

1
2
3
4 Aos sete dias do mês de dezembro do ano de dois mil e dez, no Auditório da União dos Municípios da Bahia - UPB, Centro
5 Administrativo da Bahia, com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos Pereira Solla –
6 Coordenador da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro - Coordenadora Adjunta Suplente da CIB e Presidente do COSEMS,
7 Lorene Louise Silva Pinto, Washington Luis Silva Couto, Andrés Castro Alonso Filho, José Saturnino Rodrigues, Stela dos
8 Santos Souza, Kátia Nunes Barreto de Brito e dos Suplentes: José Raimundo Mota de Jesus, Washington Luiz Abreu de Jesus,
9 Eduardo José Farias Borges dos Reis, Telma Dantas Teixeira de Oliveira e Marília Santos Fontoura. Às 14h30min, havendo
10 número legal, a Senhor Coordenador declarou aberta a sessão faz a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria
11 Executiva da CIB para homologação: 1. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH: 1.1 Homologação do
12 projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Saúde Mental/Crack, Ilhéus, ano letivo 2011, da
13 Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus. **Aprovado.** 1.2
14 Aprovação do Regimento Interno da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço – CIES Bahia. **Aprovado.** 2.
15 Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON: 2.1 Adesão do município de Gandú ao
16 Projeto Olhar Brasil do Ministério da Saúde. **Aprovado.** Passou para Pactuação. 1. Superintendência de Gestão e Regulação
17 da Atenção à Saúde – SUREGS/DICON/DIPRO: 1.1 Contratualização do Hospital Ana Nery com a Secretaria Municipal de
18 Saúde de Salvador. Convidou o Secretário Municipal de Saúde de Salvador. Dr. José Saturnino Rodrigues colocou que a
19 questão do Hospital Ana Nery refere-se ao novo Plano Operativo que foi repactuado e o contrato está vencido por questões
20 burocrática junto ao Ministério da Educação do reconhecimento da federalização do Hospital Ana Nery. Informou que pelo
21 Ministério da Saúde o Hospital Ana Nery é considerado federalizado. Salientou que esteve em Brasília com Dr. Solla e Andrés
22 com Dra. Cleuza e que colocamos a questão do Hospital Ana Nery e foi sugerido que fosse apresentados e solicitados
23 autorização no Conselho Estadual, CIB e Conselho Municipal para que a Secretaria Municipal de Saúde possa fazer um
24 contrato com o Hospital Ana Nery dentro deste novo Plano Operativo por seis meses, até que seja desenvolvido junto ao MEC.
25 Ressaltou que o MEC já visitou o Hospital Ana Nery com a finalidade de definir o Hospital Escola. Solicitou a aprovação da
26 CIB para fazer o contrato por seis meses. Informou que o Conselho Estadual já aprovou faltando apenas à aprovação da CIB e
27 do Conselho Municipal que haverá reunião na próxima segunda-feira. O Senhor Coordenador abriu para alguma observação.
28 Não houve desacordo. **Aprovado.** Deu continuidade a reunião. Convidou Dr. Andrés Alonso para apresenta o Regimento do
29 GT PPI. Dr. Andrés Alonso colocou que na verdade o Regimento do GT PPI foi consensuado dentro do próprio GT e foi
30 trazido para apresentação e pactuação na CIB. Passou a palavra para Sra. Mariana técnica da DIPRO. Informou que o
31 Regimento do GT PPI já foi apresentado e logo após consensuado na reunião da CIB do dia três, a apresentação como o
32 regimento está disponível no site da DIPRO. E que na verdade a DIPRO só tinha se comprometido em está transformando o
33 Regimento em uma minuta de resolução para aprovação na próxima CIB. **Aprovado.** Dra. Suzana Ribeiro propôs a data da
34 reunião do GT PPI que não aconteceu dia três para o dia dezesseis de dezembro, às 09 horas, local TK Tower. Dra. Stella
35 Souza lembrou que são trinta e um membros e para dá corro precisa de nove membros do GT presente. Pontuou que essa
36 reunião do dia dezesseis é em caráter de urgência porque ontem na assembléia do COSEMS houve uma discussão grande em
37 relação a essa questão porque a PPI de fato ainda não está vigido; citou que alguns municípios não estão ofertando e os
38 municípios que são de referência têm problemas e os municípios que pactuaram com a referência não estão tendo acesso.
39 Comunicou o manifesto da região de Paulo Afonso que já entregou a documentação para o Secretário que dará uma resposta
40 ao COSEMS. Colocou que a questão da oferta está bastante comprometida, então o GT precisa esta se apropriando dessa
41 discussão e fazendo alguns encaminhamentos porque tem o questionamento das abrangências que Dra. Conceição entregou
42 uma nota de esclarecimento. Ressaltou não podemos encerra o ano sem ter uma direção de quais serão os próximos passos
43 porque havíamos pactuado inclusive que no mês de novembro estaríamos fazendo revisão da PPI e sequer conseguimos
44 fechar ainda essa discussão inicial que é de fazer a PPI acontecer. Enfatizou que isso é urgente, não dá mais para segurar,
45 pois já está uma situação de explosão geral e isso pode ter um rebatimento muito ruim para todos nós, então a proposta é de
46 que a Superintendência acate essa data para que possamos fechar algum encaminhamento ainda este ano. A Sra. Mariana da
47 DIPRO, aproveitando a colocação de Dra. Suzana sobre a nota de esclarecimento, relatou que a Diretoria, preocupada com o
48 ponto de pauta que seria da reunião do dia 13 e tratava sobre abrangências, alta complexidade principalmente ambulatorial
49 que é o maior gargalo que temos no sistema hoje para o acesso, por conta da própria lógica de programação que foi feita de
50 forma diferenciada, onde precisamos ter um processo regulatório melhor implementado no Estado para garantia do acesso a
51 todos os usuários, então, preocupados com essa questão e não podendo ter a reunião, a DIPRO fez uma nota de
52 esclarecimento de como as abrangências estão programadas hoje no sistema. Argumentou que têm sido incansáveis em
53 receber todos os municípios e responder oficialmente quando solicitado ou pessoalmente ao receber as visitas dos Secretários
54 e Prefeitos, sobre como estão essas questões e informou que estará sendo publicizado no site como está hoje. Relatou que
55 existem algumas inconsistências e este seria um objeto de trabalho do grupo da PPI, mas hoje como estão as abrangências, o
56 que está vigorando e o que é a PPI de fato e que ela pode ter problema, mas como qualquer instrumento, se não
57 implementado ele tem problemas e na realidade o problema não é a PPI, mas é a organização do sistema que dá resposta ao
58 instrumento que está proposto para ajudar, então talvez até o fim do dia os mapas e todas as regiões de abrangência já
59 estejam disponibilizadas no site pela equipe que já está trabalhando no final da programação a fim de disponibilizar essa
60 informação. Concordou que é realmente necessário que os trabalhos do GT PPI sejam iniciados com a máxima urgência,
61 lembrando que já foi demandado de todos os CGMR que sistematizem suas demandas para que os GTs também possam
62 trabalhar e até o momento não recebeu nada de nenhum colegiado, então esse trabalho precisa ser reforçado, pois o objeto de
63 trabalho do GT também são as demandas das microrregiões e pediu que se fizesse a verificação de quorum para essa
64 proposta do dia 16 por conta de estarmos dependendo forças e energias de vários lugares do Estado e da própria Secretaria
65 porque temos representação de várias áreas envolvidas para que possamos de fato saber se vai ter viabilidade de quorum.
66 Lembrou ainda que até o dia 04 de novembro não sabiam quem eram os trinta e um gestores indicados pelo COSEMS, o e-
67 mail foi enviado para a CIB e Nanci encaminhou para a DIPRO no dia 04 e só agora tomamos conhecimento dos trinta e um,

68 antes tinha a indicação só dos vinte e oito, alguns não compareceram na última reunião, mas todos os que estiveram presentes
 69 e estão envolvidos estão recebendo as comunicações da DIPRO. Dra. Suzana Ribeiro esclareceu que o COSEMS encaminhou
 70 em tempo hábil e já existia uma resolução com o grupo de nomes, e só fizeram acrescenta aos vinte e oito, indo para trinta e
 71 TRE, e este acréscimo de cinco nomes é que foi enviado depois, então com a primeira resolução a DIPRO já tinha a listagem
 72 dos vinte e oito nomes, o que não justifica quanto aos outros, o que ficou acordado na CIB foi que o COSEMS encaminharia
 73 para a CIB para poder publicar a resolução e a CIB é que encaminharia para a DIPRO, este foi o fluxo estabelecido, portanto
 74 não deve ter sido esse atraso que tenha causado a falta do contato porque apenas nove já garantiriam o quórum, de vinte e
 75 oito daria tranquilamente para acionar nove, apenas os cinco que entraram depois é que talvez não tivessem chegado a tempo,
 76 mas foi encaminhado para a CIB em tempo hábil conforme combinado., inclusive no mesmo dia da reunião já tinha deixado a
 77 lista com os nomes. Solicitou que os Secretários permanecessem no auditório a, pois a reunião da CIB porque iremos começar
 78 a discussão. E depois a nossa confraternização. O Senhor Coordenador prosseguiu com a leitura da pauta. Convidou Dr.
 79 Andrés Alonso para apresentação e aprovação dos TCGM do Pacto pela Saúde.



O Senhor Coordenador abriu para discussão. **Aprovado.** 2. Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH/EESP: 2.1 Curso de Especialização de Sistemas de Saúde, Orçamento e Finanças Públicas, dirigido a trabalhadores de unidades gestoras e Fundos de Saúde. Convidou Dra. Verônica Vieira Diretora da EESP. Iniciou a apresentação:



Pressupostos

- Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Saúde;
- Decisão política de qualificar e fortalecer a gestão do SUS em todas as suas dimensões;
- Educação permanente como estratégia para organização de processos e da gestão do sistema estadual de saúde e valorização do trabalho no SUS na Bahia;
- Existência de experiências pedagógicas, gestão colegiada de processos educativos (EESP) e de descentralização (EFTS);
- EAD como estratégia de democratização de acesso a processos de qualificação;

Objetivo Geral

Qualificar e fortalecer o Sistema Único de Saúde – SUS na Bahia, a partir do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades em Gestão de Sistemas de Saúde, Orçamento e Finanças Públicas requeridos para o processo do trabalho cotidiano dos profissionais da SESAB e dos municípios com atuação nas áreas de planejamento, orçamento e gestão financeira do SUS.

Objetivos Específicos

- Potencializar o desenvolvimento das ações de planejamento, orçamento e gestão financeira dos recursos de saúde;
- Qualificar os servidores da saúde para o exercício de atividades cotidianas relacionadas à gestão orçamentária, financeira e patrimonial dos recursos da saúde;
- Aperfeiçoar a qualidade do gasto em saúde;
- Fortalecer o controle interno das unidades como forma de melhor gerir e prestar contas dos recursos

Matriz Curricular

Modulo I	Estado, Saúde, Sociedade e Políticas Públicas de Saúde /SUS
Modulo II	Direito a Saúde
Modulo III	Planejamento em saúde
Módulo IV	Economia do Setor Público
Módulo V	Finanças Públicas
Módulo VI	Elaboração e programação orçamentária
Módulo VII	Execução orçamentária
Módulo VIII	Contabilidade Pública
Modulo IX	Elementos de Direito Administrativo
Módulo X	Controle Interno e Externo
Módulo XI	Metodologia de Trabalho Científico

150
151
152
153
154
155
156
157
158
159
160
161
162
163
164
165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204

205
206
207
208
209
210
211
212
213
214
215
216
217
218
219
220
221
222
223
224
225
226
227
228
229
230
231
232
233
234
235
236
237
238
239
240
241
242
243
244
245
246
247
248
249
250
251
252
253
254
255
256
257
258
259
260
261
262



Atividades/Momentos Pedagógicos

- **Atividades de estudo à distância** – material didático de apoio, fóruns de discussão, registro das atividades práticas e de estudo.
- **Momento de interação com a prática** – organização e desenvolvimento de práticas relacionadas às temáticas estudadas, junto com sua equipe no cotidiano de trabalho;
- **Momento de interação presencial** – aulas com debates, conferências, mesas redondas, narrativas e exercícios em grupo;
- **Trabalho de Conclusão do Curso** – produção de trabalho científico ou de intervenção, envolvendo alguma questão relacionada à gestão orçamentária e a seu processo de trabalho.



Local

- **Oficinas presenciais:** em Salvador
- Previstas para 6 turnos → quarta-feira à noite até sábado pela manhã
- **Atividades não-presenciais:** nos respectivos espaços de trabalho e no AVA;



GESTÃO COMPARTILHADA

- Coordenação do Curso: Escola, Área Técnica e COSEMS;
- Mediadores/Trabalhadores;
- Cronograma flexível;
- Oficinas pedagógicas permanentes para elaboração e pactuação do roteiro pedagógico de cada módulo;



Avaliação

- Exercícios escritos;
- Exercícios práticos;
- Seminários;
- Relatórios de trabalhos realizados *in loco*;
- Trabalhos de pesquisa;
- Trabalho de conclusão de curso.
- →O educando necessita ter, no mínimo, 75% de frequência.

Colocou que em reunião com COSEMS foram pactuados os seguintes critérios.



- Carga Horária – 360hs
- Modalidade – Semi presencial
- Período de Realização – Março 2011 a Março 2012
- Periodicidade - Bimensal
- Público Alvo – Trabalhadores do FESBA, Unidades Gestora e Fundos Municipais de Saúde;
- N° de Vagas - 150 (90 para SESAB e 60 para municípios);

Crítérios para seleção dos municípios, pactuados na plenária do COSEMS dia 06/12/2010

- Gestor Municipal de Saúde ou Coordenador/Diretor do Fundo Municipal de Saúde;
- Municípios com Adesão ao Pacto;
- Preferencialmente com vínculo efetivo;



Salientou que o público do município que irá freqüenta o curso que submetera a uma seleção. Agradeceu a todos e colocou-se à disposição de todos para esclarecimento. Dra. Marília Fontoura pontuou que se preocupa muito com a questão da qualificação dos municípios, e que o curso de especialização realmente não pode dispor de mais vagas do que está ofertada devido ao problema muito grande que vem enfrentando em termo de orientação e TCC, mas vê por outro lado que a necessidade do município é muito maior do que as 60 vagas oferecidas. Exclamou que temos 417 municípios e se for considerado o pessoal de nível médio que trabalha e precisam ser qualificados, então sugeriu para o GT que faça uma reflexão na viabilidade de ao invés de ser um curso de especialização poderia ser um curso de atualização com o mesmo conteúdo porque não teria o TCC. Deu como exemplo o Curso de Gestores do SUS da ESP são 180 horas atendendo perfeitamente. Dra. Verônica Vieira concordou a colocação feita por Dra. Marília e que a escola tem tido essa preocupação, e estamos com

263 dois projetos e iremos começa um agora em 2011 para 2000 mil trabalhadores. Explicou que a necessidade de formar esse
264 grupo especialista até porque a Escola está trabalhando com mediador trabalhador são os próprios trabalhadores do Sistema
265 Unico. Ressaltou temos que ter esse grupo especializado em determinadas temáticas para juntar e compor com as instituições
266 de ensino e os próprios docentes que a Escola tem em seu banco para esta fazendo processo com ampla oferta de vagas,
267 então precisa realmente está formando esse especialista, mas temos percebidos cada vez mais que precisamos esta
268 ofertando processo de qualificação com período mais rápido até por conta dos períodos de Gestão, mas é valida a lembrança.
269 O Senhor Coordenador passou a palavra para Dr. Eduardo Reis que colocou que esse curso de especialização foi uma
270 reivindicação do FESBA que na verdade queria inserir outro curso de especialização, mas evoluiu nesse sentido, pois é uma
271 realidade que vária unidades nossas, praticamente noventa unidades gestoras com um perfil de um pessoal mais de nível
272 médio e que temos que confrontar com isso e ao mesmo tempo essa coisa dos Fundos Municipais que têm que ter uma
273 política firme de incentivo da criação dos fundos, do seu funcionamento pleno e de uma vinculação completa de um grupo
274 especializado com conhecimento técnico para desempenhar essa atividade, portanto é um curso que vamos aprender com ele
275 porque até então não houve nenhuma ação para essa categoria que tem tudo para aprender. Considerou interessante a
276 colocação feita por Dra. Marília Fontoura de vislumbrar um grupo que talvez seja até predominante em relação ao publico que
277 está na ponta e chamou atenção para outra coisa que é a mudança de pessoas que entram e saem e não tem um
278 conhecimento muito permanente, desejando que a solicitação seja a provada para que possamos evoluir plenamente nessa
279 atividade dos Fundos. Dra. Lorene Pinto parabenizou a Equipe pela proposta que é uma demanda antiga do pessoal que
280 trabalha nesta área e citou é uma preocupação que foi levantada por Dra. Marília de que a maioria dos trabalhadores desta
281 área tem o nível técnico. Pontuou que dá para contemplar as duas coisas porque a proposta que estamos trabalhando no
282 curso, que foi apresentado pela manhã o piloto da vigilância sanitária ambiental pode valer como especialização para quem
283 tem curso superior porque temos que ter essa massa critica formada até para assessorar e acompanhar melhor as Gestoras da
284 Secretaria e apoiar as Secretarias Municipais, mas criar dentro do curso que conteúdos podemos traduzir no módulo de
285 aperfeiçoamento e atualização que o pessoal de nível médio pode fazer, até porque na pratica são eles quem executam na
286 maioria das Secretarias Municipais e fazer grandes turmas descentralizada juntos; quem poder se titular com especialização
287 vai a diante e segue toda a rota da especialização, pois a experiência tem acontecido e funciona. Colocou que umas das
288 carências dos cursos de Saúde Pública da Escola que tem uma clientela muito heterogênea não só profissionais de saúde,
289 muitos também da área de economia e administração têm feito esse curso, é não abrimos mão de conteúdos que seja aquele
290 tronco comum da organização do sistema de saúde porque eles vão ser Gestores de unidades do SUS e às vezes só o módulo
291 de planejamento não dá conta já vai direto para as ferramentas dos planejamentos, mas como esse sistema se conforma.
292 Questionou qual são as bases de conformação do sistema, ou seja, o conteúdo de organização do sistema porque os
293 profissionais terão a nossa de como isso acontece na pratica porque se não saem do curso muito bem qualificado do ponto de
294 vista orçamentário e financeiro, mas vão se inserir na Unidade do SUS Municipal ou Estadual. Dra. Verônica Vieira informou
295 que existem dois módulo apenas para reflexão das políticas públicas os módulo I e II. Dra. Lorene Pinto que essa é a
296 oportunidade para dá o suporte aos profissionais da área contábil. Dra. Verônica Vieira concordou com a fala de Dra. Lorene
297 Pinto. Dra. Suzana Ribeiro colocou que essa apresentação do Curso de Especialização de Sistemas de Saúde, Orçamento e
298 Finanças Públicas, dirigido aos trabalhadores de unidades gestoras e Fundos de Saúde, já foi apresentada na reunião do
299 COSEMS e os critérios foram construídos após muitas discussões com os Secretários presente nesta Plenária, e a questão
300 dos profissionais de nível médio foi levantada tendo como preocupação e que o Gestor Municipal de Saúde fosse contemplado,
301 uma vez que é ordenador de despesa nos critérios colocados como o Comando Único. Pontuou que esse curso é para o
302 Gestor, Diretor, Coordenador do Fundo e para os profissionais preferencialmente com vinculo eletivo porque a rotatividade é
303 muito grande e acabamos correndo o risco de qualificar e formar e o profissional não fixar no município. Parabenizou Dra.
304 Verônica que foi extremamente hábil na disponibilização das vagas, garantindo a ampliação das vagas para o COSEMS que
305 inicialmente era de quarenta e aumentou para setenta vagas e registrou que não temos conseguido ocupar todas as vagas nos
306 cursos em parceria com a Escola, então não adianta ficarmos tencionando para ampliar vagas, o Curso de Qualificação de
307 Gestão do SUS, por exemplo, já é o segundo e não conseguimos fechar, com o PROGESUS foi a mesma coisa, agora foi
308 prorrogado o de Qualificação do SUS para janeiro para tentar fechar o número de vagas, e é um curso amplo que não é só
309 para gestor, mas para a gestão de um modo geral, para os membros do núcleo central da SESAB que fazem a gestão do
310 sistema nos municípios. Isso acaba se repetindo com os demais cursos, então precisamos estar alerta, estamos mandando o
311 tempo todo através de e-mail a informação, tentando sensibilizar e acionar os vice-presidentes das regionais para fazer essa
312 movimentação também dentro dos colegiados. Isso só não basta, ficar querendo colocar mais vagas e depois não dar conta de
313 garantir que todo mundo vá; os critérios acabam ficando contemplados também porque ele não é exclusivo dos gestores
314 municipais, envolve todos e claro que vai ter uma linha de classificação com critérios de classificação e eliminação no sentido
315 de viabilizar um maior número de candidatos, se não alcançar o número de vagas, com certeza todos serão contemplados.
316 Próximo ponto de pauta: 2.2 Substituição de membros do Estado da Comissão Estadual de Integração Ensino Serviço – CIES
317 Bahia, Resolução CIB Nº 189/2010. A Diretora da EESP, Verônica Vieira colocou a necessidade de referendar a troca de
318 alguns membros da EESP. Dando prosseguimento, o Senhor Coordenador passou para as apresentações encaminhadas à
319 Secretaria Executiva da CIB: 1. Superintendência de Atenção Integral à Saúde – SAIS/DGC: 1.1 Programa Estadual de
320 Atenção Integral às Pessoas com Albinismo no Estado da Bahia. Dra. Débora do Carmo destacou a participação dos membros
321 da Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia – APALBA que vieram assistir a apresentação construída em parceria
322 com a Associação e esclareceu que dentre as coordenações da Diretoria de Gestão do Cuidado está a Coordenação de
323 Promoção da Equidade em Saúde que trabalha com a saúde das populações em maior vulnerabilidade, fazendo a articulação
324 com as outras áreas para que estas populações (negros, indígenas, quilombolas, ciganos, acampados, albinos e população
325 penitenciária) possam também ter sua atenção integral á saúde garantida no SUS. Informou que este programa é uma
326 demanda que vem sendo construída desde o início da gestão, com as pessoas que fazem parte da APALBA, com vistas à
327 atenção às especificidades dessas pessoas.
328
329

330
331
332
333
334
335
336
337
338
339
340
341
342
343
344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358
359
360
361
362
363
364
365
366
367
368
369
370
371
372
373
374
375
376
377
378
379
380
381
382
383
384
385
386
387
388
389
390
391
392
393
394
395
396

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA-SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS
DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO
COORDENAÇÃO DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE

Programa Estadual de Atenção às Pessoas com Albinismo

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

OBJETIVO GERAL

- Garantir a Atenção Integral às Pessoas com Albinismo, e assegurar a prevenção e tratamento das seqüelas decorrentes da patologia.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Garantir acesso ao atendimento dermatológico e aos medicamentos essenciais e o protetor solar.
- Garantir acesso ao atendimento dermatológico e o acesso ao tratamento não farmacológico (crioterapia, terapia foto dinâmica) e;
- Garantir acesso ao atendimento oftalmológico especializado, assim como lentes especiais e demais recursos de tecnologias assistivas (equipamentos óticos e não óticos), necessários ao tratamento da baixa visão e fotofobia;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

ESTRATÉGICA PARA IMPLEMENTAÇÃO

Criar na SESAB o Grupo de Trabalho destinado a coordenar as ações de implantação da Política Estadual de Atenção Integral às pessoas com Albinismo no Estado da Bahia (DGE, DGC, DAB, DASF, Hosp. Dom Rodrigues de Menezes...);

Implantar sistema de informação para cadastro das pessoas diagnosticadas e tratadas na rede de assistência;

Buscar apoio técnico e financeiro das agencias de fomento para projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular em Albinismo;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

DOENÇA FALCIFORME COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

No Brasil estima-se que na população geral para cada 40.000 nascimentos 1 pessoa nasce com albinismo, destacando-se que para a população afro-descendente a incidência é de 1 para cada 17.000 nascimentos.

- Na Bahia, não existem estatísticas sobre o número de pessoas com Albinismo. Entretanto, a APALBA – Associação das Pessoas com Albinismo na Bahia, mantém um cadastro no qual estão registradas, aproximadamente 341 pessoas com albinismo, com idade entre 06 meses e 71 anos.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar e implantar o cadastro de pessoas com Albinismo no Estado da Bahia;
- Construir a Linha de Cuidado da Pessoa com Albinismo e organizar o fluxo da Assistência;
- Traçar o perfil epidemiológico da patologia no Estado, a partir dos dados dos Serviços de Atendimento de saúde;
- Capacitar os trabalhadores do SUS para uma assistência qualificada e estimular a pratica do auto-cuidado;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

DIRETRIZES

- Organizar da linha de cuidado, buscando promover a atenção integral às pessoas com albinismo, articulando as ações de promoção, prevenção e assistência
- Instituir de uma política de Educação permanente;
- Promover do acesso à informação, orientação e aconselhamento genético aos familiares e às pessoas com Albinismo
- Promover da garantia de acesso aos medicamentos essenciais, conforme protocolos elaborados pelo MS
- Fomentar a pesquisas nas diversas áreas de conhecimento técnico científico.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

ESTRATÉGICA PARA IMPLEMENTAÇÃO

Promover seminários, encontros e conferências para intercâmbio técnico científico visando troca de informações, conhecimentos, experiências e elaboração de rotinas para atenção às pessoas com Albinismo no Estado da Bahia;

Produção de material didático e informativo, para divulgação de rotinas e protocolos;

Apoio técnico a projetos da sociedade civil para fortalecimento do controle social.

397
398
399
400
401
402
403
404
405
406
407
408
409
410
411
412
413
414
415
416
417
418
419
420
421
422
423
424
425
426
427
428
429
430
431
432
433
434
435
436
437
438
439
440
441
442
443
444
445
446
447
448
449
450
451
452
453
454
455
456
457
458
459
460
461
462
463

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Gestor Estadual

1. Implementar o Programa Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Albinismo;
2. Traçar o perfil Epidemiológico da **Patologia no Estado a partir dos dados dos Serviços de Atendimento;**
3. Garantir assistência e apoio diagnóstico às pessoas com Albinismo nos três níveis de atenção;
4. Garantir a disponibilização dos medicamentos, produtos e equipamentos, essenciais, definidos em protocolos e pactuados para a sua esfera de competência;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Gestor Estadual

5. Estimular a integração dos serviços do SUS, articulando ações e procedimentos entre as redes de atenção básica, média e alta complexidade e implementando a transversalidade da atenção a saúde;
6. Garantir o acesso das pessoas com albinismo e seus familiares à orientação, informação e aconselhamento genético;
7. Promover capacitação e qualificação dos trabalhadores do SUS para conhecer e cuidar das pessoas com Albinismo;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

8. Promover campanhas de informação e divulgação, bem como a elaboração de materiais para esse fim;
9. Estimular a pesquisa nas diferentes áreas do conhecimento, gerando aprimoramento técnico-científico **para serem implementados no SUS visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas com Albinismo;**
10. Garantir a participação da sociedade civil representativa dos pacientes e familiares, nas instâncias de participação social do SUS, visando o controle social do Programa;
11. Manter atualizado o cadastro de pessoas diagnosticadas e tratadas na rede de assistência, possibilitando o planejamento e o atendimento das necessidades locais.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

Gestor Municipal

1. Conhecer o perfil epidemiológico da patologia a partir dos sistemas de informação existente no município;
2. Estabelecer a sua rede de atenção tendo como base a atenção básica e definindo o sistema de referência para média e alta complexidade;
3. Promover o conhecimento da atenção integral às pessoas com albinismo nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e demais ações básicas, buscando no gestor estadual apoio para as capacitações;

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

4. Garantir a disponibilização e distribuição dos medicamentos e outros produtos essenciais previstos em protocolos e pertencentes à farmácia básica e ou de média e alta complexidade;
5. Garantir a disponibilização e distribuição de lentes especiais e auxílios de tecnologias assistivas previstos em protocolo;
6. Promover capacitação e qualificação dos trabalhadores do SUS para conhecer e cuidar das pessoas com Albinismo;
7. Promover campanhas de informação e divulgação, bem como a elaboração de materiais para esse fim buscando no gestor estadual apoio para essas ações.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

AÇÕES ESPECÍFICAS

Divulgação da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Albinismo;

Estimular às Universidades na inclusão do Albinismo no currículo da área da saúde e participação nas ações de capacitação, ensino, pesquisa e serviços de alta complexidade dentro do SUS;

Desenvolver ações intersetoriais com todas as Secretarias visando atuar nas questões para inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com Albinismo.

GOVERNO DA Bahia
TERRA DE TODOS NÓS

Obrigada!

Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de **Gestão do Cuidado**
Coordenação de Promoção da Equidade em Saúde

Participação: APALBA

464 Após a apresentação Dra. Débora do Carmo ressaltou que o fundamental agora é montar um grupo de trabalho com a
465 participação do COSEMS que é onde vamos estabelecer a linha de cuidado com a responsabilidade de cada área e passar
466 pela aprovação desta CIB, inclusive colocando as ações no âmbito da PPI. O Senhor Coordenador parabenizou-a pela
467 apresentação, agradeceu a parceria da APALBA e em seguida colocou em discussão. O representante da APALBA, Sr.
468 Joselito, agradeceu a oportunidade de ter participado da construção desse processo com a SESAB e a Diretoria de Gestão do
469 Cuidado e ressaltou a importância do programa apresentado para as pessoas com albinismo. Informou que a APALBA foi
470 criada em 2001 e desde então tenta mostrar aos gestores públicos que as pessoas com albinismo existem e precisam de
471 dignidade. Afirmou que isso só foi possível a partir da gestão do Governador Wagner e do Secretário Jorge Solla que abriram
472 espaço para essa discussão. Colocou ainda que no que diz respeito à elaboração e implantação de políticas públicas para a
473 população com albinismo, este vai ser o primeiro programa no Brasil e assim como a APALBA é pioneira na organização das
474 pessoas com albinismo, o Governo da Bahia é pioneiro na edição de políticas públicas neste seguimento e a partir da
475 apresentação desse programa aqui na CIB, teremos a oportunidade de começar uma discussão com o Ministério da Saúde
476 para ampliar para o Brasil inteiro, já que a partir da experiência da APALBA, albinos de vários estados do Brasil tem nos
477 procurado buscando o processo de organização e tentando a partir do nosso aprendizado e da nossa experiência, poder levar
478 para outros estados. O protetor solar que é distribuído na Bahia, não existe esse programa em estado nenhum, o protetor solar
479 começa a ser distribuído na Bahia a partir de uma ação conjunta do Ministério Público do Estado junto com o estado e o
480 município, que num acordo de cavalheiros, um acordo de sensibilidade do gestor na época, houve a decisão do município de
481 Salvador e do Estado da Bahia em fazer essa distribuição. Entretanto, este programa que a Dra. Débora do Carmo apresentou
482 é imprescindível para que haja a descentralização da distribuição do protetor solar, porque como ela colocou, o protetor é
483 considerado como cosmético, mas para o albino trata-se de um medicamento essencial para evitar o câncer de pele. O outro
484 aspecto é que não faz sentido nenhum um albino sair de Brotas de Macaúbas, de monte Santo, de onde quer que seja para
485 buscar um protetor solar aqui em Salvador, que é o que ocorre hoje, como o poder público não pode tomar atitude que não
486 seja autorizado, a edição desse programa se faz necessária e questionou se é suficiente o programa ser aprovado na CIB ou
487 se há necessidade de posteriormente transformá-lo em uma lei estadual ou portaria. Finalizou agradecendo a todos e pedindo
488 a aprovação do programa. O Senhor Coordenador esclareceu que não há necessidade de um projeto de Lei para aprovação
489 de um programa no âmbito da saúde, é importante a aprovação da Bipartite apesar de não estar na pauta como ponto para
490 pactuação, mas havendo um consenso com o COSEMS podemos considerar aprovado na compreensão de que é uma
491 formatação ainda preliminar e obviamente pode passar posteriormente por algum aperfeiçoamento. Sugeriu que fosse pautado
492 também no Conselho Estadual de Saúde e quanto à questão da relação com os municípios, considerou fundamental conforme
493 colocado anteriormente, que não é só a questão do acesso ao protetor solar, tem um conjunto de ações voltadas para o
494 acompanhamento dessa população que precisa ser viabilizado de forma descentralizada para que a pessoa não tenha que se
495 deslocar, num estado do tamanho do nosso é fundamental uma estratégia de descentralização. Sugeriu também que se
496 fizesse uma reunião o mais breve possível com os municípios que são pólos de macrorregião para ver como pode se
497 configurar o acesso da rede, inicialmente com esses nove municípios que são as referências principais do estado. Quanto à
498 questão da distribuição do protetor solar sugeriu que a própria SESAB assumisse para todo o conjunto de pessoas que vierem
499 a ser obviamente cadastradas e acompanhadas, e isso não precisaria estar concentrado aqui em Salvador, podia ser feito
500 como no programa de medicamento de alto custo que vem sendo descentralizado para as Diretorias de Saúde e aí as próprias
501 DRES poderiam se encarregar de fazer, da mesma forma com um protocolo estabelecido, identificando a pessoa como
502 beneficiário desse acesso, cadastrando e fazendo a distribuição regular dentro dos parâmetros que forem estabelecidos. Dra.
503 Débora do Carmo informou que foi proposta a criação de um GT porque o programa tem diretrizes gerais, assim, a idéia do GT
504 é para fazer a discussão do detalhamento da organização da linha de cuidado, identificação dos serviços onde as pessoas são
505 atendidas, inclui atenção básica, os serviços de atenção à pessoa com deficiência, os serviços que são de referência para
506 aconselhamento genético que são poucos, e por isso a idéia de colocar a DASF no grupo, porque como o protetor solar é uma
507 coisa que vai ter que ser usado sempre e para o resto da vida, talvez fosse o caso de incluir no Programa de Medicamento em
508 Casa a partir de protocolo que pode ser criado em conjunto com a DASF. Dr. Washington Couto concordou com Dra. Débora,
509 parabenizou toda a equipe da DGC em parceria com a APALBA e considerou que estamos dando um passo importantíssimo
510 para garantir a equidade na Saúde. Elogiou a iniciativa do pessoal da APALBA em vir a esta plenária, ressaltando que é desta
511 forma que são construídas as políticas que chegam à população e demonstrando satisfação em saber que as pessoas podem
512 vir a este espaço livremente e realizar com parceria dos órgãos da Saúde a defesa daquilo que é fundamental para suas vidas.
513 Após as colocações, foi aprovado à unanimidade o Programa Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Albinismo no
514 Estado da Bahia. Próximo ponto de pauta: 1.2 Assistência às Pessoas com Doenças Neuromusculares/Programa de
515 Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Dra. Débora do Carmo informou que essa
516 apresentação, que ainda não está submetida à aprovação, é uma discussão preliminar e foi decidimos juntamente com a
517 Superintendente Dra. Gisélia Souza, fazer a apresentação, porque já temos no Estado três processos, três liminares para
518 atenção as pessoas que necessitam de suporte ventilatório, pessoas com doenças neuromusculares, e principalmente, as
519 distrofias, e que não há necessidade, haja vista que existe uma portaria, embora a área técnica de pessoas com deficiências
520 tenha participado com o ministério, da construção de uma portaria que atendesse as necessidades das pessoas com distrofia
521 muscular, com transtornos neuromusculares, não é ainda portaria mais adequada, porque ela é de difícil implementação,
522 entretanto, temos condição de já implementar em alguns serviços, então optou em trazer para que os municípios tomem
523 conhecimento, e propôs que possamos fazer uma discussão mais aprofundada com a participação COSEMS para organizar
524 essa rede no Estado, inclusive tem recurso através do FAEC.

525
526
527
528
529
530

531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541
542
543
544
545
546
547
548
549
550
551
552
553
554
555
556
557
558
559
560
561
562
563
564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588
589
590
591
592
593
594
595
596
597

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE - SAIS
DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO - DGC

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS COM DOENÇAS NEUROMUSCULARES

DEZEMBRO – 2010.



Esse Programa viabilizará o acesso aos pacientes portadores de Doenças Neuromusculares uso domiciliar de respirador artificial bem como seu acompanhamento por enfermeiro e avaliação por médico em seu domicílio, criando, dessa forma, as esperadas condições para retardar a perda da função vital dos pacientes.



Dra. Débora do Carmo complementou informando que Distrofia Muscular é uma doença genética, na maioria das vezes, são progressivas, e geralmente levam a óbito muito mais rápido e com maior sofrimento, se não houve atenção, principalmente com relação às funções vitais, dentre elas, a respiração.

Informações Gerais sobre as Doenças Neuromusculares

As doenças neuromusculares englobam um grupo de doenças que levam à fraqueza muscular generalizada envolvendo membros superior e/ou inferior, músculos da orofaringe e da respiração, acarretando dificuldade para engolir, falar e respirar.



As pessoas com doenças neuromusculares mantêm íntegros o raciocínio e a emotividade.

Dentre as doenças neuromusculares, podemos destacar a **distrofia muscular**, que é uma doença de origem genética, cuja característica principal é o enfraquecimento e posteriormente a atrofia progressiva dos músculos, prejudicando os movimentos e levando o portador a uma cadeira de rodas.

Distrofia de DUCHENNE, a mais grave e mais incidente, acomete meninos, levando-os ao uso de cadeira de rodas no início da adolescência.



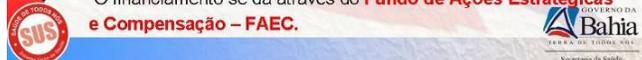
A evidência atual sobre o benefício terapêutico da ventilação mecânica não-invasiva para portadores de doenças neuromusculares é consistente, sugerindo alívio dos sintomas de hipoventilação crônica em curto prazo, aumento de sobrevida e melhora da qualidade de vida, para tanto se faz necessário avaliação e indicação adequada, com base em critérios específicos constante no anexo I da Portaria SAS/MS nº 370/2008.



Marco Legal

- Portaria GM/MS nº 1.370. 06/2008 que institui no âmbito do SUS, o **Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares**
- Portaria SAS/MS nº 370/08 que regulamenta a organização e implantação do Programa, define o **rol de doenças** a serem contempladas, estabelece **critérios técnicos de implantação** do Programa e da Assistência Ventilatória aos Portadores de Doenças Neuromusculares e **inclui no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS**, os procedimentos de **Avaliação e Acompanhamento Domiciliar** de paciente com doença neuromuscular submetido a ventilação mecânica não invasiva e **Instalação/Manutenção de Ventilação domiciliar não invasiva**

O financiamento se dá através do **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC**.



ORGANIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NÃO INVASIVA AOS PORTADORES DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES

- **cadastrar as pessoas** portadoras de doenças neuromusculares definidas no Anexo I da Portaria SAS/MS 370/2008 e identificar aqueles pacientes em que a utilização de ventilação nasal intermitente de pressão positiva esteja indicada;
- **Identificar e cadastrar dos serviços** de saúde aptos a realizar a manutenção e acompanhamento domiciliar destes pacientes e a viabilização da manutenção e acompanhamento domiciliar dos pacientes.
- **Estabelecer fluxos** e mecanismos de referência e contra referência;
- Realizar o **acompanhamento, controle, avaliação e auditoria** que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas no Programa.

Informou ainda que esse atendimento domiciliar não necessariamente precise ser por uma equipe de internação domiciliar. A própria unidade de saúde da família de onde a pessoa é residente pode fazer esse acompanhamento.

PROPOSTA DE REDE

No âmbito hospitalar:

- Credenciamento/habilitação de 02 unidades hospitalares:
Hospital Otávio Mangabeira - HOM, unidade indicada para a referência estadual no atendimento aos portadores desta patologia.
HUPES, por ser hospital escola e já possuir ambulatório de doenças neuromusculares.
Além desses, sugere-se os Hospitais Referência de Macro Regionais com implantação de serviços especializados nas Macro-Regiões, incluindo a oxigenoterapia.

Critério de escolha dos serviços

- Serviço que disponha, como responsável técnico, médico pneumologista (médico com título de especialista em pneumologia, sendo que a habilitação pode ser comprovada por certificado de Residência Médica reconhecida pelo Ministério da Educação - MEC, título de especialista da Associação Médica Brasileira - AMB - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia ou registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina) e pessoal técnico habilitado ao manuseio/manutenção do equipamento previsto para uso no Programa; e
- Preferencialmente ser serviço público e, na sua indisponibilidade, serviços de caráter filantrópico e hospitais Universitários e de Ensino;

Disse que não pactuação, mas optou em trazer essa proposta porque cada município, principalmente os municípios plenos, em comando único, podem organizar redes de atenção às pessoas com doenças neuromusculares em seu município, e fazerem o credenciamento de serviços. Completou ainda que, se tivermos pelo menos um serviço de referência na macrorregião já dá uma quantidade bem razoável de atendimentos, e se consegue expandir a rede para o atendimento dessas pessoas.

FLUXO PARA HABILITAÇÃO: definido na portaria

- Uma vez identificados os serviços, os mesmos deverão ser submetidos a vistoria in loco pelo respectivo gestor e, estando aptos, sua indicação deverá ser formalizada junto à Comissão Intergestores Bipartite/CIB, a quem cabe aprovar a referida indicação.
- Aprovada a indicação pela CIB, o gestor deverá encaminhar a documentação abaixo listada ao Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, para fins de análise e habilitação do serviço:
 - Ofício do Gestor favorável ao credenciamento/habilitação;
 - Cópia da Resolução CIB aprovando o credenciamento/habilitação;
 - Relatório de Vistoria do gestor;
 - Indicação do responsável técnico, e equipe complementar; e
 - Informações sobre impacto financeiro.

PROPOSTA DE REDE

No âmbito ambulatorial

- Ambulatório/Escola de Doenças Neuromusculares do Hospital Universitário Edgar Santos – HUPES e
- 09 (nove) Unidades Ambulatoriais da Rede Estadual de Assistência às Pessoas com Deficiência Física, localizadas nos municípios de Salvador, Vitória da Conquista, Juazeiro, Itabuna, Ilhéus, Jequié, Teixeira de Freitas, Itaberaba e Barreiras.
- Os serviços da referida Rede estão aptos para atender os usuários com Doenças Neuromusculares já diagnosticadas ou em fase de suspeita diagnóstica quando aparecem os primeiros sintomas de perdas funcionais/motoras. Estes serviços tem capacidade instalada para ofertar suporte familiar, aconselhamento, apoio psico-social, redução de perdas funcionais, treino de Atividades da Vida Diária (AVD) e concessão de meios auxiliares de locomoção.

Dra. Débora do Carmo ressaltou a importância desse fluxo para habilitação, dizendo mais uma vez que a portaria é de difícil implementação, principalmente para o nosso Estado, que não tem uma provisão muito grande de especialistas, mas é possível de ser feito, e o município que já tiver condição, a DAE está fazendo a compatibilização dos serviços que são habilitados para atendimento em neurologia daqueles que tem pneumologista junto, porque as pessoas que tem distrofia muscular normalmente também passam pelos serviços de alta complexidade em neurologia, e isso facilita a identificação, e também o

665 acompanhamento desses pacientes. Em relação a proposta da rede no âmbito ambulatorial, aos serviços da referida rede que
 666 estão aptos para atender aos usuários com Doenças Neuromusculares já diagnosticadas, ou em fase em que aparecem os
 667 primeiros sintomas, disse que uma vez que são doenças progressivas e atingem a mobilidade, as pessoas são acompanhadas
 668 nesse serviço de reabilitação para retardamento da progressão da doença, e depois oferecimento de órtese e prótese que
 669 forem necessárias.

670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695
696
697
698
699
700
701
702
703
704
705
706
707
708
709
710
711
712
713
714
715
716
717
718
719
720
721
722
723
724
725



Salientou que atualmente, os municípios acabam tendo que cumprir com a portaria, sendo o município de Salvador um deles, e oferecendo o suporte ventilatório as pessoas que necessitam, sendo que esse suporte tem saído por meio de liminares, e o município acaba arcando com o custo, sem ter ajuda ou recurso federal, portanto, é importante conhecer a portaria, e fazer a habilitação do serviço porque existe recurso e é extra-teto através do Fundo de Ações Estratégicas. Finalizou informando que não é para ser submetida a aprovação pois é apenas apresentação da portaria, disse que a DAE e a DGC estão trabalhando no desenho da rede, e espera poder contribuir com os municípios, mas considerou importante que os municípios também se apropriem da portaria e tragam para a CIB a proposta de habilitação do serviço para atendimento às pessoas com doenças neuromusculares. Em seguida, a palavra foi passada à Dra. Stela Souza, que iniciou parabenizando à DGC, e disse que essa sai na frente em auxiliar os municípios, e disse que isso vem acontecendo, as demandas judiciais vem acontecendo, os municípios estão tendo que arcar, inclusive, sem ter nenhuma orientação e nenhum respaldo, e já que existe o recurso FAEC, e, conforme já afirmara anteriormente, os municípios estão falidos, e é essa a hora para buscarem todos os recursos necessários para dar suporte aos seus usuários, porque é preciso. Dra. Stela Souza disse que entende que a apresentação feita por Dra. Débora do Carmo é apenas uma proposta que ainda vai entrar em discussão, que ainda vai ser apresentada na CIB para aprovação, e que gostaria de saber exatamente como se daria a divisão por macro, como se daria, ter um tisiologista ou pneumologista em uma macro, como vai dar conta dos municípios, enfim, qual a proposta em relação aos municípios, levar os pacientes para ser atendido no município sede de macro, por exemplo, levar um paciente em uma situação grave de Jequié para Itabuna, Chorrochó levar para Paulo Afonso, questionou como seria isso. Dra. Débora do Carmo assumiu a palavra, e disse que é exatamente esse desenho que está discutindo, porque a portaria coloca como um dos únicos critérios, que haja pneumologista no hospital de referência como responsável técnico. Disse que a pessoa quando começa a precisar de suporte ventilatório geralmente já está em um estagio no qual ela já vem sendo acompanhada por algum serviço, ou pessoa com deficiência, ou um serviço hospital. Normalmente, essa pessoa já encaminhada para um pneumologista porque é progressiva, então, progressivamente ela começa a perder a capacidade respiratória por comprometimento do controle da musculatura, e ela já precisa do serviço. Disse que acredita que o cadastramento será uma das partes mais fáceis por conta disso, não existe uma pessoa com transtorno neuromuscular que não procure um serviço de saúde hospitalar, pois é necessário. Informou ainda que esse acompanhamento ainda não está detalhado, e é isso que como esse acompanhamento não está detalhado na portaria, a mesma não detalha o cuidado, e é esse fluxo que vamos precisar estudar com especialistas, disse que já está com um pessoal da câmara técnica de neurologia, mas a DAE está identificando alguém da área de pneumologia para ajudar nessa construção, e até montar um protocolo para identificação, para inserção no programa tem que passar por um hospital que tem que ter um pneumologista. Disse que uma vez inserido no programa, a idéia é que a pessoa em casa seja assistida ou pela equipe de saúde da família ou pelo NASF, então, os CBOs que constam na portaria são diversos, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfim, todos os profissionais de equipe de saúde da família, por isso ainda não é para aprovação, porque esse detalhamento ainda vai ser discutido, e a DGC está chamando os municípios que já tem conhecimento de pessoas com doença neuromuscular para ajudar na organização dessa rede. Explicou que quando fala que a proposta por macro é no mínimo, é no mínimo que o hospital de referencia macrorregional tenha a capacidade de atendimento, obviamente, se algum município tem pneumologista no hospital municipal, é muito melhor, ele pode ser habilitado para prestar o serviço. 1.3 Linha do Cuidado em Saúde Bucal para pessoas com necessidades especiais. Dra. Débora do Carmo informou que também era uma proposta para implantação, e como era preliminar, não estava para aprovação.

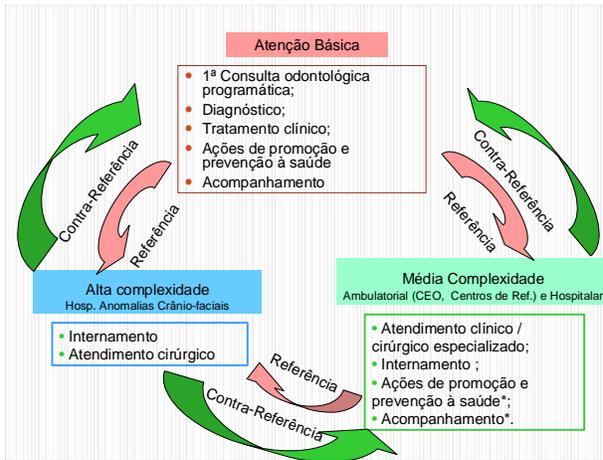
Linha do Cuidado em Saúde Bucal para Pessoas com Necessidades Especiais

- Proposta para implantação -

Pessoas com Necessidades Especiais

“Todo aquele que apresenta desvios de normalidade de ordem física, mental, sensorial, de comportamento e crescimento, tão acentuadas, a ponto de não se beneficiar de programas rotineiros de assistência”

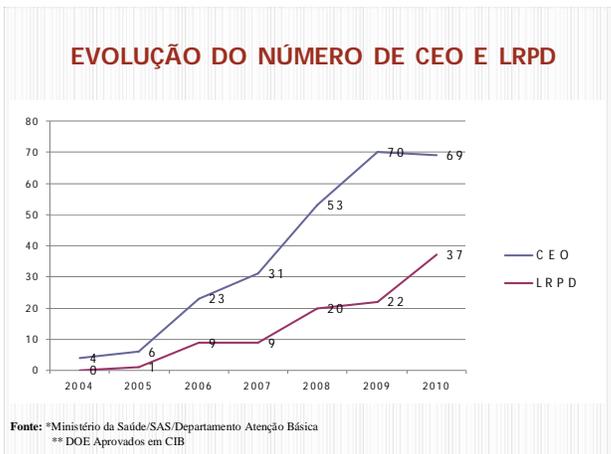
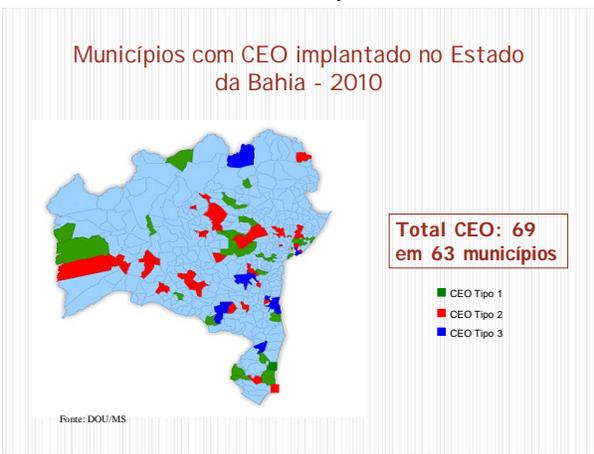
MS, SNAS, CNSB, 1992



Saúde Bucal no Estado da Bahia

- Até outubro de 2010, encontram-se implantadas no Estado 1.818 ESB, um incremento de 38% se comparado ao ano de 2006, onde tinham 1.320 equipes implantadas;
- Participação de 352 profissionais de nível superior e nível médio em cursos e oficinas abordando temáticas como a Política de Saúde Bucal na Atenção Básica, a Saúde Bucal no SUS.

Dando seguimento a apresentação, Dra. Débora do Carmo explicou que o objetivo é a conformação da rede nos vários pontos de atenção, mostrando que ele não está construído de forma piramidal, ou hierárquica justamente para dar uma idéia de que o atendimento tem que estar em toda a rede. Informou ainda que, no caso da média complexidade para pessoas com necessidades especiais, algumas necessidades, por exemplo, transtorno mental grave, algumas patologias de comportamento, ou de deficiência física necessitam de atendimento hospitalar, mesmo que para procedimentos de baixa complexidade, porque necessitam de anestesia ou sedação.



Informou que o CEO tem também a responsabilidade de atender pessoas com necessidades especiais, sendo que o para acima mostra a cobertura no Estado. Quando a evolução do número de CEO e LRPD, disse que era importante os municípios se soubessem que não é necessário implantar o LRPD próprio, mas ele pode também credenciar serviços para fazer próteses dentária.

726
727
728
729
730
731
732
733
734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774



Marcos legais

Portaria nº. 1.032/GM de 05/05/2010 - Inclui na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, o procedimento a seguir descrito voltado aos pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar.

Portaria MS - GM nº. 599 de 23/03/06 - Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

Portaria MS - GM nº. 600 de 23/03/06 - Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas.

Portaria GM/MS nº.1060 de 05/06/2002 - Define a Política Nacional da Pessoa com Deficiência.



Portaria nº. 1.032/GM de 05/05/2010

Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar.

775
776
777
778
779
780
781
782
783

Dra. Débora do Carmo informou que existe também portaria que estabelece o atendimento as pessoas com necessidades especiais com recurso específico para isso, também da FAEC. Disse que há um problema no atendimento a pacientes com necessidades especiais, por exemplo, nos casos de autistas que são crianças que tem dificuldades com relacionamento, portanto é difícil o profissional conseguir fazer o atendimento, às vezes precisam de sedação, de atendimento hospitalar. Ou exemplo são as pessoas com paralisia cerebral, que trancam a boca, que é difícil também de atender, e as vezes precisam de sedação para fazer o atendimento, e essas pessoas, atualmente, efetivamente não estão conseguindo ser atendidas na nossa rede, e isso é um problema sério porque problemas dentários causam outros problemas, inclusive graves, como endocardite bacteriana, que é infecção nas válvulas cardíacas.



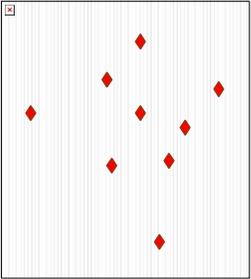
ANEXO

Procedimento	04.14.02.041-3 - TRATAMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS.
Descrição	Consiste em procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.
Origem	Novo
Complexidade	MC - Média Complexidade
Modalidade	02 - Hospitalar, 03 - Hospital Dia
Instrumento de Registro	03 - AIH (Proc. Principal)
Tipo de Financiamento	04 - Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC)

Caracterização da Rede

Bahia

- População: 2.046.326 pessoas com Deficiências (Censo 2000);
- **Meta Estadual - pelo menos 01 serviço por macrorregião (AB, MC e AC) ?**



784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800
801
802
803
804
805
806
807
808

Caracterização dos Serviços

- Espaço físico adequado, atendendo a Legislação Sanitária vigente (**Portaria nº. 3.128/08**) ?
- Equipamentos específicos para a assistência odontológica;
- Equipe multiprofissional especializada;
- Atendimento integral, conforme suas necessidades;
- Demanda regulada preferencialmente pela Central de Regulação.

Linha do Cuidado em Saúde Bucal para Pessoas com Necessidades Especiais

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO

- Considerando que a proposta do Ministério da Saúde é de expansão da rede nacional de Assistência às Pessoas com Deficiências;
- Considerando as demandas desse segmento populacional de serviços odontológicos;
- Considerando que a expansão implica a conseqüente alteração da área de abrangência dos atuais Centros de Especialidades Odontológicas.

Disse que, em relação a equipe multiprofissional especializada, além da equipe de odontologia, médico e técnico de saúde bucal e auxiliar de saúde bucal, o anestesista, quando necessários, e as especialidades odontológicas, disse que isso pode ser feito também em parceria com centros de especialidades odontológicas. Em relação a Demanda regulada preferencialmente pela Central de Regulação, disse que isso, independente da necessidade, tem que haver a inclusão da atenção básica, porque

809
810

a população está naquela região e precisa ser assistida, o centro de especialidade odontológica que é a porta de entrada, inclusive para atendimento de pessoas com necessidades especiais.

Linha do Cuidado em Saúde Bucal para Pessoas com Necessidades Especiais

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO

- Garantir assistência odontológica para as Pessoas com necessidades especiais nos três níveis de atenção;
- Destinar recursos para implantar, ampliar e priorizar assistência odontológica especializadas nas macros regiões administrativas;
- Ampliar o atendimento domiciliar garantindo equipamentos necessários de forma a assegurar a atenção integral e integrada da pessoa com deficiência.

Sugestão de implantação das redes macrorregionais de atendimento odontológico para pessoas com deficiência

MACRORREGIAO	MUNICIPIO	HOSPITAL
LESTE	Salvador	Hospital Roberto Santos* Hospital Juliano Moreira**
CENTRO-LESTE	Feira de Santana	Hospital Lopes Rodrigues** Hospital Cláriston Andrade*
SUDOESTE	Vitória da Conquista	Hospital Geral de Vitória da Conquista*
NORDESTE	Alagoinhas	Hospital Regional Dantas Bião*
NORTE	Juazeiro	Hospital Regional de Juazeiro*
OESTE	Barreiras	Hospital do Oeste em Barreiras*
SUL	Ilhéus	Hospital Geral Luis Viana Filho*
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas*
CENTRO NORTE	Jacobina	Hospital Regional Vicentina Goulart*

*Implantação do serviço; **ampliação / organização da demanda

811
812
813
814

Informou ainda que se pensa no destrinchar da proposta também no atendimento domiciliar às pessoas acamadas, que é outra ordem de pessoas com necessidades especiais, e acabam não sendo contempladas com a instituição dos serviços hospitalares.



Linha do Cuidado em Saúde Bucal para Pessoas com Deficiência

Diretoria Gestão do Cuidado - DGC

Débora do Carmo - Diretora
E-mail: gestao_cuidado@gmail.com

Área Técnica de Saúde Bucal

Dilma Santa Bárbara Gusmão
Julie Eloy Kruschewsky
Luiz Fernando Alencar
Márcia Brandão
Mª de Fátima Varela
Odione de M. C. M. Gonzalez
Rosa Esther Magalhães
Sandra Mª Ferraz Mello

Contatos: (71) 3115-4382/4284
Site: www.saude.ba.gov.br/sbucal
E-mail: sesab.sbucal@saude.ba.gov.br
sesab.sbucal@gmail.com

815
816
817
818
819
820
821
822
823
824
825
826
827
828
829
830
831
832
833
834
835
836
837
838
839
840
841
842

Dra. Débora do Carmo finalizou a apresentação e disse que gostaria de pedir ao COSEMS para fazer uma nova indicação e a recomposição da câmara técnica de saúde bucal, para que já possamos iniciar o ano fazendo o detalhamento do programa, e organização da proposta da rede de cuidado. Dando seqüência, Dr. Jorge Solla explicou para Débora do Carmo e para os presentes que o Hospital Regional Vicentina Goulart, de Jacobina, não é público e nem regional, na verdade é filantrópico, o público municipal está sobre gerência do município, que foi um filantrópico que foi municipalizado é o outro hospital. Em seguida, a palavra foi passada a Dra. Stela Souza, que informou que, a título de contribuição e adiantamento dos processos, solicitou que Débora do Carmo encaminhasse para o COSEMS para que o mesmo encaminhe para os secretários, para que já começassem a avaliar a proposta, e fazer contribuições. Débora questionou que não era em substituição a proposta da recomposição da câmara técnica. Dra. Stela Souza explicou que a câmara técnica, Débora do Carmo estava se referindo a Saúde Bucal, e na verdade, Dra. Stela estava se referindo a última e as outras propostas apresentadas, que elas fossem encaminhadas ao COSEMS para que o mesmo possa dar alguma contribuição. Disse ainda que, quanto a câmara técnica, estava aguardando da presidente do COSEMS, para verificar se iria ser definido imediatamente ou em outro momento em alguma reunião do COSEMS. O que ocorrer. 1.1 Proposta de calendário de reuniões da CIB para 2011. Dr. Jorge Solla questionou se alguém tinha alguma observação. Houve algum questionamento sobre a reunião da CIT de janeiro, e o Dr. Jorge Solla fez a observação que, de acordo com o calendário, a primeira reunião da CIT em 2011 será realizada em 24 de fevereiro. Aprovado. O Secretário continuou, e informou que adicionado o seguinte item no que ocorrer: Transferência temporária do teto MAC do município de Lapão referente à Clínica Cirúrgica para o município de Irecê pelo período de seis meses, o motivo é a reforma no Hospital Municipal Luís Eduardo Magalhães, acordado entre os secretários, aprovado no último CGMR, recurso no valor de R\$ 9.128,43 (nove mil cento e vinte e oito reais e quarenta e três centavos) por mês, equivalente a 22 AIHs mês. O Secretário questionou se alguém tinha alguma observação, e a palavra foi passada a Mariana da DIPRO, que informou que recebeu o pedido e até faz questão de dizer que bom que os secretários estão tendo essa postura, que no caso, o município de Lapão não podendo atender a clínica cirúrgica que procurou para transferir o que tem na programação da PPI deles para o município de Irecê, foi encaminhada a discussão pelo CGMR, que aprovou, e para poder fazer a tramitação no teto que vai da competência Janeiro, vamos precisar da Resolução da CIB para poder encaminhar para a CIT. **Aprovado.** Em seguida, o Secretário passou a palavra para Dra. Suzana Ribeiro, e a mesma iniciou sua fala informando que pela manhã saíram as homologações de algumas Resoluções ad referendum referente a projetos de emenda, e a tarde o município de Juazeiro

843 entrou em contato informando que tinham ficado duas pendências que foram uma emenda parlamentar de equipamento para
 844 Maternidade Municipal, Policlínica e CERPRIS, a proposta nº. 111456150001/10.001 no valor de R\$ 619.000,00 (seiscentos e
 845 dezenove mil reais), e uma outra emenda parlamentar no valor de R\$ 82.800,00 (oitenta e dois mil e oitocentos reais), de
 846 equipamento para Unidade Básica de Saúde, com a proposta nº. 139156320001/09.011. Disse que essas duas propostas são
 847 de Juazeiro, e o município está solicitando aprovação porque o Ministério está dependendo da Resolução CIB, como hoje
 848 entraram algumas em ad referendum, a CIB já havia pactuado anteriormente que as resoluções referentes a emendas
 849 parlamentares, projetos e convênios poderiam estar sendo encaminhadas, sendo isso já recorrente, e tem saído ad
 850 referendum. Disse que o projeto é do município de Juazeiro, o município tem comando único, é projeto de equipamento para
 851 unidade de saúde, unidade básica e unidade especializada, e disse que não vê necessidade de remeter para a área técnica
 852 para depois emitir uma resolução, disse que isso não cria nenhuma aresta, porque, já fizemos isso com outros serviços, com
 853 outros municípios sem ser necessário passar para a área técnica. A palavra foi passada a Sra. Katy Barcelos Rodrigues,
 854 Secretária de Saúde de Uibaí. A mesma saudou a todos, e iniciou informando que o seu município entrou no estudo para
 855 viabilização da HPP, disse que esteve na DAE e recebeu a informação de que estava aguardando para entrar em pauta na
 856 CIB, para poder fazer os tramites legais para passar seu hospital municipal para a HPP. Questionou se tem uma previsão de
 857 quando isso entraria na pauta da CIB. EM seguida a palavra foi passada ao Sr. José Heron, Secretário de Saúde de Teodoro
 858 Sampaio. O mesmo iniciou agradecendo à Deus pelo ano de 2010, disse que foi um ano muito difícil, e disse se dirigindo a Dr.
 859 Jorge Solla, que espera que este último, permaneça na SESAB em 2011, e disse que queria deixar um recado para o
 860 Governador do Estado, Dr. Jaques Wagner, e para a Presidente eleita, Dra. Dilma Rousseff, que se houvesse de retirar o
 861 Secretário de Saúde, Dr. Jorge Solla da SESAB, que fosse para o Ministério da Saúde. Desejou ao Secretário saúde e paz
 862 para ele para sua equipe pelo trabalho realizado, e disse que acredita como gestor de município, nunca houve uma gestão
 863 estadual de saúde tão humilde e comprometida com todos os municípios, desde o menor até o maior, e realmente construindo
 864 um sistema de saúde mais justo. Reforçou que espera que o Dr. Jorge Solla permaneça na gestão da SESAB nesse novo
 865 mandato do Governo do Estado. Dando seguimento, Dra. Suzana Ribeiro assumiu a palavra e disse que existia algo bastante
 866 desagradável, disse que gostaria que o Sr. Antônio estivesse presente, e disse que era importante informar a esta assembléia
 867 que estava acontecendo algumas coisas que nos chama à responsabilidade de ter juízo definitivamente para fazer uma chapa
 868 de composição. Disse que não podemos permitir que qualquer tipo de disputa. Explicou que a CIB não é o espaço para colocar
 869 esse tipo de informação, mas, que ia fazê-lo pois é algo que está reverberando, e que não tem cabimento que a gente permita
 870 que isso aconteça. Disse que estamos tendo problemas desnecessários que estão reverberando em outras questões. Disse
 871 que teve uma comissão no dia anterior para avaliar as contas do COSEMS. Disse que acharam por bem chamar um contador
 872 para ajudar a avaliação, porque tiveram dificuldades. Continuou informando que cometeram um equívoco porque não passou
 873 pela assembléia, a comissão é de secretários, e aí veio um contador externo, ligado à Fundação, que não tem nada a ver,
 874 então isso acaba expondo todos nós, Fundação, COSEMS, sem necessidade, porque estamos em um momento delicado,
 875 disse que acabou de conversar com a equipe, com os secretários que estavam lá, e pediram ao contador para sair, por uma
 876 questão simples, de que não passou pela assembléia, poderia ser ele desde que a assembléia tivesse referendado. Ressaltou
 877 que estava colocando essa questão, disse que não ia colocar, conversou com Antônio sobre isso, com Fabiano, com Zé Carlos
 878 e com Almir. Só que quando chegou na reunião, já estava rodando uma história de que havia outras intenções em retirar o
 879 contador, não por eles. Disse que não havia cabimento para o acontecimento dessas coisas, disse que esse tipo de atitude
 880 fragiliza o COSEMS, a comissão em nenhum momento teve intenção de fazer outra coisa que não fosse ajudar, fez um
 881 equívoco muito grande que foi trazer uma pessoa sem passar pela assembléia, que não é gestor. Disse que colocamos aqui
 882 que, quando tem equipe técnica que se forma dentro da SESAB para avaliar os encaminhamentos, sempre tivemos o cuidado
 883 de autorizar pela assembléia se podia mandar técnicos ou não, o GT PPI é testemunha disso, a decisão de vir técnico ou não é
 884 remetida à assembléia. Disse que, para evitar maiores transtornos, vamos ter tranquilidade, porque isso envolve as relações
 885 internas do COSEMS, envolve a condução do COSEMS pelos próximos dois anos. Assumindo a palavra, Dr. Jorge Solla pediu
 886 que essa discussão não fosse feita nesse momento, porque cabe ao COSEMS, na assembléia dos secretários municipais de
 887 saúde, após a CIB, entrarem nessa discussão. Depois questionou se tinha mais algum ponto do que ocorrer para a CIB, e a
 888 palavra foi passada a Sra. Marília Fontoura. Sra. Marília propôs que o Estado, como tendo assento na Fundação, visse quais
 889 são os critérios que estão sendo utilizados para contratação de pessoal para a Fundação, porque acha que um profissional que
 890 se dispõe a esse tipo de papel, de querer intervir em um processo de eleição do COSEMS não é um profissional tão ético,
 891 portanto disse que queria pedir ao Estado que reveja essa questão dos profissionais que estão sendo contratados pela
 892 Fundação. Dr. Jorge Solla finalizou a reunião agradecendo a todos os presentes na reunião, por mais um ano de trabalho
 893 conjunto, parabenizou a todos os Secretários Municipais de Saúde pela gestão que tem desenvolvido, e desejou a todos que
 894 possamos continuar contribuindo com o Sistema Único de Saúde, a cada dia fortalecendo mais ele. Desejou a todos um feliz
 895 natal e próspero ano novo. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, marcando a próxima
 896 reunião ordinária para o dia 20 de janeiro, quinta-feira pela tarde, no Auditório da União dos Municípios da Bahia - UPB. Não
 897 havendo mais o que tratar, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos Senhores
 898 Membros, após lida e aprovada. Salvador, 07 de dezembro de 2010.

899
 900 Jorge José Santos Pereira Solla _____
 901 Suzana Cristina Silva Ribeiro _____
 902 Suplente: Raul Molina Moreira Barrios _____
 903 Lorene Louise Silva Pinto _____
 904 Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____
 905 Suplente: Washington Luiz Abreu de Jesus _____
 906 Andrés Castro Alonso Filho _____
 907 Suplente: Eduardo José Farias Borges dos Reis _____
 908 Washington Luis Silva Couto _____
 909 Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

- 910 José Saturnino Rodrigues _____
- 911 Suplente: Marília Santos Fontoura _____
- 912 Kátia Nunes Barreto de Brito _____
- 913 Stela dos Santos Souza _____
- 914