

1
2
3
4 Aos vinte e dois dias do mês de julho do ano de dois mil e dez, no Auditório Dr. João Falcão Fontes Torres, Centro
5 Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário
6 da Saúde e Coordenador da CIB, Lorene Louise Silva Pinto, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonzo Filho, Washington
7 Luis Silva Couto, Kátia Nunes Barreto de Brito, Stela dos Santos Souza e dos Suplentes: Raul Molina Moreira Barrios, Eduardo
8 José Farias Borges dos Reis e Marília Santos Fontoura. Às 14 horas, havendo número legal, o Coordenador Adjunto Suplente,
9 Dr. Raul Molina, declarou aberta a sessão informando que o Senhor Coordenador se atrasaria um pouco em virtude de alguns
10 compromissos e relatando um problema com os microfones, solicitando a colaboração de todos para que pudesse ser feita
11 uma boa gravação. Registrou a reclamação de alguns secretários em relação ao auditório que definitivamente não está sendo
12 mais um local propício para realização das reuniões da CIB. Em seguida colocou em discussão e aprovação as Atas da 184ª
13 Reunião Ordinária, 1ª Reunião Extraordinária e 185ª Reunião Ordinária que foram encaminhadas anteriormente aos membros.
14 Dra. Lorene Pinto informou já ter passado uma sugestão de correção numa fala sua, mas que não interfere no conteúdo total
15 da Ata, assim, foram aprovadas à unanimidade. Dando início à ordem do dia, deu posse à Maria Isabel Viana Ramos (SMS
16 Mutuípe) como membro Titular representante do COSEMS na CIB e à Washington Luiz Abreu de Jesus como membro
17 representante da SESAB na CIB, Suplente de Gisélia Santana Souza. Informou que o Dr. Emerson Gomes Garcia que era
18 Secretário do município de Ouricangas e também tomaria posse como membro Suplente representante do COSEMS na CIB,
19 assumiu a Secretária Executiva do COSEMS e conseqüentemente a vaga novamente está em aberto. O Senhor Coordenador
20 assumiu o comando da reunião desculpando-se pelo atraso, pois estava em outra reunião. Em relação à reclamação quanto ao
21 Auditório, colocou a sugestão de Dra. Gisélia Souza de tentar viabilizar a cessão do auditório da Secretaria de Justiça que é
22 aqui ao lado e tem melhores condições. Lembrou que a SESAB tem um projeto de um anexo com um Auditório, inclusive já
23 houve contratação pela SUCAB de um escritório de engenharia e arquitetura para fazer o projeto executivo para licitar a obra e
24 infelizmente a empresa que ganhou está a mais de um ano sem entregar o projeto; um grande problema das nossas licitações
25 é que às vezes ganham empresas que não tem capacidade de fazer e num momento em que a economia aquece como agora,
26 eles saem para fazer outros trabalhos e nos largam de mão. Em seguida efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à
27 Secretaria Executiva da CIB para a leitura dos informes: **1.1** Até esta data 06 municípios ainda não encaminharam o Relatório
28 de Gestão 2007 para a CIB, sendo que além destes 04 encaminharam sem Ata e 09 apresentaram justificativa. **1.2** 367
29 municípios encaminharam RAG 2008 para as Dires (88% dos municípios), destes: 301 municípios encaminharam RAG 2008
30 com Ata e Resolução, 54 municípios encaminharam RAG 2008 somente com Ata, 11 municípios encaminharam RAG 2008
31 somente com Resolução; 30 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os problemas enfrentados
32 para envio do RAG 2008 (7% dos municípios) e 20 municípios não encaminharam e não apresentaram justificativas (5% dos
33 municípios); **1.3** 189 municípios encaminharam RAG 2009 para as Dires (45% dos municípios), destes: 168 municípios
34 encaminharam RAG 2009 com Ata e Resolução, 10 municípios encaminharam RAG 2009 somente com Ata, 11 municípios
35 encaminharam RAG 2009 somente com Resolução; 17 municípios não encaminharam, mas apresentaram justificativa sobre os
36 problemas enfrentados para envio do RAG 2009 (4% dos municípios) e 211 municípios não encaminharam e não
37 apresentaram justificativas (50% dos municípios); **1.4** Ofício encaminhado à CIB do CGMR de Seabra emite parecer
38 prorrogando o prazo de entrega do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 dos municípios da microrregião; **1.5** Foram
39 publicadas as seguintes Resoluções ad referendum:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
092/2010	02.02.10	Aprova, ad referendum, a proposta de repasse de recursos relativo a futuras Campanhas de Vacinação Humana (Idoso), se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, conforme Portaria nº. 652, de 25 de março de 2010 do Ministério da Saúde.
093/2010	22.02.10	Aprova, ad referendum, a proposta de repasse de recursos relativo a futuras Campanhas de Vacinação Humana (Vacinação contra Pólio – 1ª e 2ª Etapa), se dê do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.
095/2010	21.04.10	Aprova, ad referendum, a revisão do piso fixo de Vigilância em Saúde – TFVS dos municípios do Estado da Bahia conforme Portaria Conjunta nº. 1, de 11 de março de 2010 da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
109/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista em parceria com a Universidade Federal da Bahia - UFBA/Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB.
110/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro em parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF.
111/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Seguro em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Bahia - FCMBa.
112/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz Cabralia em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Bahia - FCMBa.
113/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié em parceria com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB.

114/2010	30.04.10	Aprova, ad referendum, o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), da Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana em parceria com a Universidade Federal de Feira de Santana - UEFS.
137/2010	25.05.10	Aprova, ad referendum, a desabilitação do Serviço de Reabilitação Física Intermediária do Hospital Geral de Camaçari, no município de Camaçari – Bahia, que será substituído na Rede Estadual de Reabilitação Física pelo Centro Multi-profissional de Reabilitação Física – CEMPRE Unidade Pública Municipal.
138/2010	25.05.10	Aprova, ad referendum, a Habilitação do Hospital Ana Nery, inserido na rede estadual como Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Nefrologia.
147/2010	29 e 30.05.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 057913/2010, Programa nº 3600020100036 da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna para estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde para o Hospital Calixto Midlej Filho por Emenda Parlamentar.
149/2010	05 e 06.06.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável ao Projeto para Aquisição de Equipamentos/Material Permanente para Atenção Especializada do Município de São Gabriel, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
167/2010	22.06.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 04214.4190001/10-023, Programa nº 10301121485811162 do Município de Luís Eduardo Magalhães para Construção e Aquisição de Equipamentos e Materiais Permanentes para o Centro de Saúde / Unidade Básica por Emenda Parlamentar.
168/2010	16.07.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 10796.695000/1100-06, do Município de Ibicarai para a Aquisição de Equipamentos Médicos/ Material Permanente, mobiliário, equipamentos de informática e áudios-visuais, para a Clínica Municipal de Especialidades, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
169/2010	16.07.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 107966950001100-02, do Município de Ibicarai para a Aquisição de Equipamentos Médicos/ Material Permanente, mobiliário, equipamentos de informática e áudios-visuais, para o Hospital Arlete Maron Magalhães, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
170/2010	16.07.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 107966950001100-07, do Município de Ibicarai para a Aquisição de Equipamentos Médicos/ Material Permanente, mobiliário, equipamentos de informática e áudios-visuais, para o Centro de Atenção Psicossocial Armando Miranda de Souza, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
171/2010	17 e 18.07.10	Aprova, ad referendum, as Habilitações dos Hospitais abaixo relacionados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.
172/2010	17 e 18.07.10	Aprova, ad referendum, parecer favorável ao projeto para aquisição de equipamentos/material permanente para atenção especializada do Município de Presidente Dutra, conforme Portaria 2198/2009 do GM/MS.
173/2010	17 e 18.07.10	Aprova, ad referendum, a Proposta nº 062698/2010, Programa nº 3600020100034 da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna para aquisição de material médico hospitalar para o Hospital Calixto Midlej Filho por Emenda Parlamentar.
174/2010	20.07.10	Aprova, ad referendum, a Alteração do Teto Financeiro Federal de Média e Alta Complexidade do Estado da Bahia.

40 O Coordenador registrou que todas as habilitações em Terapia Nutricional venceram e está sendo feito todo um processo de
41 renovação. Na oportunidade, parabenizou o município de Itabuna pelo centenário na próxima quarta-feira dia 28 de julho.
42 Colocou ainda que a Resolução 174/2010 terá que ser substituída porque na hora que foram encaminhadas as planilhas do
43 novo teto financeiro para o MS, tiveram problemas na programação de alguns municípios e precisaremos fazer a retificação
44 disso à luz das resoluções da PPI, ou seja, corrigir o que está errado nas planilhas, como o MS está solicitando a nova
45 resolução, encaminhou para aprovação a **Resolução 191/2010 aprovando o Teto com a competência de julho**. Dr. Raul
46 Molina questionou se tinha alguma informação a respeito do grupo por abrangência que ainda não foi publicado. Cássio da
47 DIPRO esclareceu que a SUREGS toda está trabalhando na qualificação das abrangências, a primeira foi pelo sistema a
48 produção de 2008, e até por isso o teto está sendo retificado agora, mas não teve qualificação nesse processo então agora
49 estão qualificando e provavelmente na próxima semana já estarão viabilizando para todos os municípios. Dr. Andrés Alonso
50 colocou com relação aos POAS que o município que tem o maior número é Salvador, inclusive já houve uma primeira conversa
51 com o município, com a coordenadora de regulação Dra. Ana Paula, que deu conhecimento a Dr. José Carlos Brito, onde
52 informamos da dificuldade em termos operacionais de dar conta das expectativas em termos de prazo, pactuamos fazer um
53 cronograma que não atropelasse os processos de trabalho e definiremos esse cronograma até a próxima semana para poder
54 está passando e discutindo individualmente com cada município, então já estamos nos movimentando no sentido de pactuar
55 com cada município essa questão dos POAS. **Após as colocações foi aprovada a Resolução 191/2010**. O Senhor
56 Coordenador voltou ao item 1.4 Ofício encaminhado à CIB do CGMR de Seabra emite parecer prorrogando o prazo de entrega
57 do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 dos municípios da microrregião, questionando se seria competência do CGMR definir
58 essa prorrogação. A Secretária Executiva da CIB, Nanci Nunes Sampaio Salles, informou que isso foi colocado em pauta
59 justamente porque a Secretaria Executiva recebeu essa documentação e a intenção foi justamente trazer este questionamento
60 para a CIB já que o CGMR decidiu e emitiu uma resolução. Informou que o prazo foi prorrogado para 31 de junho e mesmo
61 assim não caberia essa definição do CGMR, mas apenas o registro à CIB e CIT sobre os municípios que estão em atraso. O
62 Senhor Coordenador concordou com o encaminhamento e sugeriu que fosse comunicado ao CGMR da microrregião de
63 Seabra de que o prazo venceu e quem não cumpriu favor encaminhar logo porque já está muito atrasado. Na seqüência

64
65
66

passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DAB/DAE/DGC: 1.1 Credenciamentos:

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Aprovado	01 NASF I tipo consórcio	Conceição do Almeida Dom Macedo Costa
ESB – Equipe de Saúde Bucal – Aprovado	01 ESB Modalidade I	Olindina Paripiranga Esplanada Souto Soares Mansidão
	02 ESB Modalidade I	Wenceslau Guimarães
	04 ESB Modalidade I	Serra Dourada
ESF – Equipe de Saúde da Família – Aprovado	01 ESF	Olindina Paripiranga Esplanada Acajutiba Itapetinga
ACS – Agente Comunitário de Saúde – Aprovado	02 ACS	Crisópolis Mansidão
	03 ACS	Cristópolis
	04 ACS	Cruz das Almas Capela do Alto Alegre
	07 ACS	Souto Soares
	09 ACS	Pilão Arcado

67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107

1.2 Credenciamento do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO do município de Santo Amaro – Aprovado. Aproveitando, passou a palavra para Dra. Cláudia Almeida colocar sua solicitação que entraria no que ocorrer. Dra. Cláudia esclareceu que tratava-se da solicitação para implementar mais **três leitos de UTI Neonatal no município de Teixeira de Freitas que passa a perfazer dez leitos de UTI para a região extremo sul, mais a habilitação do serviço de alta complexidade cardiovascular e também o UNACON que estavam com pendências, mas a área técnica já esteve lá e está tudo em ordem, portanto são três habilitações para Teixeira de Freitas. – Aprovado** O Senhor Coordenador parabenizou o município lembrando que o serviço de alta complexidade cardiovascular com a aprovação do MS será o terceiro no Estado e Dra. Lorene sinalizou que até agosto será concluído o laboratório municipal. Esclareceu que na verdade o papel da CIB é aprovar as propostas, os projetos e encaminhar para o MS que é quem dá a aprovação final. Aproveitando, antecipou o ponto de pactuação **3.3 Portaria N. 1.919 de 15 de julho de 2010 que redefine no âmbito do SUS a prestação de procedimentos cirúrgicos eletivos.** Dr. Raul Molina considerou importante fazer este relato porque nem todos os secretários presentes estiveram na reunião do COSEMS pela manhã, mas deveriam até porque o fórum para fazer o encaminhamento das demandas do COSEMS é lá mesmo e aproveitou para justificar que a diretoria do COSEMS solicitou essa mudança para que as reuniões fossem colocadas no mesmo dia apenas no período eleitoral que demanda muito a presença dos secretários em seus municípios e fica muito difícil se ausentarem por dois ou três dias. No que se refere ao projeto de cirurgias eletivas, comentou que tínhamos um estudo realizado pela DICON que nos trazia uma base muito boa naquele momento para poder fazer o cálculo uma vez que estamos brigando desde 2009 para o credenciamento de habilitação de cirurgias eletivas e não estávamos tendo recursos para isso, muitos municípios fizeram cirurgias eletivas e não conseguiram receber, outros projetos não foram totalmente completados, então o que é que se fez, temos um recurso no valor de R\$ 15.800.000,00 (quinze milhões e oitocentos mil reais), então pegamos os projetos que foram aprovados e que foram executados como base para fazer uma redistribuição desse recurso, dentro disso foram selecionados trezentos e vinte e dois municípios que colocamos num grupo entre os 70% do valor, pegamos este valor e dividimos em três, então deixamos 30% para os municípios que apresentem novos projetos, por isso é importante mostrar hoje. Dra. Claudia Almeida iniciou a apresentação da nova Portaria, trazendo alguns destaques no texto:

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

Publicação da Portaria GM 1.919 de 15 de Julho de 2010.

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

Recurso Financeiro: R\$ 15.297.041,05

- Artigo 2º - Aprovar os recursos financeiros distribuídos no anexo II para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

§ 1 Os recursos aprovados neste artigo serão disponibilizados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, nas competências julho/2010 à Junho/2011, ficando a cargo das respectivas Comissões Intergestores Bipartites a programação da sua execução pelos Municípios, os Estados e o Distrito Federal, inclusive por repactuação da programação propostas em projetos previamente apresentados.

§ 2 A realocação dos recursos, por gestão estadual ou municipal, do montante estabelecido no anexo II desta Portaria, será objeto de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, cujas resoluções deverão ser encaminhadas ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

**Publicação da Portaria GM
1.919 de 15 de Julho de 2010**

"O slide abaixo mostra os municípios que estavam represados no MS e que precisamos ver como vamos renegociar; se analisarmos o volume de municípios (onze), com cento e trinta e dois municípios que estão fazendo agregação com os municípios executores, temos quatorze milhões de reais que já estão orçados para estes municípios, o que significa dizer que do montante de quinze milhões disponibilizados na nova portaria do MS, 94% já estaria comprometido."



Resultado de Utilização de Recursos em Municípios Plenos Executores.

MUNICÍPIO	PORTARIA	QTDE. MUNIC. ABRANGÊNCIA	VALOR PROJETO (1)	VALOR EXECUTADO (2)	PERC. ALCANCE (1-2)	PERC. ALCANCE POP. PRÓPRIA	PERC. POR VALOR TOTAL UTILIZADO
ALAGOINHAS	PT GM Nº 2.263/2008	1	298.631,25	12.034,33	4,03	80,95	0,05
AMARGOSA	PT GM Nº 2.336/2008	1	75.496,50	110.739,09	146,88	93,24	0,50
BRUMADO	PT GM Nº 2.351/2008	15	613.316,25	789.210,08	128,68	72,22	3,58
CATU	PT GM Nº 2.325/2008	2	109.688,25	-	-	-	-
CRUZ DAS ALMAS	PT GM Nº 2.327/2008	4	238.884,75	131.314,61	54,97	87,10	0,60
DIAS DÁVILA	PT GM Nº 2.330/2008	1	121.097,25	54.779,03	45,24	100,00	0,25
EUNÁPOLIS	PT GM Nº 2.331/2008	5	352.469,25	461.945,53	131,06	91,41	2,10
FÉRRAS DE SANTANA	PT GM Nº 2.252/2008	21	2.118.282,75	2.226.547,36	105,11	80,39	10,10
GUANANIB	PT GM Nº 2.333/2008	17	893.034,00	834.255,10	93,42	54,63	3,78
INHAMBUEPE	PT GM Nº 2.259/2008	4	158.682,50	-	-	-	-
IRECÉ	PT GM Nº 2.260/2008	3	216.276,75	482.482,06	223,09	83,73	2,19
ITABELA	PT GM Nº 2.222/2008	1	58.097,25	73.114,37	125,85	95,13	0,33
JUAZEIRO	PT GM Nº 2.256/2008	7	97.111,25	441.135,37	454,43	77,42	2,00
LALÉ	PT GM Nº 2.255/2008	4	148.367,25	122.266,83	82,41	83,76	0,55
LAURO DE FREITAS	PT GM Nº 2.379/2008	1	325.107,00	168.114,58	51,71	100,00	0,76
MEDeiros NETO	PT GM Nº 2.170/2008	4	119.576,25	15.872,58	13,27	87,50	0,07
PORTO SEGURO	PT GM Nº 2.354/2008	1	257.532,75	331.761,88	128,82	99,40	1,50
SANTA CRUZ DE CAERÁLIA	PT GM Nº 2.180/2008	1	56.497,50	25.537,08	45,20	97,36	0,12
SÃO FELIX	PT GM Nº 2.185/2008	5	274.325,75	475.670,99	173,40	21,04	2,16
SÃO SEBASTIÃO DO PASSE	PT GM Nº 2.384/2008	1	90.722,25	30.365,81	33,49	100,00	0,14
SENHOR DO BONFIM	PT GM Nº 2.190/2008	9	626.377,50	714.687,18	114,10	62,07	3,24
VERA CRUZ	PT GM Nº 2.198/2008	4	175.846,50	51.238,31	29,14	88,00	0,23
VITÓRIA DA CONQUISTA	PT GM Nº 2.264/2008	30	1.901.092,50	3.292.764,65	173,20	60,31	14,93
CAMACARI	PT GM Nº 2.360/2008	1	496.113,75	129.386,28	26,08	100,00	0,59
GESTÃO ESTADUAL	PT GM Nº 2.191/2008	179	8.335.876,50	11.074.338,00	132,85	100,00	50,23
TOTAL		322	19.032.394,50	22.049.593,10	115,85		100,00

316 Municípios → 75,7%

SUREGS - SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE REG. DA ATENÇÃO À SAÚDE
 "Fizemos uma avaliação de todos os projetos que foram executados no período de 2008 a março de 2010 e na terceira coluna da planilha acima pode se ver qual era o valor do projeto, entretanto, esses municípios executaram muito mais. Trouxemos mais uma avaliação que é justamente o alcance dos municípios executores em relação aos municípios agregados, daí foi que veio a idéia de que a partir desse recurso, 20% ficaria para o município executante e 80% para os seus agregados, assim, definimos que do volume de quinze milhões tirar 70% para estes municípios que estão aí com seus projetos e 30% para os que irão entrar porque se formos avaliar do total de municípios, trezentos e vinte e dois, e como perdemos aqui Catu e Inhambupe que mesmo no projeto não apresentaram produção então eles saem e vão para o outro monte, são trezentos e dezesseis municípios que se comparado aos quatrocentos e dezessete, significa dizer que em tese teremos uma cobertura de praticamente 75,7% dos municípios do Estado da Bahia, só que arredondamos para 70%. Então ficaria assim, pegando do recurso total executado, que percentual foi esse e passei a aplicar a partir de um volume de dez milhões de reais e ficou a distribuição abaixo com alguns critérios:

Proposta de Distribuição de Recursos Considerando o Valor da Portaria GM 1.919/2010

Valor Portaria R\$ 15.297.041,05

70% Para os Municípios Considerando a Planilha 2 - R\$ 10.070.928,74



MUNICÍPIO	QTDE. MUNIC. ABRANGÊNCIA	PERC. POR VALOR TOTAL UTILIZADO	VALOR PROPOSTO CONFORME PERCENTUAL
ALAGOINHAS	1	0,05	5.035,46
AMARGOSA	1	0,50	50.354,64
BRUMADO	15	3,58	360.539,25
CATU	2	0,00	-
CRUZ DAS ALMAS	4	0,60	60.425,57
DIAS DÁVILA	1	0,25	25.177,32
EUNÁPOLIS	5	2,10	211.489,50
FÉRRAS DE SANTANA	21	10,10	1.017.163,80
GUANANIB	17	3,78	380.681,11
INHAMBUEPE	4	0,00	-
IRECÉ	3	2,19	220.553,34
ITABELA	1	0,33	33.234,06
JUAZEIRO	7	2,00	201.418,57
LALÉ	4	0,55	55.390,11
LAURO DE FREITAS	1	0,76	76.539,06
MEDeiros NETO	4	0,07	7.049,65
PORTO SEGURO	1	1,50	151.063,93
SANTA CRUZ DE CAERÁLIA	1	0,12	12.085,11
SÃO FELIX	5	2,16	217.532,06
SÃO SEBASTIÃO DO PASSE	1	0,14	14.099,30
SENHOR DO BONFIM	9	3,24	326.298,09
VERA CRUZ	4	0,23	23.163,14
VITÓRIA DA CONQUISTA	30	14,93	1.503.589,66
CAMACARI	1	0,59	59.418,48
GESTÃO ESTADUAL	179	50,23	5.058.627,51
TOTAL	322	100,00	10.070.928,74

Crerios a Serem Observados.

Dos 70% do valor da PT GM 1.919 (R\$ 10.070.928,74)

- 1- Manter o percentual de utilizaão dos projetos executados (2008-2010), considerando:
 - Para os munic4pios executores definir que 20% do recurso 4 para a populaão pr4pria, ficando 80% para serem distribu4dos igualmente pelo n4mero de munic4pios agr4gados;
 - Os munic4pios que fizeram ades4o ao pacto, com comando 4nico, ter4o seus recursos proporcionais disponibilizados para o seu territ4rio;
 - Os munic4pios que n4o tiverem capacidade instalada no seu territ4rio, dever4 definir a realocaão do recurso aprovado pelo CGMR e homologado na CIB;
 - Ap4s 06 meses de execuão, os projetos ser4o avaliados, com vistas a manutenão ou redistribuião do recurso e desempenho frente a populaão pr4pria e referenciada.

Os 30% do valor da PT GM 1.919 (R\$ 5.226.113,00)

Crerios a Definir.



Nesta l4gica, o que se prop4e 4 que n4o se trabalhe per capita porque 4 claro que os grandes munic4pios levar4o ainda mais vantagem em relaao aos demais. Ficou este crerio de 30% que na realidade 4 um valor de cinco milh4es, duzentos e vinte e seis mil, cento e treze reais, para que possamos identificar porque munic4pios como Salvador, Jequi4, Catu, Inhambupe, Ilh4us, Gand4 e outros trinta e seis munic4pios que n4o est4o em projeto nenhum, estejam abertos para que possamos ver de que forma estaremos distribuindo.

Proposta de Distribuão de Recursos Considerando o Valor da Portaria GM 1.919/2010.

- 30% Para munic4pios n4o contemplados na planilha 2 - R\$ 5.226.113,00

MUNICIPIO	QTDE MUNIC. ABRANG4NCIA	VALOR PROPOSTO CONFORME %
SALVADOR		
JEQUIE		
CATU		
INHAMBUPE		
GANDU		
ILHEUS		
MUNICIPIOS SEM PRETO (36)		
TOTAL		-



OUTRAS INFORMAOES

SUREOS - SUPERINTEND4NCIA DE GEST4O DOS SISTEMAS DE REG. DA ATENAO 4 SAUDE
 DICON - DIRETORIA DE CONTROLE DAS AOES E SERVIOS DE SAUDE

SUREOS - SUPERINTEND4NCIA DE GEST4O DOS SISTEMAS DE REG. DA ATENAO 4 SAUDE
 DICON - DIRETORIA DE CONTROLE DAS AOES E SERVIOS DE SAUDE

PROCEDIMENTOS MAIS REALIZADOS

- SIA/SUS:**
1. FACOEMULS. C/ IMPL. LENT. INTRA-OCULAR DOBRAVEL
 2. PAN-FOTOCOAGULAAO DE RETINA A LASER
 3. FOTOCOAGULAAO A LASER
- } 97%
- SIH/SUS:**
1. COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR
 2. HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
 3. HERNIOPLASTIA UMBILICAL
- } 47%

GEST4O ESTADUAL

SUREOS - SUPERINTEND4NCIA DE GEST4O DOS SISTEMAS DE REG. DA ATENAO 4 SAUDE
 DICON - DIRETORIA DE CONTROLE DAS AOES E SERVIOS DE SAUDE

PROCEDIMENTOS MAIS REALIZADOS

- SIA/SUS:**
1. FACO. C/ IMPLAN. DE LENTE INTRA-OCULAR DOBR.
 2. FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA
 3. FACCETOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR
- } 99%
- SIH/SUS:**
1. COLECISTECTOMIA
 2. HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)
 3. HISTERECTOMIA TOTAL
- } 34%

MUNICIPIOS PLENOS

SUREOS - SUPERINTEND4NCIA DE GEST4O DOS SISTEMAS DE REG. DA ATENAO 4 SAUDE
 DICON - DIRETORIA DE CONTROLE DAS AOES E SERVIOS DE SAUDE

175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241

242 Finalizou a apresentação argumentando que foi aprovada pela manhã na reunião do COSEMS. Dr. Raul Molina relatou que
 243 com isso estamos reafirmando o nosso compromisso com a PPI de estar sempre revendo a alocação de recursos. Em relação
 244 aos 30%, decidimos colocar aqui para pactuar, pois entendemos que tiveram municípios resolutivos dentro da PPI, inclusive
 245 pólos de microrregião e de macrorregião que não tiveram ganho nenhum, pelo contrário, só tiveram perdas, então estaríamos
 246 priorizando também esses municípios dentro dos 30%. Além disso, estaríamos revendo os casos daqueles outros municípios
 247 que já tinham projetos e que estavam dentro desse processo de colocarmos e estaríamos construindo critérios, um deles,
 248 aquele que colocamos de 20% da população própria onde detectamos, por exemplo, no município de Feira de Santana que
 249 tem quase trinta municípios que estão referenciados a ele, mas tem mais de 80% da população própria dele que está sendo
 250 atendida, aí fica o questionamento dos pequenos municípios. Os municípios estão pactuando, estão jogando as cirurgias
 251 eletivas para os municípios maiores e estes estão fazendo mais cirurgias eletivas da sua população própria, então estamos
 252 fazendo uma reversão desse quadro que tinha per capita, porque quando colocávamos dinheiro per capita, continuávamos
 253 privilegiando aqueles municípios grandes em detrimento dos municípios pequenos. Então, dentro daquela postura que
 254 adotamos na PPI de que os municípios pequenos não podem mais ficar perdendo recursos e resolutividade, colocamos isso,
 255 por outra parte, o que tem de ganho importantíssimo para todos nós é que o município que tem cirurgias eletivas referenciadas
 256 para outro município maior e que aderiu ao pacto, ele recolhe novamente o seu dinheiro para o seu território e dentro do CGMR
 257 ele pode inclusive realocar esse recurso. Colocou ainda que não houve condição de fechar os números exatamente, que vão
 258 ficar para serem colocados dentro dos critérios que estaremos encaminhando e aprovando conjuntamente entre a SESAB e o
 259 COSEMS, este foi o encaminhamento dado hoje pela manhã, essa realocação tem que ser desse jeito porque hoje temos que
 260 aprovar já com referendo a julho e naturalmente passa pelos colegiados dentro do fortalecimento da regionalização dos
 261 territórios. Dra. Cláudia comentou que como ficou decidido mesmo os municípios que estão aí vão ter que renegociar junto com
 262 seus colegiados de gestão, precisamos dar celeridade porque a Portaria já está em vigor desde julho de 2010 e vai até junho
 263 de 2011, então está na hora de correr. Afirmou que é possível trabalhar dentro de uma lógica de inversão no sentido de que o
 264 município executante passe a fazer os 20% até para poder compensar esses praticamente dois anos e meio aonde realmente
 265 80% a mais era que estava sendo beneficiado o município próprio e um exemplo disso é o município de São Félix que Dra.
 266 Marta Rejane pediu o tempo inteiro, que do total da população só atendeu 21%, então está dentro de uma lógica que estamos
 267 esperando que venha a acontecer com os demais. O Senhor Coordenador manifestou preocupação com a questão do prazo,
 268 porque a vigência já é julho e o período é de doze meses, a cada mês que deixarmos de utilizar é uma redução na execução e
 269 é pós fato, tem que ser aprovação anterior, utilização de série numérica específica, e sugeriu se houvesse concordância,
 270 delegar a Dra. Cláudia e Dr. Raul para tentarem finalizar isso o mais rápido possível e encaminhar assim que estiver já com
 271 tudo certo, aprovamos os critérios, a qualquer momento eles fecham a proposta e encaminham para o MS. Dra. Marília
 272 Fontoura enfatizou que é para ser uma estratégia para fortalecimento dos CGMR, porque os municípios da região
 273 metropolitana mesmo, do jeito que está não interessa ter Salvador como referência porque só atende a sua população e como
 274 ficam os outros? E para também fortalecer que as decisões passem pelos colegiados de gestão para que haja essa pactuação
 275 entre os municípios de uma determinada região. O Senhor Coordenador informou que o Hospital Regional de Juazeiro já vem
 276 desde alguns meses fazendo os processos de ampliação de oferta de cirurgia eletiva e com o apoio da SUREGS/DICON vai
 277 implementar ainda mais a partir do próximo mês um conjunto grande de cirurgias eletivas para os municípios da macrorregião
 278 norte e os secretários que não participaram da reunião que aconteceu em Juazeiro, favor entrar em contato com Dra. Cláudia
 279 para ver os mecanismos de articulação para utilizarem e encaminharem pacientes para as cirurgias eletivas em Juazeiro, no
 280 Hospital Regional. **Após as colocações, o Senhor Coordenador colocou em votação e houve consenso.** Dando
 281 prosseguimento à pauta:

282 **2. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/ DIVEP/DIVISA/DIVAST: 2.1** Solicitação de remoção dos
 283 Servidores da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, cedidos à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB –
 284 **Aprovado; 2.2** Adesão dos municípios às Ações Estratégicas de Vigilância Sanitária e Ambiental, conforme Anexo V da
 285 Resolução CIB Nº 142/08: São José da Vitória e Barro Preto – Grupos 1 e 2; Madre de Deus, Barra do Choça, Gandú e Ilhéus
 286 – Grupos 1, 2 e 3; Irecê – Grupos 1, 2, 3 e 4 – **Aprovado; 2.3** Homologação de Unidades Sentinela para notificação de
 287 agravos relacionados ao trabalho como componentes da RENAST-BA – **Aprovado.** Dra. Leticia Nobre informou que estão
 288 sendo colocadas mais setenta unidades sentinelas que da PAVS de março deste ano até agora já apresentaram os termos de
 289 Adesão assinados pelo Secretário Municipal, pelo Diretor da DIRES, só acrescentando aquelas que já vinham do ano passado,
 290 então com esses setenta de agora completamos cento e trinta e sete unidades sentinelas da PAVS do ano passado com a
 291 desse ano. O Senhor Coordenador complementou dizendo que são setenta unidades em cinquenta e seis municípios. **3.**
 292 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção À Saúde – SUREGS/DICON; **3.1** Termo de Compromisso de Gestão
 293 Municipal – **Aprovado.** Dr. Andrés Alonso informou que são cinquenta e seis municípios que estão entrando com o Termo de
 294 Compromisso todos eles sem comando único à exceção do município de Lauro de Freitas e Itaberaba que já estavam em
 295 Gestão Plena e, portanto, a adesão ao comando único é automática. Dra. Marília Fontoura lembrou que na reunião do
 296 COSEMS pela manhã foi levantada a questão de que não existe essa coisa de não ter o Comando Único, houve discussão e
 297 ficou entendido que o Comando Único é um processo de assunção de responsabilidade, então se aprova e obviamente que
 298 isso vai sendo construído de forma pactuada com o Estado. Não podemos falar que vai aprovar sem o Comando Único, é com
 299 o Comando Único, mas entendendo que se trata de um processo de assunção de responsabilidade a partir das possibilidades
 300 e condições do município que vai discutir com o Estado. Ressaltou que foi pactuado que vamos fazendo o monitoramento,
 301 mas entendemos que não existe sem comando. Em seguida a Técnica da DIPRO, Ivone Souza, apresentou a relação dos
 302 municípios:



303
 304
 305
 306
 307
 308

309
310
311
312
313
314
315
316
317
318
319
320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336
337
338
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

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE RIBEIRA DO POMBAL

- ADUSTINA
- BANZAE
- CÍCERO DANTAS
- CIPÓ
- CORONEL JOÃO SÁ
- FÁTIMA
- PARIPIRANGA
- RIBEIRA DO AMPARO

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE PAULO AFONSO

- ABARÉ
- CHORROCHÓ
- MACURURE

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE BRUMADO

- ARACATU
- DOM BASILIO
- ÉRICO CARDOSO
- GUAJERU
- IBIPITANGA
- ITUAÇU
- JUSSIAPE
- TANHAÇU

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE JACOBINA

- MAIRI
- QUIXABEIRA
- OUROLÂNDIA
- SAÚDE
- TAPIRAMUTÁ

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE CRUZ DAS ALMAS

- GOVERNADOR MANGABEIRA
- CONCEIÇÃO DA FEIRA

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE SEABRA

- ABAIRA
- BONINAL
- IBITIARA
- IRAQUARA
- NOVO HORIZONTE
- PALMEIRAS

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE SALVADOR

- LAURO DE FREITAS

Municípios que pleiteiam assinar o TCG sem Assunção ao Comando Único

MICRORREGIÃO DE SERRINHA

- BARROCAS
- BIRITINGA
- CANSANÇÃO
- CANUDOS
- MONTE SANTO
- QUIJINGUE
- RETIROLÂNDIA
- SÃO DOMINGOS
- VALENTE

376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396
397
398
399

Cássio da DIPRO informou que com mais estes municípios, até a metade do ano já passamos o número de municípios do ano passado que foi setenta e três e este ano já estamos em setenta e oito e comentou que o processo está sendo como desejado, discutido no colegiado e a adesão está sendo feita em blocos, fortalecendo a regionalização. Dr. Raul Molina enfatizou que mais uma vez estamos provando o cuidado em fazer com que a adesão ao Pacto não seja cartorial, simplesmente jogar todos os municípios para dizer que estamos avançando com o Pacto, há o entendimento do que é o Pacto, qual a responsabilidade sanitária, este é o acompanhamento que está sendo feito, sem o policiamento da forma como foi colocado a princípio, por isso os membros da CIB foram unânimes na retirada daquela resolução. Chamou atenção para o uso do Comando Único para resolver problemas domésticos em alguns municípios que às vezes têm apenas um único hospital e que o pessoal tenta fazer o Comando Único para tentar resolver as pendências políticas que lá existem. Por este motivo é que a Comissão de Acompanhamento entende que temos que ver esses municípios onde existe apenas uma unidade hospitalar e que tenha sido trazido tanto para o COSEMS como para a DIPRO, para todas as instâncias, inclusive algumas demandas nesse sentido, então o entendimento primeiro tem que ser a nível municipal, com interferência do próprio Conselho Municipal de Saúde, depois do próprio CGMR, que viria a sanar essas deturpações que por acaso queiram tentar usar o dinheiro do SUS, o dinheiro da saúde para tentar resolver problemas políticos domésticos em alguns municípios. Fez questão de deixar claro o posicionamento do COSEMS dentro disso, de que como órgão de classe, que tem que estar a serviço do SUS e não a serviço de segmentos que por ventura queiram usar esse tipo de atitude. Considerou que precisamos aplaudir porque não se trata simplesmente de uma adesão de municípios que vão apenas assinar o Termo de Compromisso, mas o farão com responsabilidade, com acompanhamento, e aqueles que estiverem realmente preparados para assumir o Comando Único, têm todo esse caminho pela frente de acordo com o que sempre foi colocado aqui. A Sra. Nanci Salles, ressaltou que estes municípios que estão sendo agora aprovados refletem o trabalho que vem sendo feito pela DIPRO com a contribuição efetiva da Secretária Executiva da CIB e de outros membros dos colegiados, no sentido de se fazer um processo onde se discuta com o município e de fato possamos avançar para a pactuação de forma mais coerente. Próximo ponto de pauta: **3.2 Habilitação para CAPS I do município de Mucuri – Aprovado.**

MUNICÍPIO	CNES	UNIDADE	CNPJ	HABILITAÇÃO
Mucuri	3962008	Dr. Antônio Reinaldo Rabelo	13761705/0001-73	CAPS I

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

O Senhor Coordenador registrou a solicitação de informações sobre o credenciamento do CAPS de Santa Rita de Cássia, mas não tinha ninguém da área técnica presente no momento. **4. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde – SUPERH: 4.1 Homologação da Comissão de Integração Ensino Serviço – CIES/BA – Aprovado.** Dra. Telma Dantas apresentou a Resolução CIB Nº 189/2010 que trata da recomposição da institucionalização da CIES que são comissões compostas pelos gestores estaduais, gestores municipais, representantes das universidades, instituições de ensino de uma maneira geral e representantes dos trabalhadores e usuários. Esta CIES tem como objetivo principal acompanhar a implementação da Política Estadual de Educação Permanente do Estado da Bahia e ela tem também muita importância na medida em que ao acompanhar esta política ela vai avaliar os seus processos de capacitação, contribuir naturalmente com o seu aperfeiçoamento, participar dos processos de avaliação e naturalmente subsidiar novas políticas no campo de educação permanente e de gestão do trabalho. Todos sabem que historicamente nós tivemos alguns movimentos no Brasil e na Bahia, voltados para o propósito de integrar as ações de educação com as universidades, a exemplo disso tivemos as comissões de integração docente assistencial, tivemos os pólos de capacitação de educação permanente, e agora as Secretarias Estaduais de Saúde acompanhando a Política de Educação Permanente no âmbito nacional apresenta a proposta de composição da CIES, de certa forma um pouco tardia, mas enfim agora estamos institucionalizando para que possamos realmente fazer esse trabalho de acompanhamento no plano da Gestão do Trabalho e Educação Permanente. Em seguida apresentou a resolução ressaltando a grande importância por estar voltada para o objetivo de acompanhar, traçar e aperfeiçoar a Política Estadual de Educação Permanente do trabalho e da gestão do trabalho na SESAB: “Resolução CIB Nº 189/2010. Aprova a Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - CIES/ BA, com vistas ao cumprimento dos dispositivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e no intuito de fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e tendo em vista o decidido na 186ª Reunião Ordinária do dia 22 de julho de 2010. RESOLVE Art.1º – Aprovar a Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço - CIES/ BA, com vistas ao cumprimento dos dispositivos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e no intuito de fortalecer a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde, do SUS-Bahia a ser composta pelos membros abaixo relacionados: Superintendência de Recursos Humanos – SUPERH: Telma Dantas Teixeira de Oliveira – Titular e Bruno Guimarães de Almeida – Suplente; Escola Estadual de Saúde Pública Francisco Peixoto de Magalhães Netto – EESP: Verônica Pina Rita Vieira – Titular e Renata Maria de Oliveira Costa – Suplente; Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis – EFTS: Maria José Côrtes Camarão – Titular e Geisa Cristina Nogueira Plácido dos Santos – Suplente; Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS: Vilênia Maria Gomes dos Santos – Titular e Amanda Menegola Blaubh – Suplente; Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS: Neyla Libório Pergentino Carvalho – Titular e Estevão Toffoli Rodrigues – Suplente; Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA: Maria Aparecida Araújo Figueiredo – Titular e Edivânia Lúcia Araújo Santos Landim – Suplente; Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia – SAFTEC: Ana Emília Oliveira de Andrade – Titular e Giovanna Santana Queiroz – Suplente; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS/ BA: Marília Santos Fontoura – Titular e Joseane Mota Bonfim – Suplente; Universidade Federal da Bahia – UFBA: Heloniza Oliveira Gonçalves Costa – Titular e Maria Isabel Pereira Viana – Suplente; Universidade do Estado da Bahia – UNEB: Mary Lucia Souto Galvão – Titular e Sandra Simone Queiroz de Moraes Pacheco – Suplente; Universidade Católica do Salvador – UCSAL: Ogvalda Devay de Sousa Torres – Titular e Maria da Graça Mirante Seixas Pimenta – Suplente; Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS: Iraldes Andrade Juliano – Titular e Marisa Correia Melo – Suplente; Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC: Nairan Morais Caldas – Titular e Cristina Setenta Andrade – Suplente; Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB: Sílvia da Silva Santos Passos – Titular e Valéria Macedo Almeida Camilo – Suplente; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB: Raquel Sagueiro Rizério – Titular e Braulto

441 Perazzo – Suplente; Usuários do Sistema de Saúde: Márcia Cristina Graça Marinho – Titular e Joilda Gomes Rua Cardoso –
 442 Suplente; Trabalhadores de Sistema Único de Saúde: Sílvio Roberto dos Anjos e Silva – Titular e Maria do Carmo Brito de
 443 Moraes – Suplente. A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.” Finalizou a apresentação agradecendo
 444 a atenção de todos e enfatizando que a SUPERH está trabalhando no sentido de fazer com que a Política de Recursos
 445 Humanos seja discutida coletivamente. Dra. Stela Souza comentou que as universidades estaduais foram contempladas e ficou
 446 ótimo e lembrou que na reunião passada o COSEMS solicitou uma ampliação na representação para que ficasse com dois
 447 titulares e dois suplentes, que inclusive já foram indicados na reunião do COSEMS pela manhã. O Senhor Coordenador
 448 solicitou que os nomes fossem encaminhados à Secretaria Executiva da CIB, para acrescentar na resolução. Em seguida
 449 passou para as apresentações: 1. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA/DIVEP: 1.1 Vigilância das
 450 Coberturas Vacinais. Apresentação: Júlio Pongelupe. O Sr. Jorge informou que trata-se de uma nova metodologia utilizada
 451 pelo Programa Nacional de Imunização – PNI e visa a vigilância das coberturas vacinais município a município, para verificar
 452 quais são os municípios que tem maior brevidade com relação às coberturas em detrimento dos outros.



Vigilância das Coberturas Vacinais Resultados 2009

Julio Pongelupe
DIVEP

Bahia - 2010

Coberturas Vacinais (CV)

- **Coberturas vacinais: é um indicador de cobertura de serviço**
- **Método de cálculo**
 - **Administrativo (oficial) obtido pelo total de doses aplicadas (numerador) dividido pela população alvo (denominador)x100**
 - **Inquéritos de coberturas vacinais***
 - **Monitoramento Rápido de Coberturas vacinais (MRC)***
- **Representa a proporção da população alvo vacinada (estima o nível de proteção da população contra determinada doença)** na fonte (fornece cobertura direta)

469 “Com relação ao método de cálculo administrativo alguns pontos devem ser informados: 1º. De nada adianta termos uma
 470 cobertura vacinal adequada ou atingir a meta, se não tivermos boas práticas de vacinação, então, mesmo que se tenha uma
 471 cobertura vacinal adequada, se não tiver garantias de que essa vacina foi corretamente armazenada e corretamente
 472 administrada, esse dado administrativo não tem muito valor. 2º. Tão ruim quanto uma cobertura não ser alcançada é ela ser
 473 alcançada de forma arbitrária, colocando um valor de cobertura que não existe isso é um fato que não pode ocorrer em
 474 hipótese alguma, como o que ocorreu no Haiti e na República Dominicana em 2002 e 2003 onde houve um surto de
 475 poliomielite e quando a Organização Pan-americana de Saúde verificou os dados de cobertura vacinal para pólio,
 476 administrativamente havia uma cobertura em torno de 80% e quando foi feito o monitoramento rápido de cobertura, foi
 477 verificado que essa cobertura não era real, ela era abaixo de 60%, então do ponto de vista também social, fica muito ruim para
 478 a gestão estar informando uma cobertura que não é real e a partir daí acontecerem casos daquela doença que seria a princípio
 479 combatida pela vacina.”

Vigilância das CV

Fundamentos Técnicos

- CV no país, UF e parte dos municípios \geq parâmetros do Programa Nacional de Imunizações (PNI)
- Heterogêneas e aberrantes (atípicas) $<50\% >120\%$ até $> 1.000\%$
- Inconsistências nos registros independente do denominador (BCG vs hepatite B; rotina vs campanha de vacinação < 1 ano; N° de 3ªs doses $>$ de 1ªs doses).

Intervenção

Conceitos utilizados (significados práticos):

- **Vigilância: situação de alerta (vigiar)**
- **Monitoramento: acompanha (verifica continuamente)**
- **Avaliação: analisa, julga conforme algum parâmetro (explica o fato)**
- **Vigilância e Monitoramento (Waldman): coleta, analisa e dissemina regularmente os dados para quem deles necessita.**

494 “A vigilância das coberturas vacinais é uma metodologia nova que partiu do princípio de que os parâmetros verificados nos
 495 municípios estavam bastante discrepantes do que era preconizado pelo PNI, onde havia coberturas completamente
 496 heterogêneas, muito abaixo de 50%, muito acima de 120%, chegando até a mais de 1000%. Baseado nisso e chamando
 497 atenção, esse foi o principal motivo pelo qual o MS introduziu esta metodologia. Houve também inconsistências nos registros
 498 das doses independentes do denominador. Existem algumas vacinas que são pontos chaves que devemos estar monitorando,
 499 conforme slide acima.”

Aspectos do método de vigilância das CV

- **Enfoque epidemiológico: situação de risco**
- **CV em níveis adequados para garantir o controle de doenças**
- **Porte populacional e estratos de CV**
- **Definição de níveis de risco e prioridades (1, 2, 3)**

Crítérios do Método de Vigilância das CV

Situação de risco 1 (prioridade 1)

- Municípios de grande porte populacional (10 mil ou + NV) e ou capitais com coberturas vacinais $<95\%$ para três ou mais vacinas (proporção da população desprotegida)
- Municípios com CV $<95\%$ para a vacina **tríplice viral (SRC)** e ou para a vacina **poliomielite** independente do porte populacional e das CV para outras vacinas (compromisso internacional de erradicação e eliminação)
- Municípios com CV $<50\%$ e $>120\%$ para três ou + vacinas, independente do porte populacional (valores atípicos)

Atenção: Avaliar inserção em nível de prioridade se estas CV estão relacionadas às vacinas BCG ou VORH

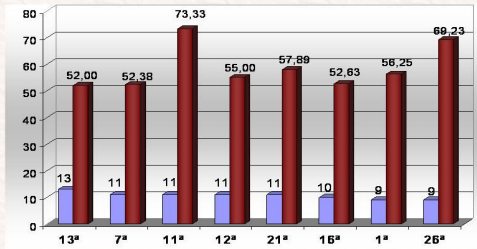
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463
464
465
466
467
468
469
470
471
472
473
474
475
476
477
478
479
480
481
482
483
484
485
486
487
488
489
490
491
492
493
494
495
496
497
498
499
500
501
502
503
504
505
506

507 “Nos dados de 2009, cento e noventa e nove municípios se encaixam em uma das três categorias mencionadas, então dos
 508 quatrocentos e dezessete, é um número extremamente alto. Como verificamos que a quantidade de municípios realmente ficou
 509 exorbitante, fizemos uma outra subclassificação onde acrescentamos a tríplice viral e pólio, ao invés de e/ou para ver se
 510 conseguíamos diminuir um pouco a quantidade de municípios para tentar priorizar um pouco mais os municípios, então
 511 conseguimos baixar para quarenta e dois, mesmo assim, é uma quantidade muito grande.”
 512

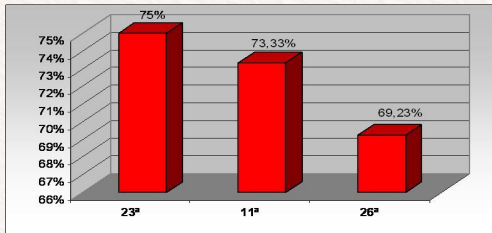
513 **Prioridade 1 - Bahia**

- 514
- 515 • 2009 – 199 municípios (42 municípios – TV “e” Pólio)
 - 516
 - 517
 - 518 • Obs. Salvador não alcançou cobertura das vacinas
 - 519 Hepatite B, Tetra, Pólio, Febre Amarela, Rotavírus
 - 520

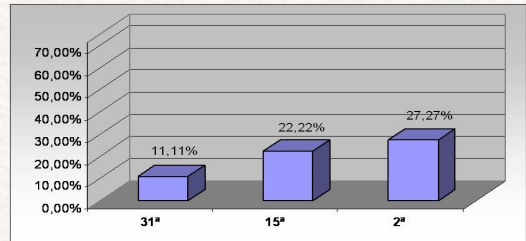
521 **Número de municípios em prioridade 1 por DIRES, e em relação à própria DIRES**



522 **DIRES com maior proporção de municípios em prioridade 1, 2009**



523 **DIRES com menor proporção de municípios em prioridade 1, 2009**



524 **DIRES / Municípios em prioridade 1**

525 **13ª DIRES**

- 526 • Barra do Rocha;
- 527 • Boa Nova;
- 528 • Cravolândia;
- 529 • Iramaia;
- 530 • Itagi;
- 531 • Itagilba;
- 532 • Itamari;
- 533 • Itaquara;
- 534 • Itiruçu;
- 535 • Jaguaquara;
- 536 • Jitauna;
- 537 • Manoel Vitorino;
- 538 • Planaltino

539 **DIRES / Municípios em prioridade 1**

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|----------------------|-------------------------|
| 540 7ª DIRES | 540 11ª DIRES | 540 12ª DIRES | 540 21ª DIRES |
| 541 • Almadina; | 541 • Adustina; | 541 • Água Fria; | 541 • Barra do Mendes; |
| 542 • Buerarema; | 542 • Antas; | 542 • Barrocas; | 542 • Barro Alto; |
| 543 • Camacan; | 543 • Cicero Dantas; | 543 • Canudos; | 543 • Cafarnaum; |
| 544 • Coaraci; | 544 • Cipó; | 544 • C. do Coité; | 544 • Canarana; |
| 545 • Floresta Azul; | 545 • Fatima; | 545 • Lamarão; | 545 • Central; |
| 546 • Ibicaraí; | 546 • Heliópolis; | 546 • Monte Santo; | 546 • Ibititá; |
| 547 • Ibirapitanga; | 547 • Nova Soure; | 547 • Nordestina; | 547 • Irecê; |
| 548 • Itabuna; | 548 • Novo Triunfo; | 548 • Santaluz; | 548 • Itaguaçu; |
| 549 • Itajuípe; | 549 • Olindina; | 549 • São Domingos; | 549 • Jussara; |
| 550 • Itape; | 550 • Ribeira do Amparo; | 550 • Teofilândia; | 550 • Mulungu do Morro; |
| 551 • Pau Brasil | 551 • Ribeira do Pombal | 551 • Valente | 551 • São Gabriel |

542 “Os dados de 2010 a princípio são do primeiro semestre. Essa metodologia de vigilância das coberturas vacinais é
 543 extremamente dependente dos dados de informação passados dos municípios para as DIRES e das DIRES para a DIVEP. Se
 544 o município não enviar esses dados das doses aplicadas não temos como fazer a avaliação.”
 545

546 **Prioridade 1 - Bahia**

- 547
- 548 • 2010* – 156 municípios
 - 549
 - 550 • Salvador apresenta cobertura vacinal adequada exceto para rotavírus;
 - 551
 - 552 • Simões Filho não alcança a C.V. para T.V. desde 2005
 - 553
 - 554 Susceptíveis:
 - 555 - 2009 (477 crianças)
 - 556 - 2008 (151 crianças)
 - 557 - 2007 (244 crianças)
 - 558 - 2006 (598 crianças)
 - 559 - 2005 (478 crianças)

560 **Metodologia de vigilância das CV**

561 **Situação de risco 2**
 562 (prioridade 2)
 563 **municípios de grande e/ou médio porte populacional ≥ 10 mil NV/ >1.000 e <10 mil NV) com coberturas vacinais < 95% para até duas vacinas (desde que não seja a VOP ou TV)**

564 **- Municípios de pequeno porte populacional (< 1.000 NV) com CV > 120% para uma ou duas vacinas.**

565 Atenção: Avaliar inserção em nível de prioridade se estas CV estão relacionadas às vacinas BCG ou VORH
 566 Recomenda-se avaliar em qualquer situação a razão DTP+Hib em relação a outras vacinas

567 * Dados preliminares do 1º trimestre

Prioridade 2 - Bahia

- 2009 – 178 municípios
 - 2010 – 210 municípios
- Obs. Saubara apresenta CV acima de 120% para T.V. desde 2006

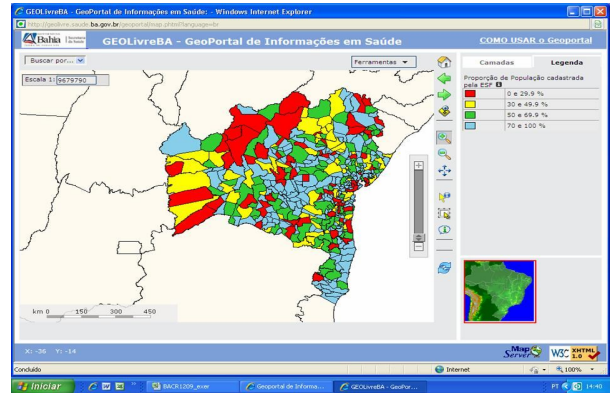
Metodologia de vigilância das CV

Situação de risco 3 (prioridade 3)
 ▪ Municípios c/ coberturas vacinais no intervalo entre 95% e 120% independente do porte populacional

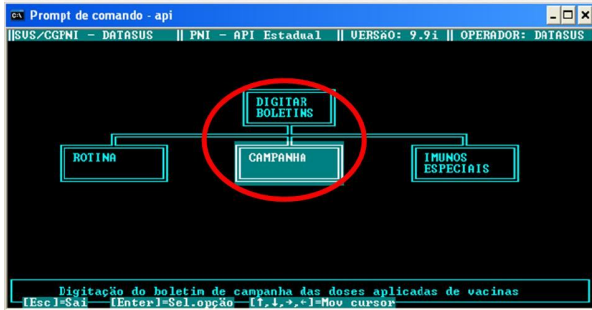
Atenção: Avaliar inserção em nível de prioridade se estas CV estão relacionadas às vacinas BCG ou VORH

Ações e estratégias - Bahia

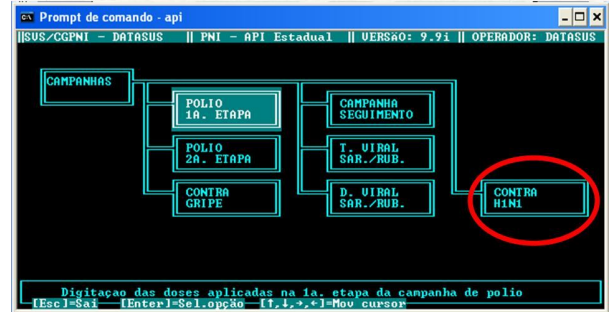
- Analisar denominador (SINASC, IBGE);
- Analisar cobertura de ACS e ESF;
- Verificar taxa de abandono;
- Comparar coberturas básicas (HEPxBCG, VOPxTetra);
- Cobrar registro de doses das clínicas particulares;
- Instituir o monitoramento rápido de coberturas (mesma metodologia da campanha contra rubéola).



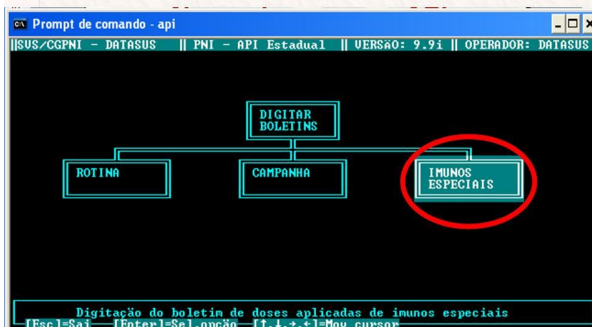
Novos imunos no API - H1N1



H1N1



Meningo C



Meningo C

MES/ANO : 9/2009
 ESTABEL. DE SAÚDE : 1 ALDEIA MASSACARRA
 MUNIC. : 2910701 EUCLIDES DA CUNHA
 REGIONAL : 12 SERRINHA

MENINGOCOCICA CONJUGADA C

DO SE	Menor de 1 ano	1 a 4 Anos	5 a 8 Anos	9 a 12 Anos	13 a 19 Anos	20 a 59 Anos	60 e + Anos	TOTAL
1ª	0	0	0	0	0	0	0	0
2ª	0							0
3ª								0
R.		0						0

574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640

641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
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

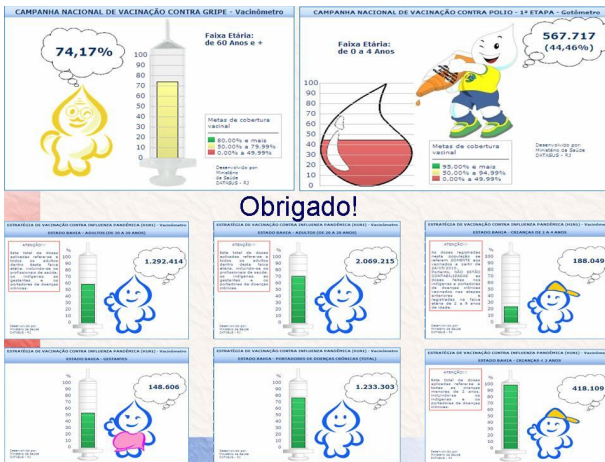
Pneumo 10

Prompt de comando - api
SUS/CGPNI - DATASUS || PNI - API Estadual || VERSÃO: 9.91 || OPERADOR: DATASUS
MES/ANO : 9/2009
ESTABEL. DE SAÚDE : 1 ALDEIA MASSACARA
MUNI. C. : 2910701 EUCLIDES DA CUNHA
REGIONAL : 12 SERRINHA

OUTROS IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS <QUADRO 1>

	Menor de 1 Ano	1 a 4 Anos	5 a 8 Anos	9 a 12 Anos	13 a 19 Anos	20 a 59 Anos	60 e + Anos	TOTAL
PD	0	0	0	0	0	0	0	0
2ª	0	0	0	0	0	0	0	0
3ª	0	0	0	0	0	0	0	0
Ref.	0	0	0	0	0	0	0	0

[Esc]=Saí [F4]=Exc Iui [F10]=Grava [F2]=Ajuda



Ou nos unimos...



Obrigado!

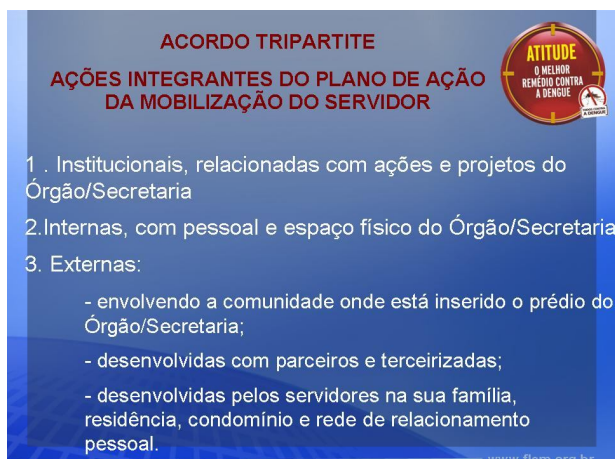
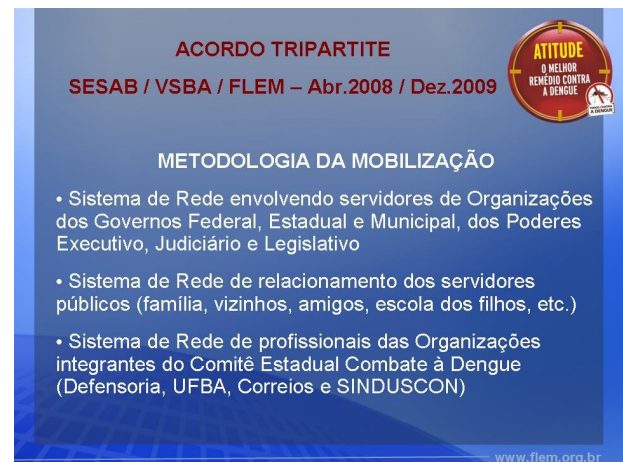
Julio Pongelupe

divep.informune@saude.ba.gov.br

(71) 3354-2154

Finalizou a apresentação sugerindo uma avaliação com relação às nossas coberturas e ao que pode ser feito para melhorá-las. Dra. Lorene Pinto reiterou a importância da vacinação como uma estratégia importante de controle e interrupção de transmissão de doenças. Argumentou que os dados apresentados significam que precisamos olhar com um pouco mais de atenção e cuidado, até porque fazemos pactos internacionais de erradicação de doenças, de interrupção de transmissão, é um recurso que tem estado disponível, além do apoio técnico que sempre está disponível na imunização com metodologias hoje extremamente simples para fazer um monitoramento rápido. Sugeriu que além de manter a periodicidade de trazer informação das coberturas para que todos tomem conhecimento, ainda que entendamos que cada gestor deve estar acompanhando a sua cobertura, mesmo assim é interessante trazer para a CIB para uma discussão mais coletiva, que saia uma recomendação da CIB com relação a essa última avaliação feita do monitoramento da vigilância das coberturas e encaminhar para todos os municípios que se encaixaram em alguma das prioridades, encaminhar uma recomendação da CIB para um olhar mais cuidadoso da gestão municipal com relação a isso porque acumulamos susceptíveis, lembrem que no final de 2006 nos deparamos com um surto de sarampo no Estado após seis anos sem confirmar caso, isso é acúmulo de susceptível naquela região, vem alguém de fora como foi o caso deste sarampo, porque a cepa nunca circulou aqui, e foi suficiente para confirmarmos um número razoável de casos. Argumentou que precisamos valorizar um pouco mais o monitoramento da cobertura e aí cada gestor municipal tem um compromisso com isso. Dra. Stela Souza parabenizou pelo acompanhamento, colocando que essa é uma amostra de como estamos, imunização não vamos nem discutir a importância porque isso é fato, mas gostaria de levantar uma questão que já vem sendo colocada por todos os gestores, sabemos que é melhor prevenir do que curar e sabemos da importância de nos envolver nesse processo, mas tivemos várias campanhas de vacinas juntas e isso prejudicou muito o processo porque ninguém fazia mais nada, só vacina. Deixou claro que não estava questionando os objetivos e sim a sobrecarga para os municípios que inclusive tiveram até que abandonar algumas outras ações porque ou fazia imunização ou sabia que a doença ia chegar. Outra questão mais grave ou tão quanto é financiamento, este é o seu pensamento enquanto Secretária de Saúde é muito fácil para o MS dizer que fizemos 80%, a maior cobertura de vacina do mundo com a H1N1, quando na verdade nós municípios fizemos sozinhos a nível financeiro, nós pagamos veículos para levar para a zona rural, hora extra e alimentação de funcionários, material, desviamos recursos de outras ações para poder ter dinheiro para manter essas campanhas de vacina, então é preciso lembrar destas duas coisas muito importantes, uma é muitas campanhas de vacina de uma vez só, o que foi necessário, e por isso muitos municípios não conseguiram alcançar a meta, e a outra é o custo que foi muito alto. Dra. Stela Souza – Disse ainda que foi confusa, sendo que houve momentos em que não se sabia se fazia H1N1, e o idoso, ou que é que fazia, portanto era confuso. Elogiou as equipes dos municípios, agradeceu a DIVEP porque com certeza atuaram bastante, as DIRES, que deram bastante apoio. Dr. Raul Molina completou dizendo que Dra. Stela Souza contemplou a maioria dos Secretários Municipais de Saúde presentes com sua fala. Agradeceu também a Júlio, agradeceu a DIVEP, e disse que ainda ia ser falado de incentivo. Dra. Gisélia Souza assumiu a palavra

708 falando sobre o monitoramento da cobertura vacinal e o envolvimento necessário dos municípios para justamente acompanhar
 709 a efetividade dessas vacinas. Outra questão colocada por Dra. Stela Souza foi o esforço feito pelos municípios para garantir
 710 esse calendário que foi muito sobrecarregado por novas vacinas, e também lembrou o esforço que o Governo do Estado fez
 711 para fazer a cobertura vacinal em Salvador, onde estava ocorrendo o surto de Menigite, em todo o Estado também, e disse que
 712 a gente fez um esforço também, não só físico, técnico, mas também financeiro para assegurar essa cobertura da Menigite.
 713 Disse, portanto, que não se poderia esquecer esse grande esforço que foi feito pelo Governo do Estado para garantir a
 714 cobertura vacinal para a Menigite. Dr. Raul Molina completou informando que o investimento nas campanhas se davam em
 715 torno de R\$ 50.000.000.000,00 (cinquenta bilhões de reais). Dra. Lorene Pinto disse que era de quase R\$ 40.000.000.000,00,
 716 sendo que hoje já foi mais R\$ 8.000.000,00 do aditivo para fechar a campanha de 20 a 24 anos da capital, e menor de 5 anos
 717 que ser que finalizada em todos os municípios do Estado. Dr. Raul Molina colocou que esse dinheiro é recurso para se
 718 construir um grande hospital. Disse que demonstra a prioridade estadual e relação a prevenção com foco para se fazer saúde
 719 pública. Dra. Lorene Pinto disse que acha que evita uma série de complicações que geralmente bate a porta dos hospitais que
 720 já são complicados em termo de ter que dar conta para tudo, mas disse que é importante ressaltar que nós tivemos uma
 721 posição também junto ao Ministério da Saúde com relação ao volume, principalmente H1N1, que foi uma crítica feita quando a
 722 secretaria estadual estava lá, para o programa nacional, disse que fez até algumas sugestões que não foram acatadas com
 723 relação ao cronograma de aplicação. Disse que as campanhas foram executadas, mas vamos correr atrás do que falta e
 724 espera que seja mais calmo no próximo ano, pois foram muitos finais de semana trabalhados com imunização nesse ano de
 725 2010. **1.2 Plano de trabalho do contrato SESAB/FLEM de mobilização para o combate à Dengue. Apresentação:** Maria Cristina
 726 Motta Leal. Dra. Lorene Pinto explicou que Maria Cristina representa a Fundação Luis Eduardo Magalhães, e já vem de uma
 727 parceria acompanhada por todos desde 2008 naquele plano de mobilização social para combate à Dengue que nós
 728 começamos com a estrutura do servidor público e isso terminou se ampliando, depois chegou nosso comitê estadual e eles
 729 continuaram nos apoiando nesse trabalho de mobilização. Disse que no ano passado a SESAB aprovou um plano de ação do
 730 comitê estadual, e aí fez uma proposta para que eles desdobrassem esse plano de ação que o comitê aprovou em um plano de
 731 trabalho para que se pudesse constituir com a FLEM uma estrutura executiva para não se perder o trabalho prévio e dar
 732 continuidade intensificando inclusive com uma metodologia e um sistema de acompanhamento da mobilização social, e disse
 733 que pediu a Maria Cristina que viesse apresentar o plano de trabalho dessa cooperação que já foi contratualizada com eles
 734 para que todos vejam como será dado continuidade. Disse que o que vai ser feito aqui está além do trabalho cotidiano da
 735 coordenação de endemias na DIVEP junto aos municípios, ou seja, será documentada uma metodologia de mobilização social
 736 com um sistema de acompanhamento que vai servir para também trabalhar com outras doenças em outras situações no
 737 Estado. Maria Cristina assumiu a palavra se apresentando e dizendo que é um prazer enorme desenvolver esse trabalho com
 738 a SESAB que já vem há dois anos e agora com um contrato expandindo para o interior, e o trabalho com os servidores
 739 públicos foi exitoso, e disse que é o que estaria apresentando.



774 Em seguida, Maria Cristina mostrou rapidamente o *hotsite*, mostrando um *banner* que ficou disponível em todos os sites das
 775 secretarias estaduais e isso teve amplitude porque foram acionados até internacionalmente por pessoas perguntando sobre a
 776 Dengue no Estado da Bahia, e nesse *hotsite* foi desenvolvido um *ranking* que isso estabelecia uma certa concorrência ou
 777 competição entre os órgãos e secretarias sobre quem desenvolvia mais ações, sendo as ações descritas ao lado com
 778 fotografias, e isso servia de exemplo para vários outros estados e municípios que desenvolviam as ações. Disse que inclusive
 779 o *hotsite* está dentro do portal <http://www.bahiacontraadengue.com.br>. Disse que tiveram bons resultados e que foram
 780 comprovados, que fizeram um bom trabalho nas várias esferas e foi-lhes solicitado que fizessem um projeto para ampliar.

781

782 **CONTRATO Nº 005/2010**

783 **MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA**
 784 **DENGUE NO ESTADO DA BAHIA**

785

786 CELEBRADO E ASSINADO EM 15/06/2010, ENTRE GOVERNO
 787 DO ESTADO DA BAHIA, ATRAVÉS DA SECRETARIA DA
 788 SAÚDE E A FUNDAÇÃO LUÍS EDUARDO MAGALHÃES

789 **OBJETO:**
 790 Prestação de serviços técnicos especializados para o apoio
 791 técnico e operacional ao planejamento, execução,
 792 acompanhamento e avaliação do conjunto de ações visando a
 793 mobilização social para prevenção e o controle da dengue no
 794 Estado da Bahia.

795 **VIGÊNCIA:**
 796 15/06/2010 A 15/06/2011

797 www.flem.org.br



781

782 **MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA**
 783 **DENGUE NO ESTADO DA BAHIA**

784 **PLANO DE TRABALHO**

785

786 **Objetivo 1 –** Estrutura de Suporte à Gestão da
 787 Mobilização Social;

788 **Objetivo 2 –** Sistema de Gestão da Mobilização Social;

789 **Objetivo 3 –** Mobilização Social em 10 Municípios da
 790 Bahia;

791 **Objetivo 4 –** Metodologia de Mobilização Social;

792 **Objetivo 5 -** Apoio técnico e operacional à Coordenação
 793 do Comitê Estadual de Mobilização Social de Prevenção e
 794 Controle da Dengue no Estado da Bahia;

795 www.flem.org.br



781

782 **MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA**
 783 **DENGUE NO ESTADO DA BAHIA**

784


785 **Objetivo 1**

786 Montar e operar uma estrutura de suporte à gestão da
 787 mobilização social de prevenção e controle da dengue no
 788 Estado da Bahia

789 **Previsão Execução**
 790 16/06 a 16/08

791 **Produto**
 792 Equipe técnica contratada, capacitada e instalada na FLEM

793 www.flem.org.br



781

782 **MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA**
 783 **DENGUE NO ESTADO DA BAHIA**

784

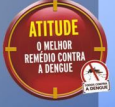
785 **Objetivo 2**

786 Desenvolver e operacionalizar o “Sistema de Gestão da
 787 Mobilização Social para a Prevenção e o Controle da
 788 Dengue no Estado da Bahia”, para apoiar a
 789 implementação das ações e metas previstas neste Projeto

790 **Previsão Execução**
 791 16/06/2010 a 16/06/2011

792 **Produto**
 793 Sistema de Gestão da Mobilização Social para a
 794 Prevenção e o Controle da Dengue no Estado da Bahia
 795 implantado e operacionalizado pela FLEM

796 www.flem.org.br



800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

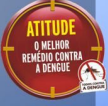
810

811

812

802 Informou quanto ao objetivo 1, que essa equipe já está contratada, instalada e está sendo capacitada progressivamente, e foi
 803 mantida na equipe pessoas que já estavam envolvidas no trabalho com ela, citou entre elas duas pessoas, que são eles Anna
 804 Melyssa Batista Neves Santos, que é assessora de comunicação e Cláudio Márcio Santos Moreira, estando a primeira
 805 presente na Reunião da CIB, sendo que a equipe possui cinco pessoas. Quanto ao objetivo 2, informou que sua primeira fase
 806 já está quase pronta, e disse que esse sistema vai fazer a gestão e o monitoramento dessa mobilização, explicando que isso
 807 fez falta no trabalho com os servidores públicos, porque disse que entendia que mobilização não é uma ação pontual que se
 808 faz e finaliza naquele ponto, disse que ela tem que dar continuidade inclusive para a prevenção e controle da Dengue. Disse
 809 que esse sistema está sendo feito de uma forma que o Governo do Estado da Bahia ou qualquer outro governo possa utilizar
 810 para mobilização social em quaisquer doenças endêmicas, para monitoramento dessa mobilização. Informou que a previsão
 811 desse objetivo é de 16 de junho de 2010 à 16 de junho de 2011, e dizendo que no processo o sistema ia ser customizado para
 812 as necessidades.

MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA DENGUE NO ESTADO DA BAHIA




Objetivo 3

Promover a mobilização social para a prevenção e o controle da dengue em 10 (dez) municípios do Estado da Bahia, identificados pela SESAB como prioritários em função de apresentarem maiores índices de infestação do mosquito transmissor da dengue, contemplando 10 (dez) bairros por município

www.flem.org.br

MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA DENGUE NO ESTADO DA BAHIA



Previsão Execução
Nov. 2010 a Mai 2011

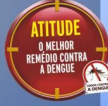
Produtos

- 20 Técnicos capacitados
- 500 articuladores capacitados
- 400 mutirões de limpeza (FAXINAÇOS) realizados;
- 100 Comitês de Mobilização para a Prevenção e Controle da Dengue constituídos;
- 10 Seminários de Sensibilização e 10 Seminários de Acompanhamento e Avaliação da Mobilização Social realizados;
- Quatro reuniões de acompanhamento e avaliação realizadas com a SESAB, na FLEM (Ago e Nov 2010 – Fev e Mai 2011)
- Cinco relatórios apresentados à SESAB (jul e set 2010 – jan, abr e jun 2011)

www.flem.org.br

813
814

MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA DENGUE NO ESTADO DA BAHIA



Objetivo 4

Disponibilizar a Metodologia de Mobilização Social desenvolvida e implementada

Previsão Execução
Abr a Jun 2011

Produto
Manual de Orientação Metodológica de Mobilização Social na Prevenção e Controle da Dengue elaborado em meio eletrônico.

www.flem.org.br

MOBILIZAÇÃO SOCIAL PARA O CONTROLE DA DENGUE NO ESTADO DA BAHIA



Objetivo 5

Prestar apoio técnico e operacional à Coordenação do Comitê Estadual de Mobilização Social de Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia

Previsão Execução
Ago 2010 – Nov 2010 – Fev 2011 – Mai 2011

Produto
Quatro reuniões de avaliação do Plano de Ação 2009/2010 realizadas com o Comitê Estadual de Mobilização Social de Prevenção e Controle da Dengue no Estado da Bahia

www.flem.org.br

815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840

Quanto ao objetivo 4, informou que a iria entregar à SESAB a metodologia pronta, uma manual com orientação metodológica de uma mobilização social na prevenção e controle da Dengue mas podendo ser utilizado em qualquer mobilização social de doenças endêmicas.



MUNICÍPIOS SELECIONADOS

- Salvador
- Itabuna
- Ilhéus
- Jequié
- Feira de Santana
- Teixeira de Freitas
- Juazeiro
- Barreiras
- Irecê
- Porto Seguro

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO MUNICÍPIOS

1. Município prioritário para o Programa Estadual de Controle da Dengue
2. Município com registro de transmissão epidêmica da Dengue nos anos de 2008, 2009 e 2010
3. Município que no 1º semestre de 2010 registraram alto índice de infestação do mosquito e de transmissão da doença na sua forma mais grave

www.flem.org.br

BAIRROS SELECIONADOS

Serão 10 bairros por município a serem escolhidos junto às Prefeituras.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

- Bairro que tenha sido contemplado com as capas para depósito de armazenamento de água distribuídas pela SESAB
- Bairros com maiores índices de infestação predial e índice de Breteau.

www.flem.org.br

841
842
843
844

Quanto aos municípios selecionados, esses foram levantados de acordo com os critérios de seleção da SESAB, e quanto aos bairros selecionados disse que isso vai ser trabalhado junto as prefeituras quais são os bairros com maior índice de infestação, e os bairros que tenham sido contemplados com as capas nos depósitos.

DESAFIOS

- Mudança de Comportamento e Atitudes Individuais
- Amplitude Geográfica do Projeto
- Números Elevado de Participantes Envolvidos
- Deslocamento Intermunicipal
- Nível Cultural da População

www.flem.org.br

Equipe Técnica:

Maria Cristina Motta Leal
3115-3013 / mcleal@flem.org.br

Anna Melyssa Batista Neves Santos
3115-3054 / mneves@flem.org.br

Cláudio Márcio Santos Moreira
3115-3048 / cmoreira@flem.org.br

Diego Bastos Queiroz Barreto
3115-3074 / dbbarreto@flem.org.br

Carla Maria de Carvalho Cardozo Chegade
3115-3753 / ccardozo@flem.org.br

Antonio Fagner Santos Silva
3115-3048 / assilva@flem.org.br

FUNDAÇÃO LUIS EDUARDO MAGALHÃES
Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde

845
846
847
848
849
850
851
852
853

Destacou que a equipe tem vários desafios nesse projeto, nesse contrato, disse que é de uma responsabilidade tamanha que a FLEM tem uma superintendência de negócios que trabalha os projetos contratados e tem uma superintendência geral hoje. Ressaltou também que esse projeto foi criado através de portaria, um grupo de trabalho diretamente ligado a superintendente geral da FLEM onde Maria Cristina está subordinada diretamente a essa superintendente. Completou dizendo que é uma responsabilidade grande, é um desafio, porque vai trabalhar com mudança de comportamento e atitude individual de pessoas, sendo que vão trabalhar em uma grande amplitude geográfica, sendo em Barreiras, Teixeira de Freitas, Juazeiro, portanto, com uma amplitude muito grande, número elevado de participantes envolvidos, são 500 articuladores a serem capacitados, sendo que não é só capacitar, manter esses articuladores como articuladores de verdade.

Atitude:

Faça sua Parte!

Obrigada,
Cristina Motta Leal

FUNDAÇÃO LUIS EDUARDO MAGALHÃES
Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde

854
855
856
857
858

Completou dizendo que para todos fazerem sua parte, pediu a colaboração não só dos municípios citados, disse que para o dia 28 de julho de 2010, convocou, enviando e-mail, ofício do Secretário de Saúde Jorge Solla, solicitando a presença dos secretários municipais, prefeitos, coordenadores de DARES, de DIREGS, EMBASA, DERBA, CERB, disse que iria precisar fazer um trabalho integrado onde vai ter um coordenador que a gente pensa ser uma pessoa da DARES, mas isso ainda vai ser

859 conversado, os municípios vão ter suas especialidades e suas particularidades, e disse que conta com todos para desenvolver
860 esse trabalho, e finalizando agradeceu. Dr. Raul Molina agradeceu a Maria Cristina e parabenizou a atitude de sua equipe,
861 parabenizou a FLEM e a Secretaria de Saúde do Estado. Disse em seguida que a participação dos municípios deveria ser
862 contemplada desde o início nesse projeto, até porque é nos municípios que muitas vezes se realiza as ações, disse que Dra.
863 Lorene Pinto sabe disso e o quanto é importante ter a experiência de Jequié, de Itabuna e dos municípios que tiveram maiores
864 problemas, disse que viu em Jequié, destacou que eles estão sendo convidados a partir de certo período, sendo que poderia
865 ter contribuído mais se houvessem tomado conhecimento antes, disse que está trazendo isso para os municípios porque quem
866 tem que responder pela Dengue nos municípios são as secretarias municipais, e realmente a seleção que a equipe da FLEM
867 fez inclusive dos municípios mostra claramente a radiografia daquilo que são os municípios, disse que isso está muito bem
868 direcionado, parabenizou novamente a forma como foi feito, mas disse que era necessário que os secretários de saúde dos
869 municípios já estivessem se envolvendo dentro disso, pois, seguramente poderiam ter contribuído e poderão ainda. Em
870 seguida passou a palavra para Dra. Lorene Pinto. Esta disse que ia contemplar o COSEMS dizendo que Dra. Stela Souza foi
871 representante do COSEMS no comitê estadual, foi uma das participantes mais ativas na construção do plano diretor do comitê
872 que deu nesse plano de trabalho. Disse que isso aí é o plano de trabalho que o comitê aprovou que a gente ficou tanto tempo
873 correndo atrás para executar e é o resultado desse trabalho que a gente fez em 2008 e em 2009. Isso aí é o plano de trabalho
874 do plano de ação que a gente aprovou no comitê onde Dra. Stela Souza representou o COSEMS e até um determinado tempo
875 tinham outros representantes que também participavam. Disse que queria ressaltar um aspecto, primeiro os critérios utilizados,
876 disse que queria lembrar que Dengue a gente não pode esquecer, disse que desde 1994 a gente está convivendo com uma
877 transmissão importante, cada ano se agrava o número de formas graves e gravíssimas, a gente já confirmou laboratorialmente
878 20 mortes em 2010. O boletim continua sendo emitido quinzenalmente, está disponível na internet para todos acompanharem,
879 disse houve no início de 2010 uma redução de mais de 80%, hoje isso já reduziu, a redução está em 60%, as curvas nesse
880 exato momento já se cruzam de 2009 e 2010, ou seja, elas já estão sobrepostas, isso significa possibilidade de nova epidemia
881 ao final do ano, estamos isolando os três vírus, Den 1, Den 2 e Den 3 em uma boa parte do Estado e na capital em particular,
882 isso significa, se a gente tem uma onda intensa do Den 1, que a gente teve nos anos 90 é um episódio semelhante que a gente
883 teve em 2009 com o Den 2 que foi reintroduzido naquela intensidade. E isso encontrando condições ambientais adequadas de
884 infestação, é outra onda explosiva que a gente vai ter, e com muitos casos graves que a gente está observando, então está se
885 vendo pouca forma clássica porque, se entrou na normalidade onde tudo virou virose e ninguém aparece, mas o que está
886 aparecendo para a gente na porta do iceberg de formas graves é um quantitativo importante principalmente na capital, Feira de
887 Santana e outros municípios que estão ali. Continuou e disse ainda que esse sobrenadante que a gente está observando e
888 acompanhando, a parte de formas graves significa o que está ocorrendo por trás, portanto, a importância da atenção
889 redobrada de todos nós. Em seguida Dra. Stela Souza assumiu a palavra dizendo que estava contemplada com a fala de Dr.
890 Raul Molina, e Dra. Lorene Pinto parabenizando a FLEM por esse trabalho, disse que acompanhou um pouco durante as
891 vindas as reuniões do comitê, esse plano de trabalho que foi desenvolvido, todo o início. Disse que queria colocar que o que
892 Dra. Lorene Pinto falou é fato, nós temos que tomar atitudes com relação a mobilização da população como Maria Cristina
893 colocou, é uma questão de mudança de comportamento, e reiterou o exemplo de Jequié. Ela disse que não dá para não falar
894 quando se trata de Dengue, porque a gente vive no risco iminente, então a gente percebe que tivemos epidemia em 2008 e em
895 2009 e vamos ter em 2010. Disse que já vem dizendo isso no município, porque observa que o mais grave, o índice de
896 infestação de 2010 está três vezes maior em relação a 2009, disse que a gente vem acompanhando isso e divulgando, Jequié
897 fez o dia municipal de combate a Dengue em 2009, fará novamente no dia 24 de julho de 2010, disse que a gente já
898 comunicou inclusive a superintendência, o secretário, a SVS, a gente tem uma mobilização de toda a comunidade, mudou o
899 Temefós, o Diflubenzuron, não resolveu porque é uma mudança de comportamento, então parabenizou novamente o trabalho
900 e destacou: “esse é o momento de tomar uma atitude envolvendo a comunidade porque se não envolver a população não vai
901 adiantar fazermos tudo que fazemos porque não vai resolver”. Em seguida, Antonio Vieira, Secretário de Saúde de Itabuna,
902 assumiu a palavra dizendo que quando se fala em Dengue, os municípios com maior número de casos são Itabuna e Jequié,
903 isso já é de conhecimento de todos há muito tempo, mas a sua preocupação está dobrada, inclusive foi separado um bairro do
904 município, Novo Horizonte, que possui o maior índice de infestação, onde toda equipe já começou com um trabalho e está
905 fazendo uma reavaliação e vai fazer um trabalho em conjunto com a FUNASA, a SESAB, a 7ª DARES com todos os técnicos e
906 com o município. Informou que já estavam preocupados com tudo isso, disse que estava com um ofício solicitando ao
907 Secretário de Saúde do Estado, Jorge Solla, providências de algumas coisas, já se preparando para o pior. Disse que é uma
908 realidade, hoje convivem com 16.92 de infestação predial, e disse que isso o deixa angustiado e agoniado, e é como Stela diz,
909 disse que não sabe como fazer, disse que vai ver se o Diflubenzuron vai funcionar, porque o Temefós já não funciona, todo
910 mundo sabe disso, portanto não sabe o que fazer, disse que precisa ter uma alternativa, isso é uma realidade, e disse que
911 infelizmente Itabuna tem 153 PE's, isso é que é pior e que dá muita preocupação, disse que tem que haver uma lei proibindo e
912 acabando com todos eles. Em seguida, Ana Lécia, Secretária de Saúde de Ipiáú assumiu a palavra ressaltando que nos
913 últimos boletins epidemiológicos Ipiáú está se mantendo com um número elevado de casos de Dengue, então tem também
914 puxado para cima o número de casos de Dengue no município, disse que o índice de infestação no município essa semana foi
915 5% e isso preocupa porque houve óbito no município, e apesar do número ter reduzido o número de casos em 2010, os casos
916 que aconteceram foram graves e disse que se vê querendo participar dos 10 municípios, mas não foi contemplada. Disse que
917 gostaria de propor que os técnicos do município participassem pelo menos como ouvintes, até porque já existe uma proposta
918 de trabalho para o município, disse que reativaram o comitê de combate a Dengue do município, portanto tem muito interesse
919 em participar, disse que tiveram dois óbitos confirmados e três suspeitos. Sr. Antônio Vieira assumiu a palavra dizendo que o
920 número de casos reduziu em Itabuna, disse que tiveram dois casos de Dengue hemorrágica com boa evolução, mas ainda está
921 muito preocupado com tudo isso, não é um problema de pessoal de campo, pois, o município conta com duzentos homens
922 trabalhando em campo, trinta e quatro supervisores, tem os supervisores da FUNASA, disse que teve uma reunião no dia 20
923 de julho de 2010 com **Marcos** e perguntou o que é que estava faltando, o que é que está errado, e está tudo sempre
924 planejado, ninguém está de braços cruzados em momento nenhum, disse que desde janeiro de 2010 estão lutando e não
925 estão conseguindo. Dra. Lorene Pinto assumiu a palavra dizendo “a gente já teve a oportunidade de participar de dois

926 seminários internacionais onde se discute o problema da Dengue em mais de cem países do mundo, a gente está colhendo
 927 frutos de uma sociedade que se organizou mal, a gente gasta milhões em inseticidas, milhões com trabalhador de campo,
 928 milhões de dinheiro com tudo, quando se vê os piores bairros em termos de infestação, qual a qualidade da habitação nele,
 929 como está a irregularidade e a intermitência no abastecimento de água, disse que é isso que é determinante para a Dengue,
 930 portanto a gente da saúde está lidando com um problema que nós não temos governabilidade sobre os determinantes, isso é
 931 uma história de política social grave que dá nisso, todos os países que tem Dengue com problema no mundo são muito
 932 parecidos do ponto de vista demográfico e social". Disse ainda "a gente, na verdade, está tentando contornar uma situação e
 933 corrigir erros de uma história de construção da sociedade que dá nisso e vai dar em outras coisas ainda, que é o que estamos
 934 vendo, várias doenças de transmissão vetorial sendo urbanizadas, em cidades grandes, a gente está tendo transmissão quase
 935 aqui dentro de Salvador já de Leishmaniose, coisa que a gente não tinha, então é uma série de dificuldades que a gente lida
 936 com o sistema de saúde, a gente está vendo a resposta pouco adequada dos novos inseticidas que a gente está utilizando, ou
 937 seja, o vetor também se adapta e cria resistência, por isso que a gente vem trocando e vai chegar no momento, está voltando
 938 com Malathion para a capital que é uma coisa grave, uma aduicida horrível para se utilizar, do ponto de vista ambiental e da
 939 saúde humana". Reiterou ainda: "nós não vamos resolver sozinhos, e o que a gente vem tentando é buscar outras políticas
 940 publicas, buscar as parcerias com a questão da água, da habitação, é só tirar foto das piores áreas de cada cidade que
 941 qualquer pessoa pode dizer o que é que acontece ali, do ponto de vista social e demográfico, então, nós não temos como
 942 resolver tudo, mas o que precisamos fazer como saúde vamos tentar fazer bem feito, essa é a lógica da gente. Dr. Raúl
 943 assumiu a palavra parabenizando mais uma vez Dra. Maria Cristina, a FLEM, e colocou os municípios a inteira disposição,
 944 principalmente aqueles escolhidos para fazer o trabalho, e disse que criando essa mobilização, ela vai chegar aos municípios
 945 vizinhos, disse que quando a gente cria esse tipo de atitude é importante. Dando continuidade, o coordenador passou para o
 946 ponto 2.1 Manual do TFD. Apresentação: Patrícia Marques. Patrícia Marques iniciou sua fala se apresentando e informando
 947 que atualmente coordena o Programa Estadual de Tratamento Fora do Domicílio. Disse que baseado no fato do ultimo manual
 948 ter sido atualizado há aproximadamente onze anos, a equipe da Superintendência de Regulação resolveu atualizar o manual
 949 para colocar algumas situações mais claras e trazer ele para a nossa realidade atual.

MANUAL ESTADUAL TFD

2010

OBJETIVOS DA ATUALIZAÇÃO

- Utilização de uma linguagem mais simplificada para facilitar o acesso do usuário ao SUS
- Adequações à atual realidade

NOTA: Atualização embasada no Manual vigente

950
951
952
953

Disse que essa atualização foi embasada no manual vigente e em manuais de outros estados, por meio de estudo nos manuais de outros estados e no manual vigente, e essa proposta do novo manual se encontra no site da SESAB e já foi passado para o COSEMS.

COMPONENTES BÁSICOS DO MANUAL

- Abrangência
 - Ajuda de custo para alimentação e pernoite
 - Unidade de remuneração para deslocamento
- Normas para autorização do auxílio TFD
- Normas específicas da SESAB
- Modalidades
 - Intermunicipal
 - Interestadual
- Elementos básicos para funcionamento do TFD Intermunicipal

COMPONENTES BÁSICOS DO MANUAL

- Documentação necessária
 - Laudo Médico TFD Intermunicipal
 - Laudo Médico TFD Interestadual
 - Pedido de Tratamento Fora de Domicílio- PTFD
 - Laudo médico CNRAC
 - Ficha de cadastro CNRAC
 - Relatório de Acompanhamento ou Permanência
 - Relatório de Alta

954
955
956
957
958
959

960

COMPONENTES BÁSICOS DO MANUAL

- Responsabilidades da Unidade Executante
- Recurso Financeiro
- Referências
- Anexos

ATUALIZAÇÕES

- Sugestão de aquisição de veículo para o TFD
- Inclusão do perfil do acompanhante (exceto idosos, gestantes e menores de idade)
- UTI aérea
- Restrições quanto ao deslocamento de usuários sem inscrição prévia no Programa TFD

961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971

Informou que além de uma linguagem mais simplificada, de uma organização mais clara, nessa nova proposta de manual TFD, segue a sugestão de aquisição de veículos para o TFD municipal, ou seja, nos deslocamentos de TFD municipal, a equipe sugere que o município possa adquirir um veículo para o fim de TFD podendo diminuir seus gastos com o deslocamento dos usuários do programa de TFD intermunicipal. Disse que em relação a inclusão do perfil do acompanhante, outro item da nova proposta, pois, não existia esse perfil de acompanhante, pelo menos no TFD interestadual observaram muitos problemas com acompanhantes idosos, gestantes, menores de idade, portanto, foi incluído esse perfil do acompanhante. Em relação a UTI aérea, disse que sempre são questionados a cerca de UTI aérea no TFD, explicando que o TFD é um procedimento eletivo, e o mesmo não contempla a UTI aérea para deslocamentos. Disse ainda que os usuários do programa municipal e estadual TFD devem estar previamente inscritos no programa para que sejam deslocados, caso contrário, o município ou o Estado não tem obrigação de custear suas passagens nem suas despesas com alimentação e pernoite.

ATUALIZAÇÕES

- Orientação para o funcionamento do TFD intermunicipal
- Sugestões quanto a TFD em fisioterapia
- Inclusão de Portaria nº. 258,30 de julho de 2009- CNRAC
- Atualização dos anexos (laudo, tabelas de procedimentos)

OBRIGADA!

972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993

Em relação as orientações para o funcionamento do TFD intermunicipal, pontuou desde o credenciamento em que via se escolher uma unidade básica para receber o recurso TFD, nomeação de portaria com a missão do TFD intermunicipal, solicitação a Diretoria de Controle com o CNES da Unidade Básica e essa portaria de nomeação. Em relação a inclusão da Portaria nº. 258 de 30 de julho de 2009 esclareceu que a mesma é sobre a CNRAC, onde ela elenca no CNRAC os procedimentos de cardiologia, oncologia, gastroenterologia, neurocirurgia e ortopedia, e otimiza as atividades do CERAC e CNRAC. Dr. Raul Molina assumiu a palavra na seqüência agradecendo a apresentação feita e disse que gostaria que o Ministério Público estivesse na reunião presente assistindo também a apresentação. Disse que quem precisa saber o que é TFD realmente é o Ministério Público, e deveria estar naturalmente contemplado. Raul completou informando que mais de 50% dos municípios tem equipamentos próprios comprados pelos municípios para realização de TFD. O Sr. José Paulo, assessor de Camaçari assumiu a palavra fazendo uma reivindicação, disse que os municípios da Região Metropolitana não têm direito a recurso da TFD porque tem a portaria que proíbe regiões com menos de cinquenta mil habitantes, e os municípios custeiam todos os pacientes TFD com recursos próprios, sem nenhum recurso porque a portaria proíbe receber, então, esse seria um encaminhamento para ver se esses municípios poderiam revogar a portaria porque, é uma demanda enorme do TFD. Dra. Stela disse que faria um encaminhamento porque não sabia o que era a apresentação e no momento está achando bastante importante. Informou que o Secretário de Saúde de Ilhéus teria uma reunião no dia 23 de julho, convidou toda a microrregião, todos os promotores da microrregião para poder discutir TFD porque o Ministério Público Federal está constantemente mandando para todos os municípios algumas solicitações com relação a TFD. Disse então que fazia encaminhamento para imediatamente publicitar isso e tentar inclusive entrar em contato com ele para que na reunião ele já tenha esse material para subsidiar a reunião que ele iria fazer. Em seguida, Dra. Marília Fontoura assumiu a palavra dizendo que outra questão é que às vezes o usuário quer um tratamento em outro estado, e reivindica do município e o promotor diz que tem que fazer, então fica dessa forma, como se fazer isso, na verdade, seria o Estado que deveria encaminhar, ou seja, disse que era necessário

994 trabalhar esse fluxo até porque, em algumas situações, são uns tratamentos confusos, que se sabe que existe na Bahia, mas
995 às vezes tem médicos que tem alguma relação com outro estado e eles encaminham, dão relatórios, e transformam em um
996 problema sério porque o município arca com custos, ou seja, municípios como São Francisco do Conde que tem um recurso
997 razoável não é um problema, mas para outros municípios tem sido um problema, mas mesmo não sendo um problema, disse
998 que achava errado, se não é uma função do município não pode, então é necessário regular esse processo de
999 encaminhamento interestadual, como é que fica, disse que não sabe se o manual contempla, mas disse que achava que era
1000 necessário ler com mais detalhes até para fazer sugestões. Dra. Vicenza Lorusso assumiu a palavra explicando que o manual
1001 se remete a portaria e a portaria diz que você paga o TFD, se o serviço não está disponível ou insuficiente no Estado, ou no
1002 município, portanto o manual reafirma isso, é o Ministério público, disse que pode ser dada a resposta que o município não
1003 está obrigado a pagar desde que o serviço esteja disponível. Em seguida, Marília perguntou se o encaminhamento é o
1004 município que faz ou tem que passar pelo Estado. Dr. Andrés Castro assumiu a palavra e esclareceu informando
1005 primeiramente que o TFD pode cobrir somente os procedimentos insuficientes ou inexistentes somente se esse procedimento
1006 for contemplado pela tabela SUS, se ele não estiver na tabela SUS ele não está coberto pelo TFD. Disse que em relação ao
1007 esclarecimento com relação aos detalhes ou ao aprofundamento, disse que propunha como encaminhamento uma
1008 apresentação do manual nos seus pontos mais importantes para que esses pontos sejam socializados com um conjunto de
1009 secretários até para que a gente vá para o Ministério Público com uma apresentação mais abrangente, com um conhecimento
1010 melhor dos gestores, para que a gente possa debater de uma forma mais segura e consistente com o próprio Ministério Público
1011 e até com a Justiça, porque, um problema maior do que o Ministério Público são as sentenças judiciais que muitas vezes
1012 determinam não só o Estado, como o médico, o material que vai ser utilizado e o procedimento que vai ser realizado, disse que
1013 esse debate vai além do TFD. Dr. Raúl Molina assumiu a palavra dizendo que tudo o que foi colocado reforça a necessidade
1014 de um fórum para ser discutido a judicialização da saúde, que está envolvida dentro de todo esse processo, e nesse ponto não
1015 vai estar somente o TFD, sendo além dele a assistência farmacêutica, e tudo o mais que é necessário ser discutido, disse que
1016 acha que fica nesse momento o chamado para que a gente possa se organizar a nível de Estado e que as superintendências
1017 presentes na reunião juntamente com o COSEMS possam fazer esse fórum para delimitar principalmente essas áreas que
1018 estão há algum tempo cada vez mais estranguladas e naturalmente, causam transtornos tanto para a equipe técnica, quanto
1019 para os municípios. Disse que fica isso então para ser discutido. Em seguida, Dra. Vicenza Lorusso retomou a palavra dizendo
1020 que nós estamos dentro da DIREG fazendo todo um trabalho de aproximação com o judiciário para discutir o assunto das
1021 liminares. Disse que nós já fizemos reuniões com a PGE, com algumas pessoas chaves da judicialização. Disse que no dia 13
1022 de agosto de 2010 nós vamos estar reunidos com todos os ministérios públicos do estado da Bahia para discutir sobre
1023 judicialização da regulação em específico e disse que acha que a gente pode levar também a apresentação sobre TFD. Dra.
1024 Stela completou dizendo que o encaminhamento já foi passado para toda a diretoria do COSEMS, para os membros da CIB há
1025 mais ou menos 20 dias, que nós temos que promover um seminário envolvendo os gestores, um fórum estadual, mas disse
1026 que pelo que percebeu, a SESAB está convidando o Ministério Público para uma discussão com a SESAB na DIREG,
1027 destacando que acha que não deveria ser dessa forma, pois, os municípios estão o tempo todo recebendo isso, então sua
1028 proposta feita há 20 dias atrás continua de pé, que tenha sim um seminário envolvendo os gestores e os secretários. Dr. Raúl
1029 Molina disse que fica a proposta que se amplie essa iniciativa. Dando continuidade as apresentações, entrando no item da
1030 pauta de Pactuação, Dr. Raul Molina informou que foi demandado por Dra. Gisélia, que fosse invertida a ordem das
1031 apresentações, antecipando o item **2.2 Nova proposta para Implementação em Radioterapia no Estado da Bahia no**
1032 **biênio 2011 – 2012.** Apresentação: Sra. Umbelina. Sra. Umbelina iniciou saudando a todos os presentes. Logo em seguida
1033 disse que a proposta de sua equipe é de alteração da Resolução CIB nº. 162/2010 de 21 de junho de 2010, onde foi discutido
1034 no COSEMS e aprovada na CIB uma proposta para implementação a capacidade instalada da sub-rede de assistência
1035 oncológica em radioterapia para o biênio de 2011 e 2012. Disse que naquela ocasião, haviam aprovado para viabilizar
1036 aquisição de aparelhos de radioterapia para os municípios de Feira de Santana, Vitória da Conquista, Barreiras, Juazeiro e
1037 Salvador, e considerando o complexo hospitalar Robert Santos/CICAN, e colocando o de Feira de Santana para 2011, Vitória
1038 da Conquista para 2011, o Hospital do Oeste em Barreiras para 2012, Juazeiro em 2012 e o complexo Roberto Santos / SICAN
1039 2012, mas surgiu uma demanda para o secretário de saúde para o hospital Aristides Maltez, onde ele demandou tanto para o
1040 Estado quanto para o município de Salvador solicitando parecer sobre aquisição de um quarto equipamento de radioterapia
1041 para o Hospital Aristides Maltez, onde ele encaminhou essa demanda inicialmente para o ministério, e o ministério solicitou que
1042 fosse apreciado no estado e no município e houvesse um parecer favorável. Disse que conversou anteriormente com Marta
1043 Rejane e essa correspondência também foi encaminhada ao município e ele oficializou ao presidente da liga favoravelmente, e
1044 por isso trouxeram a proposta de alteração da Resolução. Como ele é um CACOM para quatro mil casos novos, disse que ele
1045 precisaria de um quarto aparelho, um acelerador linear. Por fim, agradeceu. Dr. Raúl Molina disse que não havia o que ser
1046 discutido a respeito disso, recomendou encaminhamento de aprovação dessa pactuação. **1.1 Plano Estratégico de Saúde do**
1047 **Trabalhador.** Sra. Letícia Nobre assumiu a palavra dizendo que colocou o Plano Estratégico de Saúde do Trabalhador como
1048 pactuação, mas na realidade está em processo de construção e o item principal que foi colocado foi apresentado pela manhã,
1049 disse que não houve condições para apresentar a proposta completa e com mais profundidade, disse que apesar de ter uma
1050 pessoa do COSEMS trabalhado com a área técnica no dia 19 de julho, considerou que precisar ter um tempo maior de
1051 conversa e discussão com mais pessoas do COSEMS, disse que a proposta é que se forme um grupo de trabalho para
1052 destrinchar mais detalhadamente a proposta e tomar conhecimento de quais são todas as possibilidades e depois trazer então
1053 para pactuação no segundo momento, porque a proposta é ter a área de saúde do trabalhador em todas as instâncias do SUS,
1054 atenção primária, atenção especializada, média e alta complexidade, rede hospitalar, urgência e emergência, enfim, e que se
1055 tomê como base o PDR, a microrregião e aí tenha uma necessidade de ampliação da rede de centros de referência para todas
1056 as microrregiões. Disse que consideraram como área técnica que é preciso conversar e discutir mais durante um certo tempo,
1057 para trazer de fato para pactuação. Reforçou que a proposta é que saia a indicação de algumas pessoas do COSEMS que vão
1058 trabalhar junto com a SUVISA e depois se incorpore nesse processo outras áreas técnicas da própria SESAB também, com as
1059 quais já vem discutindo, mas de uma forma mais sistemática e organizada para depois então trazer a proposta mais completa
1060 para pactuar. Dr. Raul informou mais um pedido de inversão de pauta. **2.6 Critérios para alocação de recursos de custeio**

1061 para o enfrentamento da Influenza Pandêmica (H1N1) – Portaria GM nº. 1556/10. Dr. Raul Molina disse que gostaria de
1062 reforçar que isso já está pactuado, disse que hoje é percepta, disse que foi passado pela Atenção Básica. Informou que era
1063 para comunicar ao superintendente, pois o mesmo queria saber como estava isso, disse que o que ele deve estar se referindo
1064 é a outra, a mesma portaria com componente de média e alta complexidade, disse que nisso houve um impasse de manhã na
1065 reunião do COSEMS. Dra. Marília Fontoura assumiu a palavra dizendo que em relação ao ponto 2.2 mesmo com poucos
1066 representantes deve sempre ser levada ao fórum do COSEMS. Dr. Raul retomou a palavra informando que o item 2.02 da
1067 pactuação está retirado da pauta da reunião. Dr. Raul retomou a Portaria 1556, explicando que tem dois componentes, o
1068 componente da atenção básica, e foi pactuado totalmente. Disse que a outra parte se refere a média e alta complexidade e foi
1069 apresentada na reunião do COSEMS no turno da manhã uma proposta levada por Sr. Cássio sendo que foi colocado em
1070 discussão no COSEMS e explicou o entendimento do COSEMS dizendo que, já que houve a escolha de alguns hospitais de
1071 alguns municípios, a título de investimento, colocar os equipamentos, e entendendo que esses equipamentos sozinhos não
1072 fazem nada, precisam de custeio, disse que, já que houve uma seleção exatamente para escolher os hospitais que poderiam
1073 receber esses equipamentos, seja alocado para esses mesmos locais o recurso, porém disse que houve um impasse nisso,
1074 que o COSEMS entende que o repasse deveria ser por número de equipamentos, se recebeu um equipamento, valor de um
1075 equipamento, se recebeu dez equipamentos, o valor de dez equipamentos. Disse que a proposta que veio pela SESAB foi pela
1076 resolutividade, pelo número de notificações e os casos atendidos, portanto o COSEMS está em um impasse nisso. Pediu a
1077 Dra. Lorene Pinto para que ela colocasse a posição da SESAB e porque o COSEMS não teve oportunidade de ouvir na
1078 reunião pela manhã. Dra. Lorene Pinto disse que na verdade não houve uma definição exclusiva da SUVISA, disse que se
1079 envolveu por que a gente está acompanhando H1N1 juntos, disse que a DIPRO fez uma proposta, e disse que o que
1080 considerou foi que nós não podemos levar em consideração somente um desses critérios, porque vai ser injusto qualquer um
1081 que for escolhido, se for alocar por equipamento vai dar uma distorção, se for alocar só por caso atendido vai dar outra, se for
1082 querer região com caso notificado, por exemplo, esse ano de 2010 foi confirmado o maior número de casos em Santa Rita de
1083 Cássia, que tem uma estrutura que tem baixíssima resolutividade do ponto de vista hospitalar, então foi acordado que seria
1084 necessário olhar tudo e vê quem mais tem dado resposta, como é que está a ocorrência e o porte da unidade para responder,
1085 por exemplo, o Hospital Octávio Mangabeira além de atender mais de 50% dos casos do Estado, os casos graves todos vão
1086 para lá, é a unidade que permanece vinte e quatro horas atenta e orientando todas as outras unidades do Estado, é injusto, se
1087 for por equipamento ele recebe uma insignificância, com uma unidade que está vinte quatro horas atendendo e sendo
1088 referência para todo o Estado e inclusive para estados vizinhos na orientação, no caso do nordeste. Portanto, disse que a
1089 gente propôs que a DIPRO fizesse a avaliação considerando o porte da unidade, o investimento necessário para que ela dê
1090 conta dessa resposta que ela já vem dando, que se for por equipamento, todos seriam contemplados com algum valor, e isso
1091 foi acordado também, que todo mundo deveria, já que a gente aprovou que serão unidades de referência, agora, o fato de ter
1092 equipamentos, disse que só ter o equipamento lá não garante a acolhida dos pacientes e a resolutividade. Disse que é
1093 necessário alocar o recurso e acompanhar a resposta dessas unidades que, inclusive, algumas ainda não responderam, disse
1094 que tem unidade que só atendeu um paciente até o momento, porque é fácil o paciente vir para a unidade de referência
1095 estadual, então a idéia é que possam ser contemplados todos os que a gente aprovou na portaria de equipamento mas,
1096 proporcionalmente à importância inclusive que aquela unidade daquele porte tem para resolutividade dentro do sistema como
1097 um todo no Estado. Dra. Marília Fontoura destacou não saber como é que a gente não chamaria um indicador um critério, mas
1098 sim a capacidade de ser referência, a área de abrangência em que ela pode ser referência, porque nesse caso tem que
1099 priorizar, porque no momento da seriedade, vai ser o HEOM mesmo que vai resolver um problema, disse que para essas
1100 coisas a gente tem que ter bom senso porque disse que fica preocupada realmente de **você** não pensar nisso, na capacidade
1101 técnica porque só o equipamento com certeza não vai resolver. Em seguida, Dra. Stela disse que quando discordou pela
1102 manhã da questão da notificação, disse que queria deixar bem claro que não é que eles não executaram, é que só tinham eles
1103 para não executar, a partir dos momentos que se sentou aqui, se discutiu e se distribuiu o equipamento é para ter maior
1104 resolutividade dentro do próprio estado, e se nós não tivermos custeio para que tenha essa resolutividade não vai resolver
1105 nada, por isso disse que continua mantendo a importância que se utilize o critério da capacidade também, mas acha que o
1106 critério da capacidade já foi analisado no momento em que definimos equipamentos, dessa forma, então foi feita a distribuição
1107 errada dos equipamentos, disse que se nós pensamos que uma unidade vai receber um ventilador, um oxímetro, ou outro
1108 equipamento, e a outra vai receber vinte, obviamente que a de vinte tem uma capacidade maior, então já está posto quando se
1109 distribuiu o equipamento. Disse que na sua opinião, a capacidade já está colocada quando foi feita a distribuição do
1110 equipamento, portanto não vê porque repensar nessa capacidade porque se for repensar na capacidade vamos repensar nos
1111 equipamentos que receberam também. Dr. Raul assumiu dizendo que parece que o entendimento é que a gente precisa
1112 evoluir um pouco mais. Disse que na reunião do COSEMS pela manhã existia um critério que é o que Stela colocou. Se trás
1113 hoje a torna que, além desse critério é preciso que se veja outros conjuntos de critérios, entre os critérios que ela colocou, há
1114 referência definitiva para esses casos, em primeiro lugar, importantíssimo que a gente veja isso, em segundo lugar, o número
1115 de casos notificados por unidade. Disse que o Sr. Cássio gostaria de colocar algo a respeito disso, para depois a gente fazer a
1116 análise em relação a isso. Dr. Cássio informou que o Hospital Octavio Mangabeira receberia 62 equipamentos, isso em
1117 dinheiro seria R\$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), já o Hospital Roberto Santos recebeu 90 equipamentos a mais que o
1118 Hospital Octavio Mangabeira que receberia R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais). Chamou atenção que o Octavio Mangabeira
1119 atendeu 272 casos sendo a metade do atendimento, e o Hospital Roberto Santos atendeu 11 casos, nesta situação o Octavio
1120 Mangabeira iria receber muito menos apesar de ser a referência Estadual em atendimento para Adultos e Gestantes na
1121 vigésima segunda semana. Apresentou a proposta nova do Estado, para consenso, que deverá colocar para todas as 108
1122 unidades que receberam equipamentos abaixo do recurso para o custeio. Citou que ao avaliar os casos notificados junto com a
1123 capacidade instalada e o volume de atendimento para a SESAB poderá colocar de uma forma mais justa, se não, iremos
1124 pulverizar recurso novamente desde que à concentração do atendimento está toda na referência. Lembrou que é um recurso
1125 de parcela única que vai para unidade, ou seja, vai para o teto Estadual. Dr. Raul Molina colocou que esta trazendo mais um
1126 subsídio do que foi feito, e temos que pactuar adequando ao comum denominador. Pontuou que na reunião do COSEMS foi

1127 pactuado de uma forma e agora a DIPRO está trazendo algumas coisas que nós sensibilizamos, mas tem que ser apresentada
 1128 a proposta. Dr. Cássio da Diretoria da DIPRO deu inicio a apresentação.
 1129

1130 Portaria Nº 1.556, de 16 de Junho de 1131 2010

1132 Estabelece recursos de custeio destinados as ações de
 1133 Atenção Primária, de Média e de Alta Complexidade a
 1134 serem disponibilizados aos Estados, Distrito Federal e
 1135 Municípios para o enfrentamento da Influenza Pandêmica
 1136 (H1N1) 2009.

- 1137 • Recursos:
- 1138 - Atenção Básica: R\$ 7.197.883,03
- 1139 - Média e Alta Complexidade: 8.406.435,72
- 1140 - Parcela Única

1141 Critérios da Proposta

- 1142 • Unidades Contempladas na Resolução CIB nº 108/10,
 1143 de 29 Abril de 2010;
- 1144 • Unidades Contempladas na Resolução CIB nº 108/10 e
 1145 que tiveram casos notificados de Influenza A H1N1;
- 1146 • Volume de atendimento e classificação hospitalar;
- 1147 • Distribuição do recurso financeiro

1148 Pontuou que pela proposta as 54 unidades da Portaria 108 receberiam recursos; exclamou que irão fazer proporcional ao
 1149 número de casos notificados. Deu como exemplo. Hospital do Oeste teve três casos, irá receber proporcional sendo R\$
 1150 59.000.000,00 (cinquenta e nove mil reais), e o Hospital Eurico Dutra teve cinco casos irá receber R\$ 98.000.000,00 (noventa e
 1151 oito mil reais), e o Hospital Octavio Mangabeira atendeu 272 casos e vai receber R\$ 5.371.793,00 sendo a referência do
 1152 Estado da Bahia atendendo 24 horas e dando suporte a outras unidades.

1153 Portaria Nº 1.841, de 8 de Julho 1154 de 2010

1155 Estabelece recurso financeiro a ser incorporado ao Teto
 1156 Financeiro de Média e Alta Complexidade, para inclusão
 1157 do Procedimento Dosagem de 25 Hidroxivitamina D na
 1158 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e
 1159 Próteses e Materiais – OPM do SUS.

- 1160 • Recurso Bahia: R\$ 53.527,45

1161 Proposta

1162 Segundo estimativa da Rede de Apoio Especializado o de nº de exames
 1163 necessários(Dosagem de Hidroxi vitamina D) para atender, aos pacientes
 1164 dos serviços do HAN, HGRS e outros, perfaz 440 /ano, 27/mês dosagens.

1. Hospital Ana Neri

1165 1.1. Transplante Renal Pediátrico (HAN e HGRS) -
 1166 Médico responsável - Dra. Fátima Gesteira
 1167 5 dosagens/mes, num total de 60 exames / ano

1168 1.2. Transplante de adulto - as avaliações são feitas no ambulatório de osso
 1169 Dr. Ricardo Matoso

1170 1.3. Ambulatório de osso (atende todas as clínicas satélites, HAN e HGRS)
 1171 Médico responsável - Dra. Carolina Neves e Dra. Roselia Lobão
 1172 10 dosagem/mes, 120 exames por ano

1173 1.4. Hemodiálise HAN
 1174 Médico Responsável - Dra. Fátima Gesteira e Dra. Marília Bahiense
 1175 130 pacientes com 02 dosagens anuais, total de 260 ano.

1176 Proposta

- 1177 ■ O exame só realizado na APAE, que está localizada no
 1178 Município de Salvador.
- 1179 ■ Portanto, propomos que o recurso seja alocado no
 1180 referido Município.

1127
1128
1129
1130
1131
1132
1133
1134
1135
1136
1137
1138
1139
1140
1141
1142
1143
1144
1145
1146
1147
1148
1149
1150
1151
1152
1153
1154
1155
1156
1157
1158
1159
1160
1161
1162
1163
1164
1165
1166
1167
1168
1169
1170
1171
1172
1173
1174
1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193

1194
1195
1196
1197**Quadro 1. Situação de municípios quanto a alocação de recurso conforme Portaria 1.556 do GM/MS para custeio das ações de atenção a H1N1.**

MUNICÍPIO	Comando Único	CNES	Unidade Saúde Notificação	Gestão	Nº de casos Notificados	Percentual	Distribuição PT/GM nº 1.556
ALAGOINHAS	SIM	2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
AMARGOSA	SIM	2414244	HOSPITAL MUNICIPAL DE AMARGOSA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
BARREIRAS	SIM	3972925	HOSPITAL DO OESTE	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72
BARREIRAS	SIM	2659069	HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DUTRA	MUNICIPAL	5	0,0121	98.746,20
BOM JESUS DA LAPA	SIM	4022718	HOSPITAL MUNICIPAL CARMELA DUTRA	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
BRUMADO	SIM	2386569	HOSPITAL MUNICIPAL PROF MAGALHAES NETO	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
CAMACARI	SIM	2388057	HOSPITAL GERAL DE CAMACARI	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
CRUZ DAS ALMAS	SIM	2390043	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZ DAS ALMAS	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
EUCLIDES DA CUNHA	SIM	2401231	HOSPITAL ANTONIO CARLOS MAGALHAES	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
EUNAPOLIS	SIM	2507447	HOSPITAL PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETTO	MUNICIPAL	3	0,0073	59.247,72
FEIRA DE SANTANA	SIM	2601680	HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCANTARA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
FEIRA DE SANTANA	SIM	2799758	HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	ESTADUAL	15	0,0363	296.238,59
FEIRA DE SANTANA	SIM	2799278	HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
GUANAMBI	SIM	2804034	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	ESTADUAL	15	0,0363	296.238,59

IBOTIRAMA	NÃO	2602121	HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
ILHÉUS	SIM	2415844	HOSPITAL GERAL LUIZ VIANA FILHO	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
ILHÉUS	SIM	2802112	HOSPITAL SAO JOSE MATERNIDADE SANTA HELENA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
IPIAÚ	NÃO	2603055	HOSPITAL GERAL DE IPIAÚ	ESTADUAL	0	-	10.000,00
IPIRÁ	SIM	4026640	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPIRÁ	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
ITABUNA	NÃO	2772280	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
ITABUNA	NÃO	2385171	HOSPITAL DE BASE LUIS EDUARDO MAGALHAES	ESTADUAL	6	0,0145	118.495,43
ITABUNA	NÃO	2525569	HOSPITAL MANOEL NOVAES	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
ITAMARAJU	SIM	2556847	HOSPITAL GERAL DE ITAMARAJU	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
ITAPARICA	NÃO	2602083	HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
ITAPETINGA	NÃO	2417189	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	ESTADUAL	0	-	10.000,00
JACOBINA	NÃO	2467372	HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO TEXEIRA SOBRINHO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
JEQUIÉ	SIM	2400693	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	ESTADUAL	1	0,0024	19.749,24
LAURO DE FREITAS	SIM	2802023	HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
PAULO AFONSO	SIM	2549905	HOSPITAL DE PAULO AFONSO	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
PORTO SEGURO	SIM	2802090	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES	ESTADUAL	13	0,0315	256.740,11
RIBEIRA DO	NÃO	2799790	HOSPITAL	ESTADUAL	1	0,0024	

POMBAL			GERAL SANTA TEREZA				19.749,24
RUY BARBOSA	NÃO	2510391	HOSPITAL REGIONAL DE RUY BARBOSA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0005428	HOSPITAL COUTO MAIA	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72
SALVADOR	SIM	0003980	HOSPITAL ELÁDIO LASSÈRE	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0004065	HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	ESTADUAL	272	0,6586	5.371.793,02
SALVADOR	SIM	0004294	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0004073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
SALVADOR	SIM	0004081	HOSPITAL GERAL JOAO BATISTA CARIBE	ESTADUAL	5	0,0121	98.746,20
SALVADOR	SIM	0003859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	ESTADUAL	13	0,0315	256.740,11
SALVADOR	SIM	0003778	HOSPITAL SÃO JORGE	ESTADUAL	1	0,0024	19.749,24
SALVADOR	SIM	3956369	MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	ESTADUAL	6	0,0145	118.495,43
SALVADOR	SIM	0003972	UNIDADE DE EMERGENCIA DE PLATAFORMA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0007587	UNIDADE DE EMERGENCIA DO CURUZU	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0003913	UNIDADE DE EMERGENCIA GERCINO COELHO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0004456	UNIDADE DE EMERGENCIA PROF. HOSANAH DE OLIVEIRA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0005363	UNIDADE EMERGÊNCIA S. CAETANO (8º CS)	ESTADUAL	0	-	10.000,00

SANTA MARIA DA VITORIA	NÃO	2799804	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE BORBA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SANTO ANTONIO DE JESUS	SIM	2799286	HOSPITAL MATERNIDADE LUIZ ARGOLO	MUNICIPAL	3	0,0073	59.247,72
SENHOR DO BOMFIM	SIM	2770512	HOSPITAL DOM ANTONIO MONTEIRO	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
SERRINHA	SIM	2801914	HOSPITAL MUNICIPAL DE SERRINHA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
TEIXEIRA DE FREITAS	SIM	2301318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	MUNICIPAL	5	0,0121	98.746,20
VALENÇA	NÃO	2525933	HOSPITAL DR HEITOR GUEDES DE MELLO	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72
VITORIA DA CONQUISTA	SIM	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	ESTADUAL	8	0,0194	157.993,91
VITORIA DA CONQUISTA	SIM	2402564	HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS	MUNICIPAL	2	0,0048	39.498,48
TOTAL					413	-	8.406.435,72
FONTE: SESAB/SUVISA/DIS/SINAN - Dados processados até 20.07.2010							
SESAB/SUREGS/DIPRO							

1198 Dr. Raul Molina abriu para discussão. Dra. Stela Souza colocou que está com dificuldade de entender a proposta porque tem
1199 municípios que atendeu casos e não recebeu equipamento, portanto não irá receber custeio. Salientou se tem que atender os
1200 municípios que foram notificados e vão receber equipamentos. Citou que teremos municípios que atendeu e não recebeu
1201 equipamento e que não vão receber custeio. Salientou que na lógica quem recebeu equipamentos supostamente irá fazer o
1202 atendimento a estes pacientes sendo referências. Questionou porque o município está sendo discriminado, se vai ser
1203 referência. Dra. Lorene Pinto explicou que não é caso notificado por município, é Hospital que teve atendimento. Lembrou que
1204 o exemplo de Santa Rita de Cássia porque foi quem mais confirmou casos neste ano, por está próximo a uma área epidêmica
1205 em Piauí e não tinha nenhuma resolutividade. Ponderou, temos que chegar ao consenso a partir do momento que aprovou a
1206 Resolução CIB que vai ser unidade de referência na sua região e vai receber equipamento e recurso será cobrado desta
1207 unidade que seja efetiva referência no município. Pontuou que a proposta contempla a rede que foi aprovada na CIB de
1208 referência para H1N1 sendo corrente porque não adianta distribuir o recurso para todos os municípios, e sim fortalecer o que
1209 foi estabelecido como rede de referência para atendimento. Questionou, todos concordam que temos que fortalecer o que foi
1210 aprovado na CIB como Rede de Unidade de referência para o Estado. Pontuou temos que acordar neste momento uma
1211 distribuição proporcional dos recursos pela complexidade das unidades. Lembrou que na hora que uma Gestante com H1N1
1212 precisar da UTI vem para Salvador. Colocou que dá para chegar ao consenso nesta proporção observando todos os critérios:
1213 volume de atendimento, porte da unidade, capacidade resolutiva da rede que o Estado criou. Dr. Raul Molina esclareceu a
1214 dúvida da Dra. Stela, de onde se fez investimento também se faça custeio, e na proposta apresentada contempla que além de
1215 contemplar o investimento e custeio também privilegia a referência e o maior número de investimento da serie histórica que foi
1216 colocado; salientou que diante disso o COSEMS precisa analisar. Dra. Stela Souza colocou que irá ser feito com base na série
1217 histórica antes de existir esta rede. Dra. Marília Fontoura enfatizou é o critério que nós temos agora. Dr. Cássio da Diretoria da
1218 DIPRO esclareceu que no parágrafo primeiro do artigo primeiro da Portaria 1556 diz que o recurso tem que ser alocado
1219 levando em consideração os aspectos epidemiológicos pelo enfrentamento da influenza Pandêmica H1N1 do ano 2009. Dr.
1220 Raul Molina passou a palavra para Dra. Marta Rejane Montenegro. Concordeu com Dra. Stela Souza em alguns aspectos,
1221 como nas distribuições de equipamentos tiveram muitas unidades que faziam atendimento e não foram contempladas. Propôs
1222 um encaminhamento que se pegue 50% e ratear por números de quites distribuídos por hospitais ou municípios e os restantes
1223 dos 50% levariam em consideração o critério de notificações dentro daqueles 108 da rede; salientou que o município que não
1224 notificou não receberia, só receberia o de custeio dos 50% dos quites. Pontuou que esta proposta melhoraria um pouco do
1225 custeio destes outros que irão receber o equipamento para começar a atender. Dra. Gisélia Souza ressaltou um problema que
1226 é até conceitual, como é uma única parcela sendo um incentivo, não é custeio. Quando é custeio passa pelo próprio
1227 credenciamento das unidades de terapia intensiva e da semi-intensiva do que se tem para credenciamento e custear a
1228 unidade. Esclareceu se é uma única parcela não podemos considerar como custeio porque se fosse teria que ter como

1229 característica a permanência destes valores. E na verdade como foi colocado por Dra. Lorene Pinto foi constituído uma rede
 1230 ainda talvez sem amadurecimento suficiente e sem contemplar todas as unidades que poderiam ser contempladas, mas de
 1231 qualquer maneira foi contemplada a maioria dos Hospitais com capacidade instalada com condições de operar estes
 1232 equipamentos que são monitores multiparamétricos de última geração, ventiladores, oxímetro de pulso e, portanto tem que ter
 1233 uma estrutura de UTI e equipe de pessoas capacitadas para operar estes equipamentos. Pontuou que houve certa
 1234 racionalidade quando foram feitas as distribuições para unidades que tem condição de operar os equipamentos, e isso foi
 1235 discutido, agora se não contemplamos o conjunto das Unidades Hospitalares do Estado, é porque não tinha como fazer isso,
 1236 mas foi feito. Ressaltou que as maiorias absolutas das unidades são do Estado porque é onde se concentra as maiores
 1237 condições para prestação da assistência por equipamentos ou equipes existentes. Colocou se for verificar independentemente
 1238 do critério o recurso que será concentrado nas unidades hospitalares, e pelo monitoramento do Estado da prevalência da
 1239 H1N1 de quem mais faz atendimento, é mais racional e melhor utilizado esse recurso se aportar na unidade que tenha o maior
 1240 nível de especialização e tenha um atendimento mais qualificado podendo atender os casos graves. Exclamou estamos sendo
 1241 justos, por um critério ou por outro são as mesmas unidades que com certeza irá receber este nível de investimentos.
 1242 Dr. Antonio Vieira, Secretário de Saúde de Itabuna, solicitou esclarecimento quanto aos critérios porque Itabuna tem três
 1243 unidades o Hospital H Belém, Santa Casa o complexo do Hospital Calixto Midlej Filho e Manoel Novais e o vizinho que tem a
 1244 mesma população vai receber duas vezes a mais que os Hospitais de Itabuna. Observou que na planilha apresentada pela
 1245 DIPRO consta o valor de R\$ 415.000.000,00 (quatrocentos e quinze mil reais), para o Hospital de Ilhéus, porém foi esclarecido
 1246 que não se trata de Ilhéus pois o de Ilhéus irá receber em torno de 150.000,00. Dra. Lorene Pinto ressaltou que tudo que foi
 1247 falado nesta CIB se somar, apenas acrescentou, se o Estado criou essa Rede de Referência para esse tipo de atendimento.
 1248 Acordou que irá assumir o compromisso em usar a Equipe do Hospital Estadual de referência para qualificar as outras equipes
 1249 e SUVISA – Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde irá cobrar e acompanhar. Dra. Marília Fontoura pontuou
 1250 como trata de um custeio, mas na verdade é um incentivo, isto não vai funcionar sem capacitação. Sugeriu que parte deste
 1251 custeio que também é incentivo seja utilizado neste processo de capacitação. **Dr. Raul Molina informou que houve**
 1252 **consenso.** Deu continuidade a reunião, convidando Dra. Ana Paula Torres Pinheiro para apresentar o Plano de ação para
 1253 implantação da caderneta de saúde do Adolescente no Estado da Bahia.
 1254

Sesab SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
 SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
 DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO
 COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR CICLO DE VIDA E GÊNERO
 ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

**PLANO DE AÇÃO PARA
 IMPLANTAÇÃO DA CADERNETA DE
 SAÚDE DO E DA ADOLESCENTE NO
 ESTADO DA BAHIA**
 Julho - 2010

Sesab O QUE É A CADERNETA DO E DA ADOLESCENTE?
 É um instrumentos que visa apoiar a atenção à saúde da população juvenil, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e orientação no que se refere à prevenção de doenças e agravos à saúde, além de facilitar as ações educativas que promovam o aprendizado e a consolidação de estilos de vida saudáveis. (Portaria nº 3.147 de 17 de dezembro de 2009)

Sesab PORQUE IMPLANTAR A CADERNETA DE SAÚDE DO E DA ADOLESCENTE.

- A população adolescente e jovem representa cerca de 30% da população brasileira;
- Necessidade de desmistificar a crença de que adolescentes e jovens não adoecem;
- Dados estatísticos apontam para a alta vulnerabilidade dessa população frente a diferentes formas de violência, aumento da incidência de DST/AIDS e elevado índice de gravidez na adolescência.

Sesab CONTEÚDO DA CADERNETA

- Orientações voltadas para promoção da saúde do/da adolescente (sexual e reprodutiva, alimentação e nutrição, saúde bucal, etc);
- Acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização;
- Espaços reservados para registros de diferentes profissionais;
- Orientações gerais sobre direitos e deveres do adolescente, conforme preconiza o ECA.

Sesab OBJETIVOS

- Propiciar uma maior visibilidade do público adolescente;
- Servir como instrumento estratégico de discussão da linha de cuidado para esta população
- Funcionar como instrumento de promoção de saúde corresponsabilizando os adolescentes pela mesma;

Será priorizada a faixa etária de 10 a 16 anos para implantação deste instrumento, conforme sugestão

Sesab HISTÓRICO DA CADERNETA

- 2008: o Ministério realizou um teste piloto em 08 municípios brasileiros. O Estado do Rio Grande do Norte – Natal foi o único município a representar a região do Nordeste.
- Segundo semestre de 2009: A implantação começou a ocorrer, de maneira gradual, de acordo com as possibilidades de mobilização e sensibilização de cada ente estadual e municipal.
- Dezembro de 2009 a abril de 2010: sensibilizações de gestores e capacitações de profissionais de saúde e áreas afins em 5 municípios do Estado da Bahia : Utinga, Boa Vista do Tupim, Nordestina, Água Fria e Biritinga

1296
1297
1298
1299
1300
1301
1302
1303
1304
1305
1306
1307
1308
1309
1310
1311
1312
1313
1314
1315
1316
1317
1318
1319
1320
1321
1322
1323
1324
1325
1326
1327
1328
1329
1330
1331
1332
1333
1334
1335
1336
1337
1338
1339
1340
1341
1342
1343
1344
1345
1346
1347
1348
1349
1350
1351
1352
1353
1354
1355
1356
1357
1358
1359
1360
1361
1362

Informou que o Estado da Bahia começou com a sensibilização em cinco municípios Utinga, Boa Vista do Tupim, Nordestina, Água Fria e Biritinga sendo usado como critérios, municípios com PSE e municípios que estavam mais carentes de política pública para Adolescente.

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

FINANCIAMENTO

Portaria GM/MS nº 3.147, de 17 de dezembro de 2009: determina a transferência de recurso de custeio no valor de R\$ 60.000,00 em parcela única, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais de Saúde visando a implantação da caderneta de saúde do adolescente, a serem disponibilizados após pactuação na CIB.

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

AÇÕES A SEREM REALIZADAS

- AÇÃO 1 - Encontro com as referências técnicas das 31 Diretorias Regionais de Saúde, representantes das Macrorregionais, do Conselho Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente (CECA), Conselho Estadual de Saúde, Diretoria de Atenção Básica e Centro Estadual de Atenção ao Adolescente Isabel Souto
 - Nº PARTICIPANTES= 60 pessoas
 - INVESTIMENTO previsto: R\$ 40.000,00
- AÇÃO 2 - Impressão de material técnico para uso das equipes estaduais da ESF, com prioridade de distribuição para os municípios que foram habilitados pela CIB no Programa Saúde na Escola - PSE.
 - INVESTIMENTO previsto: R\$ 6.000,00;

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

AÇÕES A SEREM REALIZADAS

- AÇÃO 3 - 01 visita técnica bimensal a cada um dos cinco municípios-piloto, totalizando 15 visitas técnicas de supervisão e monitoramento da implantação da caderneta nesses municípios.
 - INVESTIMENTO PREVISTO: R\$ 4.000,00 com deslocamento e diárias;

Por orientação do MS, as capitais deverão apresentar Plano de Ação à Secretaria Estadual para alocação fundo a fundo de recursos.
Recurso proposto para Salvador: R\$ 10.000,00

Sesab
Secretaria de Saúde
do Estado da Bahia
SUS

CONTATOS:

DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO
Diretora: Débora do Carmo
gestao.cuidado@gmail.com
71 3115-4284

ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE E JOVEM
asaj.sesab@yahoo.com.br
71 3117-6735/6736

Finalizou a apresentação agradecendo a todos. Dr. Washington Couto sinalizou que o ponto de pauta 2.1 o COSEMS solicita que as áreas técnicas encaminhem as pautas para conhecimento do COSEMS conforme já foi acordado que a área técnica passe as solicitações de pauta para o COSEMS facilitando o momento da discussão. Passou a palavra para Dra. Marília Fontoura que pontuou que estamos em um fórum bipartite e o técnico do Estado que faz a proposta já conhece e se não é possível passar para o COSEMS com antecedência para que os membros do COSEMS possam discutir através do correio eletrônico e com isto agilizar o processo de formalização na reunião do COSEMS. Lembrou que sugeriu a Secretária Executiva da CIB, Nanci Salles para conversarmos com Rafael da Escola Estadual de Saúde Pública para criar no moodle um ambiente virtual de interação na CIB. Deu exemplo à pessoa da CIB tem a senha, mas a equipe Técnica ira participar de cada fórum e nós iremos construir junto, e quando chegar à plenária da CIB já esta pronto. Dr. Raul Molina informou que houve consenso. Esclareceu quanto ao item 2.3 Diretrizes do Acolhimento Pedagógico para Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o Estado da Bahia. Informou que Américo Mori da Diretoria de Atenção Básica procurou o COSEMS e pediu que fosse feito um esclarecimento o porquê da retirada desta pauta. Essa solicitação foi porque a equipe que o COSEMS delegou para representá-la ainda não teve o entendimento total a respeito deste assunto para que a CIB pudessem pactuar, sendo assim solicitamos que fosse ampliada essa discussão juntamente com a Atenção Básica. Passou a palavra para Sr. Américo Mori. Informou que a DAB realizou no ano dois mil e nove, em quarenta municípios o treinamento nos pólos de microrregião e a idéia é ampliar isso para os municípios neste segundo semestre do ano dois mil e dez, realizar o treinamento do acolhimento pedagógico que é o antigo introdutório a Equipe de Saúde da Família para os municípios da Microrregião. E que esta proposta tem sido construída com os próprios Gestores do município e os Coordenadores dos núcleos das microrregionais representantes das DARES com a Escola Estadual de Saúde Pública que é a parceira neste processo. Dra. Marília Fontoura colocou que o COSEMS tem todo interesse, mas representa os municípios e não foi enviada ao COSEMS a proposta oficialmente. Ressaltou que recebeu um correio eletrônico com a proposta e não constava o conteúdo e a metodologia, mas mesmo assim fizemos algumas sugestões e a proposta não contemplava as sugestões que foram dadas pelos membros do COSEMS através do correio eletrônico. Pontuou que a proposta não foi bem construída e na reunião do COSEMS identificamos vários problemas; deu como exemplo se é um inicio de processo de Educação Permanente não foi colocado como será feito à frequência, registro, conteúdo e outros pontos importantes do ponto de vista da continuidade de um

1363 processo de qualificação. Propôs que fosse feito uma comissão para este processo. Dr. Raul Molina lembrou que já houve
 1364 encaminhamento para este processo aos técnicos da DAB e Sr. Américo Mari com os dois representantes do COSEMS vão
 1365 contemplar. Dr. Raul Molina passou para ponto **2.4 Municípios contemplados com convênio para construção de unidades**
 1366 **de saúde da família – FNS/FESBA.** Convidou Sr. Diego do FESBA para apresentar os Municípios contemplados com
 1367 convênio para construção de unidades de Saúde da Família. Informou que na verdade não é convênio, é repasse fundo a
 1368 fundo através da Portaria 2226 do Ministério da Saúde para as Unidades Básicas de Saúde e foram 105 municípios com 114
 1369 unidades de Saúde da Família para ser construídas. Informou que o FNS solicita que a CIB homologue a liberação do recurso
 1370 da segunda parcela que é referente a 65% do valor de cada convênio. Para unidade de uma equipe o valor total é de
 1371 R\$200.000.000,00 (duzentos mil reais), para a unidade de duas equipes o valor é R\$ 266.000.000,00 (duzentos e sessenta e
 1372 seis mil reais), e para a unidade de três equipes o valor é R\$ 400.000.000,00 (quatrocentos mil reais). E também seja
 1373 aprovada a resolução CIB para que os municípios do Estado da Bahia que estão aptos a receber os valores referentes à
 1374 segunda parcela de construções de unidades básicas de saúde para equipe de saúde da família pelo plano nacional de
 1375 implantação equivalente a 65% seja aprovado. Apresentou a planilha com os municípios aptos a receber os valores.

1376 **Quadro 2. Municípios contemplados através de Portaria do MS para construção de unidades de saúde da família –**
 1377 **FNS.**

MUNICÍPIO	Comando Único	CNES	Unidade Saúde Notificação	Gestão	Nº de casos Notificados	Percentual	Distribuição PT/GM nº 1.556
ALAGOINHAS	SIM	2487438	HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
AMARGOSA	SIM	2414244	HOSPITAL MUNICIPAL DE AMARGOSA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
BARREIRAS	SIM	3972925	HOSPITAL DO OESTE	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72
BARREIRAS	SIM	2659069	HOSPITAL MUNICIPAL EURICO DUTRA	MUNICIPAL	5	0,0121	98.746,20
BOM JESUS DA LAPA	SIM	4022718	HOSPITAL MUNICIPAL CARMELA DUTRA	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
BRUMADO	SIM	2386569	HOSPITAL MUNICIPAL PROF MAGALHAES NETO	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
CAMACARI	SIM	2388057	HOSPITAL GERAL DE CAMACARI	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
CRUZ DAS ALMAS	SIM	2390043	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CRUZ DAS ALMAS	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
EUCLIDES DA CUNHA	SIM	2401231	HOSPITAL ANTONIO CARLOS MAGALHAES	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
EUNAPOLIS	SIM	2507447	HOSPITAL PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETTO	MUNICIPAL	3	0,0073	59.247,72
FEIRA DE SANTANA	SIM	2601680	HOSPITAL DOM PEDRO DE ALCANTARA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
FEIRA DE SANTANA	SIM	2799758	HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	ESTADUAL	15	0,0363	296.238,59
FEIRA DE SANTANA	SIM	2799278	HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	MUNICIPAL	0	-	10.000,00

GUANAMBI	SIM	2804034	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	ESTADUAL	15	0,0363	296.238,59
IBOTIRAMA	NÃO	2602121	HOSPITAL REGIONAL DE IBOTIRAMA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
ILHÉUS	SIM	2415844	HOSPITAL GERAL LUIZ VIANA FILHO	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
ILHÉUS	SIM	2802112	HOSPITAL SAO JOSE MATERNIDADE SANTA HELENA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
IPIAÚ	NÃO	2603055	HOSPITAL GERAL DE IPIAU	ESTADUAL	0	-	10.000,00
IPIRÁ	SIM	4026640	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPIRA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
ITABUNA	NÃO	2772280	HOSPITAL CALIXTO MIDLEJ FILHO	ESTADUAL	2	0,0048	39.498,48
ITABUNA	NÃO	2385171	HOSPITAL DE BASE LUIS EDUARDO MAGALHAES	ESTADUAL	6	0,0145	118.495,43
ITABUNA	NÃO	2525569	HOSPITAL MANOEL NOVAES	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
ITAMARAJU	SIM	2556847	HOSPITAL GERAL DE ITAMARAJU	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
ITAPARICA	NÃO	2602083	HOSPITAL GERAL DE ITAPARICA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
ITAPETINGA	NÃO	2417189	HOSPITAL CRISTO REDENTOR	ESTADUAL	0	-	10.000,00
JACOBINA	NÃO	2467372	HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO TEXEIRA SOBRINHO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
JEQUIÉ	SIM	2400693	HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES	ESTADUAL	1	0,0024	19.749,24
LAURO DE FREITAS	SIM	2802023	HOSPITAL GERAL MENANDRO DE FARIA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
PAULO AFONSO	SIM	2549905	HOSPITAL DE PAULO AFONSO	MUNICIPAL	1	0,0024	19.749,24
PORTO SEGURO	SIM	2802090	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHAES	ESTADUAL	13	0,0315	256.740,11
RIBEIRA DO POMBAL	NÃO	2799790	HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA	ESTADUAL	1	0,0024	19.749,24
RUY BARBOSA	NÃO	2510391	HOSPITAL REGIONAL DE RUY BARBOSA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0005428	HOSPITAL COUTO MAIA	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72
SALVADOR	SIM	0003980	HOSPITAL ELÁDIO	ESTADUAL	0	-	10.000,00

			LASSÈRRE				
SALVADOR	SIM	0004065	HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTAVIO MANGABEIRA	ESTADUAL	272	0,6586	5.371.793,02
SALVADOR	SIM	0004294	HOSPITAL GERAL DO ESTADO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0004073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMOES FILHO	ESTADUAL	7	0,0169	138.244,67
SALVADOR	SIM	0004081	HOSPITAL GERAL JOAO BATISTA CARIBE	ESTADUAL	5	0,0121	98.746,20
SALVADOR	SIM	0003859	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	ESTADUAL	13	0,0315	256.740,11
SALVADOR	SIM	0003778	HOSPITAL SÃO JORGE	ESTADUAL	1	0,0024	19.749,24
SALVADOR	SIM	3956369	MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	ESTADUAL	6	0,0145	118.495,43
SALVADOR	SIM	0003972	UNIDADE DE EMERGENCIA DE PLATAFORMA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0007587	UNIDADE DE EMERGENCIA DO CURUZU	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0003913	UNIDADE DE EMERGENCIA GERCINO COELHO	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0004456	UNIDADE DE EMERGENCIA PROF. HOSANAH DE OLIVEIRA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SALVADOR	SIM	0005363	UNIDADE EMERGÊNCIA S. CAETANO (8º CS)	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SANTA MARIA DA VITORIA	NÃO	2799804	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE BORBA	ESTADUAL	0	-	10.000,00
SANTO ANTONIO DE JESUS	SIM	2799286	HOSPITAL MATERNIDADE LUIZ ARGOLO	MUNICIPAL	3	0,0073	59.247,72
SENHOR DO BOMFIM	SIM	2770512	HOSPITAL DOM ANTONIO MONTEIRO	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
SERRINHA	SIM	2801914	HOSPITAL MUNICIPAL DE SERRINHA	MUNICIPAL	0	-	10.000,00
TEIXEIRA DE FREITAS	SIM	2301318	HOSPITAL MUNICIPAL DE TEIXEIRA DE FREITAS	MUNICIPAL	5	0,0121	98.746,20
VALENÇA	NÃO	2525933	HOSPITAL DR HEITOR GUEDES DE	ESTADUAL	3	0,0073	59.247,72

			MELLO				
VITORIA DA CONQUISTA	SIM	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITORIA DA CONQUISTA	ESTADUAL	8	0,0194	157.993,91
VITORIA DA CONQUISTA	SIM	2402564	HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS	MUNICIPAL	2	0,0048	39.498,48
TOTAL					413	-	8.406.435,72
FONTE: SESAB/SUVISA/DIS/SINAN - Dados processados até 20.07.2010							
SESAB/SUREGS/DIPRO							

1378 Dra. Marília Fontoura colocou que só a planta não resolve para o município, tendo que ir acompanhado dos projetos de
1379 estruturação e de instalação. Informou que a UPB - União dos Prefeitos da Bahia tem uma equipe que tem ajudado e a DAB
1380 pode articular com UPB e pedir para entregar ao município tudo pronto para fazer a licitação. Dr. Diego informou que para
1381 estrutura mínima constam os requisitos na Portaria GM 2226 para liberação do valor. **Dr. Raul Molina colocou sob**
1382 **apreciação dos membros sendo aprovado.** Passou a item 2.5 Municípios elegíveis para Integração de Agentes de Combate
1383 às Endemias (ACE) na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Portaria GM nº 1007/10. **Informou que foi pactuado na reunião**
1384 **do COSEMS com destaque de revisão da lista de critérios dos municípios. Aprovado. Item 2.7 Central de Regulação do**
1385 **SAMU Regional da Microrregião de Porto Seguro.** Informou que na reunião do COSEMS juntamente com Secretário de
1386 Saúde dos municípios de Eunápolis e Porto Seguro, Dr. Paulo de Tarsio decidimos que não temos subsídio técnico neste
1387 momento COSEMS, SESAB e CONER para apontar quais dos dois deveria, então criamos uma comissão COSEMS, SESAB e
1388 CONER e acordamos em construir uma proposta que venha atender de uma forma justa. E também o que devemos fazer para
1389 que os oito municípios vizinhos que não podem ficar esperando a definição porque não estão sendo habilitados. Informou o
1390 prazo estabelecido pela comissão 60 dias. Houve consenso. Dr. Washington Couto questionou se todos avaliaram o que o
1391 Ministério colocou como uma determinação de quem não vai e quais os requisitos do que irá ficar suspenso e não vai ser
1392 transferido recurso, ou a própria comissão durante o período vai discutir com Dr. Paulo de Tarso e depois ir ao Ministério.
1393 Mostrou preocupação com que o Ministério da Saúde possa bloquear. Exclamou se o Ministério da Saúde colocar que
1394 enquanto não resolver esta questão não pode ampliar mais nada no Estado e aí todos vão ficar refém de uma discussão.
1395 Entendeu que o prazo de 60 dias tem a ver para não contaminar o processo com a questão eleitoral. Foi pactuado que a CIB
1396 autorize a Comissão a tentar chegar a uma resolução. Colocou a disposição a representação de Dr. Paulo de Tarso e a equipe
1397 de Coordenação e Diretoria da Atenção Especializada para estar também ajudando, e os Membros da CIB estarão
1398 monitorando para que na próxima reunião tenha uma resolução CIB, caso não tenha consenso solicitamos a Comissão que
1399 apresente um relatório. Passou a palavra para Dr. Paulo de Tarso. Esclareceu que a Comissão estará indo a área técnica do
1400 Ministério levando a proposta dos outros seis municípios porque nesta microrregião já tem oito municípios e apenas seis
1401 municípios que ficariam de fora. **Informou que este seis municípios serão regulados por Teixeira de Freitas até que**
1402 **cumprissem o prazo para solução do período eleitoral e não se fecharia Porto Seguro e Eunápolis até o prazo. Dr.**
1403 **Washington Couto colocou que houve Consenso.** Passou a palavra para Dra. Kátia Brito sugeriu fosse divulgado uma nota
1404 técnica informativa para os meios de comunicação da região dando uma informação para acalmar os ânimos dos Gestores e
1405 da população porque o entendimento é que irão ficar sem o SAMU. Dr. Washington Couto passou para ponto de pauta **3.1**
1406 **Proposta para divulgação do saldo referente à Portaria GM nº 1875, de agosto de 2007. Dr. Raul Molina colocou que**
1407 **Dra. Vincenza apresentou na reunião do COSEMS e houve consenso.** Deu continuidade. Item 3.2 Alocação dos recursos
1408 da Portaria sobre H1N1 – Portaria 1841. **Dr. Raul Molina colocou que a Portaria 1841 refere-se a um recurso de cinquenta**
1409 **e três mil reais, para o hidróxido de vitamina D e no Estado o único local que faz na Bahia é a APAE.** Pontuou que não
1410 temos o que discutir. **Houve consenso.** Quanto a **3.3 Portaria N. 1.919 de 15 de julho de 2010 que redefine no âmbito do**
1411 **SUS a prestação de procedimentos cirúrgicos eletivos. Já foi discutido.** Passou para a pauta do COSEMS. 5.1 Município
1412 de Santo Antônio de Jesus solicita a substituição no NASF dos 02 (dois) profissionais médicos pediatras com carga de 20h
1413 semanais por 02 (dois) educadores físicos com carga de 20h semanais. O município de Santo Antonio de Jesus solicitou que
1414 fosse retirado da pauta. **5.2 Colegiado Gestor Microrregional de Paulo Afonso solicita que a habilitação UPA II seja**
1415 **dividida e transformada em 02 (duas) UPA I, ficando uma no município de Paulo Afonso e outra em Chorrochó.** Passou
1416 a palavra para Dr. Paulo de Tarso registrou que quando recebeu a Ata do CGMR com esta discussão de transformar uma UPA
1417 tipo 2 de Paulo Afonso em 02 (duas) UPA I ressaltou que a Diretoria da Atenção Especializada orientou o município que não é
1418 possível e isso não existe, mas para surpresa quando consultou o Ministério da Saúde informou que é possível e tem que
1419 passar na CIB para aprovação. Pontuou que não discorda tecnicamente porque o município de Chorrochó necessita de ter este
1420 equipamento, mas não é o caminho que foi discutido com todos CGMR. Informou que para Chorrochó tem que cadastrar só a
1421 partir do mês de outubro. Dr. Raul Molina ressaltou que construímos uma rede em conjunto e lamentavelmente continuamos
1422 recebendo este tipo de coisa. Informou que o item 5.3 o município não encaminhou o projeto a DAB ficando prejudicado o
1423 Município de Nova Soure solicita o credenciamento de 06 (seis) vagas para Agentes Comunitários de Saúde e aprovação do
1424 Projeto para aquisição de equipamentos/material permanente para as Unidades de ESF/UBS. **5.4 Município de Campo**
1425 **Formoso solicita revisão da Resolução 076/2010, que trata da Compensação das Especificidades Regionais, com "inclusão do**
1426 **município no Componente II, conforme Art. 5º, item II, parágrafo único da referida Resolução".** Solicitou que a DAB reveja este
1427 processo porque a Secretária de Saúde do município informou que o município de Campo Formoso preenche todos os
1428 requisitos. Passou a palavra para Dra. Ediana, Coordenadora de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica, que ficou de
1429 dar esclarecimento na próxima CIB. Dr. Raul Molina agradeceu a boa vontade da Dra. Ediana, mas como é nota técnica para
1430 isso a CIB estará encaminhando para DAB para que documente a revisão e o parecer técnico para que a CIB possa
1431 contemplar o município. Pontuou que se o município estiver dentro dos critérios não tem porque não atendê-lo. Houve
1432 consenso. Dr. Raul Molina passou a palavra para Dr. Américo Mori. Colocou uma questão de ordem e entendimento no que foi
1433 discutido juntamente com COSEMS e houve o processo de manifestação dos municípios sendo aprovado na CIB. Lembrou

1434 que a Portaria do Ministério da Saúde de liberação do recurso já foi publicada; salientou que se a CIB foi revisar a resolução
1435 vamos travar todo o processo e não garante os recursos aos municípios. Dr. Washington Couto informou que a área técnica vai
1436 revisar e colocar os critérios. Esclareceu que a decisão da CIB é acatar o pedido de solicitação de revisão dos critérios. Passou
1437 para Dra. Poliana, Secretária de Saúde de Campo Formoso, que pontuou que a dúvida foi em relação a eleição dos municípios
1438 porque Campo Formoso pelo estudo feito pela Secretaria Municipal atende os critérios e foi detectado que dois municípios não
1439 atendem aos critérios e foram contemplados. Dra. Gisélia Souza informou que os critérios já foram dados pela Resolução CIB
1440 apenas vamos verificar enquanto Superintendente da SAIS, a qual é ligada a DAB, e que os técnicos irão analisar e dá uma
1441 resposta ao município com relação a seu enquadramento ou não nos critérios da Resolução CIB. **Dr. Raul Molina deu**
1442 **continuidade a pauta; Município de Ponto Novo solicita prorrogação do prazo para entrega do RAG e PMS,**
1443 **considerando a mudança do gestor municipal no mês de maio (cassação de mandato) e dificuldades de obtenção dos**
1444 **dados para elaboração dos instrumentos de gestão citados. Foi proposto o encaminhamento ao Ministério Público.**
1445 Passou para que ocorrer. Dra. Lorene Pinto deu informativo que a Portaria 3252 quando um saldo ultrapassar um limite de
1446 repasse tem que justificar na planilha, e no final do ano quando a Portaria entrou em vigor virou o ano e no dia trinta e um de
1447 dezembro, o saldo do bloco de vigilância Estadual tinha R\$ 13.000.000,00 (treze milhões), na conta. Sendo justificado que
1448 eram os valores dos processos que se encontravam tramitando que estava em restos a pagar e a idéia é que o Estado não
1449 teve orçamento para finalizar o processo, mas não existe mais este dinheiro até porque quando abriu o exercício foi pago e
1450 zerado. **Colocou que já voltou da SVS e como a Portaria já entrou em vigor e necessário a aprovação da CIB porque é**
1451 **uma formalidade da Portaria 3252, tendo sido acordado por todos.** Dr. Raul Molina convidou Dra. Vera Mendes para
1452 apresentar a proposta **do Curso de Especialização Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde e o Curso de**
1453 **Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde.** Dra. Vera Mendes professora da Universidade
1454 Federal da Bahia e Coordenadora dos Cursos da Capacitação do Profissional Avançado da Escola de Administração da UFBA.
1455 Informou que em parceria com a SESAB o Curso de formação de cento e vinte Gestores em Gestão Hospitalar para o SUS
1456 Bahia foi uma experiência bastantes exitosa, e o Ministério da Saúde solicitou uma proposta para os municípios do curso
1457 descentralizados. E a UFBA fez o projeto que foi aprovado com 535 vagas para serem distribuídas entre as microrregiões, e
1458 são 70 alunos por turma e o curso é presencial que deve começar neste segundo semestre. Assim apresentou a proposta do
1459 Curso de Especialização Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde e o Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar e
1460 Sistemas em Serviços de Saúde. Parágrafo 1º Princípios norteadores do Curso; Interdisciplinaridade, com
1461 fortalecimento do trabalho em equipe; Intersetorialidade, envolvendo ações coordenadas e integradas entre os diversos
1462 setores da saúde e áreas afins; Transversalidade com aumento do grau de comunicabilidade e relações interpessoais e
1463 interorganizacionais; Indissociabilidade entre Atenção e Gestão, com foco para a integralidade da produção de cuidados em
1464 saúde; Valorização do Trabalho e do Trabalhador, voltada para a qualificação dos processos dos serviços e protagonismo dos
1465 sujeitos individuais e coletivos; Participação e Cidadania Organizacional e Social, com ênfase para a gestão participativa e
1466 compartilhada. Controle Social em Defesa do SUS, voltada para a mobilização dos trabalhadores da rede de serviços públicos,
1467 na qualidade de sujeitos coletivos, para o fortalecimento do projeto ético-político do SUS. Fortalecimento do processo de
1468 descentralização e regionalização da gestão dos serviços e ações de saúde pública. Parágrafo 2º O Curso de Especialização
1469 tem como objetivos: Formar trabalhadores, gestores e assessores para exercerem liderança em processos de transformação
1470 organizacional, de forma a elevar o padrão de excelência e qualidade dos serviços públicos de saúde, em cumprimento aos
1471 princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde; Qualificar administradores, gestores
1472 e profissionais de saúde para a análise de problemas complexos de gestão de organizações públicas, capacitando-os a
1473 planejar e formular estratégias adequadas à realidade loco-regional, bem como monitorar e avaliar resultados; Desenvolver
1474 capacidade crítica e propositiva sobre o modelo de atenção à saúde, com ênfase para a organização dos serviços públicos de
1475 saúde e funcionalidade em rede, com gestão compartilhada e solidária entre os entes federados; Capacitar administradores,
1476 gestores e trabalhadores da rede de serviços públicos de saúde para o desenvolvimento e/ou utilização de tecnologias de
1477 gestão e informação que promovam aprendizagem e inovação gerencial. Parágrafo 3º O público alvo do Curso de
1478 Especialização: gestores, administradores, profissionais de saúde e trabalhadores da área de Gestão, da rede de serviços
1479 públicos e filantrópicos de saúde, de nível superior do Estado da Bahia. Parágrafo 4º O número de vagas oferecidas para o
1480 Curso será de 535 distribuídas em oito turmas, sendo sete turmas com 70 alunos e uma com 45 alunos. Parágrafo 5º A
1481 modalidade de realização do curso será presencial e descentralizada, de acordo com o PDR e em articulação com a SESAB,
1482 COSEMS e demais instâncias gestoras do SUS –Ba, e terá uma duração de 12 meses tendo início previsto para outubro de
1483 2010. Parágrafo 6º O proponente do Curso de Especialização é a Universidade Federal da Bahia, através do Núcleo de Pós-
1484 Graduação em Administração/Capacitação Profissional Avançada da Escola de Administração e o financiamento se dará pelo
1485 Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Artigo 2º Aprovar o Curso de
1486 Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde. Parágrafo 1º O Curso de Aperfeiçoamento tem
1487 como objetivos; Capacitar trabalhadores, gestores e assessores para desenvolver, monitorar e avaliar a gestão de processos
1488 voltados para diretrizes e procedimentos operacionais, de forma a contemplar uma abordagem integrada nos eixos da clínica,
1489 vigilância, promoção, prevenção e gestão do trabalho em saúde; Qualificar profissionais, gestores e trabalhadores da rede
1490 pública de saúde para a gestão da qualidade e biossegurança dos processos de trabalho, com foco para o gerenciamento de
1491 riscos, mapeamento, classificação, identificação e avaliação de indicadores de produtos e resultados; Desenvolver habilidades
1492 e competências para implantação e/ou implementação de sistema integrado de gestão de pessoas, com ênfase para a
1493 qualidade da comunicação e das relações interpessoais no ambiente de trabalho, visando a fortalecer o trabalho em equipe, a
1494 inseparabilidade entre atenção e gestão e a transversalidade das ações em saúde; Capacitar administradores, gestores e
1495 trabalhadores da rede SUS para o desenvolvimento e/ou utilização de tecnologias de informação que promovam e/ou
1496 fortaleçam redes sociais de aprendizagem e de inovação aplicadas à gestão hospitalar e serviços de saúde, com ênfase no
1497 Sistema Integrado Gerencial (SIG) da Rede InovarH-BA, garantindo a difusão de boas práticas, inclusive na gestão de
1498 processos, de riscos e de pessoas. Parágrafo 2º O Curso de Aperfeiçoamento tem como público alvo: gestores,
1499 administradores e trabalhadores da rede de serviços públicos e filantrópicos de saúde, de nível médio e superior. Parágrafo 3º
1500 O número de vagas oferecidas para o Curso será de 2.025 alunos, distribuídos nas nove Macrorregionais de saúde. Parágrafo

1501 4º O Curso de Aperfeiçoamento será realizado na modalidade Ensino à Distância (EAD) e presencial, sendo 32 horas EAD e 8
 1502 horas presenciais, e será dividido nos seguintes módulos temáticos; 1.Gestão de Processos – 40 horas ; 2.Gestão de Riscos –
 1503 40 horas; 3.Gestão de Pessoas – 40 horas; 4.Gestão da Informação em Saúde – 40 horas; Parágrafo 5º O Curso de
 1504 Aperfeiçoamento estará fortemente baseado em Ensino à Distância (EAD) com carga horária total de 160 h, envolvendo as
 1505 nove macrorregionais de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR-BA), de forma a fortalecer a diretriz
 1506 política de Educação Permanente, por meio de uma Política de Educação Permanente que facilite igualmente o acesso
 1507 de gestores e trabalhadores da rede de serviços públicos de saúde, independente de sua localização geográfica, condições
 1508 sanitárias e/ou capacidade financeira do município. O curso combina 32 horas de atividades na modalidade EAD, incluindo
 1509 serviços de tutoria (1 tutor para cada 15 alunos), com 8 horas presenciais, por módulo. Parágrafo 6º Todos os alunos
 1510 participantes do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde assumirão o compromisso
 1511 institucional com a idéia-força do conceito aluno-equipe, tendo a responsabilidade de assumir o papel de agentes
 1512 multiplicadores em seus cenários de trabalho para ao menos três outros profissionais, de forma a contribuir para a socialização
 1513 do conhecimento e o fortalecimento de redes sociais colaborativas, o que será favorecido pela estrutura de apoio baseada em
 1514 WEB 2.0, a ser disponibilizada pelo curso. Parágrafo 7º O Curso de aperfeiçoamento terá início em Janeiro de 2011 e término
 1515 em julho de 2012. Agradeceu a todos. Dr. Raul Molina passou a palavra para Dra. Marília Fontoura. Esta pontuou ser
 1516 interessante porque é um projeto apresentado pela UFBA a SESAB e captando mais recursos para investir em cursos pela
 1517 política de Educação Permanente teremos mais este plus que foi colocado. Lembrou que na reunião do COSEMS onde foi
 1518 apresentada esta proposta do Curso de Especialização foi sugerido que para estes processos seja formada uma coordenação
 1519 colegiada dos cursos, com representação do COSEMS, Escola Estadual de Saúde Pública e também da rede própria da área
 1520 hospitalar da SESAB para compor junto com a escola esta para vê a questão de divulgação, organização, critério e algumas
 1521 adequações que sejam necessárias fazer para tocar o processo. Dra. Gisélia Souza colocou que é justo e é uma iniciativa
 1522 muito importante está fazendo um trabalho de educação voltado para o sistema único de saúde junto com a escola de
 1523 administração, que está captando esse recurso diretamente com o Ministério. Lembrou que foram colocadas algumas
 1524 preocupações por Dra. Marília Fontoura que são pertinentes que acha necessário que sejam colocadas na CIB porque é
 1525 importante a articulação com a política de Educação Permanente e com a detecção das nossas necessidades. Explicou é
 1526 porque geralmente esses projetos são criados pressupondo uma demanda a partir de dados objetivos que a Professora tem
 1527 das carências e necessidades no processo de formação de capacitação e atualização do nosso pessoal. Ressaltou que é
 1528 preciso validar na construção deste projeto porque o processo pedagógico mesmo que tenha sido traçado e trilhado é preciso
 1529 de nossa contribuição e tenha a participação da Escola Estadual de Saúde Pública, SUVISA do GT de Educação Permanente
 1530 para que juntos possamos vê qual o melhor projeto pedagógico como encaminhar esses cursos. Colocou mesmo que a
 1531 iniciativa tenha sido feita desta forma diretamente com o Ministério, mas é preciso que tenha repercussão na CIB para que
 1532 articule e integre através da criação de uma estrutura de acompanhamento. Dra. Vera Mendes informou que foram os dados
 1533 dos trabalhos do regresso do curso que serviram de respaldo para que fosse feita esta proposta em cima dos dados de
 1534 estudos dos próprios ex-alunos da Secretaria. Pontuou que a metodologia usada é a mesma que acabamos este ano, e que é
 1535 preciso do apoio da rede estadual de saúde e da rede própria e dos municípios para poder acontecer. Dra. Marília Fontoura
 1536 concordou com a fala de Dra. Gisélia Souza de formar uma comissão que conte com a participação da Escola Estadual de
 1537 Saúde Pública, SUVISA do GT de Educação Permanente. Destacou como demanda a responsabilidade do estado de
 1538 encaminhar o nome de um técnico da Rede própria, da Escola de Saúde Pública e do COSEMS para está formando a
 1539 Comissão, para tocar esta discussão como foi proposto por Dra. Gisélia. Dra. Vera Mendes pontuou que esta é uma
 1540 necessidade. **Dr. Raul Molina destacou que houve consenso sendo aprovado os Cursos de Especialização Hospitalar e**
 1541 **Sistemas em Serviços de Saúde e de Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar e Sistemas em Serviços de Saúde.**
 1542 Agradeceu a Dra. Vera Mendes a apresentação e esclarecimento. Dando continuidade a reunião. **CEO tipo III com LRPD Dra.**
 1543 **Débora do Carmo.** Esta informou que o Estado irá receber recurso de custeio do Ministério como toda unidade recebe e
 1544 alocará a mais porque o diferencial destas Unidades é que ela não tem como funcionar com aquela equipe mínima que os
 1545 outros centros de especialidade têm CEO e LRPD. Explicou que a idéia LRPD é articular com a Escola de Formação Técnica
 1546 para a formação de técnico de prótese dentária que é uma deficiência. **Dr. Raul Molina destaca que houve consenso sendo**
 1547 **aprovado.** Esclareceu que o Secretário e o Subsecretário tiveram que se ausentar, mas temos que lembrar que esta reunião
 1548 estava agendada para o período da manhã e diante disto tivemos de remanejar alguns compromissos para participar da
 1549 reunião da CIB pela tarde. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima
 1550 reunião ordinária para o dia 19 de agosto, quinta-feira, no Auditório João Fontes Torres. Não havendo mais o que tratar, eu,
 1551 Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
 1552 Salvador, 22 de julho de 2010.

1553
 1554 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 1555 Suplente: Maria Yury Travassos Ichihara _____
 1556 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
 1557 Lorene Louise Silva Pinto _____
 1558 Gisélia Santana Souza _____
 1559 Washington Luiz Abreu de Jesus _____
 1560 Andrés Castro Alonso Filho _____
 1561 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
 1562 Washington Luis Silva Couto _____
 1563 Suplente: Marília Santos Fontoura _____
 1564 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
 1565 Stela dos Santos Souza _____