essa pauta apareça, mas o apoio matricial já está sendo concebido para discutir
1308 com vocês. Alcina retomou a palavra rapidamente para colocar que, apesar da gente não ter representação da vigilância da
1309 saúde em todos os colegiados de gestão microrregional, a gente está sempre colocando a nossa equipe a disposição quando a
1310 equipe do colegiado sente necessidade de alguma informação complementar em relação a esses quesitos. Marília assumiu
1311 novamente a palavra informando que nos colegiados tem gente da vigilância, esses colegiados tem da DAB, então disse que
1312 achava que pode quando um tiver, fazer esse papel, então disse que achava ser uma estratégia importante e de estar
1313 cobrando e pautando os colegiados de gestão para que os municípios também possam estar trocando, quem já avançou apóie
1314 o outro vizinho que não conseguiu avançar ainda. Em seguida a palavra foi passada a Fabiano de Vera Cruz. Fabiano disse
1315 que só para reforçar a questão dos colegiados, porque todas as pautas "nossas" tem sido colocadas para dentro do colegiado
1316 para decisão ou articulação. Disse que achava que era preciso dar um reforço maior no colegiado e a gente já tinha discutido a
1317 questão desse apoio matricial desde a implantação do colegiado. Disse que isso tem que voltar, ser reforçado porque deu certo
1318 a implantação, mas tem que ser reforçado mais para dar certo e o colegiado continuar, porque a gente tem priorizado o
1319 colegiado para todas as nossas pautas. A PPI foi um grande exemplo disso, mas disse que a gente tem que fortalecer mais o
1320 colegiado. Por exemplo, disse que o nosso colegiado de Salvador, da nossa macrorregião Leste não está acontecendo. Disse
1321 que a gente tem que reforçar mais porque a gente traz as pautas para ir nos colegiados, mas efetivamente tem que acontecer
1322 as reuniões e a gente buscar estratégias em conjunto (aí é COSEMS, Estado) para organizar melhor essas equipes de apoio
1323 matricial dentro do colegiado. Dr. Washington Couto colocou que concordava e passou a palavra para Stela. Stela disse que só
1324 reafirmando o que já tinha dito anteriormente, o COSEMS já está em um processo de captação, contratação, convênio, de
1325 apoiadores para ir para o colegiado, isso já existe a proposta passada por nossa presidente que inclusive visitou outros
1326 estados, Minas Gerais, outros estados que trabalham com apoiadores, que já tem um convenio já estabelecido exatamente
1327 para cuidar dessa questão dos apoiadores. Então já está a caminho, disse que não podia afirmar 100%, mas a nossa
1328 presidente já colocou aqui em reunião de CIB que está fortalecendo realmente essa questão dos apoiadores. Precisamos ver
1329 essa questão do membro efetivo da CIB que realmente alguns membros não tem participado das reuniões do colegiado e
1330 quando vai, vai sem informação nenhuma, então essa integração é importante e da mesma forma, levamos a questão também
1331 dos diretores de DARES que são sempre os Coordenadores, disse que acha que para se coordenar algo tem que saber o que
1332 é que se está coordenando. Disse que por lei e por obrigatoriedade, mesmo ela tendo sido contra lá atrás quando "fizemos" um
1333 regimento dos colegiados, foi voto vencido, mas acha que sempre será o diretor da DARES ou diretora da DARES coordenador
1334 do colegiado. Então tem que ser um bom articulador para poder funcionar, não é eleito e nem escolhido por ninguém, é por
1335 obrigação, de fato e de direito, então é necessário que haja realmente articulação com todas as áreas, não a vigilância, como a
1336 atenção básica, média e alta, mas articulação com todas as áreas. Em seguida, Marília assumiu a palavra e sugeriu que se os
1337 apoiadores fossem ser contratados, que seja por meio de seleção pública e que seja selecionado dentro das regiões, dizendo
1338 que não dá para as pessoas ficarem até os membros efetivos do Estado, sugeriu que o Estado repense que o apoiador tem
1339 que ficar lá na região, não pode ficar daqui com várias atribuições, não vai, não diz porque não foi, não se apropria, então,
1340 precisa ser apoiador do COSEMS como membro efetivo do Estado, é preciso que se centre realmente na região, porque se
1341 não a gente vai ficar com a mera retórica de que vai fortalecer os colegiados e efetivamente a gente não tem conseguido fazer
1342 isso, então a sugestão é que se identifique nas DARES e tal, mas é importante que esse sujeito esteja efetivamente na região.
1343 Disse que ele precisa ser da região, estar na região, ou ir morar na região para entender inclusive a complexidade da região,
1344 porque o fato de ir uma vez por mês não tem funcionado. Dr. Washington Couto agradeceu a Marília, em seguida citou o último
1345 ponto, um ponto do COSEMS da pactuação, disse que conversou com Stela e citou que o município de Nova Soure solicita
1346 credenciamento de 6 vagas para agentes comunitários, mas que não tinha chegado ainda a área técnica, questionando a
1347 Ricardo. Ricardo, Diretor da Atenção Básica informou que foi localizado na Diretoria de Atenção Básica o processo de Nova
1348 Soure solicitando credenciamento de 6 agentes comunitários de saúde, e está com parecer favorável. Washington Couto
1349 informou que tinham 6 membros da CIB presentes na reunião, existia quorum, então aprovou a solicitação de Nova Soure. Em
1350 seguida, Stela assumiu a palavra e colocou que o município de Nova Soure confirmou que chegou hoje pela manhã, mesmo
1351 não tendo a reunião do COSEMS ficou colocado que o que fosse do interesse dos municípios, que tem prazo, que dependesse
1352 apenas da área técnica que fosse passado. A aprovação do projeto de aquisição de equipamentos e materiais permanente

1353 para as unidades, já existe resolução específica, é a 211/2009, que automaticamente já aprova desde que a área técnica dê o
1354 parecer favorável. E a participação no processo seletivo dos ACS para o mês de julho de 2010. Ricardo prosseguiu a palavra e
1355 disse que sobre isso existe uma resolução aprovada em CIB que estabelece prazos e fluxos, e o município tem que
1356 encaminhar até o dia 16 de junho toda a documentação que está listada na resolução, e disse que a DAB não recebeu essa
1357 documentação para ele poder se escrever para a seleção do dia 18 de julho, então o município ainda não encaminhou a
1358 documentação necessária. Dr. Washington Couto solicitou apoio do COSEMS para fazer esse reforço para quem quer
1359 participar da seleção do dia 18 de julho. **O QUE OCORRER.** Stela informou que Marília tinha um ponto para levantar sobre a
1360 resolução do CIES, que já passou na CIB do dia 14 de maio de 2010 e ela tem um ponto a colocar sobre essa resolução, sobre
1361 essa composição do CIES. Marília informou que no primeiro momento nós não chamamos a atenção desse ponto e depois nós
1362 fomos buscar a informação junto as pessoas para saber por que estavam essas representações das universidades e não
1363 outras, aí o pessoal disse que eles colocaram alguns critérios de quem tem curso mais antigo e só mandaram o documento
1364 para indicar nomes para alguns reitores, não mandaram para todos os reitores, por exemplo, das universidades públicas do
1365 Estado. E gostaria de lembrar a vocês que a CIES é fruto um pouco daquela estratégia dos pólos, veio para substituir os pólos,
1366 e nós sabemos que temos a UESB, a UESC, a UEFS que eram atores atuantes dos pólos, apareceu essa composição da
1367 CIES sem ter dado oportunidade dessas universidades se articularem e isso é um problema, então disse que queria pedir
1368 licença ao pessoal para propor que a gente repense essa definição, e disse que o Ministério disse que tem data, e outra coisa,
1369 mas o Ministério precisa respeitar os nossos tempos, portaria não é lei, e é melhor que a gente reveja certas coisas do que
1370 mandar apressadamente, no prazo que o Ministério determina e muitas vezes sem observar nossa composição interna. Nesse
1371 sentido, propôs que se aprove a composição de um modo geral incluindo além da UFBA, a UESB, a UEFS, a UESC e além da
1372 Universidade Católica, disse que a FTC é uma das poucas faculdades particulares que participam do Conselho de Controle de
1373 Qualidade junto ao Conselho de Enfermagem, ou seja, tem buscado que seu currículo possa avançar no currículo voltado para
1374 o SUS. Então perguntou como deixar uma universidade dessas de fora, ou como deixar a Escola Bahiana que em nenhum
1375 momento que a gente tem chamado tem deixados de se colocar, como deixar de fora a UFRB que em todas as discussões que
1376 a gente tem feito nesse sentido também tem sido presente, portanto achava que precisava que fossem chamadas todas essas,
1377 que se sente e que se faça uma composição. Quem é titular, que chamem a todas, as universidades se reúnem, e vê quem vai
1378 ser titular e quem vai ser suplente. Disse que não dá para aprovar uma coisa dessas sem terem sido chamadas as
1379 universidades estaduais, a UFRB, as Escola Bahiana que também é importante, a FTC que tem buscado participar. Disse que
1380 a composição das universidades em particular, pela informação que Bruno apresentou, pois o mesmo foi questionado se foi
1381 encaminhado ofício para todos os reitores, e o mesmo disse que não, que foi estabelecido um critério que era inicialmente se
1382 trabalhar com as que tinham os cursos mais antigos. Marília perguntou por que o critério não foi quem já participava dos pólos,
1383 e disse que é importante as universidades serem formadoras de opinião, é importante que elas mesmas escolham seus
1384 representantes, então pediu que ou fosse aprovado ad referendum para que essa composição fosse feita depois ou que se
1385 aprovasse a composição sem discutir os nomes e que a SUPERH convoque uma reunião e faça essa composição, encaminhe
1386 para o Ministério e a CIB aprove na próxima reunião, informando ao Ministério que a gente manda depois a aprovação da CIB
1387 final. Mas disse que achava que o Ministério tem que entender o nosso tempo e o nosso ritmo. Disse que estava voltando atrás
1388 porque no momento da reunião onde foi discutido o ponto, não tinha essa informação e pediu para a gente rever e abrir essa
1389 possibilidade até para não haver problemas com os nossos parceiros de algumas universidades tanto estaduais, como a
1390 federal e algumas particulares. Andrés assumiu a palavra e disse que apesar de concordar com as questões das
1391 particularidades e das especificidades colocadas por Marília, propôs o encaminhamento do que fosse aprovado na CIB para o
1392 Ministério, para não perder o prazo, fazendo acordo na próxima CIB de fazer uma revisão da recomposição e encaminhar a
1393 nova composição para o Ministério. Washington Couto disse que, já que já foi aprovado, sai uma orientação para a SUPERH
1394 para rever essa composição porque na verdade é a metodologia de como compor e incluir esse grupo das universidades.
1395 Marília disse que achava que devia ser feito isso antes de ser encaminhado para o Ministério, pois, quando é enviado ao
1396 Ministério, é como se você institucionalizasse e oficializasse, e dessa forma é um problema em função do critério que foi
1397 utilizado, porque independente dessa portaria do Ministério, a Bahia já tem uma política e já desenvolve isso em parceria há
1398 muito tempo, inclusive na construção da UNASUS, pois, essas universidades participaram. Em seguida a palavra foi passada
1399 para Stela, e ela disse que ia fazer o encaminhamento de colaborar com a SUPERH porque não seria possível a SUPERH
1400 fazer sozinha, sendo necessária uma parceria com o COSEMS, e que se faça essa gestão junto as universidades para ver
1401 quem pode participar. Stela colocou a necessidade de uma comissão, explicando que, partiu da SUPERH uma informação que
1402 a UNEB é a única universidade estadual da Bahia, e, no entanto, existem quatro, então é necessário tomar cuidado com essas
1403 questões para não incorrer em um erro gravíssimo. Disse que concordava com Marília e que deveria ser encaminhado para o
1404 Ministério já a composição correta, disse que não poderiam fazer as coisas assim, porque termina acontecendo problemas
1405 como esse que estava acontecendo. Dra. Marília disse que os prazos não são tão amarrados e que pode ser colocado para o
1406 Ministério para que ele possa compreender o prazo dos estados também. Dra. Lorene disse que para simplificar o
1407 encaminhamento, a gente tem que atender, ele é um compromisso do Estado em dar continuidade a essa política. Então pode
1408 delegar a SUPERH fazer a consulta as universidades que não foram consultadas, não sendo necessário criar comissão. Dr.
1409 Washington Couto disse que já estava aprovada, a SUPERH faria a consulta antes de encaminhar para o Ministério. Em
1410 seguida, Fabiano de Vera Cruz, assumiu a palavra dizendo que sabia que foi aprovada a comissão, e a mesma já poderia dar
1411 conta disso. Marília assumiu a palavra informando que não sabia se era possível, mas ela estava voltando atrás porque não
1412 passaram a informação de como é que tinha feito e isso é problema, depois que passou a votação é que ela soube, então
1413 como representante do COSEMS na reunião CIB, disse que estava passando a informação e recolocando a questão para a
1414 gente não ter problemas. Disse que não sabia que não tinha sido encaminhado para todas as universidades que já
1415 participavam dos pólos. Fabiano retomou a palavra dizendo que, já ia abrir essa discussão de representação, disse que a CIES
1416 é uma Comissão de Integração Ensino Serviço, disse que achava que precisava de mais representação nessa comissão da
1417 gestão, porque atualmente é apenas um titular e o suplente, então como é que vai ser discutido a integração ensino e serviço,
1418 discutindo as questões do SUS numa escola, que é a política estadual de educação permanente, e a gente não discute os
1419 serviços, haja vista a rede própria do Estado que é a maior rede que oferece os estágios para a saúde e a gente tem as

1420 escolas participando, mas não tem ninguém do serviço participando da gestão. Disse que isso poderia ser revisto. Nanci
 1421 assumiu a palavra reforçou que o prazo quando foi colocado não é o prazo para instalação da CIES, não foi colocado prazo
 1422 pela SUPERH para instalação da CIES, o que existe é o prazo para residência multiprofissional em cardiologia, então se a CIB
 1423 vai deliberar e aprovar essa residência precisa ser feito ainda nessa CIB porque o prazo para aprovação do Ministério era dia
 1424 18 de junho de 2010. Disse que o pedido foi de que fosse feito a avaliação do parecer da representação estadual da CIES,
 1425 disse que poderia fazer a leitura do parecer se os presentes desejassem, e que a CIB se pronunciasse em relação a isso por
 1426 conta do prazo. Marília disse que a CIB estava se pronunciado de acordo, e a CIES disse que seria dado mais um tempo para
 1427 que fosse revista, para não haver problemas. Em seguida, Stela assumiu a palavra dizendo que o parecer é da CIES, sendo
 1428 que leu trecho do parecer onde tinha a informação: "Representando a CIES Estadual emitimos parecer favorável", portanto o
 1429 parecer era da CIES, e disse que não entendia a CIES dar parecer. Marília assumiu a palavra dizendo que a CIES é só uma
 1430 comissão, e a CIB é a CIB. Então, coloca: "Representando a CIB, a gente aprova o parecer agora na CIB". Stela completou
 1431 dizendo que a CIB aprova e a CIES não se manifesta nesse parecer. Washington Couto informou que foi a mesma proposta
 1432 que o Secretário Jorge Solla fez. Em seguida colocou espaço no que ocorrer para Stela, caso desejasse fazer mais alguma
 1433 colocação. Stela colocou um ponto do Colegiado de Gestão da UNASUS, solicitando indicação de um conselheiro do COSEMS
 1434 para fazer parte do colegiado da UNASUS, e colocando espaço para alguém se candidatar, Marília se candidatou a titular, e
 1435 Fabiano como suplente. Em seguida, Washington Couto assumiu a palavra solicitando encaminhamento para a SUPERH da
 1436 informação dos nomes do Colegiado da UNASUS. Em seguida, passou a palavra para Lorene. Lorene que colocou para
 1437 avrovação encaminhamento com relação a portaria 1007 que é a do território único que estariam trabalhando ACS e ACE. Dra.
 1438 Lorene Pinto falou sobre o incentivo financeiro para começarmos a trabalhar com território único e informou que são 74
 1439 municípios elegíveis de acordo com a Portaria. Recomendou para que essa proposta não ficasse fora de sintonia com a política
 1440 de desprecarização, que é a desprecarização dos vínculos dos agentes que já tinha sido feita para que os municípios
 1441 recebessem o incentivo financeiro. Comunicou que já tem hoje do ponto de vista do agente comunitário quase 100% dos
 1442 municípios desprecarizados e do ponto de vista dos Agentes de Endemias temos aproximadamente 60% desprecarizados
 1443 depois deste processo seletivo. Pontuou vamos ter municípios suficientes para preencher os critérios que estão na Portaria
 1444 porque dá a liberdade ao Estado de agregar algum outro componente, então para fazer sintonia no que o Estado está
 1445 construindo com os municípios que é a desprecarização é trazer mais esse critério da desprecarização dos vínculos para que o
 1446 município possa receber incentivo financeiro. Colocou que alguns Gestores tem essa concordância porque o Estado e
 1447 Município estão juntos na desprecarização. Solicitou que a CIB aprove ad referendum para garantir o recurso. Dr. Cristiano da
 1448 Diretoria de Atenção Básica - DAB fez um adendo a essa informação que na Portaria nº. 1007 consta que adesão deve ser até
 1449 o dia trinta do mês junho, e não verdade já esta pactuado com o Ministério. Dr. Washington Couto aprovou ad referendum. Em
 1450 seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima reunião ordinária para o dia 22 de
 1451 julho, quinta-feira pela manhã, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio
 1452 Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 14 de Junho de
 1453 2010.

1454
 1455 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 1456 Lorene Louise Silva Pinto _____
 1457 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
 1458 Gisélia Santana Souza _____
 1459 Andrés Castro Alonso Filho _____
 1460 Washington Luis Silva Couto _____
 1461 José Carlos Raimundo Brito _____
 1462 Suplente: Marília Santos Fontoura (SMS) _____
 1463 Stela dos Santos Souza _____
 1464 Suplente: Lívia Roberta de Lima Mansur _____