

1 COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS
2 REUNIÃO ORDINÁRIA - 29/03/07

3 Aos vinte e nove dias do mês de janeiro do ano de dois mil e sete, às quatorze horas e
4 quarenta e cinco minutos na sala de reuniões da SESAU, deu-se início, em terceira
5 convocação, a Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite com a presença da
6 Sra. Maria Auri Gonçalves como presidente substituta, e demais membros: **SESAU:** Ruth
7 Paranaguá/ Superintendência de Vigilância em Saúde; Luiza Regina Dias Noleto /
8 Diretoria de Gestão Administrativa; Ullannes Passos Rios / Diretoria de Vigilância
9 Sanitária; Raimundo Nonato da Silva Filho / Raimundo Nonato da Silva Filho / Sub-
10 Secretário; **Suplente:** Soraia Roges Jordy Sant'ana / Diretoria. Gest. Planej. e Desc.
11 saúde. **COSEMS:** Áurea Maria Casagrande SMS/ Araguaína; Alessandra Franco Fonseca
12 SMS/Pium; Furtunato Soares SMS/ Gurupi; **Suplente:** Marly de Sousa Pires SMS/
13 Silvanópolis; Márcia Valéria R. de Queiroz Santana SMS/Palmas. A Sra. Presidente
14 verificou o quorum e a paridade e deu início a reunião como segue: **ITEM 01- Apreciação**
15 **da Pauta:** Foi lida e apresentados os pedidos de inclusões, exclusões e inversão da
16 Pauta como segue: A Sra. Auri falou da questão sobre o regimento interno e a Sra. Sonia
17 Menelik disse que as alterações solicitadas foram em relação aos intervalos e a paridade.
18 A Sra. Ruth chamou a atenção para a mesa que não estava paritária. **ITEM 02 -**
19 **Aprovação de mudança do Regimento Interno – art. 9º;** A Sra. Áurea falou que toda às
20 vez o COSEMS precisa tirar um representante da mesa para que a reunião aconteça
21 porque o Estado não comparece. A Sra. Ruth disse que a Secretaria não se faz presente
22 por falta de membro. A Sra. Sonia Menelik leu o trecho alterado no regimento. A Sra.
23 Áurea discordou e disse que a paridade é importante. O Sr. Ullannes perguntou se a
24 mudança não seria do suplente poder sentar-se à mesa enquanto seu titular estiver
25 presidindo. A Sra. Sonia Menelik disse que isso não consta em regimento e a Sra. Auri
26 disse que se o assunto não consta então já é consenso. A mesa não concordou em tirar a
27 paridade e ficou aprovado que será feita uma resolução aprovando que as reuniões
28 realizar-se-ão em primeira convocação no horário fixado, em segunda convocação 15
29 (quinze) minutos após, desde que garantido o quorum mínimo da maioria simples de
30 ambas as representações, e em terceira e última convocação 15(quinze) minutos após,
31 com o número de membros presentes, desde que mantida a paridade. E que o suplente
32 poderá assumir seu lugar na mesa enquanto seu titular estiver presidindo. **ITEM 03 –**
33 **Apreciação das Atas das Reuniões Ordinárias realizadas no dia 15/12/06 e no dia**
34 **28/02/07 e da Extraordinária no dia 25/01/07:** A Sra. Áurea disse que ninguém recebeu
35 a ata do dia 28/02/07 e que não poderia ser apreciada nesta reunião. E que as alterações
36 da ata do dia 15/12/06 já tinham sido feitas na última reunião. A Sra. Sonia Menelik disse
37 que não foi feita nenhuma alteração e que as mesmas seriam feitas nessa reunião. A Sra.
38 Auri solicitou que as alterações das atas fossem encaminhadas para Secretaria Executiva
39 da CIB, para que na próxima reunião se discuta somente os itens alterados. **ITEM 04 –**
40 **Apresentação sobre as ações de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo**
41 **Humano – Vigiáqua nos municípios;** A Sra. Alice iniciou citando as principais ações que
42 são: cadastro de sistemas de abastecimentos e soluções alternativas, que é feito
43 anualmente. Outra ação é a Vigilância da Qualidade da água para consumo humano, que
44 é de responsabilidade da autoridade de saúde pública que é SESAU e SEMUS. Outra
45 ação é controle de qualidade da água para consumo humano que é a ação de
46 responsabilidade dos prestadores de serviços. A quarta ação é as inspeções sanitárias
47 em sistemas de abastecimentos de água, que são realizadas anualmente e são de

48 responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde mas por enquanto está sendo
49 realizada pela SESAU pois precisa de um profissional da área. Informou que 80
50 municípios realizaram as ações mas não conseguiram atingir a meta. Os municípios que
51 atingiram a meta 100% foram: Aparecida do Rio Negro, Barrolândia, Chapada de Areia,
52 Dois Irmãos do TO, Lavandeira, Oliveira de Fátima, Pugmil, Rio Sono, Santa Rita do TO,
53 Santa Teresinha do TO e Taipas. Os principais problemas quanto às ações de cadastro e
54 Vigilância no programa Vigiágua é o baixo compromisso pelos gestores, a alta
55 rotatividade de profissionais, perfil inadequado dos profissionais, não descentralização do
56 LACEN. A atuação da SESAU quanto as limitações do programa Vigiágua é a
57 sensibilização dos gestores municipais, relatórios das inspeções sanitárias, capacitações
58 dos profissionais, execução de ações de cadastro e vigilância, vigilância em situações de
59 emergência e análise de dados. Em 2006 foram feitos 3 cursos e foram convidados 90
60 municípios e desses 90 foram capacitados 55 municípios. **ITEM 05 – Apresentação e**
61 **Aprovação do Projeto de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano**
62 **nos Hospitais de Referência:** A Sra. Alice falou que o objetivo geral do projeto é avaliar
63 a qualidade da água para consumo humano dos Hospitais de Referência do Estado do
64 Tocantins. Os objetivos específicos são: verificar os parâmetros físico-químicos e
65 bacteriológicos da água para consumo humano dos Hospitais de Referência do Estado;
66 Mitigar possíveis danos à saúde decorrentes da má qualidade da água para consumo
67 humano; Sensibilizar gestores, funcionários e pacientes dos Hospitais de Referência do
68 Estado sobre a importância da qualidade da água para consumo humano. Listou os 19
69 Hospitais do Estado e disse que as amostras para análises laboratoriais serão coletadas
70 pelo técnico responsável pela vigilância da qualidade água para consumo humano
71 (VIGIÁGUA) de cada municípios em 5 (cinco) pontos de amostragem, quais sejam: após a
72 caixa d'água (se for o caso), centro cirúrgico, cozinha, bebedouro da área de internação e
73 em outro ponto de relevância (a critério da Diretoria do Hospital). A Diretoria do Hospital
74 será responsável pela divulgação dos resultados aos pacientes e funcionários. Quanto a
75 mitigação de possíveis problemas será de responsabilidade da Diretoria do Hospital com
76 a ajuda da SESAU, técnicos do VIGIAGUA e SEMUS. No cronograma de execução o
77 projeto foi apresentado à Superintendência Hospitalar no mês de fevereiro, estavam
78 previstas para iniciar as coletas no mês de março com a frequência trimestral. Os
79 procedimentos de coleta e análise da água (físico-química e microbiológica) contarão com
80 a estrutura do Programa VIGIÁGUA e LACEN e, os materiais de consumo para análise
81 microbiológica (kits de COLILERT), serão custeados pela Superintendência Hospitalar.
82 Quanto ao transporte das amostras de água, estas serão de responsabilidade de cada
83 hospital que deverá entregá-las ao LACEN, respeitando o agendamento e o prazo
84 máximo de envio (até 24 h entre a coleta e a análise). Foi aprovado por consenso. **ITEM**
85 **06 – Revisão das Resoluções da CIB nº 54/06 de 31/07/06 e da nº 91/06 de 15/12/06,**
86 **referente à transferência de Teto da Sociedade Beneficente Nossa Senhora do**
87 **Carmo e do Laboratoriais do Barros Laboratório para o Município de Pium;** A Sra.
88 Auri falou que essa solicitação já havia passado na CIB na última reunião, e que fique
89 claro que Prestador de Serviço não solicita inclusão em pauta, que a mesa é que trás o
90 assunto. Informou que foi encaminhada uma carta da Sociedade Beneficente Hospitalar
91 Nossa Senhora do Carmo. Que ela então solicitou que fosse incluído em pauta para que o
92 assunto fosse sanado, pois o assunto não entra na pauta mas está sempre chegando
93 documento à Secretaria para discussão. Em 2006 houve uma transferência de teto
94 aprovada na CIB Resolução nº 54 do Hospital Nossa Senhora do Carmo para o Hospital
95 de Pium. Que ela não sabe porque que mesmo com a resolução da CIB o recurso ainda

96 continuava sendo repassado para o Hospital. A partir do momento que ela assumiu a
97 superintendência foi cumprida a resolução. Posteriormente dia 15/12/06 foi aprovada na
98 CIB a transferência de R\$ 5.000,00(cinco mil reais) do teto do laboratório de diagnóstico
99 de Pium para o município. Falou que as composições dos tetos são feitos através da PPI.
100 Como isso já vem se discutindo há muito tempo, historicamente não se tem escrito como
101 se chegou a proposição dos tetos atuais, mas a última reunião Extraordinária que foi
102 aprovada a PPI, os tetos globais dos municípios já estão aprovados e vai ser publicado, o
103 detalhamento é que o município de Pium tem um valor x esse valor vai ser distribuído em
104 todos os serviços que o município precisa ter no seu próprio território ou comprar. Então o
105 prestador e o Hospital de Pequeno Porte são duas unidades que prestam serviços em um
106 mesmo território e que tem financiamento público de recurso Federal. Disse que um dos
107 documentos que é uma ata de outubro de 2005 o Sr. Madson falou que a transferência de
108 teto não precisaria da aprovação da CIB e que isso foi aprovado por consenso. Disse que
109 isso foi um equívoco. Toda transferência deverá passar pela CIB, porque foi na CIB que
110 foi aprovado o teto global e a distribuição da macro alocação e os parâmetros. O recurso
111 Federal não é distribuído a vontade do Gestor, é em cima de parâmetros que foram
112 pactuados e em cima de metas que foram acordadas. Feito o esclarecimento, disse que
113 para se rever essa transferência tanto do laboratório Barros como do hospital, a CIB
114 precisa se posicionar sobre isso, esclarecendo que esse valor hoje não representa mais o
115 valor real, porque a PPI foi aprovada na última CIB e existe um valor global e está sendo
116 feito um levantamento. Que a preferência é do público, isso é regra na lei nº 8080. Que a
117 discussão é a possibilidade das duas unidades estarem trabalhando de forma conjunta
118 para atendimento da população. É preciso ter uma deliberação da CIB em relação à
119 capacidade e a necessidade de financiamento, que o Estado não vai assumir 100% do
120 financiamento de nenhuma das duas unidades. Que é preciso saber qual o papel de cada
121 uma das unidades e como serão feitos os custos dessas unidades com o recurso que é
122 previsto na PPI para o município de Pium. A Sra. Alessandra falou que no primeiro
123 momento foi colocado para o município que seria um HPP conveniado com a fonte 00, e
124 que foi falado não, porque sabia que mais tarde ou mais cedo não conseguiria sobreviver
125 com esse convenio da fonte 00. Que foi solicitado na CIB que fosse colocado os recursos
126 da fonte 90 para o município e se o Estado quisesse financiar a outra instituição que
127 fizesse outro convenio. Na época foi colocado um convenio de R\$ 30.000,00(trinta mil
128 reais) para o hospital municipal e permaneceu o teto do laboratório e da AIH no outro
129 hospital. Só que esse convenio não foi honrado, portanto existe um recurso que é pela lei
130 nº 8080 que diz ser prioridade do município. Falou que no ano de 2006 foram investidos
131 35% das receitas municipais dentro da estrutura de saúde de Pium. Se o Estado tiver
132 condições de bancar duas instituições que ele banque, que o que ela não aceita é que o
133 teto que era de R\$ 16.000,00(dezesseis mil reais) que agora não ficar nem R\$
134 10.000,00(dez mil reais) ser dividido em duas instituições, se há a necessidade de um
135 município que tem apenas 5.000 habitantes ficar com duas estruturas. Solicitou que a
136 equipe analise, que o único teto que o hospital recebe hoje são os R\$
137 16.000,00(dezesseis mil reais), que recursos humanos são limitados, que nunca faltou
138 nada no hospital. Que é uma questão de lei, que nem deveria estar em pauta, que a
139 prioridade do recurso é público desde que não tenha estrutura para servir a comunidade,
140 mas têm e é público e notório. Que não quer que se tire um recurso que é do município
141 para manter uma estrutura particular. A Sra. Auri informou que o valor total da população
142 própria em ambulatório ficou R\$ 70.479,19(setenta mil quatrocentos e setenta e nove
143 reais e dezenove centavos) e R\$ 86.617,00(oitenta e seis mil seiscentos e dezessete

144 reais) para hospitalar ano, isso fazendo por mês teria para o SIA taxa ambulatorial R\$
145 5.873,25(cinco mil oitocentos e setenta e três reais e vinte e cinco centavos) e para SIAH
146 R\$ 7.218,08(sete mil duzentos e dezoito reais e oito centavos). Então o teto global do
147 município é de R\$ 13.091,00(treze mil e noventa e um reais). É em cima desse recurso
148 que Pium deverá trabalhar. Que essas duas resoluções em análise perdem
149 automaticamente o efeito de valor de recurso com a aprovação da PPI. A Sra. Auri disse
150 que o esclarecimento foi dado e o que se pode fazer segundo o Sr. Raimundo é que o
151 Estado se posicione em relação a complementação do serviço dentro do município com
152 recurso que não seja o previsto na fonte 90 para o custeio das ações. **ITEM 07 –**
153 **Transferencia de teto de AIH do Hospital Nossa Senhora do Carmo para o**
154 **município de Pium:** A Sra. Alessandra falou que justamente pelo fato do hospital
155 municipal nunca ter sido credenciado como HPP não existe convênio no Estado para HPP
156 que então o recurso para internação é as AIH's que estão no Hospital Nossa Senhora do
157 Carmo. Solicitou que os recursos sejam transferidos para o Hospital de Pium que é
158 prioridade do público. A Sra. Auri falou que o hospital Nossa senhora do Carmo continua
159 atendendo no município, e o hospital também não pode ficar no prejuízo porque ele vinha
160 com o compromisso da Secretaria de estar atendendo a população. Sugeriu que o
161 Hospital público de pequeno porte apresente as AIH's de janeiro para cá que vem sendo
162 produzidas, o hospital Nossa Senhora do Carmo apresenta também sua produção de AIH
163 dos três meses e juntos vai se fazer a revisão do recurso que se tem hoje e ver o que
164 pode ser feito para cobrir essa transferência para o município de Pium e daqui sair uma
165 resolução a partir de hoje do teto em relação a janeiro, fevereiro e março. A Sra.
166 Alessandra disse que o município nunca solicitou as AIH's porque entendia que tinha o
167 outro convenio, e com o cancelamento do convenio ficou sem nada. Que janeiro, fevereiro
168 e março vai se equacionar os dois, mas a partir da competência abril é a decisão que vai
169 sair daqui. A Sra. Ruth sugeriu que a decisão da Sra. Auri seja acatada. A Sra. Auri disse
170 que para o hospital de pequeno porte essa solicitação é temporária porque o processo de
171 andamento de publicação da portaria não foi feito ainda por problemas de recursos no
172 Ministério da Saúde. O hospital Nossa Senhora do Carmo passa então a não ter nenhum
173 recurso. Ficou aprovado que em relação a janeiro, fevereiro e março vai se trabalhar as
174 duas unidades. O teto de AIH era de R\$ 18.176,00(dezoito mil cento e setenta e seis
175 reais) mais R\$ 16.000,00(dezesseis mil reais) mais R\$ 5.000,00(cinco mil reais) e agora
176 não existe mais. Como o hospital Nossa Senhora do Carmo tem uma historia dentro do
177 município, ninguém fecha hospital da noite para o dia. A Sra. Auri falou que vai apresentar
178 a resolução da transferência de teto da AIH enquanto não sai a portaria de HPP para a
179 unidade publica e a unidade privada hoje apresenta o que seria esse custo com AIH e ela
180 vai levar ao Secretário para ver o que pode ser feito numa negociação com a unidade. A
181 transferência hoje prevista na PPI vai ser repassada para unidade publica ate que seja
182 publicada a portaria de HPP. Em relação à unidade filantrópica, vai ser mandada por
183 escrito a solicitação para que ela encaminhe a partir da competência abril qual o custo em
184 AIH dessa unidade. Vai ser levado ao Secretário para conhecimento, aprovação e
185 deliberação e será trazido na próxima reunião da CIB. Foi aprovado por consenso. **ITEM**
186 **08 - Revisão da solicitação de transferência de Teto de Guarai, conforme reunião**
187 **CIB do dia 06/10/05;** A Sra. Auri. Falou que foi feita a transferência de teto do laboratório
188 de diagnose para o laboratório municipal desde de 2005. A Sra. Neiriane falou que o teto
189 dele é de R\$ 7.000,00(sete mil reais) e como as unidades estão sendo pagas em cima do
190 teto foi pago R\$ 7.000,00 para ele, foi pago o valor do teto e não o que ele apresentou.
191 Que várias unidades estão tendo problemas, estão apresentando a mais e estão

192 recebendo o valor do teto. A Sra. Auri disse que a composição dos tetos não se sabe
193 como chegou, o que se sabe são por portarias. Se a portaria estabelece um
194 credenciamento novo e vem um valor x, se sabe que aquele valor é para unidade x, e é
195 assim que compõe os tetos das unidades. Quando ela assumiu, algumas unidades
196 estavam apresentando além do teto que está nesta lista de teto que todo mundo tem
197 conhecimento historicamente. Que não pode pagar acima do teto porque tem um limite. A
198 Sra. Auri disse que não paga além do teto porque não tem recurso, que a situação de
199 Guaraí que ela vai encaminhar é o que foi desde a época que foi autorizado pela CIB a
200 transferência do teto de diagnose para o município de Guaraí, pegar a partir desse
201 momento a transferência desse recurso que foi para lá, fazer a retrospectiva histórica dos
202 recursos, do que ele vem apresentando e passar para o município. Disse para o Sr.
203 Emival que vai fazer esse levantamento, qual o valor exato que foi transferido, dos R\$
204 1.000,00(mil reais) que foi transferido de Fortaleza do Tabocão para compor o teto de
205 Guaraí até agora, pois a partir de agora é a nova PPI. Então até a competência março vai
206 ser feito o levantamento para ver o que ficou sem transferência e ser transferido. O Sr.
207 Emival solicitou uma resolução e a Sra. Auri disse que vai sair uma resolução e um
208 parecer da área técnica dizendo qual o valor que vai ser recomposto no teto. A Sra. Auri
209 disse que a habilitação do Tocantins foi feita quando ela estava no Ministério. Disse que
210 quando o Tocantins foi habilitado em outubro de 2004, ele recebeu uma competência a
211 mais no teto, que é o que chamam de incremento, e tinha dois Estados brasileiros que
212 não tinha sido habilitados, o Tocantins e o Maranhão. Foi feita a negociação na época e o
213 Tocantins recebeu uma competência a mais no momento de habilitação, isso que
214 chamam de incremento para cumprir a disparidade no orçamento. Só que já tinha o
215 serviço de tomografia, oncologia e outros serviços de alta complexidade como U.T.I que
216 não tinha serie histórica e o grande problema continua sendo informação. Que no
217 momento que o MS analisava um dado o Tocantins não tinha. **ITEM 09 - Transferência**
218 **do teto financeiro do Laboratório Biomédico para o Laboratório Municipal de**
219 **Dianópolis - MC I e MC:** A Sra. Auri falou que esse item cai na mesma discussão do
220 item 06 e vai ser discutido nas oficinas regionais de composição de teto por prestação de
221 serviço no território. A Sra. Auri disse que a área técnica mandou um ofício informando
222 que vão ser feitas as oficinas regionais. **ITEM 10 - Apreciação e aprovação da**
223 **Programação das Ações prioritárias da Vigilância em Saúde – PAP VS 2007:** A Sra.
224 Ruth disse que o Tocantins é sempre um Estado inovador, que este ano a pactuação das
225 ações de vigilância foi feita on line. Disse que esse ano, com o Pacto foi mantido um
226 elenco de indicadores e metas a serem alcançados, mas com o nome de Programação
227 das Ações de Vigilância com algumas mudanças em alguns indicadores. O primeiro
228 indicador é realizar notificação dos casos de sífilis em gestante e a proposta é notificar
229 100% dos casos de sífilis em gestantes. Há dificuldades de diagnostico de VDRL
230 principalmente em municípios de pequeno porte, municípios que não realizam nem coleta
231 mas existem gestantes; Realizar coleta oportuna de uma amostra de fezes para cada
232 caso de PFA, disse que são cinco casos esperados para este ano e já existe um; Realizar
233 diagnóstico laboratorial de doenças exantemáticas - sarampo e rubéola, disse que todo
234 caso suspeito deve ir para diagnostico laboratorial, que no ano passado o Brasil viveu
235 surtos graves de sarampo, falou que houve um período grande sem sarampo e de
236 repente surgiu na Bahia divisa com TO; Encerrar casos de meningite bacteriana por
237 critério laboratorial. Falou que é um problema grave de Vigilância no Estado porque o que
238 o MS preconiza é que 70% dos casos de meningite tenha uma classificação e saiba que
239 meningite é, o ano passado teve uma proposta de 30 e não conseguiu ser alcançado, a

240 grande dificuldade é que todo caso de meningite é referenciado para o hospital e
241 normalmente quando este paciente é referenciado ele já vai com um antibiótico feito. Que
242 tem dificuldade em diagnóstico em meningite e o MS então abriu um precedente de não
243 ser só cultura, podendo ser por algum meio diagnóstico; Implantar aconselhamento e
244 testagem sorológica para hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento
245 (CTA), disse só tem dois centros em Palmas e Araguaína e os dois estão realizando a
246 sorologia para as hepatites virais ; Realizar testagem para sífilis (VDRL) nas gestantes, há
247 a dificuldade de realizar, mas houve a iniciativa da Vigilância adquirir cerca de 20
248 laboratórios que vão ser colocados em municípios e uma das propostas é que seja em
249 municípios que tem Hospital de Pequeno Porte; Realizar supervisão nos laboratórios
250 públicos identificados pelo LACEN e que realizam diagnóstico de doenças de notificação
251 compulsória e agravos de interesse sanitário, é uma meta do LACEN e a proposta é que
252 todos os laboratórios públicos conveniados ou públicos têm que sofrer a supervisão do
253 LACEN, que eles estão propondo em supervisionar 70%; Cadastrar áreas com
254 populações expostas ou potencialmente expostas a solo contaminado – VIGISOLO, é
255 uma ação do VIGISOLO e a meta do Estado é um relatório anual do cadastramento
256 dessas áreas por populações expostas, mas para os 40 municípios elencados foi
257 pactuado o cadastramento de uma área; Realizar a Vigilância Ambiental em Saúde
258 relacionada à Qualidade da Água para Consumo Humano – VIGIAGUA, a pactuação é o
259 envio de dois relatórios anuais a cada seis meses, mas a pactuação com os municípios é
260 o envio mensal de x amostras dependendo do que cada município tem pactuado;
261 Identificar os municípios de risco para a Vigilância Ambiental em Saúde relacionada à
262 Qualidade do Ar – VIGIAR, é um instrumento de identificação, uma espécie de relatório;
263 Realizar pesquisa de triatomíneos nos municípios, conforme classificação das áreas
264 estabelecidas na estratificação de médio e alto risco, disse que infelizmente este ano teve
265 um caso de chagas aguda em Pindorama por outro tipo de triatimíneo, a pesquisa de
266 triatomíneos é feita numa programação que a área técnica faz com os municípios;
267 implantar a vigilância entomológica em municípios não infestados pelo Aedes aegypti, dos
268 139 municípios só tem 5 municípios não infestados, no ano passado foi pactuado 12;
269 Realizar vigilância entomológica de flebotomíneos em áreas com transmissão das
270 leishmanioses, conforme classificação epidemiológica, esse levantamento é feito pelo
271 Estado; Realizar ações de eliminação de focos e/ou criadouros de Aedes aegypti e/ou
272 Aedes albopictus nos imóveis; Realizar borrifação em domicílios para controle de
273 triatomíneos, existe municípios que fazem uma ação que área técnica de chagas faz que
274 é de pulverização e inseticida em toda área rural ; Realizar campanha de vacinação anti-
275 rábica em cães; Realizar exames oculares externos em escolares para detecção de
276 portadores da infecção tracomatosa em áreas endêmicas, disse que o TO tem muitos
277 casos de tracoma e que questionava porque que tracoma não entrava já que era uma
278 ação tão importante e esse ano vai ser examinados cerca de 5.000 escolares em áreas
279 endêmicas; Curar casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA), de acordo com as
280 diretrizes, disse que não são pactuados 100% porque muitas vezes nem sempre o
281 paciente que tem leishmaniose ele é diagnosticado ele inicia o tratamento, mas o paciente
282 vai para a zona rural e não volta às vezes e há um abandono considerável em relação a
283 leishmaniose tegumentar, a proposta é curar 85% dos casos; Realizar campanha anual
284 (em duas etapas) contra poliomielite, a pólio já esta erradicada no Brasil há alguns anos,
285 mas ainda é endêmica em alguns países da Índia, Ásia, Paquistão e com a globalização,
286 um vírus que está hoje lá na Ásia pode estar amanhã aqui e é importante que essa
287 população suscetível seja imunizada; Realizar campanha anual contra a influenza, a

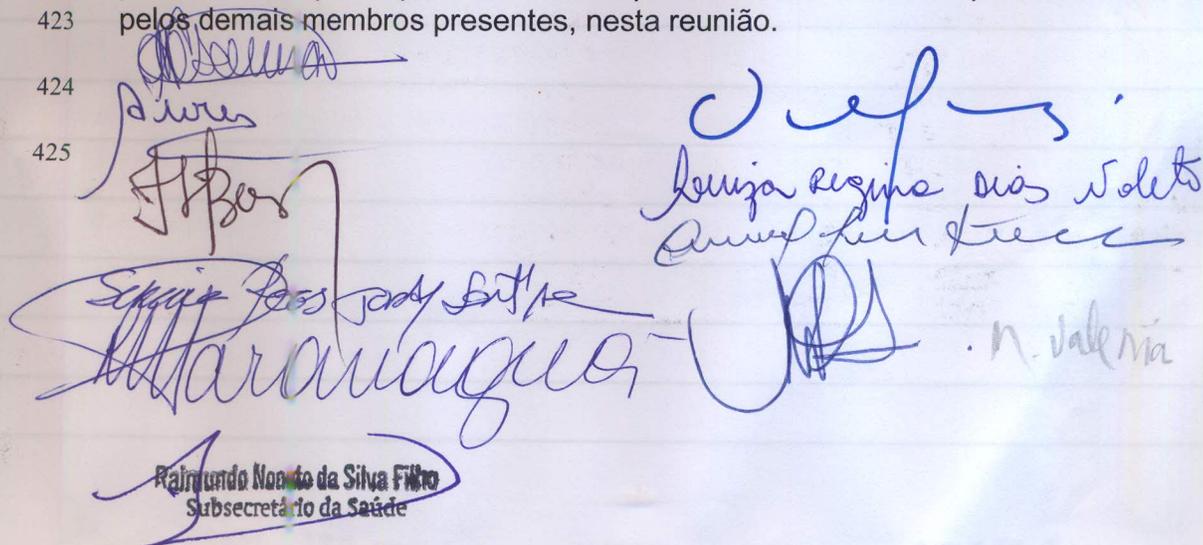
288 campanha é para pacientes mais de 60 anos; Proporção de municípios do estado com
289 cobertura vacinal adequada (95%) para a tríplice viral em crianças de 1 ano, a tríplice viral
290 faz a imunidade de sarampo, caxumba e rubéola e esse indicador é ruim; Investigar os
291 eventos adversos graves pós-vacinação, todos os eventos tem que ser investigados e o
292 TO consegue investigar todos os eventos adversos, informou que tem uma criança de
293 nove anos que está sendo acompanhada por um evento adverso a BCG muito grave;
294 Investigar óbitos maternos, sugere os municípios que tem óbitos maternos utilizarem o
295 serviço de verificação de óbitos; Elaborar informes epidemiológicos, disse que tem duas
296 publicações anuais de informes epidemiológicos seja de boletins, seja de análise; Realizar
297 coleta das declarações de óbito – DO, a meta proposta é reduzir para menos de 40% as
298 deficiências na cobertura do SIM, que há algumas dificuldades quanto às declarações de
299 óbitos, mas está se trabalhando com a sensibilização das equipes de PSF para que
300 venha ajudar os municípios a terem seu atestado de óbito e que se possa reduzir 40%
301 essa coleta; Realizar coleta da Declaração de Nascidos Vivos – DN, foi proposto para o
302 MS para baixar porque o que nasce de verdade no Estado e cerca de 27.000 e que
303 30.000 não nasce no TO por ano, mas o MS não aceitou e continuou mantendo e
304 provavelmente não vai conseguir alcançar essa meta do MS; Envio regular de banco de
305 dados do API, são as vacinas que são aplicadas nos municípios e que são só
306 encaminhadas para o MS, e são 12 envios; Realizar envios regulares de dados do
307 SINAN, são 24 remessas regulares, a proposta do município são 52 semanas
308 epidemiológicas e o Estado envia a cada 15 dias os dados para o SINAN; Supervisionar a
309 PAP-VS, tem a proposta de supervisionar 50% municípios com um instrumento
310 elaborado; Elaborar plano de ação para implementação da Vigilância Sanitária, integrado
311 ao Plano de Saúde, a meta é a elaboração de um plano Estadual e que 30% dos
312 municípios tenham também o plano de vigilância ; Serviços de diagnóstico e tratamento
313 do Câncer de Colo de Útero e de Mama, a meta proposta é de 100% dos
314 estabelecimentos cadastrados; Serviços hospitalares (Maternidade e UTI Neonatal), é
315 obrigação do Estado fazer a inspeção sanitária e expedir o documento de licença para
316 esse serviço; Serviços de alimentação, os municípios têm que pactuar , exceto as
317 indústrias que fica para Vigilância Sanitária Estadual; Serviços de hemoterapia, diálise e
318 nefrologia, são serviços de alta complexidade que é o Estado que faz e são 100% dos
319 estabelecimentos cadastrados. Foi aprovado por consenso. **ITEM 11 - Apresentação e**
320 **aprovação da Rede de Atenção à pessoa com deficiência – descentralização das**
321 **ações;** O Sr. Robson falou que a partir da Portaria nº 818 MS passou a entender a órtese
322 e prótese uma visão mais ampliada. A Política Nacional de Saúde da pessoa com
323 Deficiência dispõe como principal objetivo a reabilitação da pessoa com deficiência na sua
324 capacidade funcional e desenvolvimento humano, visando à sua inclusão social e ainda
325 prevenir os agravos que determinem ou condicionem o surgimento da deficiência. De
326 acordo com o Censo 2000/IBGE, existem no país cerca de 24,5 milhões de pessoas com
327 deficiência, o equivalente 14,5% da população brasileira. No Estado do Tocantins os
328 indicadores expressam a existência de 178.614 pessoas com algum tipo de deficiência,
329 número que dimensiona um significado ainda maior quando se destaca a
330 insuficiência/inexistência de ações/informações, com ênfase na questão da deficiência, no
331 âmbito da atenção básica direcionadas à prevenção e reabilitação da pessoa com
332 deficiência, bem como à produção de indicadores referentes a esse tema que possam
333 subsidiar políticas e ações dos setores públicos, privados e da sociedade civil. Dessa
334 forma, as ações desenvolvidas pelo governo direcionadas a melhoria da conjuntura da
335 pessoa com deficiência devem estar vinculadas à prevenção, reabilitação e igualdade de

336 oportunidades, de acordo com o Programa de Ação Mundial para Pessoa com Deficiência
337 da ONU. O objetivo geral: Melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência,
338 através de ações de atenção a saúde; Impactar na redução do índice de situação de risco
339 de instalação ou agravante de deficiência, implantando e implementando ações de
340 prevenção, na atenção materna infantil, e na atenção aos pacientes portadores de
341 patologias potencialmente limitantes. As ações: Descentralização das ações de
342 solicitação e concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção onde o
343 objetivo geral é descentralizar as ações de solicitação e concessão de órtese, prótese,
344 meios auxiliares de locomoção e bolsas coletoras com intuito de organizar o fluxo de
345 atendimento de acordo com a estrutura da rede de atenção a saúde da pessoa com
346 deficiência. Que a não existência da rede de atenção a saúde da pessoa com deficiência
347 dificulta o acesso das pessoas com deficiência que necessitam de atendimento de saúde
348 bem como a concessão de órtese, prótese, meios auxiliares de locomoção e bolsa
349 coletora. Vale ressaltar também a inserção desse usuário na sociedade levando-se em
350 conta as suas potencialidades; Implantação dos serviços intermunicipais, onde o objetivo
351 geral: Implantar os serviços de reabilitação intermunicipal que irão compor a rede estadual
352 de atenção a saúde da pessoa com deficiência. Finalidade: Finalidade: Os Serviços
353 Intermunicipais representam o primeiro nível de referência e são responsáveis por prestar
354 atendimento as pessoas com deficiência física através da promoção de cuidados de
355 reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar, articulados com
356 as equipes de saúde da família; Implantação do serviço de reabilitação de média e alta
357 complexidade onde o objetivo geral: Implantar os serviços de média e alta complexidade
358 que irão compor a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência. Finalidade: O
359 Serviço de média complexidade representa o nível intermediário que presta assistência
360 em reabilitação física motora articulando com os demais níveis de complexidade da rede
361 de atenção a pessoa com deficiência. Também dispõe de serviço especializado para
362 avaliação e tratamento bem como a prescrição, avaliação, adequação, treinamento,
363 acompanhamento e dispensação de órtese, próteses e meios auxiliares de locomoção. A
364 equipe responsável por esse serviço é: médico ortopedista, fisioterapeuta, assistente
365 social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e profissional de nível
366 médio e/ou técnico. O Serviço de alta complexidade é representado pelo Serviço de
367 Referência em Medicina Física e Reabilitação realizar atendimento especializado para
368 avaliação, diagnóstico e tratamento das pessoas com deficiência física (motora e
369 sensorial), bem como a prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento
370 e dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. A equipe
371 responsável por esses serviços é composta por: médico fisiatra, fisioterapeuta, assistente
372 social, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro e profissionais de
373 nível médio e/ou técnico. Foi aprovado por consenso. **ITEM 12 – Aprovação da**
374 **Complementação do Plano de Investimentos em Vigilância em Saúde:** A Sra. Ruth
375 falou que esse ano corresponde à segunda etapa do Plano de 2006, que os municípios
376 apresentados já foram aprovados na CIB anteriormente, o que tem de diferente é o peso
377 padrão para laboratório LACEN para a questão do controle de qualidade de água e o
378 dosador de cloro que é uma complementação dos quatro laboratórios que o Estado
379 recebeu, que vai descentralizar um para Araguaína, tentando fazer uma proposta para
380 colocar na região de Dianópolis. Para a tuberculose um micro computador, para chagas
381 dois eletrocardiógrafos, malária receberá quatro computadores. Foi aprovado por
382 consenso. **ITEM 13 - Pactuação da Distribuição do Recurso Financeiro Relativo a 1ª e**
383 **2ª Etapa da Campanha de Vacinação de Idosos – 2007, entre os 139 municípios do**

384 **Estado:** A Sra. Marlene falou que em relação ao recurso houve um corte de R\$
385 90.000,00(noventa mil reais). O recurso já está redistribuído, e o corte houve pela questão
386 do SINASC, que está se usando uma população hoje, que o SINASC não é mais IBGE.
387 Hoje é SINASC e com a diminuição da população houve o corte do recurso. Disse que
388 questionou com o MS e disseram que o Tocantins recebe mais que os outros Estados. Foi
389 aprovado por consenso. **ITEM 14 – Informes: 14.1 – Dom Oriane -** O Dr. Celso, Diretor
390 do Hospital Geral de Araguaína falou que o pronto-socorro infantil está instalado no
391 hospital Dom Oriane e ele é terceirizado. Disse que é preciso fazer uma reforma na área
392 do pronto-socorro por causa da demanda que está muito grande, que estão atendendo
393 cerca de 200 pacientes/dia. Que é preciso fazer a transferência desses pacientes para
394 fazer essa reforma. Para isso vai ter que tirar a clinica medica. Que vai precisar de uma
395 ambulância para transportar as crianças, e a clinica medica vai ser feita no hospital Dona
396 Dorcelina. A Sra. Auri solicitou ao Sr. Raimundo para que verificasse no transporte a
397 disponibilidade de um carro nesses 120 dias previstos. **14.2 – COSEMS -** A Sra. Áurea
398 disse que o COSEMS quer ter uma resposta do Secretário sobre a revogação das
399 Portarias. A outra questão é o cronograma de pagamento dos atrasados HPP, PSF,
400 SAMU e medicamentos que tem a resolução da CIB de 15/12/06 onde o Secretário
401 também disse que iria pagar um mês mais um mês atrasado. Solicitou um parecer do
402 cronograma e dos medicamentos. A Sra. Luiza falou que o cronograma de pagamento ela
403 não pode estar falando e que seria o setor financeiro. Em relação ao inicio do
404 procedimento administrativo ele já foi dado, foram autuados os 139 processos. A Sra.
405 Áurea falou que a reunião da CIT está coincidindo com a reunião da CIB dia 26 de abril e
406 que é preciso ver esta questão. A Sra. Soraia falou que o combinado é o que está no
407 outro calendário onde a CIB está dia 30. A Sra. Sonia Menelik informou que o aprovado
408 na ultima reunião foi que as reuniões seriam toda ultima quinta-feira de cada mês. A Sra.
409 Auri disse que o que foi aprovado foi o calendário apresentado. Ficou aprovado que a
410 próxima reunião ordinária será dia 19 de abril. **14.3 – PlanejaSUS –** A Sra. Soraia
411 distribuiu o projeto do PlanejaSUS e disse que no diagnostico feito em 66 municípios foi
412 verificado que não existe estrutura de planejamento em alguns municípios de grande
413 porte. Foi definido que vai estar sendo fortalecido nesse primeiro momento os municípios
414 de Araguaína, Augustinópolis, Porto Nacional, Dianópolis, Gurupi e Palmas e pelo que ela
415 entendeu todo ano vai ter esse projeto e vão ser fortalecidos gradativamente os outros
416 municípios. A Sra. Auri falou que o material já foi distribuído e que vai ser discutido no
417 próximo dia 19 para discussão e aprovação. **14.4 – Termo de compromisso de Gestão
418 Municipal –** A Sra. Soraia falou que o Termo foi assinado com 49 municípios, e que na
419 próxima CIB, no dia 19 será homologado esses municípios que assinaram o Termo
420 Municipal. Franqueada a palavra e não havendo nada mais a tratar, declarou-se
421 encerrada a reunião às dezoito horas e vinte e nove minutos. E para constar foi lavrada a
422 presente ata que depois de lida e aprovada será assinada pelo Senhor Presidente, e
423 pelos demais membros presentes, nesta reunião.

424

425



Raimundo Nogueira da Silva Filho
Subsecretário da Saúde