

3 Aos vinte e cinco dias do mês de abril do ano de dois mil e treze, na União dos Municípios da Bahia – UPB, no Centro
4 Administrativo da Bahia, deu-se início a reunião com as presenças dos Senhores Membros da CIB, Dr. Jorge José Santos
5 Pereira Solla – Secretário da Saúde e Coordenador da CIB, Raul Moreira Molina Barrios, Presidente do COSEMS e
6 Coordenador Adjunto da CIB, Suzana Cristina Silva Ribeiro, Gisélia Santana Souza, Andrés Castro Alonso Filho, Ivonildo
7 Dourado Bastos, Joseane Mota Bonfim e dos Suplentes: Stela dos Santos Souza, José Raimundo Mota de Jesus, Washington
8 Luiz Abreu de Jesus, Alfredo Boa Sorte Júnior, Telma Dantas Teixeira de Oliveira, Fabiano Ribeiro dos Santos, e Aldecy de
9 Almeida Bezerra Silva. Às 14 horas, havendo número legal, o Senhor Coordenador declarou aberta a sessão, colocando em
10 discussão e aprovação a Ata da 210ª Reunião Ordinária da CIB que foi encaminhada aos membros anteriormente por e-mail.
11 **A Ata foi aprovada à unanimidade.** Em seguida, efetuou a leitura dos expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da
12 CIB para informes: **1.1** Até esta data **01** município ainda **não** encaminhou o **Relatório de Gestão 2007** para a CIB e não
13 apresentou justificativa (Buerarema); **1.2** Até esta data **06** municípios **não** encaminharam **Relatório de Gestão 2008** aprovado
14 pelo CMS para as DIRES e não apresentaram justificativas (Caldeirão Grande, Candiba, Jucuruçu, Lamarão, Marau e Santa
15 Luzia); **1.3** **40** municípios **não** encaminharam (**9,59% dos municípios**) **Relatório de Gestão 2009 para as DIRES**; **1.4** **80**
16 municípios **não** encaminharam (**19,18%**) **Plano Municipal de Saúde 2010-2013 para as DIRES**; **1.5** **271** municípios **não**
17 encaminharam (**64,99% dos municípios**) **Programação Anual de Saúde 2010 para as DIRES**; **1.6** **132** municípios **não**
18 encaminharam (**31,65% dos municípios**) **Relatório de Gestão 2010 para as DIRES**; **1.7** **268** municípios **não** encaminharam
19 (**64,27% dos municípios**) **Programação Anual de Saúde 2011 para as DIRES**; **1.8** Conforme **Relatório do SARGSUS/MS**,
20 **245** municípios estão com o **Relatório de Gestão de 2011 aprovados (58,75%) pelo CMS**, 10 aprovados com ressalva
21 (2,4%), **1 não aprovado (0,24%)**, 3 foram solicitados ajustes (0,72%), **83 estão em apreciação pelo Conselho Municipal de**
22 **Saúde (19,90%) e 75 estão sem informação (17,99%)**; **1.9** O Ministério da Saúde encaminha cópia da publicação dos Termos
23 de Ajuste Sanitário – TAS dos Municípios de Governador Mangabeira e Boa Nova; **1.10** Informe sobre o Programa Requalifica
24 UBS; **1.11** Realizada reunião entre SESAB, SMS de Mata de São João e APMI de Pojuca, para discussão da dissolução de
25 continuidade de atendimento à população de Pojuca devido à suspensão do contrato entre as partes, tendo como resultado
26 assinatura de novo contrato; **1.12** A Auditoria do SUS informa que os relatórios de auditorias realizadas nas SMS de Nova
27 Redenção, Presidente Jânio Quadros e Iraquara (referentes ao CEO), encontram-se disponibilizados nos links abaixo e
28 encaminha a cópia do parecer de reconsideração da Auditoria nº 1301, da SMS de Itabuna:
29 www.saude.ba.gov.br/auditoria/AUDITORIA/SMS_presidente_janio_quadros_atv1577.pdf,
30 www.saude.ba.gov.br/auditoria/AUDITORIA/SMS_nova_redencao_atv1622.pdf
31 www.saude.ba.gov.br/auditoria/AUDITORIA/sms_iraquara_ceo_atv676.pdf.

32 Raul registra a importância da Reunião ampliada da Reunião do COSEMS sob condução de Stela. Sra. Fátima Almeida, Conselheira do
33 Conselho Estadual de Saúde – CES parabeniza os novos gestores e convida a todos para participação da nova Plenária do
34 CES. O Secretário informa que o Ministério da Saúde publicou nova Portaria de Remanejamento sobre Terapia Renal
35 Substitutiva – TRS, porém com erro no valor estabelecido para o Estado, o que será comunicado ao mesmo para correção.

36 2. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
064/2013	26.03.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Eunápolis e Chorrochó
065/2013	26.03.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Eunápolis
066/2013	26.03.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Eunápolis, Lapão, Itapetinga, Chorrochó, Santo Antonio de Jesus e Pé de Serra.
067/2013	26.03.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição dos municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Medeiros Neto.
068/2013	04.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o recebimento do valor referente à segunda parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para UPA do Município de Camaçari, conforme recomendação da Portaria Nº 1.020/09 do GM/MS. Republicada por ter saído com incorreção.
069/2013	04.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o recebimento do valor referente à segunda parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para UPA do Município de Catu, conforme recomendação da Portaria Nº 1.020/09 do GM/MS. Republicada por ter saído com incorreção.
073/2013	02.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Santana e Lauro de Freitas.

074/2013	02.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Conceição da Almeida.
075/2013	02.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde - Componente Ampliação. Itatim.
077/2013	03.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Cardiovascular do Hospital IBR – Instituto Brandão do Município de Vitória da Conquista - Ba.
078/2013	03.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a habilitação em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurologia do Hospital IBR – Instituto Brandão do Município de Vitória da Conquista - Ba.
080/2013	04.04.2013	Revoga as Resoluções CIB Nº 364 e 365/2013.
083/2013	11.04.2013	Aprova, <i>ad referendum</i> , o recebimento do valor referente à segunda parcela do repasse financeiro do Ministério da Saúde para a UPA do município de Salvador, conforme recomendação da Portaria GM/MS nº 1020/2009.
084/2013	11.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Presidente Tancredo Neves.
085/2013	11.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. São José da Vitória, Quixabeira, Seabra, Nazaré, Jequié e Belo Campo.
086/2013	11.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Catu e Belo Campo.
087/2013	11.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à terceira parcela da construção de Pólos de Academia da Saúde. Abaré e Barra.
089/2013	13 e 14.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET - Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
090/2013	13 e 14.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET- Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Universidade Estadual Santa Cruz, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus, Secretaria de Municipal de Saúde de Itabuna e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
091/2013	13 e 14.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET - Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Feira de Santana e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
092/2013	13 e 14.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> o Projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Redes de Atenção à Saúde – PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde 2013/2015, da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde – <i>Campus</i> Anísio Teixeira e Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.
093/2013	18.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família, pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Abaré e Luis Eduardo.
094/2013	18.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Quixabeira, Pindobaçu, Salvador e Vera Cruz.
095/2013	18.04.2013	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Mutuípe e Ibipitanga.
096/2013	24.04.2012	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Ampliação. Bom Jesus da Serra, Terra Nova, Vereda e Santo Estevão.
097/2013	24.04.2012	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação da condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Reforma. Vera Cruz, Presidente Tancredo Neves, Pintadas e Valente.

098/2013	24.04.2012	Aprova <i>ad referendum</i> a ratificação na condição de municípios do Estado da Bahia como aptos a receberem os valores referentes à segunda parcela da construção de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família pelo Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família. Salvador e Glória.
----------	------------	--

37 Em seguida passou para os expedientes encaminhados à Secretaria Executiva da CIB para aprovação/homologação: 1.

38 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAB 1.1 Credenciamentos: - Aprovados.**

Solicitação	Especificação	Município
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Fonoaudiólogo (40h); 01 Nutricionista (40 h); 02 Fisioterapeutas (20h cada); 01 Psicólogo (40 h); 02 Terapeutas Ocupacionais de (20h cada), totalizando 200 horas.	Irará
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Nutricionistas (40h cada), 02 Assistentes Sociais (30h cada), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Psicólogo (20h), 01 Médico Ginecologista (20h), totalizando 210 horas.	Itiúba
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Educador Físico (40h), 01 Sanitarista (40h), 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando 200 h semanais.	Tapiramutá
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Psicólogo (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Professor de Educação Física (40h), 01 Farmacêutico (40h), totalizando 200 h semanais.	São Gabriel
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 01 Nutricionista (20h); 02 Fisioterapeutas (20h cada); 01 Assistente Social (30h); 02 Educadores Físicos (20h cada); 01 Farmacêutico (20h); 01 Médico Pediatra (20h); 01 Psicólogo (30h), totalizando 200h semanais.	Água Fria
	01 NASF Tipo I – Composição da Equipe: 02 Educadores Físicos (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 02 Fisioterapeutas (20h), 02 Assistentes Sociais (20h), 02 Psicólogos (20h), totalizando 200 horas.	Riacho de Santana
	02 NASF Tipo I – Composição de cada Equipe: 01 Educador Físico (40h); 01 Assistente Social (20h); 01 Psicólogo (40h); 02 Fisioterapeutas (20h cada); 01 Farmacêutico (20h); 01 Nutricionista (40h), totalizando 200h semanais.	Brumado
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Psicólogo 30h, 01 Nutricionista 30h, 01 Fisioterapeuta 30h e 01 Assistente Social 30h, totalizando 120 h semanais.	Saúde
	01 NASF Tipo II – Composição da Equipe: 01 Educador Físico 40 h, 01 Nutricionista de h e 01 Psicólogo 40 h, totalizando 120 horas.	Souto Soares
	Alteração da composição da Equipe de NASF tipo I, com substituição dos 02 profissionais Terapeutas Ocupacionais (20h cada) por 01 Farmacêutico e 01 Nutricionista (20h cada), passando a ter a seguinte composição: 01 Farmacêutico (20h), 01 Nutricionista (20h), 01 Fonoaudiólogo (40h), 02 Assistentes Sociais (20h cada), 01 Psicólogo (40h) e 01 Avaliador Físico (40h), totalizando 200 horas.	Castro Alves
	Alteração da composição e carga horária dos profissionais da Equipe de NASF tipo I, passando a ser: 01 Psicólogo (20 h); 02 Fisioterapeutas (20 h cada); 01 Nutricionista (40h); 01 Farmacêutico (40 h); 02 Avaliadores Físicos (20 h cada); 01 Assistente Social (40 h), totalizando 220 horas.	Rafael Jambeiro
	Alteração da composição da Equipe de NASF tipo II, com modificação da carga horária do profissional Psicólogo passando a ter a seguinte composição: 01 Psicólogo (20h); 01 Nutricionista (40h); 01 Assistente Social (20h); 01 Professor de Educação Física (20h) e 01 Fisioterapeuta (20h), totalizando 120 h semanais.	Jacaraci
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 02 Psicólogos (20h cada); 02 Nutricionistas (20h cada); 02 Fisioterapeutas (20h cada); 01 Terapeuta Ocupacional (20h); 01 Farmacêutico; 01 Assistente Social (20h) e 01 Educador Físico (20h), totalizando 200 horas.	Barrocas
Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Educador Físico (20h); 02 Psicólogos (20h cada); 01 Fonoaudiólogo (40 h); 01 Fisioterapeuta (20h); 01 Farmacêutico (20 h); 01 Assistente Social (20 h); 01 Nutricionista (20h); 01 Psiquiatra (20h), totalizando 200 horas.	Pé de Serra	

	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Educador Físico (20h); 01 Psicólogo (40 h); 03 Fisioterapeutas (20h cada); 02 Assistentes Sociais (20 h cada); 01 Nutricionista (40h); totalizando 200 horas.	Nordestina
	Mudança de modalidade de equipe de NASF tipo II para NASF tipo I, passando a ter a seguinte composição de Profissionais: 01 Nutricionista (30h), 02 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Psicólogo (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Farmacêutico (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Pedagogo (20h), totalizando 200 horas.	Canápolis
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I	Teolândia
	01 ESF Modalidade I – USF Casas Populares	Valente
	01 ESF Modalidade I – USF Mato Verde II	Riacho de Santana
	01 ESF Modalidade II – USF Leobino José de Souza – Lagoa Funda	Brumado
	02 ESF Modalidade II – USF Arrecife e USF Lagoa Comprida	Livramento de Nossa Senhora
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I – USF Casas Populares	Valente
	01 ESB Modalidade I – USF Leobino José de Souza – Lagoa Funda	Brumado
	02 ESB Modalidade I – USF Arrecife e USF Lagoa Comprida	Livramento de Nossa Senhora
	01 ESB Modalidade I – USF Cantinho	Urundi
	02 ESB Modalidade I – USF Ranulfo Ferreira Neves e USF Mario Alves Porfírio	Jacaraci
	03 ESB Modalidade I – USF de Cisterna	Souto Soares
Consultório na Rua	01 Equipe Consultório na Rua Modalidade I – Composição da Equipe: 01 Enfermeiro (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Agente Social (30h) e 01 Técnico de Enfermagem (30h).	Teixeira de Freitas

392.SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DIPRO/DICON/DIREG:

402.1 Aprovação, com pendências, do credenciamento/habilitação dos serviços relacionados abaixo: - Aprovados.

ESPECIALIDADE	SERVIÇO	UNIDADE	CNES	MUNICÍPIO
Traumato-Ortopedia	Unidade de Atenção Especializada em Traumato-Ortopedia	Hospital Estadual da Criança	6602533	Feira de Santana
Traumato-Ortopedia	Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia	Hospital da Bahia	3827992	Salvador
Traumato-Ortopedia	Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia	CATO - Clínica de Acidentados Traumatologia e Ortopedia - CATO	5355	Salvador
Traumato-Ortopedia	Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia	Ortofort - Clínica Ortopédica Ltda.	3870197	Salvador
Traumato-Ortopedia	Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia	Hospital Agenor Paiva	3001814	Salvador
Neurologia	Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia-Neurocirurgia do trauma e anomalias	Hospital Estadual da Criança	6602533	Feira de Santana
Neurologia	Alta Complexidade em Neurocirurgia	Hospital da Bahia	3827992	Salvador
Osteogênese	Centro de Referência de Tratamento de Osteogênese Imperfeita	Hospital Estadual da Criança	6602533	Feira de Santana
UTI Adulto tipo II	10 leitos	Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus	6414702	Santo Antonio de Jesus
UTI Adulto tipo II	10 leitos	Hospital de Medicina Humana	3791130	Candeias
UTI Adulto tipo II	05 leitos	Hospital Evangélico da Bahia	4979	Salvador

UTI Adulto tipo II	03 leitos	CATO- Clinica de Acidentados Traumatologia Ortopedia SC Ltda	5355	Salvador
UTI Adulto tipo II	08 leitos	Hospital Geral Clériston Andrade	2799758	Feira de Santana
UTI Adulto tipo II	10 leitos	Hospital da Cidade	2384582	Salvador
UTI Adulto tipo II	20 leitos	Ortofort - Clinica Ortopédica Ltda	3870197	Salvador
UTI Adulto tipo II	09 leitos	Hospital Especializado Otávio Mangabeira	0004065	Salvador
UTI Adulto tipo II	13 leitos	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	0004073	Salvador

41O Secretário pontua a necessidade de reajuste na situação dos leitos de UTI para credenciamento dos mesmos. Marta Rejane, 42Coordenadora da Regulação da SMS de Salvador, sinaliza que em breve estaria solicitando também os credenciamentos dos 43leitos dos Hospitais credenciados junto a SMS de Salvador e gostaria de já deixar aprovado ad referendum.

44**2.2** Aprovação do credenciamento do serviço relacionado abaixo: – **Aprovado.**

SERVIÇO	UNIDADE	CNES	CNPJ	MUNICÍPIO
Procedimento 29.01 Videocirurgia	Hospital Santa Izabel	0003832	15153745000249	Salvador

45**2.3** Proposta de custeio da Central Estadual de Regulação – CER, conforme Portaria 1792 de 22/08/2012, que institui Incentivo 46Financeiro de Custeio destinado a Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS. A Senhora Marta Rejane questiona 47o entendimento da SESAB com a SMS de Salvador em relação a proposta e o Secretário esclarece que a proposta é 48semelhante a que já foi aprovada da Central da SMS de Salvador e que a CER já vem funcionando a muito tempo com recurso 49estadual e como a Portaria possibilita o custeio, a SESAB apenas está solicitando o mesmo. A senhora Carla Musto esclarece 50que a proposta está de acordo com a orientação do MS. – **Aprovado.** O Secretário solicita a DIREG reunião com a SMS de 51Salvador para o repasse da contratação dos procedimentos ambulatorias hoje realizados pelo Estado para a SMS de Salvador. 52Em seguida, o Senhor Coordenador informou uma inversão de pauta e passou para o item de pactuação **2.4:** Definição do 53Hospital Ana Nery como Hospital Tutor para transplante cardíaco, adulto e pediátrico. Apresentação foi realizada por Dr. Eraldo 54Moura – SAIS/DAE/COSET, conforme segue abaixo.

Transplantes na Bahia



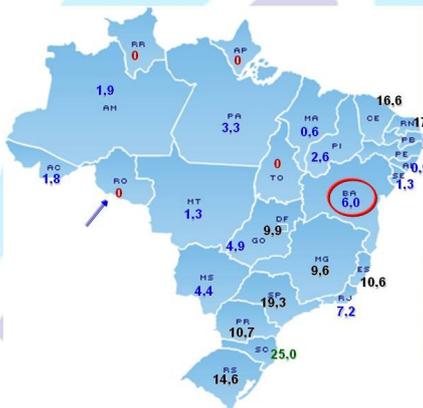
SAIS DAE COSET
Salvador 25 de abril DE 2013
mouraeraldo@gmail.com



Sistema Nacional de Transplantes

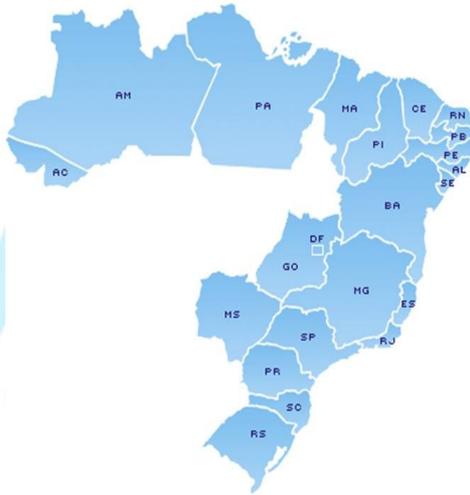
- Brasil é o maior sistema público de transplantes do mundo – 95% das cirurgias são feitas no SUS.
- SUS oferece assistência integral ao processo doação transplante através do FAEC
 - ✓ Exames preparatórios para a cirurgia;
 - ✓ Procedimento cirúrgico;
 - ✓ Acompanhamento do paciente;
 - ✓ Medicamentos pós-transplantes
 - ✓ Financiamento de todo processo de doação.

Doadores Efetivos (pmp) por Estado



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 439, DE 14 DE MARÇO DE 2011
Comitê Estratégico do M.S para Desenvolvimento de Equipes de Captação de Órgãos e Transplantes no Brasil

O Brasil do Transplante de Rim - 22 Estados



Portaria Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA nº 187/2012 de 18/09/2012
TERRA DE TODOS NÓS

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 2.172, DE 27 DE SETEMBRO DE 2012
Institui a atividade de Tutoria em Doação e Transplantes no âmbito do Sistema Nacional de Transplantes.

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde
TERRA DE TODOS NÓS

Ampliação dos transplantes no Estado

HRJ Juazeiro: Transplante renal

Hospital Tutor: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP
Dr Amaro Medeiros de Andrade

Santa Casa Vitória da Conquista: Transplante Renal

Hospital Tutor: Hospital do Rim e Hipertensão SP

Dr José Osmar Medina

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde
TERRA DE TODOS NÓS

Ampliação dos transplantes no Estado

HAN: Tx de Pulmão, Cardíaco adulto e pediátrico

HUPES: Tx Hepático Pediátrico e adulto

Banco de multitecidos (osso, pele valvas cardíaca)

HRJ Juazeiro: Tx renal

Sta Casa V. Conquista: TX Renal

HDPA Feira de Santana: Tx Renal

GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde
TERRA DE TODOS NÓS

O Brasil do Transplante de Pulmão - 4 Estados



Portaria Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA nº 187/2012 de 18/09/2012
TERRA DE TODOS NÓS

Ampliação dos transplantes no Estado

HAN: Transplante de Pulmão

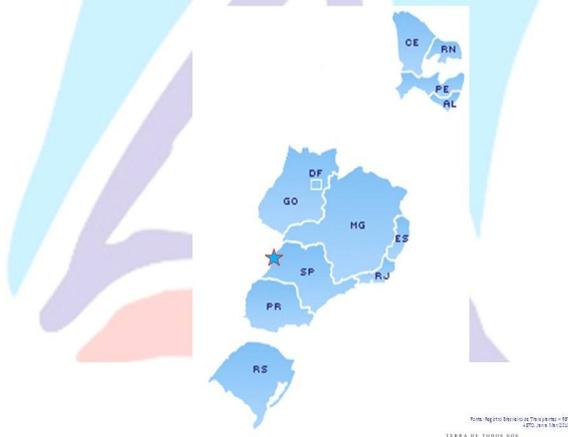
Centro Tutor: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre Hospital Dom Vicente Scherer. Pavilhão Pereira Filho RS

Dr Jose de Jesus Camargo

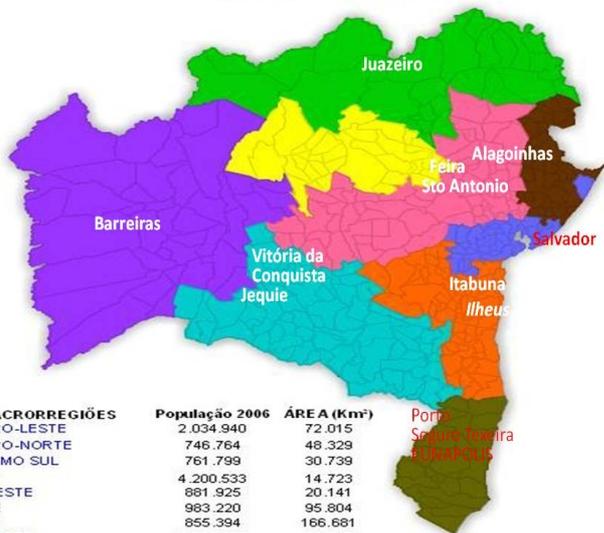
GOVERNO DA Bahia | Secretaria da Saúde
TERRA DE TODOS NÓS

86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143
144
145
146
147
148
149
150
151
152

O Brasil do Transplante de Coração - 12 Estados



MACRORREGIÕES DE SAÚDE



Ampliação dos transplantes no Estado

HAN: Transplante Cardíaco adulto pediátrico

Adulto Hospital Tutor : Hospital de Messejana CE
Dr Juan Alberto Cosquillo Mejia

Pediátrico Hospital Tutor : Instituto de Cardiologia INCOR SP
Dr Fabio Jatene



4. IMPLANTAÇÃO DE NÚCLEOS DE TRANSPLANTES EM UNIDADES PÚBLICAS



198 O Coordenador destaca que o Estado da Bahia foi o que mais ampliou oferta de transplante e parabeniza o trabalho da equipe
 199 de Dr. Eraldo. O Presidente do COSEMS também parabeniza a Equipe de Transplantes e coloca a equipe do COSEMS à
 200 disposição para apoiar a Rede de Comunicação para ampliação de transplantes. Dando seguimento, o Coordenador
 201 apresentou a proposta encaminhada à Secretaria Executiva da CIB para apresentação passando a palavra para a Diretora
 202 Sra. Maria Aparecida: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 1.1
 203 Campanha Nacional de Busca Ativa de Hanseníase e Tratamento Coletivo de Geohelmintíase.

204



Plano de ação 2011-2015

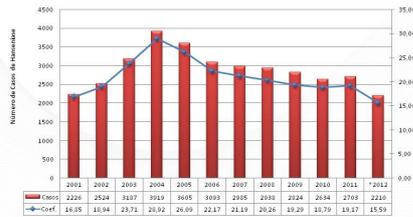
METAS

Hanseníase

- Alcançar prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes;
- Alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2015;
- Aumentar a cobertura de exames de contatos intradomiciliares para ≥ 80% dos casos novos de hanseníase até 2015;

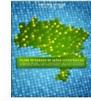


Casos Novos Detectados e Coeficiente de Detecção Geral de Hanseníase por 100.000 hab. Bahia, 2001 - 2012.



Fonte: DT Hanseníase/DV EPRES/IAS
 Dados 2008 Sinaisnet com DBF de 15_04_2009
 Dados 2009 Sinaisnet com DBF de 14_05_2010
 Dados 2010 Sinaisnet com DBF de 31_05_2011
 Dados 2011 Sinaisnet com DBF de 03_06_2012
 Dados de 2012 Sinaisnet com DBF de 04-12-2012

Parâmetros
 Hanseníase: 2401,00/100.000 hab
 Baixa Atividade: 2000/100.000 hab
 Alto: 20 → 1000,00/100.000 hab
 Médio: 10 → 2000,00/100.000 hab
 Baixo: 20/100.000 hab



Campanha Nacional de Busca Ativa de Casos de Hanseníase e Tratamento Coletivo das Geohelmintíases em Escolas de 5 a 14 anos.

205

Municípios Selecionados pelo MS para Recebimento de Incentivo Financeiro.
 Portarias: Nº 2.556, 28/10/2011, Nº 3.206, 29/12/2011 e Nº 3.208, 29/12/2011

IBGE	Município	Dires	Cluster	Macro	Região	Valor
290860	Conde	1ª		Leste	Camacari	15.000,00
292740	Salvador	1ª		Leste	Salvador	200.000,00
292860	Santo Amaro	1ª		Leste	Salvador	30.000,00
293140	Teodoro Sampaio	2ª		Centro - Leste	Feira de Santana	10.000,00
291080	Feira de Santana	2ª		Centro - Leste	Feira de Santana	60.000,00
291330	Ichu	2ª		Centro - Leste	Feira de Santana	8.000,00
292630	Riachão do Jacuípe	2ª		Centro - Leste	Feira de Santana	20.000,00
293140	Teodoro Sampaio	2ª		Centro - Leste	Feira de Santana	10.000,00
291650	Itapicuru	3ª		Nordeste	Alagoinhas	40.000,00
292970	Sátiro Dias	3ª		Nordeste	Alagoinhas	15.000,00
292410	Pedra	3ª		Nordeste	Alagoinhas	10.000,00
291050	Entre Rios	3ª		Nordeste	Alagoinhas	25.000,00
293317	Varzedo	4ª		Leste	Santo A. de Jesus	10.000,00
292250	Nazare	4ª		Leste	Santo A. de Jesus	20.000,00

Municípios Selecionados pelo MS para Recebimento de Incentivo Financeiro.
 Portarias: Nº 2.556, 28/10/2011, Nº 3.206, 29/12/2011 e Nº 3.208, 29/12/2011

IBGE	Município	Dires	Cluster	Macro	Região	Valor
290035	Adustina	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
290160	Antas	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
290265	Banzaê	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
290780	Cicero Dantas	11ª		Nordeste	Alagoinhas	20.000,00
290790	Cipó	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
291075	Fátima	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
291185	Heliópolis	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
292290	Nova Soure	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
292310	Ondina	11ª		Nordeste	Alagoinhas	16.000,00
292650	Ribeira do Amparo	11ª		Nordeste	Ribeira do Pombal	15.000,00
292660	Ribeira do Pombal	11ª		Nordeste	Ribeira do Pombal	24.000,00

206

Municípios Selecionados pelo MS para Recebimento de Incentivo Financeiro.
 Portarias: Nº 2.556, 28/10/2011, Nº 3.206, 29/12/2011 e Nº 3.208, 29/12/2011

IBGE	Município	Dires	Cluster	Macro	Região	Valor
290720	Casa Nova	15ª	6	Norte	Juazeiro	30.000,00
291840	Juazeiro	15ª	6	Norte	Juazeiro	180.000,00
292440	Pilão Arcado	15ª	6	Norte	Juazeiro	20.000,00
292600	Remanso	15ª	6	Norte	Juazeiro	30.000,00
293020	Sento Sé	15ª	6	Norte	Juazeiro	30.000,00
293077	Sobradinho	15ª	6	Norte	Juazeiro	30.000,00
293200	Uauá	15ª	6	Norte	Juazeiro	16.000,00
292140	Mirangaba	16ª		Centro - Norte	Jacobina	16.000,00
292335	Ouroândia	16ª		Centro - Norte	Jacobina	30.000,00
290685	Capela do Alto Alegre	17ª		Centro - Leste	Feira de Santana	16.000,00
292273	Nova Fátima	17ª		Centro - Leste	Feira de Santana	8.000,00
292405	Pé de Serra	17ª		Centro - Leste	Feira de Santana	16.000,00
291900	Lajedinho	18ª		Centro - Leste	Itaberaba	5.000,00
293280	Utinga	18ª		Centro - Leste	Itaberaba	15.000,00

Municípios Selecionados pelo MS para Recebimento de Incentivo Financeiro.
 Portarias: Nº 2.556, 28/10/2011, Nº 3.206, 29/12/2011 e Nº 3.208, 29/12/2011

IBGE	Município	Dires	Cluster	Macro	Região	Valor
290280	Barra da Estiva	19ª		Sudoeste	Brumado	16.000,00
290460	Brumado	19ª		Sudoeste	Brumado	30.000,00
290670	Cândido Sales	20ª		Sudoeste	Vitória da Conquista	20.000,00
291040	Encruzilhada	20ª		Sudoeste	Vitória da Conquista	15.000,00
292665	Ribeirão do Largo	20ª		Sudoeste	Vitória da Conquista	10.000,00
291130	Gentio do Ouro	21ª		Centro - Norte	Irecê	16.000,00
291310	Ibititá	21ª		Centro - Norte	Irecê	16.000,00
291915	Lapão	21ª		Centro - Norte	Irecê	20.000,00
290270	Barra	22ª	8	Oeste	Ibotirama	30.000,00
290320	Barreiras	25ª	8	Oeste	Barreiras	30.000,00
290970	Cristópolis	25ª	8	Oeste	Barreiras	16.000,00
291955	Luiz Eduardo Magalhães	25ª	8	Oeste	Barreiras	30.000,00
292045	Mansidão	25ª	8	Oeste	Barreiras	16.000,00
292840	Santa Rita de Cássia	25ª	8	Oeste	Barreiras	50.000,00
292890	São Desidério	25ª	8	Oeste	Barreiras	20.000,00

207

Municípios Selecionados pelo MS para Recebimento de Incentivo Financeiro.
 Portarias: Nº 2.556, 28/10/2011, Nº 3.206, 29/12/2011 e Nº 3.208, 29/12/2011

IBGE	Município	Dires	Cluster	Macro	Região	Valor
290390	Bom Jesus da Lapa	26ª	8	Oeste	Vitória da Conquista	30.000,00
292460	Pinoboaçu	28ª	6	Norte	Senhor do Bonfim	15.000,00
293010	Senhor do Bonfim	28ª	6	Norte	Senhor do Bonfim	30.000,00
291685	Itatim	29ª		Leste	Santo A. de Jesus	10.000,00
291820	Jiquiriçá	29ª		Leste	Santo A. de Jesus	10.000,00
293210	Ubaira	29ª		Leste	Santo A. de Jesus	15.000,00
290490	Cachoeira	31ª		Leste	Cruz das Almas	20.000,00

208



209



210



Contatos:

Tel.: (71) 3116-0021/ (71)31160051 /
(71) 3116-0079 / (71) 3116-0058

Email: gtpcedivep@yahoo.com.br /
divep.hanseníase@saude.ba.gov.br

GT – Hanseníase / GT – Esquistossomose/
CODTV/COAGRAVOS/DIVEP/SUVISA/SESAB

211



212
213 Ao final da apresentação, Kely, SMS de Mirangaba, questiona a DIVEP como proceder caso a gestão anterior tenha utilizado o
214 recurso. A Diretora da DIVEP esclarece que o município deverá realizar as ações, porém pode solicitar o material e
215 qualificação da equipe para a DIVEP. Reiterou que a Diretoria disponibiliza o material de divulgação, medicamento e
216 treinamento e informou que caso outras SMS tenham interesse, e não componham os municípios selecionados pelo MS,
217 também podem solicitar. Em seguida, o Senhor Coordenador apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva
218 da CIB para pactuação, passando para o item 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –
219 SAIS/DGC/DAE: 2.1 Pactuação da compra e distribuição do Teste Rápido de Gravidez. Apresentação Liliene Mascarenhas:

REDE CEGONHA



TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

220

TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

- Consiste em teste cuja realização não necessita de estrutura laboratorial utilizados pelos profissionais na área de saúde envolvidos na atenção a saúde da mulher.
- Implica em qualificação da equipe para abordagem pré-teste, ofertando, conforme desejo da mulher adulta, jovem e adolescente, orientação pós-teste em saúde sexual e reprodutiva, guiada pelos princípios de autonomia, diversidade, integridade e confidencialidade, visando à promoção da saúde e a prevenção de riscos e danos.

PORTARIA Nº 101, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2012 – Inclusão do Teste Rápido de Gravidez na Rede Cegonha

Artº 3º - Estabelecer que a compra/aquisição do material necessário para realização dos testes, bem como sua distribuição para os estabelecimentos de saúde próprios e não próprios do município será de competência dos gestores municipais, mediante repasse dos recursos do Ministério da Saúde com destinação específica para este fim.

221

TESTE, dosagem, Beta HCG cromatográfico para determinação qualitativa rápida da Gonadotrofina Coriônica Humana utilizando tiras ou sabonete de reação, que contenham uma combinação de anti-corpos monoclonais e policlonais capazes de identificar seletivamente as subunidades beta do HCG em amostras de urina e/ou soro, sensibilidade ate 25 mUI/ml, contendo todos os reagentes, componentes, acessórios e suplementos necessários a realização da técnica e/ou teste.
Embalagem com dados de identificação do produto em português, procedência, marca do fabricante, data de fabricação, prazo de validade e registro no Ministério da Saúde.

Nº Razão Social /Nome de Fantasia Valor Inicial da Proposta (R\$)

INTERLAB
Distribuidora de Produtos Científicos LTDA

R\$ 0,38

222

Enviada amostra do Kit vencedor marca e fabricante INTERLAB com registro no Ministério da Saúde nº 10252080098 e especificação do produto: HCG Strip Test Plus Tubo com 50 tiras (10330), para análise e parecer a fim de comprovar o atendimento da especificação técnica para o LACEN com emissão de parecer SATISFATÓRIO.

Nº DE GESTANTES, POR DIRES BAHIA – 2012.

Nº	SEDE DA DIRES	Nº DE GESTANTES
1ª	SALVADOR	57988
2ª	FEIRA DE SANTANA	17.465
3ª	ALAGOINHAS	8226
4ª	SANTO ANTONIO DE JESUS	4377
5ª	GANDU	5134
6ª	ILHEUS	5423
7ª	ITABUNA	8523
8ª	EUNAPOLIS	6861
9ª	TEXEIRA DE FREITAS	7711
10ª	PAULO AFONSO	4285

223

Nº	SEDE DA DIRES	Nº DE GESTANTES
11ª	CICERO DANTAS	4610
12ª	SERRINHA	9907
13ª	JEQUIE	8281
14ª	ITAPETINGA	3927
15ª	JUAZEIRO	9732
16ª	JACOBINA	6053
17ª	MUNDO NOVO	801
18ª	ITABERABA	3905
19ª	BRUMADO	3816
20ª	VITORIA DA CONQUISTA	10569
21ª	IRECE	7159
22ª	IBOTIRAMA	2955

Nº	SEDE DA DIRES	Nº DE GESTANTES
23ª	BRUMADO	1942
24ª	CAITITE	2918
25ª	BARREIRAS	7823
26ª	SANTA MARIA DA VITORIA	4774
27ª	SEABRA	2983
28ª	SENHOR DO BONFIM	4974
29ª	AMARGOSA	2594
30ª	GUANAMBI	3577
31ª	CRUZ DAS ALMAS	3732
TOTAL	TOTAL: 233.025	

224

PROPOSTA DE ENTREGA DOS KITS:

→ Programada em 04 etapas para o ano de 2013, no intervalo de 60 dias cada, ou seja, de 02 em 02 meses será entregue pelo fornecedor/credor lotes de 65.000.. - CEFARBA

→ Municípios recebem o KIT na CEFARBA no intervalo de de 60 dias cada, ou seja, de 02 em 02 meses.

OBRIGADA!

SUPERINTENDÊNCIA INTEGRAL DE ATENÇÃO A SAÚDE - SAIS
DIRETORIA DE GESTÃO DO CUIDADO - DGC
COORDENAÇÃO DO CUIDADO POR CICLO DE VIDA E GÊNERO - CCVG
EMAIL: diretoria.dgc@gmail.com, ccvg@saas.ba.gov.br
Fone: 3115 – 4284

225

226 Assim ao final ficou aprovada a compra Teste rápido de gravidez pela SESAB e distribuição aos 417 municípios do
227 Estado da Bahia, com base na Portaria 101 de 03 de fevereiro de 2012. Em seguida, o Senhor Coordenador passou para o
228 seguinte ponto de pauta: **1. GASEC 1.1** Proposta Metodológica do Processo de Planejamento Regional Integrado para a
229 construção do COAP. Sendo feita uma breve Apresentação por Dra. Joana Molesini. Dr. Raul coloca como proposta a
230 constituição de Comissão com 5 representantes do Estado e do COSEMS para delegar futuros encaminhamentos do COAP e
231 realizar adequações na Proposta Metodológica. Dra. Suzana resgata que o processo de discussão de operacionalização do
232 Decreto 7508/2011 foi iniciado no ano passado e hoje está sendo trazida a proposta de sistematização desse processo. Stela,
233 SMS de Itacaré, coloca que apesar do processo está sendo discutido desde o ano passado, discorda da forma como foi
234 colocada a proposta, sem discussão prévia. Sra. Joseane Bonfim, SMS de São Felipe, ressaltou que não se devia atrasar a
235 estruturação de uma metodologia que estava contemplando todos os passos a serem discutidos no COAP, e o COSEMS não
236 concordava somente para que se amadurecesse aquele ponto, pois estava vindo de forma verticalizada. Ao que a mesma
237 discordava, pois também fazia parte do COSEMS e não compactuava com aquela discussão. Sr. Fabiano Ribeiro, SMS de
238 Madre de Deus, reforçou ter ficado bem claro o que Sra. Stela tinha colocado, de que o COSEMS não era contra, não era por
239 ser uma diretriz, nem por estar diferente, ao que também concordava, no entanto, era possível se discutir, amadurecer, não
240 dava para que as propostas que seriam pactuadas em conjunto fossem trazidas no dia em que se estava na assembléia do
241 COSEMS, e acrescentou que não se podia ficar na prática de discutir as demandas e as deliberações da CIB só de forma
242 cartorial, por que tinham que ser aprovadas, trazendo e se discutindo, esclarecendo acreditar que não deve ser assim que se
243 formula uma política de saúde, ou qualquer outra política que seja, mesmo que esteja tudo no Decreto, e se precisava avançar
244 e discutir, avançando o processo inclusive de municipalização. Pontuou que não tinham dificuldade de diálogo e, por não haver
245 aquela dificuldade, poderia ter sido discutido antes, evitaria o desconforto que estava acontecendo e as coisas não se davam
246 daquela forma. Destacou que se tratava de uma política pública, devendo haver pactuação, construção coletiva, como Sra.
247 Stela falou, pois tinham muito a contribuir, com pessoas inclusive dentro do COSEMS, que tinham participado do processo de
248 construção da regionalização no Estado nos últimos anos, construção das políticas e todo esse debate, assim, o COSEMS
249 podia contribuir. Questionou por que não poderia discutir antes, tinha que ser apresentado logo no dia da reunião, ou foi
250 porque o tempo foi apertado, porém que não teria problema, se discutiria e se traria na próxima CIB, não havia problemas.

251 Acrescentou ainda que em momento algum alguém disse que era contrário à proposta, que não aceitava a proposta, só não
252 dava para pactuar daquela forma, pois se era tão importante assim, e todos sabiam que sim, a construção do COAP não dava
253 pra ser feita daquela forma, que era simples, não precisava ter aquele desconforto, porque uma questão tão importante como
254 aquela era trazida para conhecimento da Diretoria do COSEMS no dia da plenária do COSEMS, na manhã que antecede a
255 CIB, não havia desacordo, só não dava para pactuar daquela forma. Sra. Joseane Bonfim se colocou à disposição para
256 participar na comissão que se formar para o COAP. Dr. Raul Molina salientou que ainda daria o encaminhamento do
257 COSEMS, e se limitava ao que tinha sido decidido pela manhã e ainda queria ouvir os colegas. Dr. Andrés Castro mencionou
258 um encaminhamento, a título de dar andamento ao processo do COAP, podendo atender ao que tinha sido posto por todas as
259 partes, sem prejudicar o andamento do processo. Propôs que a comissão ficasse delegada *ad referendum para* aprovarem a
260 metodologia, construir um cronograma e realizarem uma CIB extraordinária para aprovar o cronograma a ser trabalhado
261 pela comissão. A Comissão traria um parecer e seria estabelecido um prazo e, todos concordando, se daria à comissão o
262 papel, estabelecendo um prazo; naquela semana a comissão se reuniria, prepararia uma proposta de cronograma, traria para
263 a CIB extraordinária e aprovaria. Dra. Suzana Ribeiro relatou que até entendia a tensão por um motivo ou por outro, mas nem
264 por isso se podia ser injusto, que a fala de Sra. Stela tinha sido extremamente dura com a Secretaria de Saúde do Estado,
265 ressaltando que a SESAB era extremamente parceira do COSEMS, e em nenhum momento tinha se furtado de se discutir com
266 o COSEMS, que muito pelo contrário, e citou o Grupo Condutor de Redes, a construção de agendas positivas articuladas entre
267 COSEMS e SESAB para, na discussão do COAP, ser dito que se estava trazendo uma proposta verticalizada, que era uma
268 falta de respeito com todos, técnicos e gestores da SESAB, pedindo desculpas por dizer aquilo, mas – se dirigindo à Sra. Stela
269 – do mesmo jeito ela era positiva, a SESAB também era, e não se podia aceitar aquilo. Salientou que existia um desconforto
270 muito grande, porque enquanto coordenador da Política Estadual, que esse era o papel do Estado, tinha o direito até de
271 apresentar a proposta. Referiu que tinha ligado para Sra. Stela na noite anterior e tinha conversado sobre isso, falando que a
272 SESAB estava com aquela proposta para adiantar o processo, por que tinha ficado parado por praticamente um ano. Destacou
273 que na noite anterior a Sra. Joana tinha construído rapidamente e tinha trazido em primeira mão. Questionou então qual era o
274 problema, pois não se estava passando por cima, tinha sido construído exatamente em cima das diretrizes do Decreto e tinha
275 havido uns três seminários e quatro oficinas, se isso não era substancial. Pontuou que não estava entendendo quem estava
276 passando por cima de quem, que não se estava 'by passando' o Decreto nem a pactuação. E que tinham que ser razoáveis e
277 concentrar as forças e a energia onde era realmente necessário, e se estava desperdiçando energia criando tensionamento
278 desnecessário. Continuou, dizendo que havia muito trabalho pra fazer, o COAP não era brincadeira, discutir mapa de saúde
279 não era apenas desenhar território nem serviço, era colocar linha de base, indicadores e dizer o que se precisava fazer na
280 atenção básica, na vigilância e na gestão, pra começar. Salientou que também não dava para ouvir determinadas coisas e ficar
281 achando que era aquilo mesmo, por que não era verdade que a SESAB tinha feito, não sendo imposta coisa alguma; que se
282 construiu o que tinha sido pactuado na CIB de julho, e que tinha a ata; então, se fazia necessário retomar o processo e que a
283 proposta de Dr. Andrés era um encaminhamento interessante porque se precisava de uma CIB exclusiva para discutir o COAP,
284 indo para o detalhamento, sem outra pauta; mas uma extraordinária só para aquela definição, porque não dava para esperar
285 chegar o final do ano e não ter feito nada. Concluindo, disse que a proposta de Dr. Andrés tinha vindo a calhar, pois, se a
286 próxima CIB era 16 de maio, se faria uma CIB extraordinária antes de 16 de maio, se construiria uma agenda e a comissão,
287 que já estava definida, ficava mantida até que se manifestasse o contrário, ou que se repensasse na composição. Falou
288 também que uma comissão de dez pessoas acabava inviabilizando, porque nem todo mundo tinha agenda para conciliar,
289 então quanto mais enxuta, mais produtiva, até por conta do deslocamento dos gestores municipais. Dr. Jorge Solla pediu para
290 que se descomplicasse, pois não deveria se complicar ainda mais. Dr. Raul Molina passou a falar, dizendo entender e ter que
291 respeitar as opiniões e às vezes podia ser até contraditório, mas entendia que nada nascia e nada se construía sem haver, de
292 vez em quando, um tensionamento de uma parte ou de outra. Mas todos estavam bem maduros, e ele tinha que ser
293 institucionalmente cristalino. Assim, referiu que tinha feito o mesmo encaminhamento na manhã, como não tinha havido
294 consenso, repetindo o mesmo encaminhamento ali, apontando os colegas secretários que sabiam do encaminhamento que
295 tinha sido dado, era o mesmo encaminhamento feito como proposta; e quando viu que não havia consenso, portanto,
296 institucionalmente, apesar de haver interpretações diferentes até dentro do COSEMS, e também tinha o direito de se defender
297 e dizer que a única coisa que tinha feito foi encaminhar aquilo que tinha sido definido pela plenária pela manhã e pedindo à
298 bancada do COSEMS que representa, na CIB, inclusive a Sra. Joseane Bonfim, tinha sido acatada a proposta, por que não se
299 tinha feito outra coisa a não ser afirmar o que tinha sido colocado, com um adendo de que houvesse uma CIB extraordinária
300 específica para se aprovar aquilo e que se pudesse discutir, o que não faria nada além de engrandecer o debate que estava
301 sendo feito, concluindo ser aquele o encaminhamento que contemplava o COSEMS, mas se fazia necessário registrar e
302 poderia ter sido feito sem nenhum tensionamento daquele tipo, até porque todos queriam a mesma coisa. Dr. Jorge Solla,
303 complementou a informação da proposta de uma CIB extraordinária, e olhando o calendário do CES, propôs, na próxima
304 Bipartite do dia 16/05, reuniões nos dois turnos, uma extraordinária pela manhã, para tratar exclusivamente daquele ponto e a
305 ordinária à tarde. Ficou aprovado por todos, no dia 16/05, duas reuniões da CIB. Dr. Raul Molina salientou, referindo-se à
306 comissão, que tinha sido colocado também na reunião, que algumas pessoas da gestão passada já não estavam mais ali, e
307 outras estavam chegando os quais contribuíam muito. E que seriam escolhidos cinco nomes dentro da Diretoria e
308 encaminhados, pois tinha sido delegado à Diretoria do COSEMS, pela manhã, que se fizesse a escolha e seria cumprida
309 aquela obrigação. Dr. Jorge Solla solicitou que logo após fosse atualizada a comissão.

310 Na sequência passou ao próximo ponto da pauta: Ponto 2.2 Apresentação das Diretrizes e metodologia para construção do
311 Plano Estadual da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência. A Sra. Liliane Mascarenhas cumprimentou a todos, relatou
312 que a Rede tinha sido discutida no Grupo Condutor, em dois ou três momentos de reunião, em que tinha sido feito ajustes e
313 trazido àquela CIB para mostrar como tinha ficado e pensadas as diretrizes propostas pelo Grupo Condutor. Passou a palavra
314 para Sra. Fernanda fazer a apresentação e depois serem tiradas todas as dúvidas. A Sra. Fernanda, da DGC, área técnica de
315 pessoas com deficiência, iniciou a apresentação trazendo o marco inicial da pessoa com deficiência, como um conceito em
316 evolução e que resultava da interação das pessoas com deficiência e barreiras de atitude e ambientais que impediam a sua
317 plena e efetiva participação na sociedade. Disse que se marcava aquela questão, pois o principal avanço daquela Rede era ter

318o conceito ampliado de deficiência e encarando para além das questões de incapacidade, a própria inclusão da pessoa com
319deficiência na comunidade e na sociedade.

320
321
322
323
324
325
326
327
328
329
330
331
332
333
334
335
336



REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS (RCPD)



PESSOA COM DEFICIÊNCIA

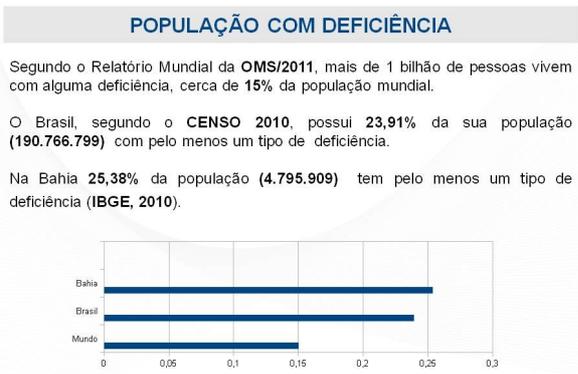
“É um conceito em evolução e que resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.”



Fonte: Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, 2008

337Ademais, que, segundo o censo de 2010, 23,91% da população do Brasil era com deficiência e a Bahia possuía 25,38%,
338informando ser esse um dado elevado, pois o IBGE trabalha com o critério que a pessoa referia a sua dificuldade, sendo três
339critérios: alguma deficiência, alguma dificuldade; grande dificuldade; ou não consegue fazer de modo algum. Em razão disso
340havia um grande número de pessoas que tinha alguma dificuldade ou grande dificuldade, ou não conseguia enxergar, ouvir, se
341locomover de forma alguma. Prosseguindo, informou que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela
342Portaria 793/2012, trazendo como componentes: a atenção primária; a atenção especializada; a atenção às urgências e
343emergências; e a atenção hospitalar.

344
345
346
347
348
349
350
351
352
353
354
355
356
357
358



362No componente da atenção básica, a Portaria 793/2012 aponta o NASF e a atenção odontológica como importantes pontos
363para a atenção à pessoa com deficiência. Falou que posteriormente apresentaria algumas diretrizes estaduais construídas a
364longo daquele tempo no Grupo Condutor. Referindo-se ao componente de atenção especializada em reabilitação, o
365componente 2, disse estarem previstos estabelecimentos únicos em reabilitação que iam contar apenas com uma temática de
366reabilitação dentre as quatro: visual, intelectual, auditiva e física; os centros especializados em reabilitação os CER, que
367podendo ser: CER-2, com duas temáticas; CER-3 com três temáticas; o CER-4, com quatro temáticas. Salientou ainda as
368oficinas ortopédicas, ligadas ao centro de reabilitação física e o Centro de Especialidades Odontológicas, que passavam a
369compor também a rede para atender àquela população. O componente de atenção hospitalar de urgência e emergência,
370envolvendo a atenção básica na parte da urgência, o SAMU, UPA, hospitais e todos os demais pontos de atenção da urgência
371e emergência e a rede hospitalar. Informou também que a Portaria nº. 835 instituiu os incentivos financeiros para a Rede e
372apontava os incentivos financeiros para o componente de atenção especializada, existindo então financiamento para
373construção de CER, no valor de dois milhões e quinhentos mil reais, CER-3 e CER-4 e incentivo para reforma e ampliação, ou
374seja, os serviços que já contavam com algum tipo de atenção à pessoa com deficiência, podiam também pleitear reforma e
375ampliação, aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes e tinha o incentivo de custeio. Disse que o CER não
376funcionará por incentivo de produção, eles funcionarão por custeio, diferente dos estabelecimentos únicos em reabilitação, que
377contarão apenas com uma temática de reabilitação e eles continuariam recebendo por procedimentos. Continuou, dizendo que
378existia também um custeio para o CEO que aderisse à Rede da Pessoa com Deficiência e também um incentivo para
379construção, aquisição de equipamentos e custeios de oficinas ortopédicas que podiam ser tanto fixas como fluviais ou
380itinerantes, estas últimas sendo fluviais ou terrestres.

381
382
383
384

RCPD: COMPONENTES E PONTOS DE ATENÇÃO



Portaria MS/GM nº 793/2012



RCPD: INCENTIVOS FINANCEIROS

CER

I - Construção CER:
 CER II - R\$ 2.500.000,00 - mínimo de 1.000 m²
 CER III - R\$ 3.750.000,00 - mínimo de 1.500 m²
 CER IV - R\$ 5.000.000,00 - mínimo de 2.000 m² de 2.000 m²

II - Reforma ou ampliação para CER (II, III e IV):
 Até R\$ 1.000.000,00

III - Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes:
 CER II - até R\$ 1.000.000,00
 CER III - R\$ 1.500.000,00
 CER IV - R\$ 2.000.000,00

IV - Custeio:
 CER II - R\$ 140.000,00 por mês
 CER III - R\$ 200.000,00 por mês
 CER IV - R\$ 345.000,00 por mês

CEO

I - Custeio:
 CEO tipo I - R\$ 1.650,00 mensais
 CEO tipo II - R\$ 2.200,00 mensais
 CEO tipo III - R\$ 3.850,00 mensais

OFICINA ORTOPÉDICA

I - Construção: R\$ 250.000,00 (mínimo 260m²)
 II - Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes: até R\$ 350.000,00.
 III - Custeio:
 Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 m
 Itinerante Fluvial ou Terrestre - R\$ 18.000,00 por mês.

Portaria MS/GM nº 835/2012



402E passou às diretrizes estaduais para a Rede, dizendo que, a partir da Portaria nº. 793, o Estado também começava a se
 403mobilizar com o Grupo Condutor de Redes para instituir a Rede na Bahia e algumas diretrizes tinham sido estruturadas como:
 404a defesa da dignidade da pessoa com deficiência; o desenvolvimento de ações no conceito baseado no modelo social de
 405deficiência; pensar na eliminação progressiva e contínua de barreiras sociais, atitudinais; pensar na acessibilidade da
 406população; estabelecimento de linha de cuidado para garantir a detecção precoce de agravos que pudessem gerar deficiência;
 407a diversificação de estratégias de cuidado, pensando na potencialização dos resultados do processo de reabilitação; a
 408concessão, produção de órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção. Além de se pensar: na regionalização como uma
 409diretriz; no ordenamento do fluxo a partir da atenção básica; na indissociabilidade da atenção à pessoa com ostomia no serviço
 410de reabilitação física, portanto, onde tiver serviço de atenção física ser oferecida também atenção à pessoa com ostomia;
 411considerar os assistentes sociais como sendo parte da equipe mínima. Nesse aspecto, informou que na Portaria do Ministério
 412são profissionais considerados como opcionais, mas disse que avaliando, discutindo, via-se a importância daquele profissional
 413no processo de reabilitação da população.

RCPD: DIRETRIZES ESTADUAIS

DIRETRIZES PARA O CUIDADO

- Defesa da dignidade da pessoa com deficiência, fortalecendo a sua identidade e emancipação com base na autonomia, independência e liberdade;
- Desenvolvimento de ações de reabilitação baseadas nos conceitos do modelo social da deficiência e na intervenção interdisciplinar, fortalecendo as redes de apoio à pessoa com deficiência, considerando a centralidade do núcleo familiar;
- Eliminação progressiva e contínua de barreiras sociais, atitudinais, pessoais, físicas e de comunicação que dificultem o pleno desenvolvimento e participação da pessoa com deficiência, bem como o seu acesso à ações e serviços de saúde;
- Estabelecimento de linhas de cuidados com vistas a garantir a detecção precoce de agravos, encaminhamento adequado, intervenção precoce e oportuna, fortalecendo a resolutividade dos pontos de atenção e a redução do tempo de resposta;
- Diversificação das estratégias de cuidado visando a incorporação de tecnologia assistiva, equoterapia, hidroterapia e de outras propostas que potencialize o processo de reabilitação;
- Confecção, adequação, adaptação e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção vinculados ao processo de reabilitação sob acompanhamento das equipes de reabilitação da atenção especializada e dos demais pontos de atenção;

RCPD: DIRETRIZES ESTADUAIS

DIRETRIZES PARA A GESTÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO E DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

- Regionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de modo a proporcionar o acesso às ações e serviços, considerando os vazios assistenciais, as áreas com maior densidade populacional de pessoas com deficiência e a rede de serviços preexistentes;
- Ordenamento do fluxo do usuário a partir do componente da Atenção Básica, articulando com os demais componentes: Atenção Especializada e Hospitalar e Urgência e Emergência;
- Indissociabilidade da atenção à pessoa com ostomia nos serviços de reabilitação física, sem prejuízo para a implantação de serviços de atenção à pessoa ostomizada;
- Considerar os profissionais integrantes da equipe mínima dos Centros Especializados

433Continuando as diretrizes, pontuou: produzir, acompanhar e monitorar informações de saúde, dados epidemiológicos, visando
 434subsidiar a gestão de políticas públicas para o segmento; fomento e desenvolvimento de pesquisa; qualificação profissional; e
 435incentivo à participação popular e ao controle social. Informou que também havia diretrizes relativas a cada componente.
 436Assim, se pensava em incrementar a atenção oferecida às pessoas nos serviços de atenção básica, pois se percebia que a
 437maior parte da atenção oferecida àquela população, estava no centro de reabilitação; então muitas vezes uma febre de uma
 438pessoa com deficiência não era tratada como uma febre comum como a de outra pessoa. Da mesma forma, uma atenção
 439odontológica com um procedimento simples, acabava indo para o centro especializado. Então, a proposta era incrementar essa
 440atenção, com os CEO e o CER, serviços da atenção especializada, passando a serem apoiadores matriciais da atenção
 441básica. Assim, cabia ao profissional desse nível de atenção atuar também junto com os apoiadores. Falou que a atenção
 442básica devia: alcançar também o cuidador e os familiares das pessoas com deficiência, os quais acabavam adocendo
 443bastante naquele processo; realizar a atenção à saúde da mulher com deficiência na unidade de saúde da família; o
 444acompanhamento da sua saúde sexual e reprodutiva, tema bastante negligenciado; incrementar a atenção domiciliar oferecida
 445pelos equipes à população com restrição de leitos; incrementar a implantação da vitamina A para crianças e a realização de
 446testes para se identificar precocemente a deficiência.

447

448

449

450

451

RCPD: DIRETRIZES ESTADUAIS

DIRETRIZES PARA A GESTÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO E DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

- 452
- 453
- 454
- 455
- 456
- 457
- 458
- 459
- 460
- 461
- 462
- 463
- 464
- 465
- **Produção, acompanhamento e monitoramento de informações em saúde e dados epidemiológicos** visando subsidiar a gestão de políticas públicas para o segmento;
 - **Fomento e desenvolvimento de pesquisas** sobre o tema da pessoa com deficiência;
 - Desenvolvimento de ações de **qualificação profissional** através da estratégia de educação permanente, com incentivo à participação dos profissionais em eventos nacionais e internacionais relacionados à temática;
 - Incentivo à **participação popular e controle social na RCPD.**

**COMPONENTE I – ATENÇÃO BÁSICA**

DIRETRIZES PARA ATENÇÃO

- 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
- 508
- 509
- 510
- 511
- 512
- ✓ Incrementar a atenção oferecida às pessoas com deficiência nos serviços de Atenção Básica;
 - ✓ Atuar conjuntamente com apoiadores matriciais dos CEO e CER;
 - ✓ Oferecer atenção ao cuidador e familiares de pessoas com deficiência;
 - ✓ Estabelecer estratégias de prevenção de agravos que podem gerar incapacidades/deficiência, bem como de agravos secundários e terciários decorrentes da deficiência já instalada;
 - ✓ Realizar atenção à saúde da mulher com deficiência na Unidade de Saúde da Família no acompanhamento da sua saúde sexual e reprodutiva.
 - ✓ Incrementar a atenção domiciliar (AD1) oferecida pelas equipes à pessoas com restrição ao lar/leito, inclusive na atenção à saúde bucal;
 - ✓ Incrementar a suplementação de Vitamina A para crianças e a realização de testes (orelhinha, pezinho e olhinho).



Além disso, apontou a necessidade: de adaptação das unidades básicas de saúde, pensando, em iniciar por aquelas unidades que já tiverem recebido recursos para construção, reforma e ampliação de suas unidades; de confecção de materiais e informativos; de criação de estratégias de identificação para pessoas com deficiência – explicando que, como tinha sido visto, era utilizada a informação do IBGE, que era muito ampla para quem precisasse mensurar melhor a necessidade da população. Portanto se fazia necessário pensar na criação de uma ficha B, conforme tem sido discutido juntamente com Diretoria de Atenção Básica, quanto às estratégias a serem desenvolvidas na atenção básica para a identificação daquela população. Fomentar linhas de cuidado e criação de protocolos clínicos, serem estabelecidos os fluxos de usuários que tiverem recebido órtese e prótese e meios auxiliares de locomoção, pois não se devia pensar apenas na concessão, mas também no acompanhamento, na inclusão do paciente na comunidade, no seu domicílio. E considerar os tipos de deficiência na priorização de implantação de NASF. Destacou que tem visto no serviço de reabilitação que eles demandam bastante o acompanhamento de pessoas com deficiência na atenção básica. Dessa forma, em um lugar onde muitas pessoas apresentassem deficiência auditiva, se pensar talvez em ter um fonoaudiólogo, pensar na caracterização do município e priorizar a composição da equipe de NASF para fazer esse suporte junto com o Centro Especializado de Reabilitação. Quanto ao componente 2, da atenção especializada, foram colocadas algumas diretrizes para implantação dos pontos de atenção, sendo importante, segundo a apresentadora: garantir atenção a todos os tipos de deficiência em todas as macrorregiões de saúde, portanto, que todas as macrorregiões de saúde contassem com atenção à deficiência auditiva, intelectual, física e visual, em número de pelo menos um, mas que o ideal era que fossem mais; priorizar a qualificação do serviço já existente, para não se chegar à desassistência; considerar as particularidades de cada região, levando em consideração o quantitativo de pessoas com deficiência e o tipo de deficiência, para definir a prioridade do serviço; considerar também os vazios assistenciais existentes e a malha rodoviária, pensando o deslocamento como um fator muito importante para aquela população; inserir o serviço de atenção à pessoa ostomizada em todo serviço de reabilitação física; implantar as oficinas ortopédicas em serviços com a temática de reabilitação física; e qualificar os CEO para a assistência à pessoa com deficiência, os quais, segundo ela, tinham que assinar um termo de compromisso de que o município se comprometia em garantir 40 horas de uma cadeira exclusiva para a atenção da pessoa com deficiência, se comprometia com a acessibilidade, se comprometia com alguns pontos para que aquela assistência realmente se efetivasse.

COMPONENTE I – ATENÇÃO BÁSICA

DIRETRIZES PARA GESTÃO

- 498
- 499
- 500
- 501
- 502
- 503
- 504
- 505
- 506
- 507
- 508
- 509
- 510
- 511
- 512
- ✓ **Adaptação das Unidades Básicas de Saúde:** iniciar pelas Unidades que receberam recursos para construção, reforma e ampliação;
 - ✓ Confeccionar **materiais informativos** para profissionais com o objetivo de qualificar a atenção às pessoas com deficiência;
 - ✓ Criar **estratégias para identificação** e acompanhamento das pessoas com deficiência (Criação de Ficha B – Deficiência);
 - ✓ Fomentar a **criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos** que possam orientar a atenção à pessoa com deficiência;
 - ✓ Estabelecer **fluxo** entre o usuário que recebeu órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a Atenção Básica para acompanhamento da equipe multiprofissional;
 - ✓ **Considerar os tipos de deficiência** na priorização da implantação de NASF, bem como para a escolha das categorias profissionais desta equipe.

**COMPONENTE II – ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO**

DIRETRIZES PARA IMPLANTAÇÃO:

- 513
- 514
- 515
- 516
- 517
- 518
- 519
- 520
- 521
- 522
- 523
- 524
- 525
- 526
- 527
- 528
- 529
- 530
- 531
- 532
- 533
- 534
- 535
- 536
- 537
- 538
- 539
- 540
- 541
- 542
- 543
- 544
- 545
- 546
- 547
- 548
- 549
- 550
- 551
- 552
- 553
- 554
- 555
- 556
- 557
- 558
- 559
- 560
- 561
- 562
- 563
- 564
- 565
- 566
- 567
- 568
- 569
- 570
- 571
- 572
- 573
- 574
- 575
- 576
- 577
- 578
- 579
- 580
- 581
- 582
- 583
- 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
- 708
- 709
- 710
- 711
- 712
- 713
- 714
- 715
- 716
- 717
- 718
- 719
- 720
- 721
- 722
- 723
- 724
- 725
- 726
- 727
- 728
- 729
- 730
- 731
- 732
- 733
- 734
- 735
- 736
- 737
- 738
- 739
- 740
- 741
- 742
- 743
- 744
- 745
- 746
- 747
- 748
- 749
- 750
- 751
- 752
- 753
- 754
- 755
- 756
- 757
- 758
- 759
- 760
- 761
- 762
- 763
- 764
- 765
- 766
- 767
- 768
- 769
- 770
- 771
- 772
- 773
- 774
- 775
- 776
- 777
- 778
- 779
- 780
- 781
- 782
- 783
- 784
- 785
- 786
- 787
- 788
- 789
- 790
- 791
- 792
- 793
- 794
- 795
- 796
- 797
- 798
- 799
- 800
- 801
- 802
- 803
- 804
- 805
- 806
- 807
- 808
- 809
- 810
- 811
- 812
- 813
- 814
- 815
- 816
- 817
- 818
- 819
- 820
- 821
- 822
- 823
- 824
- 825
- 826
- 827
- 828
- 829
- 830
- 831
- 832
- 833
- 834
- 835
- 836
- 837
- 838
- 839
- 840
- 841
- 842
- 843
- 844
- 845
- 846
- 847
- 848
- 849
- 850
- 851
- 852
- 853
- 854
- 855
- 856
- 857
- 858
- 859
- 860
- 861
- 862
- 863
- 864
- 865
- 866
- 867
- 868
- 869
- 870
- 871
- 872
- 873
- 874
- 875
- 876
- 877
- 878
- 879
- 880
- 881
- 882
- 883
- 884
- 885
- 886
- 887
- 888
- 889
- 890
- 891
- 892
- 893
- 894
- 895
- 896
- 897
- 898
- 899
- 900
- 901
- 902
- 903
- 904
- 905
- 906
- 907
- 908
- 909
- 910
- 911
- 912
- 913
- 914
- 915
- 916
- 917
- 918
- 919
- 920
- 921
- 922
- 923
- 924
- 925
- 926
- 927
- 928
- 929
- 930
- 931
- 932
- 933
- 934
- 935
- 936
- 937
- 938
- 939
- 940
- 941
- 942
- 943
- 944
- 945
- 946
- 947
- 948
- 949
- 950
- 951
- 952
- 953
- 954
- 955
- 956
- 957
- 958
- 959
- 960
- 961
- 962
- 963
- 964
- 965
- 966
- 967
- 968
- 969
- 970
- 971
- 972
- 973
- 974
- 975
- 976
- 977
- 978
- 979
- 980
- 981
- 982
- 983
- 984
- 985
- 986
- 987
- 988
- 989
- 990
- 991
- 992
- 993
- 994
- 995
- 996
- 997
- 998
- 999
- 1000
- 1 – Garantir a **atenção a todos os tipos de deficiência em todas as macrorregiões** de saúde;
 - 2 – Priorizar a **qualificação dos serviços existentes**, considerando a particularidade de cada região, o **quantitativo de pessoas/tipos de deficiência**, os **vazios assistenciais e malha rodoviária**;
 - 3 – Inserir serviço de **atenção à pessoa ostomizada** em todos os serviços com reabilitação física;
 - 4 – Implantar **oficinas ortopédicas** em serviços com a temática de reabilitação física;
 - 5 – Qualificar **CEOs para assistência à pessoa com deficiência**.



No componente 3, a atenção hospitalar de urgência e emergência, foi pensada a diminuição do tempo de resposta, com o objetivo de reduzir o número de seqüelas e também garantir a prioridade de atendimento para aquela população. No componente hospitalar foi pensado nos protocolos específicos para a alta nos hospitais, para a preparação da pessoa com seqüela e que passava a conviver com a situação de deficiência, no incremento da atenção domiciliar AD2 e AD3, pensando que AD1 estava na atenção básica; em garantir pelo menos um hospital para reversão de ostomia em cada macrorregião de saúde. Nesse componente, falou que também existiam os leitos de reabilitação, sendo necessário inicialmente verificar a

519utilização daqueles leitos, se estavam sendo utilizados por pessoa com deficiência. Pontuou, como uma informação da DAE, a
 520existência de um déficit de leitos e, apresentou nesse momento um gráfico, mostrando a quantidade existente (em azul), a
 521necessidade (em laranja) e a diferença entre um e outro (em amarelo). Ponderou que era necessário pensar, como uma
 522prioridade, zerar o déficit de leitos e pactuar a utilização desses leitos para intercorrência secundária na situação de deficiência,
 523por exemplo, como reversão de ostomia, seqüelas secundárias à situação de deficiência, entre outros.

524
525
526
527
528
529
530
531
532
533
534
535
536
537
538
539
540
541

COMPONENTE III – ATENÇÃO HOSPITALAR E URG. E EMERGÊNCIA

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Diminuição do tempo de resposta com o objetivo de reduzir o número de sequelas;

HOSPITALAR

1- Criação de protocolos específicos pré-alta nos hospitais, para preparação e treinamento pós-alta de casos de deficiência e sequelas incapacitantes;

2 - Atenção Domiciliar: **AD 2 e 3:** Atenção complementar ou substitutiva à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial: **casos complexos incluindo adaptação do uso de órtese, prótese, ostomia e reabilitação de pessoas que não tenham condições de deslocamento aos CER;**

3 – Garantir pelo menos um hospital para reversão de ostomia em cada macrorregião de saúde.

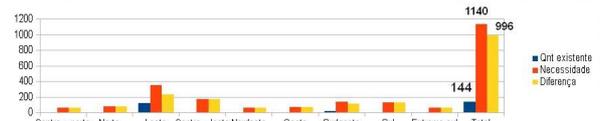
COMPONENTE III – ATENÇÃO HOSPITALAR E URG. E EMERGÊNCIA

LEITOS DE REABILITAÇÃO

4 - Verificar a utilização dos leitos existentes de reabilitação pelas pessoas com deficiência;

5 - Zerar o déficit de leitos de reabilitação existente na rede

6 - Pactuação para **priorização de leitos de reabilitação para intercorrências secundárias à situação de deficiência** (Priorizar reversão de ostomia, distrofia muscular, intervenções cirúrgicas odontológicas...).



Fonte: DAE/SESAB, 2012

542Com relação à cirurgia de reversão de ostomia, citou a necessidade de se pensar numa rede de referência descentralizada, e
 543pensar também na atenção odontológica para pessoas com deficiência no componente hospitalar, já previsto pela Portaria nº.
 5441032, de 2010, que apontava para a necessidade de procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, sob
 545anestesia, para aqueles pacientes aos quais não era possível realizar o tratamento no Centro de Especialidades Odontológicas
 546e, além disso, continuou, existiam interfaces com outras redes, como: a Rede Cegonha, pensando tanto na identificação
 547precoce como na estimulação precoce, no cuidado logo após o parto; a Rede de Atenção Psicossocial, em uma interface no
 548cuidado às pessoas com deficiência intelectual e transtornos, citando aí o aspecto autista e também as pessoas com
 549deficiência e transtorno mental concomitante, e a questão da violência, pensando tanto na realização de espaços de
 550sensibilização sobre a temática como a definição de que as unidades que atendem pessoas com deficiência sejam unidades
 551notificadoras de violência doméstica e sexual, uma problemática muito importante para aquela população. Inserir na ficha de
 552admissão dos usuários campos para investigar a relação entre deficiência e violência, ou violência e acidentes, um grande
 553produtor de deficiências; pensar na saúde sexual da pessoa com deficiência, ofertando preservativos e informações nos
 554centros de reabilitação em todos os pontos da rede, para que a população tivesse seus direitos garantidos; como ação
 555transversal, pensar em educação permanente em todos os componentes, tanto promovendo espaços de educação permanente
 556e educação continuada e formação de técnicos, como instrumentalização dos profissionais das outras redes de serviços para
 557oferecerem atenção adequada à pessoa com deficiência visual ou com deficiência auditiva que chegam nos serviços e
 558também promover o espaço de encontro e diálogo para que todos os componentes da Rede, todos os pontos de atenção,
 559pudessem dialogar e realmente trabalharem de uma forma continuada, para garantir a integralidade do cuidado daquele
 560usuário, que muitas vezes ficava fragmentado na Rede. Além disso, informou a existência do Programa de Saúde na Escola
 561em que se previa parceria com as equipes de saúde para identificação de crianças com comprometimento e também no
 562acompanhamento das crianças em processo de inclusão escolar. O Programa BBC na Escola, que também fazia um pouco
 563daquele papel no acompanhamento, tanto em visitas domiciliares, quanto na própria escola. E pensar na questão do passe-
 564livre intermunicipal e na articulação para o fornecimento do relatório médico exigido pelo profissional da atenção básica, para a
 565aquisição do benefício. E comentou que muitas vezes a pessoa com deficiência ficava tão segregada dentro do seu domicílio
 566que tinha até dificuldade de acessar aqueles relatórios para aquela atenção de saúde. Concluindo, a apresentadora agradeceu
 567a todos e se colocou à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585

COMPONENTE III – ATENÇÃO HOSPITALAR E URG. E EMERGÊNCIA

CIRURGIA DE REVERSÃO DE OSTOMIAS

Estruturação de rede de referência descentralizada para cirurgia de reversão de ostomia em parceria com a rede de oncologia.

Portaria SASMS nº 400/2009 → artigo 5º (...) cirurgia de reversão de estomias nas unidades hospitalares.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

AÇÕES TRANSVERSAIS

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

- Parceria com equipes de saúde e educação para identificação de crianças com comprometimento no desenvolvimento;

- Acompanhamento de crianças e adolescentes com deficiência no processo de inclusão escolar;

PROGRAMA BPC NA ESCOLA

- Parceria com profissionais da Assistência Social, Educação e Justiça no acompanhamento das crianças e adolescentes, inclusive na realização de visitas domiciliares conjuntas;

PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

- Articulação para fornecimento do relatório médico exigido para aquisição do benefício pelo profissional da Atenção Básica.

INTERFACE COM OUTRAS REDES

REDE CEGONHA

- ✓ Detecção precoce de disfunções e malformações fetais;
- ✓ Acompanhamento multiprofissional de gestantes com deficiência;
- ✓ Atenção qualificada ao pré-natal;
- ✓ Implantação da Triagem Auditiva Neonatal nas maternidades;
- ✓ Atenção qualificada ao parto e ao nascimento com vistas à redução da incidência de paralisia cerebral.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

OBRIGADA !

Diretoria de Gestão do Cuidado – DGC/SAIS/SESAB

diretoria.dgc@gmail.com

cptsau.de.ba@gmail.com

at.pessoacomdeficienciaba@gmail.com

VIOLÊNCIA

- ✓ Realização espaços de sensibilização sobre a temática;
- ✓ Definição de que todos os pontos de atenção da rede sejam unidades notificadoras de violência doméstica e sexual;
- ✓ Inserir na ficha de admissão do usuário campos que investiguem a relação entre deficiência e violência.

SAÚDE SEXUAL

- ✓ Ofertar preservativo masculino, feminino e gel lubrificante nos serviços de reabilitação da RCPD, como estratégia de acessibilidade aos insumos de proteção às DST/HIV/aids e hepatites virais, visando garantir a integralidade do cuidado.

EDUCAÇÃO PERMANENTE

- ✓ Promover espaços de educação permanente e educação continuada para profissionais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, incluindo a formação de técnicos ortesista e protesista para as Oficinas Ortopédicas a serem implantadas;
- ✓ Instrumentalização específica para profissionais que compõem os serviços de Atenção Básica, Saúde Bucal e Hospitalar/Urg. Emerg para oferecer atenção integral a todos os tipos de deficiência
- ✓ Realização de espaços que proporcionem o encontro e o diálogo entre os profissionais que compõem os distintos pontos da rede, com vistas a garantir a integralidade do cuidado dos usuários em todos os componentes de atenção.



601 O Sr. Fabiano Ribeiro parabenizou a equipe e comentou que a Política tinha ficado muito boa, sendo importante receber uma 602 contrapartida, um elogio. Dr. Jorge Solla também parabenizou a equipe e colocou como aprovada a proposta, mencionando 603 que a partir de então viria a parte mais complicada que era tirar do papel e fazer acontecer. E prosseguiu a reunião, com o item 604 **2.3** Anovação do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências das Basiões do Itabuna, Ilhéus, Jequié e Valença e



REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

MACRORREGIÃO SUL



605 pas todos: é e V quat final do no a CIE vado regiã de l nal di s ges giões dade região ão da ziam
606 Ate
607 tinh
608 inst
609 pla
610 que
611 que
612 Sa
613 mil
614 pro
615 dor
616 pro
617 açã
618 vigi
619 Trã
620 apr

621 física de unidades básicas de saúde, a implantação de salas de observação, segundo o programa de requalificação das 622 unidades básicas. Assim, cada região elencando no seu plano, quais as unidades onde estava sendo contemplada a 623 implantação de salas de observação. Foi observado também o compromisso em suprir as unidades de insumos, equipamentos 624 e medicamentos, visando o atendimento às urgências de baixa complexidade e o compromisso de implantação do 625 acol e fluxc COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS ando

MACRORREGIÃO SUL

REGIÃO	Nº MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
ILHÉUS	8	313.594
ITABUNA	21	487.703
JEQUIÉ	25	491.593
VALENÇA	13	307.342
TOTAL	67	1.600.232



Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

OBJETIVO

- Compromisso dos gestores em desenvolverem ações intersectoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.



Componente Atenção Básica

- Adequação da area física com implantação de Sala de Observação -Programa de Requalificação;
- Suprir as unidades de insumos, equipamentos e medicamentos;
- Implantação do ACCR, definindo os fluxos para o atendimento nas situações de Urgencia;
- Capacitação dos profissionais de Saúde no atendimento as urgencias;
- Ampliação da adesão ao PMAQ.



628Alcina informou que na atenção à saúde, estava em fase de finalização a consulta pública e estava sistematizando as
 629contribuições e esperava que em breve estivesse validado e testado em unidade que um grupo técnico estava definindo e que
 630possivelmente no final do primeiro semestre estará disponibilizando para todas as redes regionais e o próximo passo desse
 631grupo era de elaborar um manual para implantação do acolhimento com classificação de risco em todos os pontos de atenção,
 632com a metodologia para implantação, utilizando esse protocolo único, inclusive na atenção básica e era um diretriz na Rede de
 633Urgência o ACCR em todos os pontos de atenção. Houve ainda um compromisso de gestores na capacitação dos profissionais
 634de saúde no atendimento às urgências, a grande maioria através de parceria com instituições de ensino locais dos territórios e
 635com o próprio núcleo de educação permanente do SAMU 192, que já tinha todo um preparo para a capacitação. Acrescentou
 636que tinha sido observado em alguns planos o compromisso de ampliação de adesão ao PMAQ.

637
 638
 639
 640

SAMU REGIONAL ILHÉUS - VALENÇA

641Valença:

- 642 > Ampliação do número de bases descentralizadas (Maraú, Teolândia e Piraí do Norte);
- 643 > Ambulância Básica em Maraú e Cairu.
- 644 > Habilitação a partir de Outubro /2013
- 645 > Qualificação a partir de janeiro de 2014

647Ilhéus:

- 648 > Ampliação do número de bases descentralizadas (Santa Luzia)
- 649 > Recurso para construção da CRU e aquisição de equipamentos em 2013
- 650 > VIR- Veículo de Intervenção Rápida e USA- Unidade de Suporte Avançado para Ilhéus.

651

SAMU REGIONAL ITABUNA

- > Ampliação do número de bases descentralizadas: Itajuípe, Buerarema, Itapitanga, Ubatã e Gongogi - outubro/2013
- > Recurso para construção da CRU e aquisição de equipamentos em 2013;
- > Habilitação da CRU a partir de Outubro/2013;
- > USA- Unidade de Suporte Avançado para Itabuna em outubro/2013.
- > Qualificação a partir de janeiro de 2014

SAMU REGIONAL JEQUIÉ

- > Ampliação do número de bases descentralizadas: Itagi, Ibirataia e Itagibá (USB) e Jaguaquara (USA) - outubro/2013
- > Qualificação a partir de janeiro de 2014

652

653

654



655Com relação ao componente SAMU Regional, salientou ter feito um recorte para se ter uma idéia e falaria inicialmente do
 656SAMU Regional Ilhéus – Valença, que constitui um sistema regional. Informou que o que tinha sido pactuado no plano era que,
 657para o SAMU de Valença, o projeto aprovado pelo Ministério da Saúde estava aguardando apenas a adequação da Central de
 658Regulação de Urgência do SAMU, localizado no Município de Ilhéus. E que o projeto já tinha sofrido uma ampliação no
 659decorrer das discussões do plano e estava prevista a ampliação do número de bases descentralizadas para os Municípios de
 660Maraú, Teolândia e Piraí do Norte. Prosseguindo, falou que tinha mais três bases descentralizadas e estavam previstas duas
 661ambulâncias com equipes básicas do SAMU, para dois municípios com dificuldade de acesso via terrestre e que o melhor
 662veículo para uma intervenção e resposta rápida era a ambulância para os Municípios de Maraú e Cairu. Comentou que, como
 663a habilitação estava prevista a partir de outubro de 2013, estava tentando fazer com que o Ministério da Saúde garantisse que
 664as ambulâncias todas previstas no projeto estivessem disponibilizadas em outubro de 2013. Já a qualificação de todo o
 665sistema, a partir de janeiro de 2014, e reforçou que a qualificação era muito importante, pois, representava um acréscimo no
 666valor de custeio em torno de 60%. Então, melhorava muito o financiamento do sistema regional e para o SAMU de Ilhéus. O
 667plano contemplava também a ampliação de uma base descentralizada no Município de Santa Luzia, a disponibilização do
 668recurso para construção da central regional e a aquisição de equipamentos ainda para 2013; e que o Município de Ilhéus já
 669estava se adiantando, independente desse recurso, já havia estruturado sua base no prédio temporário já alugado e previsão
 670de habilitação também em outubro de 2013. Acrescentou que estava prevista ainda a disponibilização de um veículo de
 671intervenção rápida, que chamam de VIR, e mais uma unidade de suporte avançado para Ilhéus, para atender a regional.
 672Informou também que, quanto ao SAMU Regional de Itabuna, o plano também contemplava a ampliação do número de bases
 673descentralizadas e que da mesma maneira, o SAMU Regional de Itabuna estava aprovado pelo Ministério da Saúde e
 674dependendo também da adequação das bases da Central Regional de Urgência em Itabuna. Que tinha havido um
 675compromisso do Prefeito de adequar a base local da Central de Regulação e pensava que em outubro já estaria com a central
 676habilitada em 2013, sendo este o marco. Falou que iria solicitar ao Ministério a ampliação de bases descentralizadas para
 677Itajuípe, Buerarema, Itapitanga, Ubatã e Gongogi; que Itabuna tinha 21 municípios e havia no projeto original a necessidade de
 678ampliação, sendo observado no projeto um número de bases reduzido, o que dificultava o tempo resposta, pois ficava muito
 679grande a distância entre um município e outro; com recursos também para construção da central e aquisição de equipamentos
 680em 2013, habilitação da central, como já tinha falado, a partir de outubro, mais uma unidade de suporte avançado em outubro e
 681qualificação a partir de janeiro de 2014, seguindo mais ou menos a lógica de Ilhéus - Valença. Quanto a Jequié, disse que era
 682um SAMU, que já estava implantado, em funcionamento, com obra 100% na região. Mas que tinha havido uma solicitação de
 683ampliação de números de bases para o Município de Itagi, Ibirataia e Itagibá, uma unidade de suporte avançado para cada
 684município e uma para Jaguaquara, em outubro de 2013, com a qualificação a partir de janeiro de 2014.

685

UPA 24 HORAS

686

687

688

689

690

691

692

693

694

REGIÃO	Município	População	Unidade/instituição	GESTÃO	PORTE	2013	2014	2015
JEQUIÉ	JEQUIÉ	151.895	UPA Cantanhão	Municipal	I	3ª parcela e início de funcionamento	Habilitação e Qualificação	Qualificação
	IPÍJUBA	44.390	UPA de Ipíjuba	Municipal	I	3ª parcela e início de funcionamento	Habilitação e Qualificação	Qualificação
VALENÇA	JAGUAQUARA	510.111	UPA de Jaguaquara	Municipal	I	1ª parcela e 2ª parcela	Habilitação e Qualificação	Qualificação
	VALENÇA	88.672	UPA de Valença	Municipal	II	3ª parcela e início de funcionamento	Habilitação e Qualificação	Qualificação
ILHÉUS	GANDU	30.336	UPA de Gandu	Municipal	I	3ª parcela e início de funcionamento	Habilitação e Qualificação	Qualificação
	ILHÉUS	219.000	UPA Zona Sul	Municipal	II	2ª e 3ª parcelas	Habilitação e Qualificação	Qualificação
ITABUNA	ILHÉUS	219.000	UPA de Ilhéus	Municipal	II	1ª parcela e 2ª parcela	Habilitação e Qualificação	Qualificação
	ITACARÉ	24.318	UPA de Itacaré	Municipal	I	1ª parcela e 2ª parcela	Habilitação e Qualificação	Qualificação
ITABUNA	ITABUNA	204.667	UPA de Monte Cristo	Municipal	I	1ª parcela e 2ª parcela	Habilitação e Qualificação	Qualificação

SE: 41

REGIÃO	Município	População	Unidade/ Instituição
ITABUNA	ALMADAIA	6.357	Unidade de Saúde Gilvane Souza
	BUERAREMA	16.905	Centro de Saúde Flora Santa Fé
	ITABUNA	13.994	Unid. de Saúde Fátima Maria
	SÃO JOSÉ DA VITÓRIA	5.715	Unid. Sebastião Orlan
	SANTACRUZ DA VITÓRIA	6.473	Unid. Dr. Roberto Barros
	ALCANTARA, AELIA	10.669	Unid. Saúde de Santa Mariana
	BAUURAMA	10.982	HOSP. AMBULATÓRIAS
	BARRIO FREITO	8.243	HOSP. NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
	BRASILETE	14.649	Unid. Pol. de Saúde
	ETIÁPIPE	21.081	Unidade Básica de Saúde
	CONDESAI	13.000	HOSP. DE SAÚDE GILVANE SOUZA
	CONDESAI	20.764	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE RÍDIA RIBEIRO
ITAPITANGA	22.256	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE MARGARETE ROSSATO	
BOA NOVA	15.811	Unid. de Saúde Nova	
MANGUEIRA VITÓRIA	14.357		
ITAPITANGA	24.919		
PLURAL TRIO	8.242	Unid. de Saúde Plural Trio	
SANTA LUZIA	15.763	HOSP. e Ambulatório de Urgência Maria Luíza	
ITAJUIPE	13.075	Unidade Municipal de Saúde (UMS)	
ITAJUIPE	7.003	Unidade Municipal de Saúde (UMS)	
ITAJUIPE	14.135	HOSP. de Saúde Senhora da Estrela	
ITAJUIPE	1.901	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	24.031	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	9.111	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	5.244	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	12.836	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	15.193	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	11.999	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	8.100	HOSP. MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	11.184	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	
BRASILETE	10.392	CENTRO DE SAÚDE NOSSA SRA DA CONCEIÇÃO	
BRASILETE	15.337	CENTRO DE SAÚDE DE SÃO BARTOLOMEU	
BRASILETE	12.537	CENTRO DE SAÚDE DE SÃO BARTOLOMEU	
BRASILETE	15.193	Unid. de Saúde de São Bartolomeu	
BRASILETE	13.141	HOSPITAL E MATERNIDADE LEA	
BRASILETE	15.193	Unid. de Saúde de São Bartolomeu	
BRASILETE	15.193	HOSPITAL MUNICIPAL DE SAÚDE	
BRASILETE	20.711	HOSP. MUNICIPAL ANTONIO DA COSTA PRÍNCIPIAS	
BRASILETE	15.193	HOSP. MUNICIPAL	



695
696
697
698
699
700Apresentou um panorama de todas as UPA que compõem a região e já estavam aprovadas a partir de 2008, existindo duas
701UPA em Jequié, uma em Ipiaú, Jaguaquara, Valença, Gandu, duas em Ilhéus aprovadas e uma em Itabuna. Relatou que o
702Município de Ipiaú tinha pedido desculpa, porém Itabuna só contaria com duas UPA aprovadas para 2013. Continuou, dando a
703notícia que tinha saído a portaria ministerial aprovando as UPA de 2013 do Estado da Bahia, na semana passada, mas tinha
704saído com necessidade de adequação e correções a serem feitas. Referiu que o Ministério da Saúde estava ciente e sinalizava
705que, no máximo na próxima semana, publicaria uma nova portaria, contemplando Ipiaú e Itabuna. Em seguida falou que já
706estava sendo solicitada no plano, que era regional, mais uma UPA para a Região, de porte I, para o Município de Itacaré.
707Assim, a situação das UPA estava com uma previsão e todos os planos já contemplavam a partir de quando os gestores
708receberiam a segunda e a terceira parcela, bem como o início de funcionamento, o que se tornava necessário para se garantir
709o orçamento em 2013 e 2014. Prosseguindo, disse que tinham sido aprovadas no plano, ao todo, 41 salas de estabilização,
710sem utilização de nenhum critério de priorização, como estava sendo hoje orientado pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, a
711partir dos próximos planos já iriam aplicar os critérios de priorização que consta na instrução normativa do Ministério da Saúde.
712Informou que na Região Norte já tinham feito uma oficina, mas quando foram feitos os planos da Macrorregião Sul, não tinham
713sido utilizados os critérios. Assim, havia 41 salas sem critérios de priorização, a área técnica já apontava, na análise crítica
714desses planos, um excesso de salas de estabilização, mas referiu que todas estavam aprovadas pelas CIR. Isso posto, iriam
715ser submetidas à apreciação do Ministério e pensavam que não iriam ser todas aprovadas, deixando já os gestores cientes.

HOSPITAIS ESTRATÉGICOS

Município	Unidade/instituição	Natureza	Porta de Entrada			Cronograma de Investimento	
			CUSTEIO MENSAL		INVESTIMENTO		
			Valor custeio Mensal	Valor custeio Mensal			Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)
			Valor custeio Mensal	Valor custeio Mensal			
ILHÉUS	Hospital Geral Luiz Viana Filho	Estadual	300.000,00	300.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	
JEQUIÉ	Hospital Geral Prado Valadares	Estadual	100.000,00		3.000.000,00	3.300.000,00	
ITABUNA	Hospital de Base Luiz Eduardo Magalhães	Municipal	300.000,00		3.000.000,00	3.000.000,00	

LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA

UNIDADE/ INSTITUIÇÃO	NATUREZA	LEITOS CLÍNICOS ADULTO			
		Nº LEITOS NOVOS	LEITO NOVO CUSTEIO ANUAL	LEITOS SUS EXISTENTES	Nº LEITOS EXISTENTES A SEREM QUALIFICADOS
HOSPITAL SÃO JOSÉ	FILANTRÓPICO	20	R\$ 1.861.500,00	24	20

LEITOS UTI PEDIÁTRICA

Hospital Costa do Cacau: 2014

MUNICÍPIO	UNIDADE/ INSTITUIÇÃO	NATUREZA	UTI PEDIÁTRICA		
			Nº LEITOS NOVOS	VALOR INVESTIMENTO	LEITO NOVO CUSTEIO ANUAL
ITABUNA	HOSPITAL MANOEL NOVAES	FILANTRÓPICO	10	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.628.000,00
	CASA DE SAÚDE SÃO JORGE	PRIVADO	5	R\$ 500.000,00	R\$ 1.314.000,00
ILHÉUS	HOSPITAL COSTA DO CACAÚ	PÚBLICO	10	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.628.000,00

LEITOS UTI ADULTO

MUNICÍPIO	UNIDADE/ INSTITUIÇÃO	NATUREZA	UTI ADULTO					
			Nº LEITOS NOVOS	VALOR INVESTIMENTO	LEITO NOVO CUSTEIO ANUAL	LEITOS SUS EXISTENTES	Nº LEITOS EXISTENTES A SEREM QUALIFICADOS	LEITOS EXISTENTES CUSTEIO ANUAL
ILHÉUS	HOSPITAL COSTA DO CACAÚ	PÚBLICO	10	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.628.000,00	10	5	R\$ 1.314.000,00
	HOSPITAL SÃO JOSÉ	FILANTRÓPICO	20	R\$ 2.000.000,00	R\$ 5.256.000,00	6	4	R\$ 1.051.200,00
	ILHÉUS	PÚBLICO MUNICIPAL	22	R\$ 2.200.000,00	R\$ 5.791.800,00	9	7	R\$ 1.839.600,00
ITABUNA	HOSPITAL SÃO LUCAS	FILANTRÓPICO	10	R\$ 1.000.000,00	R\$ 2.628.000,00			
	CALBERTO MUELEFFELRO	FILANTRÓPICO	20	R\$ 2.000.000,00	R\$ 5.256.000,00	5	3	R\$ 780.400,00
VALENÇA	HOSPITAL HEROR GUEDES	FILANTRÓPICO	10	R\$ 2.000.000,00	R\$ 5.256.000,00			

762
763
764
765
766

767Informou que se pensava em melhorar a qualidade da atenção, pois, quanto aos leitos de UTI adulto, havia um déficit imenso
768na Macrorregião Sul. Assim, ampliariam para 92 leitos de UTI adultos novos, para a região, o que não zerava o déficit da
769Região, mas chegava bem perto, estando distribuídos em várias unidades, dentre elas, no novo hospital público da SESAB na
770Costa do Cacau, cuja probabilidade era de ficar pronto no mínimo ao final de 2014; então aquilo seria para o orçamento de
7712014. Retornando, 20 leitos novos de UTI para o Hospital São José, de Ilhéus, retaguarda da porta de entrada do Hospital Luiz
772Viana, sendo previsto para 2013, já que seria contratualizado pelo Município de Ilhéus. Comunicou que o Hospital de Base Luiz
773Eduardo Magalhães estava em fase de reforma e ia ampliar mais 22 leitos de UTI, retaguarda para as redes de neuro e de
774trauma. Para o Hospital São Lucas, do grupo da Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, junto com o Calixto Midlej, também da
775Santa Casa, ampliação de mais 30 leitos de UTI adulto, que estariam ainda em fase de definição quanto às redes e os fluxos
776de regulação de retaguarda a ser feita. O Hospital Heitor Guedes de Melo, Santa Casa de Valença, com uma proposta de
777implantação, ressaltando que em Valença não tinha leito de UTI, tendo em vista que se tratava de uma região que não tinha
778nenhum leito em oferta. Havia 10 leitos no Hospital Heitor Guedes de Melo também para 2014. Para 2013 só tinham os de
779Itabuna e o São José, de Ilhéus; os demais ficariam para 2014. Acrescentou que como o Estado todo também tem um déficit
780imensa de leitos de UTI pediátrica, tinha como proposta 10 leitos novos para o Manoel Novaes, 05 para a Casa de Saúde São
781Jorge a serem contratualizados pelo Município de Ilhéus. Além destes, para o novo Hospital da Costa do Cacau, que contará
782com 10 leitos de UTI Pediátrica, também para 2014.

783
784
785
786
787

LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

Início do custeio: julho 2013

MUNICÍPIO	UNIDADE/ INSTITUIÇÃO	NATUREZA	LEITOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS			
			Nº LEITOS NOVOS	LEITO NOVO CUSTEIO ANUAL	LEITOS SUS EXISTENTES	Nº LEITOS EXISTENTES A SEREM QUALIFICADOS
	CASA DE SAÚDE JORGE VIANA	PRIVADO	10	R\$ 930.750,00	11	

790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800

LEITOS CUIDADOS PROLONGADOS

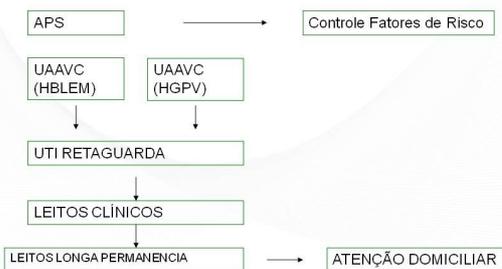
MUNICÍPIO	UNIDADE/ INSTITUIÇÃO	NATUREZA	LEITOS SUS EXISTENTES	Nº LEITOS EXISTENTES A SEREM QUALIFICADOS
UNA	HOSPITAL MUNICIPAL DE UNA	PÚBLICO	49	15
CANAVEIRAS	HOSPITAL MUNICIPAL DE CANAVEIRAS	PÚBLICO	40	15
ITACARE	HOSPITAL MUNICIPAL	PÚBLICO		15



801
802
803Referindo-se aos leitos clínicos pediátricos, mostrou que a única região que tem déficit também era Ilhéus, e a Casa de Saúde
804Jorge Viana estava ofertando, mediante contratualização com o Município de Ilhéus, 10 novos leitos de pediatria. Quanto aos
805leitos de Cuidados Prolongados, informou que apenas a Região de Ilhéus tinha feito uma proposta de leitos de cuidados
806prolongados, tratando-se de um novo componente da Rede de Urgência. Disse que a área técnica já havia sinalizado que
807provavelmente existiam dificuldades de alguns daqueles hospitais em atender aos critérios do Ministério da Saúde para a
808habilitação, mas passará primeiro pela análise do Ministério e, sendo aprovados, os municípios precisarão fazer seus projetos
809em separado, para aprovação no Ministério. Na Atenção Domiciliar, estavam com uma ampliação importante, pois hoje só
810tinham como equipes de atenção domiciliar funcionando, as equipes estaduais dos Hospitais Prado Valadares e Luis Viana
811Filho. Entretanto, pontuou que no plano da Macrorregião Sul tinha a proposta de implantação de mais uma equipe
812multiprofissional e uma de apoio para o Município de Ilhéus, uma municipal para Itabuna, uma equipe municipal em Jequié, e
813mais duas, para Jaguaquara e Ipiáú. Então, tinham conseguido sensibilizar os gestores nas oficinas, quanto à importância do
814componente atenção domiciliar, na lógica do novo modelo de atenção, principalmente para usuários de maior idade.

815

LINHA DO CUIDADO DO AVC



824
825
826
827
828

LINHA DO CUIDADO DO TRAUMA

- REFERÊNCIA PARA O TRAUMA MAIOR:
- Hospital Geral Prado Valadares
 - Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães
 - Hospital Geral Luís Viana Filho



829
830
831
832
833 Sobre as linhas do cuidado, a Rede de Urgência deveria contar com três linhas de cuidados prioritários: a linha do cuidado do
834 infarto agudo do miocárdio; do acidente vascular cerebral; e do trauma maior. Enfatizou que a população estava morrendo por
835 estas causas e precisavam fortalecer a atenção nestas três linhas. Assim, passou a apresentar como tinha ficado a linha do
836 cuidado do IAM: a atenção primária fazendo a sua parte, com o controle de fatores de risco, que era importantíssimo. Com
837 relação à trombólise, a administração da medicação do trombolítico, responsável por uma sobrevida importante do paciente
838 infartado. Informou que a área técnica da DAE estava trabalhando na construção do desenho da Rede de Trombose no
839 Estado, mas o que tinham pactuado no plano foi que a trombólise seria realizada pelas USA do SAMU 192, todas com tele-
840 medicina e com equipe treinada para fazer a trombólise. Com isso informou que ganhavam no tempo de resposta: as UPAS,
841 que tinham tele-medicina, também fazendo trombólise e os hospitais de referência regional, Heitor Guedes de Melo, Luis
842 Viana, Hospital de Base, bem como o Calixto Midlej, que não era estratégico, nem de referência da região, mas estava
843 habilitado na rede de alta complexidade cardiovascular, já fazendo a trombólise. O que não queria dizer, segundo ela, que
844 todos aqueles hospitais estivessem preenchendo os requisitos necessários hoje para realizar a trombólise. Chamou atenção,
845 principalmente do Heitor Guedes de Melo, um hospital que não dispunha ainda de sala vermelha, não dosava enzima vinte e
846 quatro horas, sendo uma proposta. Explicou que no mapeamento se fazia um *check list*, se identificando quem não tinha ainda
847 possibilidade de realizar a trombólise. Salientou que a trombólise não era um procedimento que pudesse ser feito em qualquer
848 lugar, mas na Rede desenhada se teria e proposta de desenho era aquela. A angioplastia, procedimento mais invasivo, sendo
849 outro método de tratamento do IAM, e toda parte de alta complexidade, ou seja, revascularização do miocárdio, e as outras
850 coisas, deverão ser reguladas pela central macrorregional para o Hospital Calixto Midlej, Hospital que vai ficar como referência
851 para toda a macrorregião e daí para os leitos clínicos de retaguarda. Esclareceu que quanto à trombólise podia ser feita nos
852 hospitais, atendendo aos requisitos, via SAMU 192. Uma vez feita a trombólise, se o hospital não dispuser de UTI, se
853 referenciaria pelo SAMU 192 para a UTI de referência dele ou para a própria unidade coronariana de Itabuna. Sobre as UTI de
854 retaguarda para os leitos clínicos de retaguarda, a referência se dará pela central de regulação macrorregional. Portanto, com
855 esse plano será preciso realizar vários trabalhos, comentando que os planos eram bonitos, mas, para sair do papel para a sua
856 efetivação, demandava vários sub trabalhos. Na linha do cuidado do AVC, informou que a atenção primária também faria o
857 controle de risco, e apresentou a proposta de implantação de duas unidades de atenção ao AVC: uma no Hospital de Base
858 Luis Eduardo Magalhães; uma no Hospital Geral Prado Valadares, este último sendo submetido no momento a uma reforma na
859 emergência. Informou que existia a proposta da habilitação, mas era necessário atender aos requisitos, e nesses casos, os
860 pacientes podiam ir para as UTI de retaguarda, em seguida para os leitos clínicos de retaguarda, para os leitos de longa
861 permanência. Destacou que esta linha de cuidado era a que mais ia demandar a necessidade de leitos de longa permanência,
862 ao olhar da área técnica. Dessa forma, a linha de cuidado do AVC e a linha de cuidado do trauma precisariam de leitos de
863 longa permanência ou cuidados prolongados, e a partir daí, para a atenção domiciliar, retornando para a atenção básica,
864 fechando-se assim a linha do cuidado de AVC. A linha de cuidado do trauma, segundo a área técnica, é a que ficou mais
865 fragilizada no plano; primeiro porque ainda não existia a portaria regulamentando o financiamento para os centros de trauma e
866 depois porque se ficou apenas com a referência para o trauma maior, que na Região era hoje o Prado Valadares, o de Base, o
867 Luis Eduardo e o Luis Viana Filho. Pontuou que, com essas análises críticas, vêm sensibilizando os municípios a identificarem
868 unidades intermediárias, pois, acreditam que não podia ficar tudo nos hospitais estratégicos. Além disso, havia traumas
869 ortopédicos de extremidade, fratura exposta, perda de uma perna, fraturas fechadas, fraturas simples, e os municípios
870 deveriam estar com suas unidades que já realizam as cirurgias ortopédicas desenhadas no plano.

871

872

RECURSO RAU- SAÚDE TODA HORA
Macro Sul- 2013/2014

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

COMPONENTE	CUSTEIO ANUAL (R\$)
SAMU	34.064.285,00
UPA	38.355.000,00
SE	2.043.540,00
AD	2.421.840,00
HOSPITALAR	25.474.011,00
TOTAL	102.358.676,00

OBRIGADA!

71- 31154399 (COUR)

71-31152029 (COAH)

891 Concluindo, informou que o recurso total previsto para 2013/2014 no plano estava em torno de cento e dois milhões, trezentos
892 e cinqüenta e oito mil reais em todos os componentes, mas que já havia componentes que estavam sendo financiados, como o
893 SAMU, as UPA, ficando contemplados todas as segundas e terceiras parcelas. Além disso, quem ia iniciar custeio em 2013 e
894 quem ia iniciar em 2014. Da mesma forma com a sala de estabilização, tanto o investimento, de cem mil reais por sala,
895 considerando que tudo que se tem colocado seria aprovado. Salientou que o recurso estava previsto no orçamento, porém,

896 para que o mesmo se tornasse financeiro, recurso de custeio, precisava que cada um dos componentes atendesse a todos os
897 requisitos. Assim, quem tivesse que fazer a habilitação, que habilitasse; quem tiver que dar início ao funcionamento, que
898 iniciasse o funcionamento. Agradeceu aos grupos técnicos que trabalharam, informando terem sido pactuados prazos, e todos
899 estavam interessados. Citou o Sr. Alex, de Ubirataia, que tinha trabalhado com a área, o pessoal da DIRES de Itabuna, muita
900 gente que tinha trabalhado com a área técnica naqueles planos e que continuavam trabalhando, pois o plano escrito ainda
901 estava em fase de amadurecimento. Dr. Jorge Solla agradeceu à Dr. Alcina e questionou se alguém tinha alguma observação.
902 Sra. Stela Souza agradeceu a parceria da equipe técnica da urgência do Estado, da equipe técnica da atenção hospitalar e dos
903 outros componentes que vinham trabalhando naquele processo e pontuou que sabia o quanto tinha sido difícil para o plano
904 sair. Disse ter sido necessário virar a noite para, no outro dia pela manhã, mandarem o material para ser discutido, portanto, se
905 percebia o empenho de toda a equipe, que a Região Sul com certeza agradecia o esforço da área técnica da SESAB por
906 aquele processo estar pronto. Sra. Marúcia Bahia (Secretária Municipal de Saúde de Una) questionou ao grupo técnico que
907 tinha sido colocado na discussão sala de estabilização no Município de Una e na apresentação não aparecia. Disse também
908 que o Município tinha feito o projeto, encaminhado para a área técnica, e tinha inclusive uma cópia do projeto em mãos. Dra
909 Alcina respondeu que podia ser revisto, perguntando se alguém mais apontava alguma coisa. Dra. Suzana Ribeiro mencionou
910 que, com relação aos leitos de UTI, era necessário designar vinte por cento dos leitos para a Rede Cegonha; portanto, onde
911 tiver dez leitos, ficariam oito para urgência e dois para a Rede Cegonha, porque o financiamento vinha pela outra rede.
912 Ponderou que como estavam fazendo as oficinas em conjunto, com uma equipe saindo e outra entrando para discutir outra
913 rede, depois ia precisar fazer esse alinhamento e ajustes. Exemplificou que os hospitais que estavam na Rede Cegonha, o de
914 Valença e a Santa Casa, estavam na Rede Cegonha e na Urgência, porque tinha hospitais que estavam na Cegonha e na
915 Urgência. Ressaltou estar sendo feito o mesmo movimento na Macrorregião Sul, na Sudoeste, com o cronograma já pronto,
916 conforme pactuado na última CIB. Relatou que já tinha ocorrido na Norte, na semana passada, portanto, estava sendo feito o
917 movimento inicial. Pontuou que a Norte já estava contemplada com a Cegonha, precisava se debruçar sobre a urgência e
918 sobre a RAPS. Assim, na medida em que ia sendo fechada cada região, fazia a oficina, depois o trabalho técnico, com a ida do
919 técnico da Secretaria, junto com os municípios e as regionais e se construía o plano. Em seguida traziam de volta para a CIB,
920 passando de novo pela CIR, antes da CIB. Sugeriu, para 'adiantar o passo', que, como a proposta estava sendo construída e
921 era uma construção coletiva, se trazia para a CIB e os ajustes aprovavam-se posteriormente *ad referendum*. Isso porque a CIR
922 ainda ia acontecer em maio, para não perder tempo e poder encaminhar se tiver ajuste. Então, aprovava-se *ad referendum* e o
923 ajuste que tiver contemplado ficava garantido e mandava para o Ministério na seqüência. Ressaltou que não iria mais fechar o
924 Estado todo para mandar, como tinha sido dito na reunião anterior. Que tinha ficado combinado com o Ministério que, uma vez
925 fechada uma reunião já ia soltando, por que eles iam adiantando a análise e iam liberando as Portarias à medida que fossem
926 sendo aprovadas. Informou que a agenda para a Região Sul seria 23 e 24 de maio, sendo preciso mudar a agenda em relação
927 à próxima, a Centro Leste que estava prevista para o dia 16, porém nesse dia seria a reunião da CIB, comunicariam a região.
928 Dr. Raul Molina reforçou a fala da Sra. Stela Souza, agradeceu a atenção e informou ter sido colocado pela manhã exatamente
929 o que Dra. Suzana colocava ali, que não dava para parar. Tinham que continuar andando e alguns colegas sabiam daquilo
930 melhor do que ninguém. Relatou algumas pessoas tinham pontuado pela manhã, que deviam parar com aquilo, mas pontuou
931 que não tinha como parar ao observar uma apresentação como aquela, sendo esta uma das justificativas que tinha dado pela
932 manhã, apesar de ter um problema com a sala de estabilização. Dra. Alcina informou ao Dr. Raul Molina que estavam
933 recebendo várias solicitações avulsas para aditivos e alterações no plano da Macrorregião Leste, que tinham sido aprovadas
934 em outubro. Destacou que estavam sendo feitos dois ofícios, para a CIR de Cruz das Almas e a CIR de Santo Antônio. Além
935 disso, na próxima reunião da CIR, dia 2, seria feito um breve histórico da situação, pois muito gestor novo não conhecia o
936 histórico, pois, um gestor não passava para o outro, e quem chegava tinha dificuldades. Por isso, tinham que fazer um aditivo
937 só, porque não era agradável ficar mandando toda hora para o Ministério, coisas do tipo, 'se quer mais uma sala', 'tire daqui
938 coloque ali', então, a proposta era pactuar um bloco. Solicitou que no dia 2, o máximo possível de gestores estivesse presente
939 na CIR, para se aprovar um bloco de aditivo. Além disso, na Macrorregião Leste, já tinha sido falado com alguns gestores,
940 sendo necessário que as CIR de Salvador e de Camaçari também fizessem aquele movimento. Dr. Jorge Solla sugeriu que se
941 pegassem as sugestões e depois fizessem um apanhado como Dra. Alcina tinha falado, dando uma solução global e
942 negociando para fazer aquele adendo. Dra. Suzana Ribeiro lembrou que na Macrorregião Leste a Rede Cegonha estava sendo
943 fechada, conforme a definição do Grupo Condutor, o Ministério já tinha sinalizado que seria interessante que se pudesse
944 encaminhar a proposta da Cegonha na Leste o mais rápido possível, porque anteriormente tinha sido contemplada somente a
945 metropolitana. Dr. Jorge Solla informou que o Prado Valadares estava iniciando as obras de reforma e ampliação e no dia 7 de
946 maio, estava prevista, às 9 horas da manhã, a inauguração da UTI neonatal do Hospital São Judas Tadeu, em Jequié.
947 Destacou que ia ser a primeira UTI neonatal em Jequié, e que toda a obstetrícia, instalado no Prado Valadares, tinha sido
948 transferida para a Santa Casa de Jequié, para o São Judas Tadeu. Assim, reiterou que estava sendo iniciada a ampliação da
949 emergência, o bloco de imagens do Prado Valadares. Ressaltou também que outra informação importante, para complementar
950 apresentado da Região Sul, era sobre o Hospital da Costa do Cacau, novo hospital regional que está sendo construído, que
951 será uma referência para toda a Macrorregião Sul. Informou que ele ia ser construído entre a sede do Município de Ilhéus, a
952 zona urbana principal e a Universidade Estadual de Santa Cruz. Referiu que estava sendo finalizada a escolha do terreno,
953 estando na fase final de definição entre três terrenos. Com o projeto pronto, o Governador já tinha conseguido o recurso,
954 dentro de um projeto de empréstimo, e esperava-se que, até o final do mês de maio, já se estivesse com o processo de
955 licitação em curso, a fim de iniciar o projeto. Finalizando, disse que seria importante também para todo o conjunto da
956 Macrorregião Sul. No seguimento, mencionou o próximo ponto da pauta do COSEMS: **o Município de Maraú solicita retorno**
957 **para sétima DIRES, Região de Itabuna.** Dr. Raul Molina destacou que tinha sido discutido pela manhã, voltando ao problema
958 de Canudos, pontuando que o encaminhamento tinha sido de continuar com o fluxo que tinha sido feito, mandar para a equipe
959 técnica a fim de ser verificado tudo aquilo e depois trazer para a CIB. Além disso, pontuou para resgatar o que tinha sido
960 discutido antes, retomando inclusive o GT PPI, dentro do que tinha sido acordado no Gabinete. Destacou que o COSEMS faria
961 a indicação de algumas pessoas para participarem do GT PPI, o qual ia continuar tocando aquilo. Salientou também que o
962 pleito de Maraú deveria ir para a área técnica. Dr. Jorge Solla dando continuidade mencionou o ponto do COSMES:

963**municípios baianos solicitam regularidade no suprimento da assistência farmacêutica.** Ressaltou que já tinha feito um
964encaminhamento junto a Dr. Raul Molina, mas ia deixar para o mesmo falar. Dr. Lindemberg Assunção destacou que a
965situação da falta estava ocorrendo desde o ano passado, tendo começado mais ou menos em setembro a enfrentar uma série
966de dificuldades para manter o suprimento de medicamentos. Assim, apresentou os dados referentes ao primeiro trimestre
967desse ano, para mostrar, apesar de ter vinte e sete itens em falta, o recurso que era de responsabilidade do Estado e para a
968União repassar em termos de medicamentos. Mostrou que o total no primeiro trimestre tinha sido aproximadamente de treze
969milhões de reais; os municípios fundo a fundo, quatro milhões de reais; os que estavam sob a Gestão do Estado e o
970gerenciamento Estadual, de oito milhões e dezoito mil reais. Acrescentou que o valor do recurso distribuído pela CEFARBA, no
971primeiro trimestre, correspondia a 70% do valor total e os 30% que não tinham conseguido distribuir era justamente os itens
972que estavam em falta e eram importantes. Pontuou que havia um recurso que era federal que tinham conseguido distribuir, o
973qual tinha sido três milhões e oitenta e nove mil reais e o do gerenciamento estadual, quase seis milhões de reais.
974Mostrou a comparação com os municípios, tanto fundo a fundo, quanto a contra partida municipal, do total dezoito milhões
975de reais, que teria que gastar cinco milhões do total dos municípios e 29% tinha sido o executado da contra partida municipal.
976Ponderou que não estava olhando cada município, mas sim o conjunto deles. Quanto aqueles que recebem o recurso do
977Fundo Federal diretamente para fazerem a compra, dezesseis milhões de reais, e cinco milhões tinham sido executados
978daquele conjunto de municípios como: Salvador; Feira de Santana; Ilhéus; e dentre outros que correspondiam a 31%. O total
979sob Gerenciamento Estadual, 20%, dois milhões, trezentos e quarenta e oito mil reais, que era a contra partida do Estado.
980Colocou que 26 itens estavam em falta, correspondendo a 27% do elenco e, dos 26, tinham previsão de entrega de 17 itens
981nos próximos 20 dias, com dois itens muito importantes, e que a situação já vinha ocorrendo há muito tempo e
982explicaria mais adiante qual a solução que tinham encontrado. Apresentou os itens que estavam chegando dentro
983de vinte dias: Biperideno 2 mg; Bupropiona 150 mg; Carbamazepina comprimido; Ciprofloxacina 250 mg; Digoxina
9840,25 mg; Espironolactona 25 mg; Ibuprofeno 50 mg/ml; Ibuprofeno 600 mg; Levodopa + Benserazida 200+50 mg;
985Levotiroxina 25 mcg; Levotiroxina 50 mcg; Loratadina 10 mg; Losartan 50 mg; Risperidona 1 mg; Risperidona 3
986mg; Sais de reidratação; e Sinvastatina 20 mg; explicou que no Edital tinham prazo de entrega que variava de 10 a
98715 dias, dependendo dos itens: AAS 100mg; Cefadroxil 50 mg/ml; Metoprolol 100 mg; Nortriptilina 25 mg;
988Omeprazol 20 mg; Salbutamol 100 mcg; Sulfametoxazol + Trimetoprim suspensão. Destacou que estarão
989regularizando o estoque, nos próximos trinta dias, para os próximos três meses. Pontuou um grande problema que
990eram as lancetas e as tiras reagentes, porque o processo estava sob litígio na justiça, tendo chamado os dois
991fornecedores principais que estavam brigando, a Gans e a Bosch para reunião na próxima segunda-feira e a
992solução encontrada tinha sido abrir dois Editais: abrir Edital com a Gans para os municípios, até porque a mesma
993já tinha ganhado o edital anterior das tiras e aqueles aparelhos não podiam ser trocados. Ou seja, se tinha sido
994comprado da Gans, não podia ser usada a tira da Bosch no aparelho da Gans e esta era a grande dificuldade.
995Como era contrato para um ano, todas as vezes que mudava a licitação, tinha que trocar os aparelhos. A outra
996solução que tinham tentado foi fazer um contrato de comodato de cinco anos e com isso dar uma estabilidade no
997processo. Mas como tinham entrado em litígio, não tinham conseguido o acordo. Explicou que estava trazendo o
998Processo de volta da Procuradoria para chamarem os dois fornecedores e tentarem propor aquela solução;
999porque os dois eram os únicos que atendiam às características de segurança descritas do processo e
1000especificação técnica. Quanto ao sistema orçamentário financeiro, informou que tiveram que se adaptar a ele.
1001Antes conseguiam empenhar em três etapas e agora eram necessárias oito etapas para fazer o mesmo
1002procedimento, com o mesmo número de pessoas. O segundo problema tinha sido o atraso de repasse do
1003Ministério da Saúde, e não tinham recebido ainda os meses de março e abril, tendo mês de fevereiro entrado
1004nessa semana. Informou que estavam esperando o recurso, em torno de sete milhões de reais, para os três
1005meses. Assim, se o Ministério não repassar não conseguirão comprar em tempo hábil. Ressaltou ser do
1006conhecimento de todos que tinham de fazer todos os procedimentos legais para efetuar a compra, os problemas e
1007processos licitatórios e na entrega de produtos que continuava tendo, apesar das empresas serem punidas seis
1008meses, um ano, mudavam de CNPJ e entravam novamente no processo licitatório. Disse que o clássico era Rio
1009Clarence, que agora tinha duas empresas, informando ser o nome de uma dela algo parecido com 'SOLUMED' e
1010que entrava na licitação, mudando o CNPJ e continuava sem entregar. Uma vez passado o prazo de entrega eles
1011notificavam e levavam o caso para a Procuradoria e por este motivo não tinham conseguido abastecer; e
1012complementou, comentando que a contrapartida do Estado e municípios não acontecia de forma complementar.
1013Ressaltou que dizia aquilo porque o município, que recebia fundo a fundo continuava com o valor alto na conta
1014porque tinha problemas nos processos de execução, especialmente nos processos licitatórios. Além disso, tinham
1015que atendê-los com a contrapartida Estadual e aí estava o grande problema para o município pequeno, o qual
1016tinha o seu recurso federal vindo para o estado. Assim, propôs a análise junto com o COSEMS para inverter a
1017agenda da seguinte forma: primeiro, atenderiam os municípios pequenos e depois os municípios maiores, fundo a
1018fundo, que recebem o repasse federal e não conseguem gastar com a situação, entrando em um desequilíbrio
1019muito importante. Informou que estavam atendendo os municípios maiores, sempre com a contrapartida estadual
1020e federal que recebiam em detrimento dos municípios pequenos. O Coordenador comentou se tratar de uma
1021discussão importante, que já tentaram se debruçar anteriormente e gostaria de, primeiro, registrar um ponto que
1022merecia fazerem uma reavaliação, que era a relação dos itens do elenco estadual, tendo saído de 34 itens para
102360, e depois para 97 itens. E no elenco municipal, tinham outro conjunto de medicamentos, então, achava que
1024merecia uma avaliação e sugeriu se questionar se não tinham ampliado muito o elenco, com alguns itens que

1025 talvez não necessariamente devessem constar, para que pudessem estar contribuindo para a grande parte da
1026 falta ou os itens que estavam faltando eram itens que inevitavelmente teriam que estar no elenco. Reforçou que
1027 merecia uma avaliação quanto a isso. Colocou que a proposta feita por Dr. Lindemberg era correta, não sendo justa a
1028 situação que estavam vivenciando nesse ano quanto ao cumprimento de contrapartida, e referiu esperar que mudasse.
1029 Exemplificou com a situação vivenciada nos últimos três anos, em relação, por exemplo, a Salvador, o qual não tinha
1030 executado os recursos, e recebia do Governo Federal, na Farmácia Básica, e trazia a proposta de reprogramação do recurso
1031 para a CIB por três ocasiões, apenas recebendo recurso da contrapartida estadual. Destacou que como o município era
1032 grande, assim como sua população, aquilo representava um volume grande de medicamento. Ressaltou que a estratégia de
1033 dar prioridade ao fornecimento inicialmente para os municípios menores seria interessante, mas que também teriam de ter
1034 algum mecanismo de controle. Sugerindo então que uma vez não executando o repasse federal se travar ao município também
1035 o encaminhamento do medicamento da contrapartida estadual, até como uma forma de induzirem a execução por parte do
1036 município. Destacou que não devia se tratar apenas da ordem da entrega; e exemplificou que, se um município chegasse ao
1037 mês de julho, seria avaliado e se não tivessem tido um mínimo de execução, de 20% ou 30% pelo menos, não tinha
1038 justificativa para isso, sendo essa a segunda questão. A terceira questão, em relação às tiras, disse que era um nó que não
1039 sabia se a solução que tinha sido apresentada nesta CIB ia dar conta. Ponderou que talvez já devesse ter buscado algum
1040 registro de preço de outros estados, federal e outros municípios. Salientou que, se tivesse como 'dar uma rasteira' e usar
1041 emergencialmente alguns registros de preço, tudo bem, mas que era um nó importante também. Retornou a palavra para Dr.
1042 Raul Molina, o qual colocou que o registro de preço resolveria para o Estado para o que queriam com o registro de preço,
1043 arrematou dizendo se tratar da sua indicação. Pontuou para Dr. Lindemberg que vão depositar mais uma vez esse crédito no
1044 mesmo, porém, destaca que não concorda também com o segundo encaminhamento. Dr. Mário Gontijo, Secretário de Saúde
1045 de Eunápolis, opinou que era uma atitude louvável fazer naqueles municípios que não estavam fazendo contrapartida, mas
1046 achava prudente a forma de se colocar na CIB, ser avisado constantemente. Colocou que, deveria se colocar no cabeçalho da
1047 pauta de que tanto por cento dos municípios vão perder recurso, pois, não cumpriram. Argumentou que, se tivessem um
1048 direcionamento com a relação em um mapa, de quem estava devendo e colocando um prazo, seria mais viável porque daria
1049 prazo para os municípios se adequarem. Mencionou ter receio porque às vezes havia município que era pequeno e às vezes
1050 estava devendo, logo era mais precarizado. Ponderou que o mesmo sofrimento que Dr. Lindemberg colocava em relação às
1051 adequações de licitações, no nível estadual, eles também sofriam, no nível municipal, com a falta de medicamentos e licitações
1052 com os mesmos problemas. Salientou que tinha uma grande preocupação, pois no dia 08 o município vinha buscar o
1053 medicamento, e não sabiam se o carro voltava cheio ou vazio, e que deveria se estabelecer um prazo por extenso nos
1054 próximos três meses. Dr. Lindemberg salientou que a DASF iria informar aos municípios o estoque que tiverem, antes deles
1055 virem; então, isso resolveria se valeria à pena vir ou não. O Coordenador ressaltou que não haveria mais surpresa. Dr.
1056 Lindemberg Costa comentou sobre uma reunião da CIB que ele achava ter sido em 2009, ou bem antes, quanto a pactuação
1057 dos critérios para a gestão ser fundo a fundo ou gerenciamento estadual, que podiam pactuar nesta CIB e revisar, propondo
1058 aquilo que estava sendo colocado nesta CIB com relação aos municípios Fundo a Fundo. O Sr Coordenador colocou que,
1059 principalmente deveria se rever no caso do município que levar dois a três anos, sem executar, pois, tinha alguma coisa
1060 errada. Achou muito boa a proposta de Dr. Mário Gontijo, e se dirigiu nesse momento à Sra. Nanci, Secretária Executiva da
1061 CIB, dizendo que toda CIB a DASF deve passar a mesma o informe da situação da Execução da Assistência Farmacêutica
1062 Básica, para se divulgar para que tenha o prazo para solução. Dr. Alfredo Boa Sorte pediu desculpas pelo atraso devido a
1063 problemas na Secretaria e considerou que aquele debate já era antigo, mas gostaria de colocar uma questão que estavam
1064 discutindo, o problema da logística e da distribuição de medicamentos, que estavam concluindo e esperava que se resolvesse
1065 nos próximos três meses. Referiu que na Gestão Pública nem sempre o que se quer fazer para amanhã, dá para marcar para
1066 fazer amanhã, reiterando que os municípios já sabem disso. Informou que estava fazendo um estudo e um edital exatamente
1067 para fazer uma proposta de construção de logística revolucionária capaz de armazenar, comprar e distribuir os medicamentos,
1068 não tendo mais os municípios que virem buscar remédio. Solicitou ajuda do COSEMS e municípios porque teriam de chegar
1069 para todos ali e que não teriam mais que gastar dinheiro para pagar transporte a fim de pegar o remédio porque iam entregar o
1070 remédio no município de todos ali. Mas que a construção de um termo de referência para licitação pública nem sempre saía no
1071 tempo que gostavam. Pontuou que era uma proposta que, quando construírem, SESAB, COSEMS, Municípios e Estado,
1072 pulariam a página. Salientou, porém, que não tinham apenas como pular página do financiamento para a compra do remédio.
1073 Ressaltou que era uma página que ainda não tinha passado porque era um problema do financiamento do SUS. Sinalizou que
1074 havia o dinheiro para comprar Farmácia Básica, porém tinha que se gastar dinheiro para comprar medicamento de alto custo,
1075 retirando da Farmácia Básica; e explicou: há uma ação judicial obrigando o Estado a fornecer aquele remédio de alto custo,
1076 mesmo que não tenha registro na ANVISA, eram obrigados a importar remédio por causa da ação judicial. Disse que era a
1077 realidade deles, não se resolvia na CIB, talvez na CIT. Noticiou que a proposta estava em execução, em processo de
1078 construção, para imediata licitação da logística de distribuição de medicamento. O Sr Coordenador deu continuidade à pauta.
1079 Solicitaram que fosse dado um informe dos municípios com pendência do Relatório Anual de Gestão - SARGSUS 2011.
1080 Informou que eram 48 no início da reunião, tinha caído para 47 com o município de Boa Nova que fez o Relatório, e caiu para
1081 46, com o município de Sapeaçu. Destacou que é possível que tenha reduzido algum, mas no momento os que estão sem
1082 informação são: Itanagra, Barreiras, Contendas do Sincorá, Ituacu, Malhada de Pedra, Cabaceira do Paraguaçu, Maragojipe,
1083 Muritiba, Candeal, Capela do Alto Alegre, Tanque Novo, Ipupiara, Morpara, Oliveira dos Brejinhos, Arataca, Boa Vista do Tupim,
1084 Bonito, Ibiquera, Itabuna, Jucari, Marau, Pau Brasil, Ubaitaba, Ibicui, Itarantim, Miguel Calmon, Umburanas, Jitaúna, Milagres,
1085 Cipó, Paripiranga. Dr. Jorge Solla informou que, como Dr. Lindemberg já tinha comentado, ainda havia vários problemas com o
1086 novo sistema informatizado de pagamento – SIPLAN; em função disso, somente ontem conseguiram pagar AIH de fevereiro, e
1087 hoje tinha sido feito o pagamento do SIA de fevereiro, e estava previsto para segunda-feira o pagamento dos contratualizados
1088 do mês de março. Ricardo Heinzmann – Diretor da DAB – informou que estava terminando o prazo estipulado pelo Ministério
1089 para a adesão ao programa Requalifica UBS, destacou a importância do Programa, do Governo Federal, o qual conta com o
1090 apoio das Secretarias Estaduais de Saúde, no caso a SESAB, e também o apoio do COSEMS; financia, através de repasse
1091 fundo a fundo, construção, reforma e ampliação de unidades de saúde da família. Explicou que o Governo Federal tinha um

1092recurso financeiro muito grande alocado para esse Programa, portanto, era possível que quase todas as propostas fossem
1093contempladas, porque tinham visto o exemplo do ano passado, com mais de cento e noventa e um milhões de reais, que foram
1094contemplados para infra-estrutura da atenção básica na Bahia, através do apoio da SESAB. Assim, esse ano, da mesma
1095forma, o Programa tinha chamado a atenção para a construção de unidades, que era o grande diferencial, pois o Ministério da
1096Saúde tinha colocado que a planta de construção de uma unidade de uma equipe correspondia ao valor de quatrocentos e sete
1097mil reais e era uma planta muito interessante, de mais de duzentos e trinta metros quadrado, com sala de observação. Falou
1098que tinha ocorrido aquela discussão para a urgência, que se sabia da necessidade de ter salas de observação no Plano de
1099Urgência; e que era uma planta com sala de reunião, um pequeno auditório, que possibilitava trabalhos com a comunidade,
1100previa salas de acolhimento, etc. Salientou que tem sido feitas discussões, orientando os municípios que, nesse momento, não
1101busquem convênios com o Estado para construções de unidades, priorizou de fato esse recurso de construção pelo Governo
1102Federal, porque a proposta estava muito interessante. Informou que do dia trinta não seria prorrogado e a adesão era via site
1103do Ministério e que a quase totalidade dos gestores já tinham recebido o material produzido pela DAB, um passo a passo, que
1104foi mandado para todas as secretarias, em versões digitais e impressas, com ofícios. Esclareceu que realizaram contato por
1105telefone e também foram feitas oficinas regionais sobre isso, portanto arrematou dizendo que todo tipo de apoio a DAB tem
1106dado aos municípios nesse sentido. Reforçou ser dia trinta o último dia para a adesão, via site do Ministério. Dando
1107seguimento, passou a falar da novidade que tinha acabado de sair e já tinha sido mandado para o e-mail do COSEMS, a fim de
1108ajudar na divulgação, que era uma nota técnica, a qual tinha sido o grande pleito dos municípios, orientando àqueles que já
1109tinham sido contemplados no ano passado com construção, reforma e ampliação, o Ministério finalmente tinha autorizado
1110fazerem adequações da proposta, a construção que tinha sido contemplada antes podia se adequar para a nova versão de
1111construção, inclusive a de duzentos mil para quatrocentos e sete reais. Ressaltou que ia distribuir em massa essa circular,
1112porque vários municípios estavam pressionando o Ministério, e ressaltou que era com razão, porque na verdade se fazia a
1113adequação da proposta ao invés de solicitar uma nova, como tem sido o caso de vários municípios. Lembrou sobre a Ordem
1114de Serviço, que os gestores tinham o prazo para cadastrar a ordem de serviço até trinta de maio, tinham um mês a mais; no
1115caso de reforma e ampliação era no próprio sistema do SISMOB, e no caso de construção de unidades a ordem de serviço era
1116via site do Fundo Nacional de Saúde. Salientou que a DAB estará orientando tudo isso aos secretários, sem problemas e que
1117será passado uma circular o mais breve possível, pois, isso tudo tinha sido uma informação recente do Ministério. O fluxo
1118diferenciado será mandado amanhã, em uma circular para todos, por e-mail, pois já tinha o cadastro de todos os novos
1119secretários e estavam contando com o apoio de sempre do COSEMS nessa mobilização. Colocou à disposição a equipe da
1120DAB, toda a equipe de apoiadores, pois, era total a prioridade nessa reta final, portanto, todos os municípios que quisessem,
1121para ajudar a cadastrar as propostas, entender melhor esse processo, havia uma equipe além dos apoiadores, assim como a
1122equipe da COGEP, Ivonete e Tércio, que cuidam da parte financeira e da discussão sobre construção de unidades na COGEP,
1123nos telefones: 3115-4248 ou 3115-8339. Reforçou que os secretários não perdessem essa oportunidade, porque de fato se for
1124parar para pensar, no momento da gestão, era agora a oportunidade de investir na infra-estrutura da atenção básica, porque
1125esse recurso só ia cair na conta no segundo semestre, e até parar o processo licitatório, só começaria a andar em dois mil e
1126quatorze. Além disso, dois mil e quatorze será ano eleitoral, e o Ministério da Saúde não conseguirá fazer novos investimentos,
1127só ia investir de novo em dois mil e quinze. Portanto, essa era a hora da gestão municipal que quisesse investir na infra-
1128estrutura da atenção básica, porque sendo nessa gestão, o recurso era agora, para se executar na gestão atual, se não, ia
1129ficar para outra gestão por conta dos momentos diferentes da gestão do Governo Federal, Governo do Estado e Governo
1130Municipal. Dr. Benedito Borel de Oliveira, Secretário Municipal de Saúde de Alcobaça, questionou se o município que já tinha
1131recebido o recurso para construção, que já tinha sido inclusive licitada, terá como rever os valores ainda. Dr. Ricardo
1132Heinzelmann informou que por isso tinha anunciado os telefones, pois a nota técnica não entrava naquele detalhamento, não
1133tendo como passar a informação detalhada. Assim, reiterou, que a informação sobre se alguém que já tinha licitado a obra terá
1134condição de fazer a adequação, deve ser buscada posteriormente, nos contatos mencionados, pois a nota técnica tinha sido
1135recebida hoje por e-mail, por isso tinha solicitado trazer como informe de última hora. Disse que seria necessário buscar melhor
1136essa informação e amanhã, até por telefone poderia ser feito esse esclarecimento para aqueles municípios que estivessem
1137nessa situação, não sendo todos, mas alguns que querem buscar também ter essa possibilidade. A Sra. Cynthia Lopes,
1138Secretária Municipal de Saúde de Caetité, colocou que o cadastro das propostas que faz no SISMOB, quando acessa o site do
1139Fundo Nacional, a proposta migra para lá, no entanto, tinha observado que as propostas de construção iam para o site do
1140Fundo Nacional e constavam lá como propostas incompletas. Acrescentou que já tinham tentado falar com o Ministério da
1141Saúde para obter informação, mas não tinha conseguido, e que havia também algum problema no sistema porque quando se
1142cadastrava proposta para ampliação, completava-se a proposta e aparecia como concluída; e quando era encaminhada para o
1143Ministério da Saúde, constava como incompleta, e disse que não conseguia obter informação no Ministério. Dr. Jorge Solla
1144salientou que sabia que existiriam muitas dúvidas, por isso Ricardo estava à disposição e a prioridade até o dia trinta era
1145resolver essa questão que com certeza toda a equipe da DAB estaria disponível para viajar, de sexta até terça, pois era a reta
1146final, portanto, quem precisasse de ajuda, acionasse o pessoal para apoiar. Passou a formular um convite, dizendo que estava
1147sendo feito em cima da hora, mas, quem tivesse disponibilidade, hoje, às dezenove horas, no Palácio Rio Branco, na Praça
1148Municipal, ia ser o lançamento do segundo Fórum Nordeste de Gestão em Saúde, um evento que no seu primeiro ano tinha
1149tido uma adesão importante e uma participação grande, e esse ano ia ser realizado no mês de agosto. Informou que a DAB e a
1150Vigilância estariam organizando a Mostra de Saúde da Família, integrada com a Vigilância, no mesmo período, no mês de
1151agosto. Mencionou ainda que segundo Ricardo, tem mais três NASF para aprovar o credenciamento, o de Camacã, São Felipe
1152e Nova Viçosa. Sr. Ivonildo Bastos pontuou a questão da atenção domiciliar de Jacobina, já tendo sido discutida com a área
1153técnica e sido acertado o projeto da atenção domiciliar de Jacobina. **Dr. Jorge Solla inferiu que a atenção domiciliar em**
1154**Jacobina, faltava só fechar a documentação, por isso ficava pré-aprovado.** Sra. Liliâne Mascarenhas informou que, com
1155relação ao recurso dos CAPS, sabia-se que na última PPI, os recursos dos CAPS tinham sido pactuados na MAC e a partir da
1156publicação das Portarias Ministeriais nº. 3088 e a Portaria de CAPS, o Estado tinha feito um movimento junto com muitos
1157municípios, e tinha definido o repasse de recurso não por produção, mas por custeio. Assim, a partir daí, a SESAB tinha
1158publicado uma Portaria que garantia o repasse do recurso dos CAPS no valor de custeio, conforme a Portaria do Ministério da

1159Saúde. Com isso, tinha sido realizada uma análise do recurso pactuado na PPI, para garantir de fato que o recurso previsto
1160para cada CAPS fosse repassado. Portanto, pactuando-se agora, garantia-se que os CAPS tipo I tivessem o repasse do
1161recurso de mais ou menos vinte e oito mil reais, e que cada um tinha um valor específico, ressaltando que aquele recurso
1162estava sendo pactuado na CIB, entretanto, a área técnica estaria monitorando e acionando a auditoria em qualquer
1163irregularidade, para garantir de fato o acesso e a qualidade do cuidado a pessoas com transtorno mental, álcool e outras
1164drogas. Arrematou dizendo que esse era um assunto que todos tinham de se comprometer, não era só a garantia do repasse
1165do recurso, mas da assistência, pois tinha sido visto que muitos dos CAPS não estavam atendendo com qualidade. No ano
1166passado com a questão política, eleições, muitos municípios não estavam atendendo os usuários; e que também nesse ano
1167tinha sido identificado CAPS sem profissionais, sem funcionar, gestores que não tinham conhecimento de quem era a equipe,
1168portanto, precisava-se, a partir dessa pactuação, garantir de fato a assistência, pois não se tratava só do repasse do custeio
1169dos CAPS por modalidade, por tipo de CAPS, mas também do compromisso com a qualidade da assistência ao usuário de
1170álcool e outras drogas. Dr. Jorge Solla agradeceu a presença de todos e salientou que dia dezesseis teriam duas sessões,
1171marcando uma reunião extraordinária para do dia 16 de maio, quinta-feira, pela manhã e a próxima reunião ordinária também
1172para o dia 16 de maio à tarde, em local a ser definido. Não havendo mais o que tratar, após revisão do registro da Ata pela
1173técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, lavrei a presente ata, que será assinada pelos
1174Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 25 de abril de 2013.

1175

1176

1177Jorge José Santos Pereira Solla _____

1178Raul Moreira Molina Barrios _____

1179Suplente: Stela dos Santos Souza _____

1180Suzana Cristina Silva Ribeiro _____

1181Suplente: José Raimundo Mota de Jesus _____

1182Gisélia Santana Souza _____

1183Suplente: Washington Luiz Abreu de Jesus _____

1184Andrés Castro Alonso Filho _____

1185Suplente: Alfredo Boa Sorte Júnior _____

1186Suplente: Telma Dantas Teixeira de Oliveira _____

1187Suplente: Fabiano Ribeiro dos Santos _____

1188Ivonildo Dourado Bastos _____

1189Joseane Mota Bonfim _____

1190Suplente: Aldecy de Almeida Bezerra Silva _____