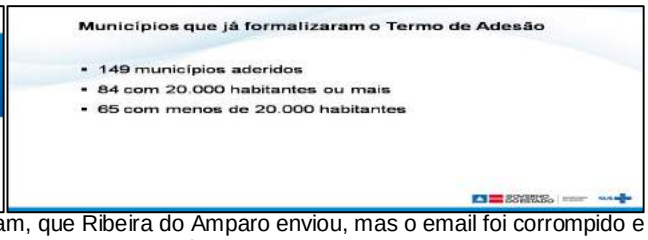
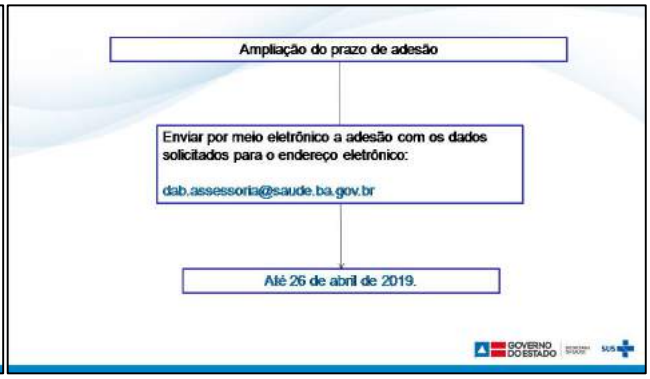
Ata da 266ª Reunião Ordinária de 2019
CIB - Comissão Intergestores Bipartite

Aos onze dias do mês de abril do ano dois mil e dezenove, no Auditório da União dos Municípios da Bahia - UPB, com as presenças dos membros da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Rivia Mary de Barros, Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho e dos suplentes, Alexandro dos Santos Miranda, Maria Alcina Romero Boullosa, José Cristiano Sóster, Erasmo Moura, Charles Pereira de Souza e João Rodrigues de Góis Junior. Às 15 horas **Stela Souza** iniciou a reunião, fazendo um breve relato de um evento que está acontecendo e mais uma vez o COSEMS está muito orgulhoso da participação dos municípios da Bahia com suas experiências exitosas apresentadas pelos técnicos, uma mostra de cento e sessenta e quatro trabalhos aprovados dentre vários municípios participantes, apresentados para uma banca com avaliadores do ISC, da Escola Estadual de Saúde Pública, da DGETS, da DAB e da SUVISA, que estão desde cedo avaliando por grupo. Mencionou a presença de Marema Patrício, representando o CONASEMS, que é uma das mentoras dessa mostra a nível nacional e na Bahia é a primeira e agradeceu sua presença e a toda equipe de avaliadores, apoiadores do COSEMS que incentivaram os municípios, e parabenizou os secretários municipais e todos os técnicos presentes. Relatou que, dos cento e sessenta e quatro dessa mostra serão selecionados trinta e seis trabalhos para serem apresentados no Congresso Nacional do CONASEMS, de 01 a 04 de julho, em Brasília, por ser ano de eleição, para concorrerem a nível nacional. Lembrou que no ano passado a Bahia teve web doc de Riachão do Jacuípe, no ano retrasado de Porto Seguro. Comentou que a Bahia tem ganhado prêmios nas mostras nacionais e é o momento do nordeste, dos municípios da Bahia mostrarem que trabalham com criatividade, a maioria dos trabalhos não necessita recurso financeiro, tudo feito com muito carinho, amor e criatividade, com grande esforço do gestor municipal e de todos os técnicos e que não seriam nada sem essa equipe, sem eles nada aconteceria. Disse ainda que foi assumido o compromisso de publicar todos os trabalhos dos cento sessenta e quatro autores - porque tem município com mais de um trabalho - tendo saúde do trabalhador, vigilância como um todo, e os que vão para Brasília provavelmente serão publicados lá e aqui todos serão contemplados. Assim parabenizava a todos, informando que o resultado dos selecionados para a mostra nacional será divulgado no site. Relatou que o COSEMS já criou uma prática de fazer sorteio dos secretários municipais de saúde para o Congresso do CONASEMS, com passagem, hospedagem, só não paga inscrição porque não pode, e hoje na reunião pela manhã informou que faria esse sorteio no inicio da reunião da CIB. Esclareceu que o sorteio seria feito por região de saúde e não mais por macrorregião, porque assim seria possível contemplar todas as regiões, então seriam vinte e oito sorteados escolhidos por número pelo pessoal da SESAB que não teve acesso à lista e não tinham conhecimento dos nomes. Em seguida procedeu ao sorteio, iniciando pela região de Santo Antônio de Jesus: Mutuípe e Jaguarari que foram sorteados, mas não estavam presentes, Amargosa foi sorteado. Região de Cruz das Almas: Muritiba foi sorteado. Região de Salvador - só tinha dois municípios presentes e Salvador foi sorteado, mas devido ao Secretário de Salvador já ser membro do CONARES e ganhar automaticamente a passagem, ficou para São Francisco do Conde. Região de Camaçari: não teria como sortear, pois são seis membros na CIR e só um estava presente. Alguém argumentou na plenária que estava presente, mas não estava na lista porque não participou da reunião do COSEMS por isso não tinha assinado. **A Coordenadora Adjunta** também lembrou que a reunião do COSEMS antecede a CIB e é lá que se define o encaminhamento na CIB, e falou da necessidade de valorizar mais o COSEMS, para à tarde estar na CIB defendendo o que fosse discutido pela manhã. Considerou então que estavam presentes Dias D'Ávila e Mata de São João, Mata de São João foi sorteado. E continuou nomeando os municípios sorteados por região, passando à Região de Alagoinhas: Esplanada. Região de Ribeira do Pombal - Olindina. Região de Irecê: Lapão. Região de Jacobina: Saúde. Região de Jequié: Aiquara. Região de Valença: Taperoá. Região de Ilhéus: Una. Região de Itabuna: Itajuípe. Região de Barreiras: Riachão das Neves. Região de Santa Maria da Vitória: Serra do Ramalho. Região de Ibotirama: só estava presente o município de Barra, que foi sorteado. Região de Itaberaba: Ruy Barbosa. Região de Seabra: Piatã. Região de Serrinha: Euclides da Cunha. Região de Feira de Santana: Santo Estevão. Região de Senhor do Bonfim: Jaguarari. Região de Juazeiro: Uauá. Região de Paulo Afonso: Jeremoabo. Região de Porto Seguro: Porto Seguro. Região de Teixeira de Freitas: Itamaraju. Região de Itapetinga: Ibicuí. Região de Vitória da Conquista: Vitória da Conquista. Região de Guanambi: Urandi. Região de Brumado: Tanhaçu. Terminado o sorteio, recomendou que procurassem Taís, que passaria todas as informações necessárias e informou que na próxima reunião do COSEMS será feito um sorteio para as vinte e oito regiões novamente, lembrando que será encaminhado também por email. Dando inicio à ordem do dia, observou que na pauta consta a posse do novo membro da SESAB na CIB, Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho – Subsecretária da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em substituição a Adil Duarte Filho, mas tanto ela quanto o Secretário e Coordenador da CIB, Dr. Fábio Vilas-Boas, foram convocados pelo Gabinete do Governador de forma urgente, assim a posse ficaria para a próxima reunião. Em seguida confirmou o quórum e colocou em aprovação as Atas das 1ª Reunião Extraordinária e 265ª Reunião Ordinária, encaminhadas por e-mail aos membros da CIB, que foram **aprovadas à unanimidade**. Dando prosseguimento, passou a palavra para a Secretária Executiva da CIB, **Nanci Salles**, que efetuou a leitura dos expedientes encaminhados para Informes e Aprovação/Homologação. **Informes: 1. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE – CES: Divulgação da X Conferência Estadual de Saúde**. **Isadora Oliveira Maia**, conselheira e Coordenadora de Plenária Nacional, cumprimentou a todos e colocou que a Conferência é na Bahia e está bem à frente de outros estados, será de 09 a 13 de agosto, em local a ser definido. E que as Conferências Municipais também estão sendo realizadas com sucesso, o COSEMS tem sido um grande parceiro para a realização dessas conferências, diferentemente de outros estados, onde às vezes existem outros conflitos desnecessários, e o COSEMS tem acompanhado essa participação nos municípios e a obrigatoriedade da realização dessas conferências. Informou que o Comitê Executivo e a Coordenação não só se reúnem como deliberam e os eixos também já estão praticamente fechados para quem será palestrante, só estão aguardando resolver onde será, porque Salvador não tem muitos locais para acolher duas a três mil pessoas e a capacidade do espaço já está calculado em torno de duas mil e quarenta pessoas. Relatou que os municípios têm feito as conferências contemplando todos os eixos, com discussões extremamente participativas do controle social, dos gestores, dos prestadores e trabalhadores e tem recebido do Conselho Nacional alguns questionamentos com relação a outros estados que têm tido alguns atritos porque estão tentando inserir eixos. Considerava que é possível até ter dicotomia, tirar vários pontos de um eixo, mas os eixos têm que ser seguidos e com certeza a conferência seria um sucesso, não só pela preparação, como pela dedicação, adaptação orçamentária, garantia do Governo

do Estado, prevista até na própria execução do RAG, porque tem obrigatoriedade bem como das parcelas que devem ter, por ser uma conferência de grande porte. Finalizou convidando a todos para participarem e desejando que fosse uma grande Conferência, para tirar as propostas para a Conferência Nacional. **Stela Souza** complementou enquanto conselheira estadual, sobre a importância do COSEMS neste processo das conferências, inclusive alguns apoiadores estão dando palestras nos municípios, que estão fazendo realmente cada conferência melhor que a outra. Reiterou que a SESAB e o COSEMS estão participando efetivamente e com certeza os municípios do estado da Bahia realizarão suas conferências. Dando prosseguimento aos informes, passou para o item **4. SAIS/DAB: Situação da Proposta das Salas de Pé Diabético.** José **Cristiano Sóster** lembrou o prazo para a adesão ao Projeto Crescer Saudável até o dia 12, que possivelmente seria prorrogado e quando tivesse a nova data seria repassada aos secretários, pois é de suma importância, todos os municípios da Bahia podem aderir, até porque houve 100% de adesão ao PSE. Falou das Salas de Pé Diabético, que acaba ajudando na estruturação da Política de atenção integral às pessoas portadoras de pé diabético e feridas complexas, que foi aprovada este ano e toda política deve ter alguma ação concreta, então uma dessas é a Sala de Pé Diabético, para o que houve uma adesão durante um período e desta adesão é preciso agora falar sobre quem aderiu e também os próximos momentos. Iniciou a apresentação em slides:



Chamou a atenção de que cento e cinquenta municípios aderiram, que Ribeira do Amparo enviou, mas o email foi corrompido e seria incluído posteriormente. Em seguida mostrou a distribuição por região de saúde:



Ressaltou que a proposta foi discutida no GT da Atenção Básica, onde foi percebida a necessidade de ampliar essas cinquenta vagas até o dia 26 de abril, e é preciso encaminhar o Termo de Adesão com todos os dados para o e-mail do slide acima, conforme está na portaria de adesão e a partir daí será incluído nessa lista que vai estar disponível no site da DAB.

Além da homologação, a próxima fase é julho, a capacitação dos enfermeiros e técnicos e entrega dos equipamentos. Essa é a previsão para se trabalhar nisso, capacitando esses profissionais para as Salas de Pé Diabético. **Stela Souza** questionou se todos que se inscreveram estavam aprovados, mesmo para municípios com menos de vinte mil habitantes. **José Cristiano Sóster** confirmou e acrescentou que se algum município, ao entrar no site da DAB, não se enxergasse, mesmo tendo feito todos os encaminhamentos, devia entrar em contato para a correção adequada ser feita. Agradeceu aos gestores, colocando que será dado um passo muito importante na qualificação, mesmo com muita clareza de que isso não resolveria o problema do pé diabético, mas é um estímulo para se estruturar a atenção básica, qualificar os trabalhadores, e isso servir como um possível piloto, a ser ampliado para todas as outras equipes, até porque está sendo oferecido uma estrutura um pouco melhor, uma qualificação melhor para os trabalhadores e também fluxos mais interessantes. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** retornou aos informes: **3. SUVISA/DIVAST: Videoconferência Encontro Preparatório de Saúde do Trabalhador para a 10ª Conferência Estadual de Saúde e 16ª (8ª + 8ª) Conferência Nacional de Saúde. Letícia Nobre, Diretora da DIVAST,** cumprimentou a todos, convidou e solicitou apoio na divulgação da vídeo e web conferência que está sendo coordenada pela Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Conselho Estadual de Saúde, como atividade preparatória de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - 10ª Conferência Estadual de Saúde/16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª + 8ª). Informou que colocaria uma apresentação para debater sobre uma política de fortalecimento do SUS, toda a pauta da Conferência, e uma discussão sobre o que há de perspectivas e desafios para a Vigilância em Saúde e a Política de Saúde do Trabalhador. Relatou que o Instituto Anísio Teixeira – IAT (Secretaria de Educação) confirmou a possibilidade de ceder a infraestrutura da videoconferência, assim poderão contar com trinta a quarenta salas do IAT em escolas nas vinte e oito regiões de saúde, e essa listagem será repassada ao COSEMS, para distribuir para os secretários municipais de saúde. Ponderou que a ideia é juntar um quantitativo de no mínimo novecentos participantes na videoconferência, de modo a se poder retirar delegados para a Conferência pela via horizontal, conforme os regimentos da nacional e da estadual, e uma web conferência, porque, além de tirar delegados, o objetivo de fato é promover o debate, a reflexão e a informação mais ampliada sobre as questões do SUS e da Saúde dos Trabalhadores no SUS e da Vigilância em Saúde no SUS. Informou ainda que a SUVISA está providenciando também uma data para uma web conferência com o foco mais na Política de Vigilância em Saúde e nas resoluções da Conferência de Vigilância em Saúde aprovadas no ano passado. Assim, haverá este momento das vídeo e web conferências organizadas pela SIAST e que depende de conseguirem o IAT, junto com o Telessaúde, e os dois transmitirem ao mesmo tempo. Reafirmou que manterá COSEMS e CIB informados, assim como todas as referências, para ser

feita uma mobilização de novecentas a mil pessoas em todas as regiões de saúde do estado. Comunicou que o evento acontecerá no turno da manhã e depois seria comunicado quanto ao da SUVISA, pois está sendo organizado com foco na vigilância como um todo, contemplando todas as suas áreas, como a saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde ambiental e a laboratorial. Reiterou a solicitação do apoio de todos os técnicos, tanto junto aos conselhos municipais de saúde, representações do controle social, como toda a equipe técnica, não só de Saúde do Trabalhador, e de todas as outras áreas que estão sendo convidadas para participar. Próximo informe: **2. SUVISA/DIVEP: 21ª Campanha de Vacinação contra Influenza. Akemi Erens** relatou que já tinha feito uma apresentação na reunião do COSEMS e reforçaria aqui para os que não estavam presentes. Explicou que a campanha de vacinação contra a Influenza foi antecipada, seria a partir de 15 de abril e o Ministério da Saúde conseguiu antecipar diante da possibilidade de produção e entrega das vacinas com alguns dias de antecedência pelo Instituto Butantã, o que deixou todos felizes porque quanto mais cedo se começa a vacinação, maior a possibilidade de proteger a população, uma vez que já estão entrando em um período de maior circulação dos vírus. Informou que os insumos já estão sendo entregues, já foi recebido mais de 50% das vacinas e com toda certeza antes do Dia D já terão recebido em torno de 70 a 75% e isso possibilitaria proteger a população contra esse vírus que embora neste ano esteja circulando em menor intensidade que no ano passado, o mesmo sempre circula e é preocupante, por conta das complicações, hospitalizações e óbitos que pode levar. Informou ainda que este ano já são cento e dois casos notificados de síndrome respiratória aguda grave, o que representa cerca de 70% menos do que o notificado no ano passado no mesmo período, quando foram mais de trezentos casos e nesse mesmo período do ano passado tinha dezoito óbitos notificados. Este ano tem seis óbitos notificados, mas um deles foi confirmado por H1N1, teve outro óbito por outro vírus respiratório e os outros foram negativos para todos os vírus respiratórios disponíveis para pesquisa no LACEN. Ponderou que a estratégia deste ano envolve duas etapas, a primeira dos dias 10 a 19 de abril, voltada especificamente para crianças de seis meses a menos de seis anos e gestantes, que são os dois públicos que tiveram maior dificuldade de atingir as metas no ano passado em todo o Brasil, razão porque está sendo priorizada essa vacinação nos primeiros dias. Lembrou que no ano passado a faixa etária de crianças só ia até menores de cinco anos e este ano engloba a faixa de cinco anos até menores de seis. Neste mesmo período também ocorrerá atualização das cadernetas de vacina de crianças e gestantes, público importante que acumula grande quantidade de imunos e que muitas vezes podem estar em atraso. A partir do dia 22 será aberto para todos os outros públicos alvos, idosos com mais de sessenta anos, pessoas com comorbidades - algumas destas listadas no informe técnico que todas as regionais e os municípios receberam - população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional, professores das redes pública e privada, todos os profissionais de saúde e adolescentes de doze a vinte anos em medidas sócio educativas. Ressaltou o porquê da escolha destes públicos alvos que vêm sendo ampliados ano a ano, e a intenção é justamente evitar que as pessoas tenham complicações que precisem de hospitalização e que cheguem a óbito por conta da complicação da Influenza. Esclareceu que é uma vacina trivalente, que envolve o vírus A e B, o AH1N1 e o AH3N2, e uma linhagem do Influenza B, que é uma das duas linhagens, a linhagem vitória. Para esta vacina há uma meta de atingir o mínimo de 90% do público alvo, o que representa na Bahia quatro milhões de pessoas e no Brasil são mais de cinquenta e nove milhões de pessoas que devem se vacinar. Disse que receberão quatro milhões e trezentas mil doses, então tem toda condição de atingirem a meta, trabalhando muito para isso. Finalizou deixando essa mensagem e ressaltando a importância de notificar os eventos adversos e de registrar todas as doses no sistema de informação, para conseguirem acompanhar isso e a evolução durante a campanha até atingirem a meta. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** deu continuidade à leitura dos Informes: **6. Foram publicadas as seguintes Resoluções *ad referendum*:**

Resolução	**Publicada no DOE**	**Assunto**
033/2019	09/03/2019	Aprova ad referendum a execução e o limite financeiro para custeio dos procedimentos cirúrgicos eletivos estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 195, de 06 de fevereiro de 2019. **Republicada**
034/2019	28/02/2019	Aprova ad referendum as alterações no limite financeiro federal de média e alta complexidade dos Municípios e do Fundo Estadual de Saúde da Bahia, de acordo com a aprovação da Repactuação da Programação Pactuada e Integrada do estado da Bahia.
038/2019	29/03/2019	Aprova ad referendum a Proposta nº 11300.0020000/1190-08, Emenda Parlamentar Nº aquisição de equipamento e material permanente, para implantação do serviço de fisioterapia – CNES nº 2413671, localizado no Hospital Maternidade Dr. Deraldo Miranda, no município de Irará.
039/2019	09/04/2019	Aprova *ad referendum* a Proposta nº 11300.002000/1190-07, da Emenda Parlamentar nº 37380004, para Aquisição de equipamento - ambulância tipo A, para o Hospital Maternidade Dr. Deraldo Miranda, no município de Irará.

Após a leitura esclareceu, com relação às duas últimas emendas, que já tinha sido publicada a Resolução CIB nº 207/2017, declarando que os municípios podem encaminhar diretamente à CIB o ofício com a proposta cadastrada no Fundo Nacional e a diligência, para ser publicada resolução ad referendum. Até o ano passado o que a Secretaria Executiva recebia dos municípios e era demandado pelo Ministério era em relação a reforma, ampliação, construção e aquisição de equipamentos para implantação de serviços de média e alta complexidade, só que agora o Mistério também está pleiteando para situações de ambulância tipo A, inclusive na Portaria a área técnica do Ministério não menciona a necessidade, porém os técnicos do Ministério da Saúde vêm emitindo um parecer para que a CIB aprovasse. Portanto, a CIB passará a publicar estas situações também, mas a proposta é seguir o mesmo fluxo, de continuarem aprovando em *ad referendum*, uma vez que já está sendo emitido parecer por parte do MS, e é o próprio Ministério que faz a validação final. E a CIB já tinha validado dessa forma e continua encaminhando da mesma forma as aquisições de equipamentos, reformas, ampliações e construções para as áreas técnicas do estado para que sigam acompanhando, conforme descrito na Resolução. Em seguida remeteu à CIB para ratificação das resoluções *ad referendum,* todas acordadas anteriormente em reuniões anteriores. **Cássio Garcia** reforçou a colocação de Nanci Salles, lembrando que esta pactuação tinha sido feita no ano passado, justamente para não trazer prejuízo a nenhum município e, à medida que o Ministério vai colocando diligências, é preciso trazer de volta para a aprovação da

Bipartite bem como manter o fluxo para conseguirem cumprir os prazos. **Houve Consenso. Nanci Salles** reiterou que, para pleitos de emenda parlamentar, o município solicita à CIB através de ofício, proposta cadastrada junto ao Fundo Municipal de Saúde e a diligência do Ministério da Saúde, para poder ser preparada a minuta da resolução. A diligência é solicitada porque refere exatamente o porquê de o Ministério estar pedindo a resolução CIB, pois já foram publicadas resoluções. E quando o município posta no site do Fundo Nacional, a resolução não dá conta, porque não deixa claro o que o MS estabelece que expresse. Em seguida efetuou a leitura dos itens encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE – SAIS/DAB e CIR: 1.1 Credenciamentos: Aprovados.**

CREDENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO	CIR
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Profissional de Educação Física (40h) e 01 Profissional de Educação e Arte (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Barra da Estiva	Brumado
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Psicólogo Clínico (30h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Nutricionista (40h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Assistente Social (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Irará	Feira de Santana
	01 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 02 Psicólogos (30h cada), 01 Nutricionista (30h), 02 Fisioterapeutas (30h cada), 01 Profissional de Educação Física (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Médico Pediatra (30h), totalizando carga horária de 240 horas.	Barra	Ibotirama
	02 NASF Tipo I, com a seguinte composição: 01 Nutricionista (30h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Psicólogo Clínico (30h), 01 Profissional de Educação Física (30h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 210 horas.	Irecê	Irecê
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (20h), 03 Profissionais de Educação Física (20h cada), 02 Nutricionistas (20h cada), 01 Psicólogo (20h) e 03 Fisioterapeutas (20h cada), totalizando carga horária de 200 horas.	Teolândia	Valença
	Alteração de composição da Equipe de NASF Tipo I, passando a ficar da seguinte forma: 01 Assistente Social (30h), 01 Psicólogo (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Fonoaudiólogo (30h), 01 Profissional de Educação Física (40h), totalizando carga horária de 200 horas.	Cabaceiras do Paraguaçu	Cruz das Almas
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 02 Psicólogos (20h cada), 03 Fisioterapeutas (20h cada), 01 Assistente Social (20h), 01 Educador Físico (20h), 01 Médico Psiquiatra (20h), 01 Fonoaudiólogo (20h) e 01 Nutricionista (20h), totalizando carga horária de 200 horas.	Retirolândia	Serrinha
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Nutricionista (30h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Psicólogo (40h), 01 Fisioterapeuta (30h), 01 Assistente Social (30h) e 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Guaratinga	Porto Seguro
	Alteração de modalidade de NASF Tipo II para NASF Tipo I, passando a ficar com a seguinte composição: 01 Psicólogo (30h), 01 Nutricionista (40h), 01 Profissional de Educação Física (40h), 01 Assistente Social (30h), 01 Fisioterapeuta (30h), e 01 Farmacêutico (30h), totalizando carga horária de 200 horas.	Anagé	Vitória da Conquista
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Novo Horizonte II.	Valença	Valença
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Manoel Bina dos Santos.	Crisópolis	Alagoinhas
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Vila Operária.	Ruy Barbosa	Itaberaba
	01 ESB Modalidade I, vinculada à USF Buraco D'Água.	Serra Preta	Feira de Santana
	01 ESB Modalidade I, vinculada à ESF Poço do Juá.	Serra Dourada	Santa Maria da Vitória
	02 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Manoel Messias e Flora Santa Fé.	Buerarema	Itabuna
	02 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Nelson Pinheiro e Francisca	Ibirapitanga	Itabuna

	Xavier.		
	09 ESB Modalidade I, vinculadas às USF Arlinda Almeida Cruz, Imbiruçu de Dentro, Miraporto, Nova Caraiva, Praça do Gravatá, Vale Verde, Vila Parracho, Vila Valdete e Vila Vitória.	Porto Seguro	Porto Seguro
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF Modalidade I – Poço do Juá.	Serra Dourada	Santa Maria da Vitória
	01 ESF Modalidade II – Novo Horizonte II.	Valença	Valença
	06 ESF Modalidade I – Arraial Santiago II, Orla Norte, Parque Ecológico II, Trancoso III, Vila Parracho e Vila Valdete.	Porto Seguro	Porto Seguro
ACS – Agente Comunitário de Saúde	06 ACS	Retirolândia	Serrinha

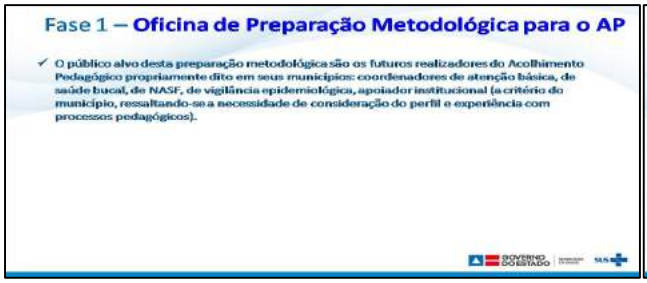
1.2 Qualicito: Desabilitação do Laclin Barreiras. Aprovado. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON: 2.1 Habilitação/credenciamento das unidades abaixo relacionadas: – Aprovados.

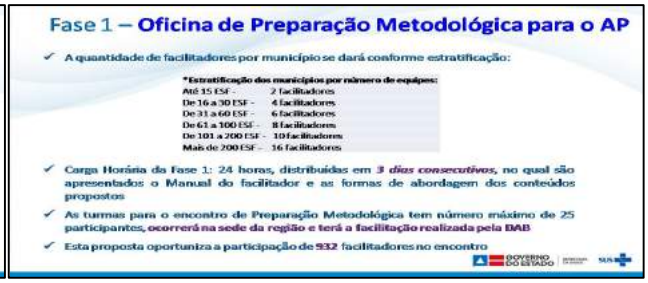
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Jequié	Hospital São Vicente	2494930	22.721.041/0001-00	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Juazeiro	CAPS III AD	5070503	13.915.632/0001-27	Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III AD Harmonia e Amor
Salvador	Instituto Couto Maia	0005428	13.937.131/0010-32	Regime de Hospital Dia – Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos – código 12.02 e atendimento em regime de Hospital Dia em AIDS – código 12.03

3. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC: 3.1 Mudança da forma de repasse do recurso federal referente à contrapartida da Assistência Farmacêutica Básica dos municípios de Abaré, Andaraí, Entre Rios, Jitaúna, Morro do Chapéu, Nova Redenção, Teolândia, Ubatã e Wenceslau Guimarães. Aprovado. Nanci Salles lembrou que o primeiro prazo para encaminhamento desse pleito venceu em fevereiro e o segundo prazo vencerá em julho, caso outros municípios desejassem pleitear. **Geraldo Magela, Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus**, questionou, com relação à substituição de um laboratório que não está constando na pauta e que foi aprovada na CIR de Ilhéus. **Nanci Salles** esclareceu que os pleitos de habilitação de média e alta complexidade sempre vão para as áreas técnicas DAE e DICON, e tem um intervalo de tempo necessário para estas áreas fazerem avaliação e remeterem para a colocação na pauta da CIB. **Geraldo Magela** relatou que a equipe esteve aqui ontem com toda a documentação, assim, gostaria de uma justificativa técnica do porquê não ter sido cumprida a determinação da CIR. **Cássio Garcia** argumentou que, como a documentação foi entregue ontem, não houve tempo hábil para análise da mesma, mas posteriormente seria informado a ele e à CIR. **Gerald Saraiva, Secretário Municipal de Saúde de Anagé**, que faz parte do GT, comentou, quanto ao item da Assistência Farmacêutica, ,que houve uma reunião na última segunda feira e que está havendo uma mudança de fluxo que é inversa ao que se estava esperando, os municípios estão retornando o recurso para o estado. Ponderou que não lhe cabia ficar discutindo isso, pois é uma prerrogativa do secretário, mas observava a tendência do SUS e para quem é municipalista e que tem visto a defesa do município, considerava certa incoerência. Então esta discussão tinha que ser feita na CIR, o secretário tendo que discutir sobre o que está acontecendo principalmente com o seu farmacêutico, senão seria feito todo o fluxo contrário ao que se prega aqui. Observou que tem a oportunidade de o município pegar o recurso, usá-lo bem, a pessoa vem aqui reclamar, manda email, mas na hora que tem o recurso em mãos fala que não quer mais e quer passar para o estado. Assim, considerava necessário analisar o que está acontecendo com esses municípios que retornaram o recurso, pois não é interessante, até porque o estado também tem uma programação, entendendo que a Assistência Farmacêutica é um problema principalmente deles, gestores, e têm discutido aqui que o estado não está conseguindo entregar o que eles pedem, e no momento em que a pessoa pode usar o recurso, ela devolve, não dava para entender qual é o problema. Enfatizou que o GT é aberto a todos e se reúne mensalmente, geralmente um ou dois dias antes do Grupo Condutor, então é interessante procurar o farmacêutico, ver se ele tem utilizado o banco de preço, tanto o BPS quanto os que são vendidos, e comentou que quando o município faz pregão eletrônico dá uma economicidade muito boa e tira um pouco da carga daquele ente federado que não está cumprindo com a pactuação. **Cristiano Sóster** comentou que foi iniciada uma discussão sobre um novo fluxo de credenciamento no GT da Atenção Básica, buscando simplificar e em paralelo chegou a informação de que o Ministério apresentaria uma proposta de alteração dos fluxos de credenciamento. Por isso não tinha trazido para esta CIB, só que tem um ponto que o Ministério não está considerando, que se refere às equipes que foram descredenciadas por causa do prazo de cento e vinte dias, porque não conseguiram implementar. Assim, gostaria de trazer a possibilidade de os municípios que estão nesta situação poderem encaminhar um oficio à DAB justificando, colocando a resolução em que foram descredenciados, se comprometendo a implantar em cento e vinte dias e comunicando que não houve alteração do projeto. Desta forma teriam como agilizar, uma vez que o município acaba sendo prejudicado e seria possível encaminhar para aprovação da CIB, em reunião ordinária ou em *ad referendum*, até porque não está previsto em lugar nenhum da política. **Cássio Garcia** ponderou que não via problemas quanto a isso, mas para reforçar essa possibilidade seria importante pautar na próxima CIB, para que ficasse registrado em ata de uma forma fácil de visualização e até para informação para todos os municípios. Voltando ao ponto da DASF, informou que na pauta de hoje estavam previstas duas apresentações, mas a pauta ficou muito extensa e foi preciso reduzi-la um pouco, ficando para aprofundarem essas discussões na próxima reunião, passando pelo balanço da situação atual e pela transparência de como estão sendo os processos, o que está ou não sendo fornecido, para os municípios poderem decidir bem como a DASF poder fazer a sua programação de compras com antecedência e tranqüilidade. Assim, ficou o compromisso de trazer essas questões da Assistência Farmacêutica na próxima

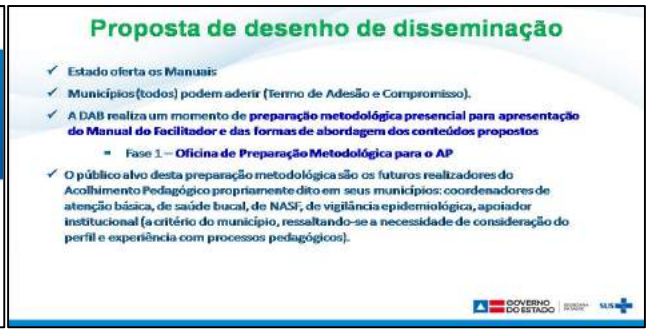
reunião da CIB. Houve uma inversão de pauta e **Cássio Garcia** passou para o primeiro ponto de Pactuação: **1. GASEC/COSEMS: 1.1 Aprovação de projetos de Transporte Sanitário por emenda parlamentar elaborados pelos de municípios da Bahia. Cássio Garcia** questionou se já poderia considerar resolvido, considerando o que foi dito anteriormente sobre as emendas parlamentares, em que Nanci Salles esclareceu quanto ao transporte sanitário, de que o Ministério da Saúde também publicou portaria que trata de ambulância, SAMU, incremento PAB, incremento MAC e é solicitado, assim como tinha sido no ano passado, que se aprovasse também o projeto de Transporte Sanitário. Lembrou como vinha sido feito este fluxo e gostaria de ratificar com os membros da CIB para manter desta maneira: o gestor municipal encaminhar ofício, o projeto de transporte sanitário e a proposta da emenda parlamentar cadastrada junto ao Ministério da Saúde, para com isso ser publicada a Resolução CIB em ad refendum a aprovação do projeto. Lembrou ainda que era feito o encaminhamento para a SUREGS e Paulo de Tarso, que era o técnico da DIREG, fazia avaliação em relação aos itens que deviam constar no projeto, conforme Nota Técnica do Ministério, e quando não estava ok, sinalizava para que o município ajustasse. Na maioria dos casos houve êxito, todos fizeram desta forma, a resolução foi publicada, eles ajustaram o projeto e encaminharam o corrigido conforme orientação da SUREGS. Assim, sugeria manter o fluxo e continuarem direcionando para a SUREGS fazer as sugestões, caso houvesse necessidade. **Houve consenso.** Dando prosseguimento à ordem do dia, a **Coordenadora Adjunta** apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para Apresentação**: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE/DAB: 1.1 Caminhos do Cuidar**. **Alcina Romero** informou que já tinha sido apresentado no Grupo Condutor de Redes e reiterou tratar-se de um projeto iniciado a partir de uma demanda do Ministério Público Federal sobre a dificuldade da Bahia em diagnosticar os vários tipos de câncer em tempo hábil. Relatou que, depois de muita conversa e várias tentativas, uma das estratégias considerada factível foi apresentada ao Ministério Público Federal, juntamente com o CREMEB e o COSEMS: a de utilizarem a estrutura das policlínicas, se priorizar, onde tem policlínica, que os pacientes com suspeita de câncer sejam inseridos através do mesmo sistema de regulação, para que o paciente caminhasse dentro da mesma. Informou que já são oito policlínicas e que este projeto começaria a ser movimentado no sistema em maio e, à medida que fossem inauguradas, o projeto ia sendo ampliado. E onde não tem, se o gestor tivesse um ponto de atenção em um município pólo com uma maior abrangência local e com vários recursos diagnósticos - consulta com especialidades, ultrassonografia, tomografia e anatomia patológica, que é o que define o diagnóstico do câncer - seria possível também trazer este projeto para este ponto de atenção, porque o que interessa é que o paciente não vá fazer a consulta em um ponto de atenção e os exames em outro, e depois levar mais um ano para conseguir fazer a biópsia. Ponderou que este tipo de situação não conseguiria avançar neste cenário, então se tem um ponto de atenção e a policlínica tem normalmente vários especialistas, este ponto de atenção devia ser priorizado para todo paciente com suspeita de câncer pelo gestor municipal. E acrescentou que e preciso mobilizar os médicos da atenção primária de saúde para que usem o CID de suspeita de câncer, o CID 0.01, mesmo assim, se não usasse o CID, no momento em que o pedido entrasse no módulo dos CID, já estar com treinamento para as pessoas, os auxiliares de regulação das policlínicas para inserirem este paciente no módulo do 'Caminhos do Cuidar', ou seja, todo o sistema da policlínica, quando o paciente entrar para a primeira consulta, o primeiro exame, com suspeita de câncer, ele migrar para o módulo do 'Caminhos do Cuidar' e seria acompanhado com a cor vermelha todo o tempo, até o diagnóstico ser fechado. No momento do diagnóstico, o serviço social - que algumas policlínicas já têm e outras ainda não, mas já estão contratando - vai imediatamente comunicaria ao gestor do município sobre o paciente com suspeita de câncer mais ou menos confirmada, para ele acionar o UNACON de referência. Com isso é possível medir o tempo que o paciente está levando entre o acesso à consulta até o resultado da biópsia e também o tempo que para entrar no UNACON, e falou que o nível central terá acesso a todos esses relatórios e será possível ver qual é o UNACON da área de abrangência que está com maior dificuldade de absorver o paciente novo, e onde tem município executor com UNACON. Enfatizou que o objetivo é promover o início do tratamento em até sessenta dias para cumprir a lei, e os objetivos específicos são: reduzir o tempo para confirmação de casos suspeitos de câncer; encaminhar para as policlínicas; acompanhar o percurso terapêutico do paciente; e monitorar a sua inclusão no UNACON da sua área de abrangência. Mostrou um quadro com o print da tela do SIGES, que é o sistema de regulação de acesso para as policlínicas e que fica com a cor de acordo com os acontecimentos: fez a consulta - em amarelo; tratamento iniciado – abóbora; quando entra com o diagnóstico positivo – vermelho; os pacientes cujo diagnóstico for negativo ou afastado - o médico da policlínica colocará verde. Informou ainda que este sistema tem condição de gerar relatórios, e que o Ministério Público Federal está acompanhando e, à medida em que fosse sendo implementado, seria possível contribuir com a entrada do paciente no sistema, que vem sendo feita tardiamente. Essa é a oferta feita, nos dias 23 e 24 será o treinamento para toda a equipe das policlínicas e, na medida em que outras policlínicas forem iniciando, serão capacitadas e repetiu que o sistema começaria a funcionar a partir de maio. **Denise Mascarenhas, Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana**, achou muito boa a apresentação, porém tinha ficado com algumas dúvidas, pois como as policlínicas são um consórcio intermunicipal, questionava se antes de apresentar uma proposta dessa não teriam que ter passado por uma assembleia com os municípios para informar que haverá essa demanda nas policlínicas regionais. Disse que, a seu ver, estão fugindo um pouco dos propósitos que foram apresentados de policlínica regional, e como esta proposta, podiam surgir outras que os municípios só ficam sabendo quando já estão prontas, por isso não concordava, pois se existe um consórcio, onde os municípios são 60% e o estado 40%, onde tudo tem que ser aprovado em assembleia, jamais o estado podia fazer um projeto sem passar pela mesma, levando em conta o conceito das policlínicas que tinha sido apresentado. Ponderou ainda que as policlínicas não estão correspondendo com tudo que foi feito no início, não estão oferecendo o que é para oferecer e de repente se nota que há um comando diferente do que foi dado anteriormente, e aí os municípios estão ficando sem pagar, estão inadimplentes e quando se faz essa discussão às vezes não gostam, mas é o que está no papel. Então se o perfil foi mudado, tinham que passar em assembleia e reiterou que a ideia é realmente fantástica para um problema que não tem saída, apenas não concordava com a forma como as coisas estão sendo feitas, pois assim não existe consórcio, nem assembleia e nem município participando. Enquanto gestora de Feira de Santana ela discordava desse caminho, por ser preciso estarem juntos e não serem afastados, jamais atropelarem as coisas, porque afinal de contas é um consórcio onde os municípios têm 60% de participação. **Alcina Romero** disse ter entendido as colocações de Denise Mascarenhas e lembrou que ela tinha sido um dos gestores que estivera no Ministério Público Federal, representando os quatrocentos e dezessete municípios do estado, e visto que a situação estava um pouco sem saída, mas que em momento

nenhum isso tinha ficado apenas para a área técnica. Argumentou que quando se pensou no projeto, imediatamente o setor da SESAB que faz interlocução com as diretorias de consórcio foi chamado e lhe foi passado o que foi pactuado, inclusive a questão que provocou a contratação, autorização das diretorias de consórcio para contratação dos assistentes sociais e disse que, caso em alguns desses consórcios o projeto não tivesse sido amplamente divulgado, se colocava à disposição, mas a interlocução com a área das policlínicas tinha sido feita sim, e a ideia era passar para as assembleias. **Cássio Garcia** disse ter entendido também as colocações de Denise Mascarenhas e fez a ressalva de que tem políticas que precisam passar pela CIB, algumas vêm da CIR, outras vão da CIB para a CIR, para os consórcios ou as regiões, e essa viera especificamente através de uma provocação do Ministério Público Federal, sendo buscada a alternativa das policlínicas. Foi feito um piloto, depois o projeto foi aperfeiçoado, paralelamente, a parte da gestão das policlínicas foi trabalhada junto à administração, e hoje foi trazido para conhecimento ampliado. Ponderou que, assim como as policlínicas são algo novo, com serviços que ainda não funcionam na sua plenitude e com diversos problemas que precisam ser trazidos para tentarem aperfeiçoar, o SUS também é uma via de mão dupla, onde os serviços e projetos vão e voltam. Então haveria sempre necessidade de fazer alguma discussão, e se não fosse uma forma adequada nos consórcios e em espaços como a assembleia, mas que é fundamental estarem aprofundando, implementando, propondo algo que se esperava que desse um resultado positivo e que fosse importante. **Denise Mascarenhas** reforçou que não estava falando em detrimento do projeto, mas sim da condução, que considerava errada, inclusive não tem um mês que houve assembleia na sua região e em nenhum momento esse assunto tinha sido abordado, a diretoria do consórcio deveria ter levado à assembleia que aconteceu recentemente - para eleição do novo presidente - e apresentar esta demanda do estado, que jamais seria negada. Reafirmou que não aceitaria, porque não é a primeira vez que as ações são feitas 'de cima para baixo', pois assim não existe consórcio, nem o que foi acordado e nem assembleia, ficando como uma imposição de que as policlínicas funcionarão assim e os municípios não podem intervir. Enfatizou que todas as coisas que viessem para melhorar, ela sempre seria a primeira a defender, mas não admitia que os municípios fossem deixados de lado, como se não tivessem importância nenhuma, quando o consórcio é feito pelos municípios e pelo estado. Alertou que esta demanda não foi para sua região, pois ela estivera na última assembleia - representando inclusive o prefeito - e só ia porque era convidada, se estivesse errada 'daria sua mão à palmatória' e acataria, mas não aceitava mais que ações fossem feitas desrespeitando o poder que os municípios também têm. **Cássio Garcia** ressaltou a necessidade de se respeitar as opiniões, inclusive também achava muitas coisas erradas que vêm do Ministério, ou que não está sendo feito, ou que vem 'de cima para baixo', tantas políticas, enfim, muitas opiniões e quando se traz para a Bipartite um ponto, está se horizontalizando e colocando a informação e a possibilidade de implantação de novas políticas, novos serviços para todo o estado da Bahia, isso é o principal. Depois, como se dará o fluxo, se voltará para os consórcios, se não foi adequado, se teve erro tinha que ser corrigido, ninguém é a favor de manter o que está errado, muito pelo contrário, mas era dever da área técnica trazer esta pauta para a reunião e a discussão da policlínicas podia ser feita posteriormente e é muito importante. **Stela Souza**, fazendo um contraponto a todos, colocou que uma política tem que começar na CIB e lembrou que ocorre o mesmo no Conselho Estadual de Saúde, que quando vê uma resolução da CIB reclama porque não passou por lá primeiramente. Sendo assim, era necessário fazer uma reflexão sobre qual é mesmo o papel da CIB e lembrou que este assunto foi discutido na reunião do Grupo Condutor, onde estavam os municípios e o estado, e foi aprovado pelos membros presentes. Esclareceu que a proposta foi levada e aprovada, mas o Grupo Condutor não delibera, quem delibera é a Bipartite, e a proposta é de a partir daqui ser levada para as regiões para ser discutido não só nos consórcios como nas CIR, porque a instância deliberativa do SUS não é o consórcio, mas a CIR, que decidirá se a proposta vai ou não para a região. Disse que nada contra o consórcio, até porque tem também uma policlínica que por sinal suas demandas mais críticas acabaram, até porque seu município é pequeno, mas ontem tinha entendido que a proposta é levar e discutir no Grupo Condutor, depois vir para a Bipartite, se aprovasse aqui iria para as regiões, mas antes de ir para o consórcio teria que ir para as CIR, que é a instância deliberativa, a CIR é que pode dizer se quer ou não dessa forma em sua região. Se o consórcio entendesse que seria, Consórcio e CIR teriam que definir em conjunto, porque o consórcio não é representado por secretários municipais de saúde, mas pelos prefeitos, os gestores pactuam nas CIR, no consórcio eles não pactuam nada. E repetiu o fluxo, para ficar gravado e constar em ata: o Grupo Condutor aprovou para que viesse para a CIB, a fim de ser publicada resolução aprovando e autorizando, as CIR poderão discutir e colocar se é importante ou não para a região, daí levarem aos consórcios, porque se não fosse na policlínica poderia ser em outro lugar, até porque não tem policlínicas em todas as regiões da Bahia. Lembrou quando estava em Eunápolis, onde um paciente de lá que viera para Salvador, e aqui em Salvador já se faz isso, o paciente passou pela consulta, o médico colocou o CID de câncer e esse paciente tem preferência em todos os exames de diagnóstico que precisa fazer devido á pressa, pois um paciente com suspeita de câncer precisa do tratamento o mais rápido possível. Isso poderia ser feito também nos municípios com UNACON seria ótimo que fosse desse jeito, e que o paciente voltasse para o município com o CID, para que também tivesse prioridade, portanto essa é uma proposta que não devia ser perdida de vista. Próximo ponto de Apresentação: **1.2 Acolhimento Pedagógico. José Cristiano Sóster** informou que se tratar de uma proposta que muitos coordenadores da atenção básica e secretários também vinham solicitando à DAB que se retomasse o acolhimento pedagógico. Assim, estava trazendo a proposta estruturada e que contemplará os quatrocentos e dezessete municípios. Iniciou a apresentação em slides:

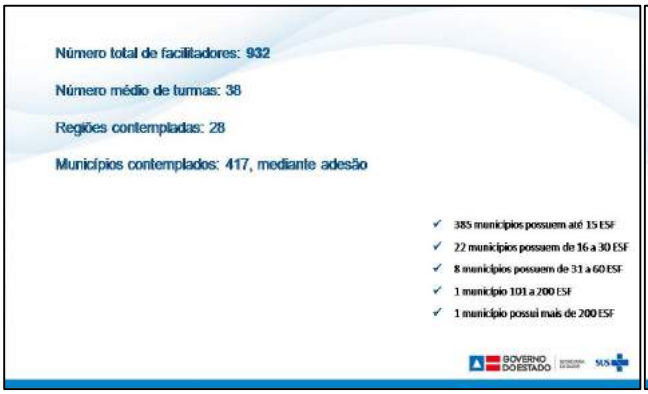




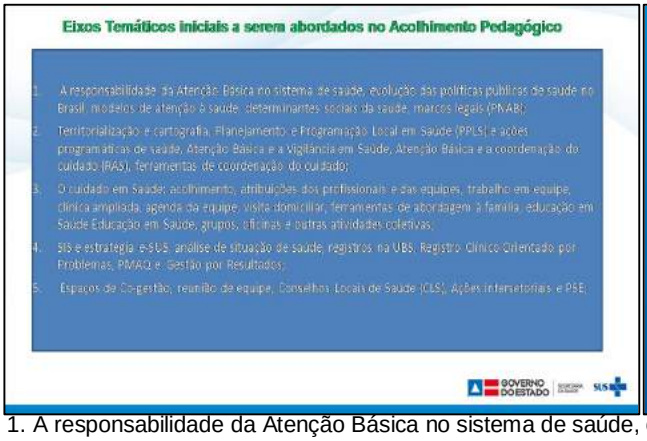
e disse que esta proposta de disseminação tem uma oferta do estado com manuais, o manual do multiplicador, mas também dos trabalhadores, será mediante adesão do município, até porque este também tem algumas responsabilidades e será divulgada a forma dessa adesão, serão duas fases, a primeira sendo uma oficina de preparação metodológica do próprio acolhimento pedagógico com os multiplicadores. Na primeira fase o público alvo são os futuros profissionais multiplicadores, a quantidade de facilitadores por município é com base nesse estudo, inclusive foi discutido no GT para que tivesse um terceiro, que seria um suplente para ajudar os municípios. Disse que serão três dias consecutivos para essa capacitação e no final serão novecentos e trinta e dois facilitadores em um encontro regional, essa multiplicação será feita de forma regionalizada para os municípios terem mais acesso e poderem aderir com maior facilidade. A ideia é a adesão dos quatrocentos e dezessete municípios nas vinte e oito regiões.



Na segunda fase será o momento do Acolhimento Pedagógico das Equipes de Saúde da Família no município, os multiplicadores que realizarão esta atividade no município e estas ações serão monitoradas porque se prevê um ambiente à distância, onde terão que postar os produtos destas oficinas.



O público alvo são as equipes de saúde da família e o NASF, e de preferência todos os trabalhadores. Serão também três dias consecutivos, mais a dispersão, e depois, em ouro momento de mais três dias, até para se fazer nestes seis dias estas atividades que possibilitarão um debate, um aprofundamento e uma estruturação. Relatou que um dos pedidos feitos à equipe foi de que é preciso ter um acolhimento pedagógico voltado para os trabalhadores, então serão atividades práticas, do cotidiano da assistência e que são estruturantes do processo de trabalho, porque existe um vício de dialogarem e tentarem fazer atividades, só que em uma linguagem muito mais de gestão e pouco da assistência, que é onde seria feita a grande diferença. A ideia é de ter também uma primeira etapa EAD desses acompanhamentos, ou seja, as atividades práticas, onde terá que ser enviado o mapa do território, a agenda da equipe estruturada, pactuada, os fluxos de cuidado, a análise de situação de saúde, os problemas priorizados no planejamento da equipe, e um último momento de avaliação. Além disso, terá também todas as ofertas do Telessaúde, que é uma forma de se cercar também de vários ambientes pedagógicos. Falou nos slides seguintes sobre os Eixos Temáticos iniciais a serem abordados no Acolhimento Pedagógico:



1. A responsabilidade da Atenção Básica no sistema de saúde, evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, modelos de atenção à saúde, determinantes sociais da saúde, mas de forma aplicada; 2. Territorialização e cartografia, Planejamento e Programação Local em Saúde (PPLS) e ações programáticas de saúde, Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, Atenção Básica e a coordenação do cuidado (RAS), ferramentas de coordenação do cuidado; 3. O cuidado em Saúde: acolhimento, atribuições dos profissionais e das equipes, trabalho em equipe, clínica ampliada, agenda da equipe, visita domiciliar, ferramentas de abordagem à família, educação em Saúde Educação em Saúde, grupos, oficinas e outras atividades coletivas; 4. SIS e estratégia e-SUS, análise de situação de saúde, registros na UBS, Registro Clínico Orientado por Problemas, PMAQ e Gestão por Resultados; 5. Espaços de co-gestão, reunião de equipe, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Ações intersetoriais e PSE. E finalizou colocando que esta é uma oferta que será levada às CIR para se discutir e se fazer as adesões necessárias e a partir disso construir um cronograma baseado em cada uma das regiões e que isso está a cargo dos apoiadores institucionais da DAB e a ideia é poder tornar um cotidiano para todos os trabalhadores. Ponderou que umas das grandes questões debatidas, e é uma coisa rotineira, é de que não é a primeira vez que se faz o acolhimento pedagógico nem atividades para os trabalhadores da equipe de saúde da família, até porque tem sempre mudança de trabalhadores, e uma das coisas que se percebe é que é preciso estabelecer uma cultura de acolhimento dos trabalhadores que estão iniciando no município e é importante que os coordenadores de atenção básica, superintendentes, diretores, secretários, façam cotidianamente, que toda vez que um trabalhador iniciar, possam sentar com ele, explicar de que forma se trabalha, qual a diretriz do trabalho feito no município, apresentar toda a proposta de acolhimento, colocar este trabalhador em contato com outros trabalhadores para ele se sentir inserido em todo esse processo, pois sabiam que sempre há mudança, substituição de trabalhadores e não há uma solução a curto ou médio prazo. Então o melhor é se adaptar, assim como muitas das empresas da iniciativa privada fazem, todo trabalhador que inicia passa por um processo de acolhimento, de inserção, para poder atuar posteriormente. Comentou que em breve será trazido na CIR, junto com os apoiadores regionais, o que já tem de programação e já no primeiro semestre ser feita a capacitação dos multiplicadores. Para tranqüilizar os coordenadores de núcleos, informou que haverá uma oficina anterior, para ser feito um alinhamento desta proposta de acolhimento e a partir disso gerar o processo de disseminação. **Stela Souza** comentou que já sentiam falta deste acolhimento pedagógico, pois sempre há mudanças e realmente falta, portanto estava chegando em boa hora e seria interessante traçar um cronograma para as CIR, avisar todos os gestores, fazer uma coisa bem pactuada e realizar a programação. Aproveitando o momento, colocou que ressurge a formação técnica do agente comunitário que foi feito o módulo um em 2013 e o módulo dois nunca saiu, agora está voltando, já tem uma proposta para o Agente de Endemias e tem também a planificação que é um assunto que será trazido em outro momento. Próximo ponto de Apresentação: **1.3 Estudo diagnóstico sobre Sífilis em uma Macrorregião do Estado da Bahia.** Cristiano Sóster colocou que era uma complementação do que tinha sido apresentado pela manhã, assim passaria alguns slides e considerou de suma importância que prestassem atenção, pois trata-se de um estudo feito em uma macrorregião do estado, mas é representativo para todas as outra macrorregiões devido à questão epidemiológica, quantitativo populacional, quantitativo de municípios e trás muitos elementos de crítica sobra prática de estado e município, onde está errando e onde é preciso acertar e é muito importante que se tenha clareza sobre isso. Informou que o estudo foi feito pela DAB com apoiadoras institucionais que realizaram esse estudo que dá muito orgulho e iria trazer alguns elementos para serem analisados. Iniciou a apresentação em slides:

Informou que a base utilizada foi o Plano Estadual Mãe Saudável que estabelece como objetivo geral a redução em 20%, anualmente, a taxa de incidência da sífilis congênita em menores de um ano no Estado da Bahia, até 2021 e mostrou o panorama atual.

Política Estadual para o Enfrentamento da Transmissão Vertical da Sífilis.

Objetivo geral: reduzir a transmissão vertical da sífilis em todo o Estado da Bahia, para tanto foi estabelecida a **meta:**

Reduzir em **20%**, anualmente, a taxa de incidência da sífilis congênita em menores de um ano no Estado da Bahia, até **2021**.

GOVERNO DO ESTADO | SUS

Sífilis - Panorama

- Destaca-se que entre 2007 a 2016, mais de 66,6% dos casos de sífilis congênita ocorreram em crianças, cujas mães haviam realizado o pré-natal;
- Dentre essas gestantes que realizaram o pré- natal, cerca de 43,3% apresentaram diagnóstico de sífilis durante a gravidez e, provavelmente não foram tratadas, ou foram tratadas inadequadamente;
- Dessas que foram tratadas, somente 25% tiveram seus parceiros tratados.

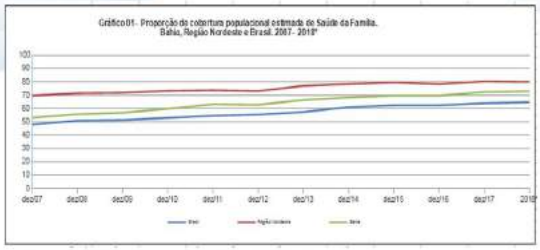
GOVERNO DO ESTADO | SUS

Sífilis - Panorama

- Na Bahia, de 2007 a 2016 foram notificados 6.606 casos de Sífilis Congênita.
- A incidência da SC variou de 1,1 casos/1.000 NV, em 2007, a 7,20 casos/1.000 NV, em 2016.

GOVERNO DO ESTADO | SUS

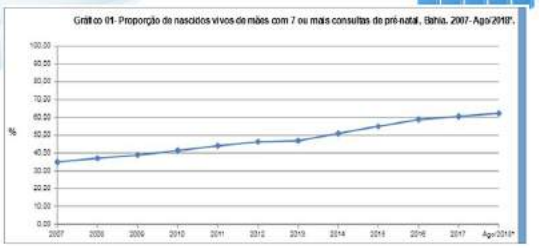
Proporção de cobertura populacional estimada de Saúde da Família



Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento do Saúde da Família por competência e unidade geográfica
E-mail: nti.dab@saude.gov.br
*Dados de novembro de 2018
Dado gerado em: 30 de janeiro de 2019
Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

GOVERNO DO ESTADO | SUS

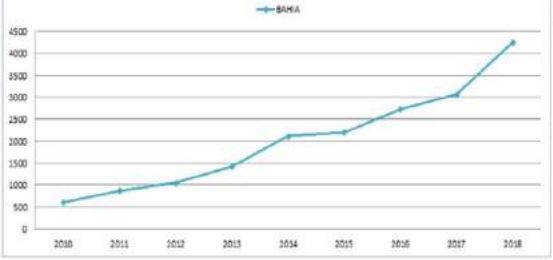
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 consultas de pré-natal



Fonte: Sesab/ Suvisa/Divep/Coass/Sinasc
Dados preliminares até 03/09/2018

GOVERNO DO ESTADO | SUS

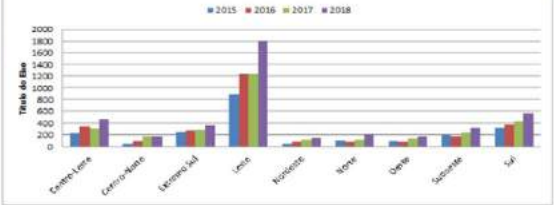
NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS EM GESTANTE. BAHIA. 2010-2018.



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
*Dados acessados em 01.04.2019
Última atualização realizada em 25/03/2019.

GOVERNO DO ESTADO | SUS

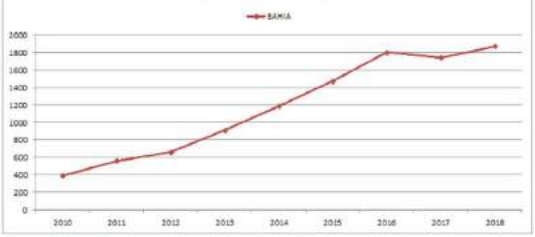
Número de casos notificados de Sífilis em Gestante, por macrorregião. Bahia. 2015-2018



Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
*Dados acessados em 01.04.2019
Última atualização realizada em 25/03/2019.

GOVERNO DO ESTADO | SUS

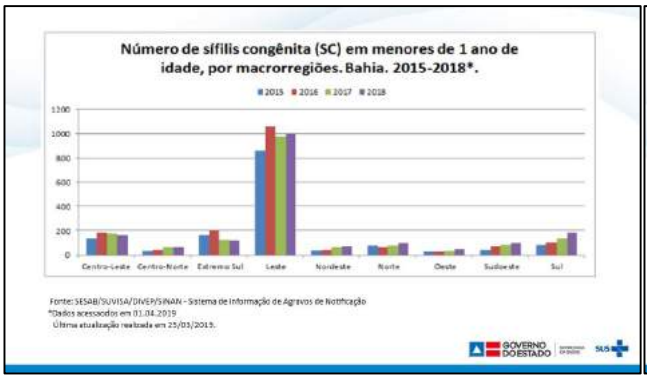
NÚMERO DE SÍFILIS CONGÊNITA (SC) EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE. BAHIA. 2010-2018.

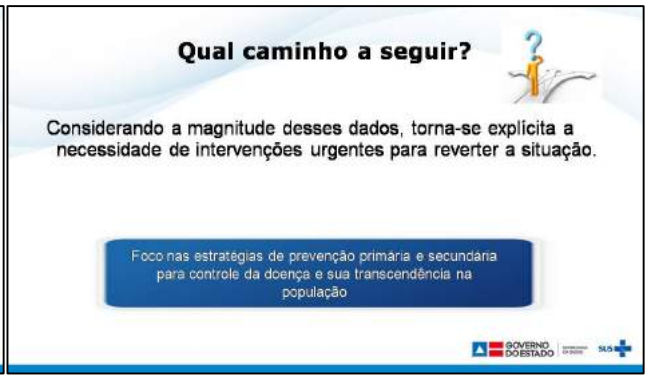


Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
*Dados acessados em 01.04.2019
Última atualização realizada em 25/03/2019.

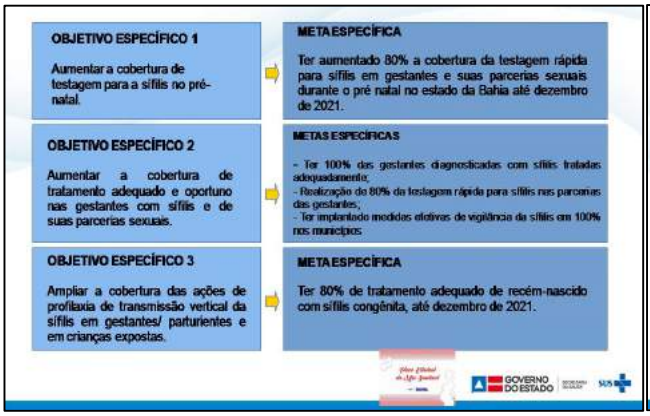
GOVERNO DO ESTADO | SUS

Chamou a atenção para o slide seguinte, que mostra qual o caminho a seguir, pois é de extrema importância ter essa percepção, pois, considerando a magnitude dos dados deste estudo, extrapola para todas as outras regiões, sendo o foco nas estratégias de prevenção primária e secundária para controle da doença e sua transcendência na população.

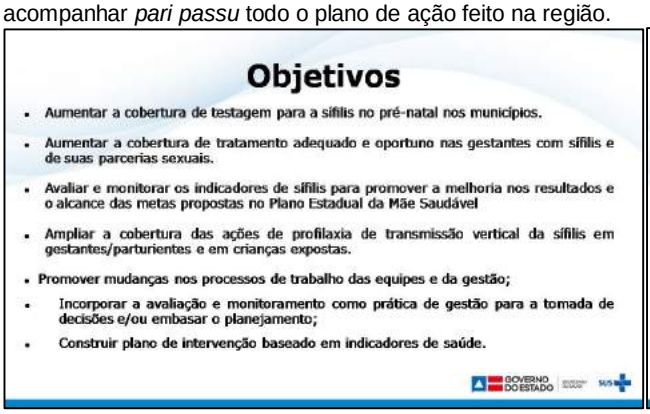


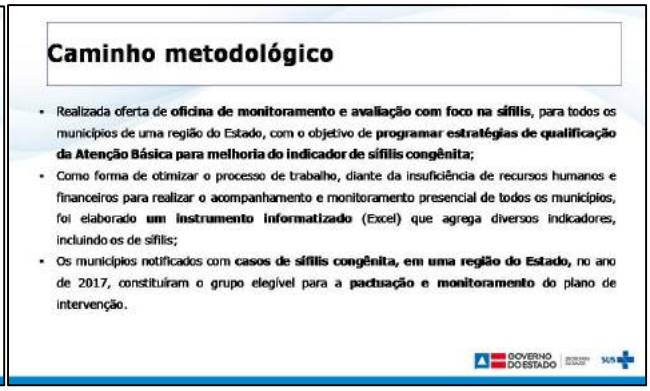


Abaixo os objetivos específicos com as respectivas metas específicas. Com relação às ofertas da DAB, relatou que foram levados os indicadores da macrorregião, esses indicadores relacionados à sífilis foram discutidos com os municípios, foram elencadas as prioridades da macrorregião, de que todo município que teve um caso de sífilis precisava ser priorizado nessa ação e a partir disso se construiu um plano de ação para cada um dos pontos que fazem parte da própria política, ponderando que isso foi discutido junto com as áreas técnicas, DGC, DIVEP e é algo que se tem muita clareza desse impacto.



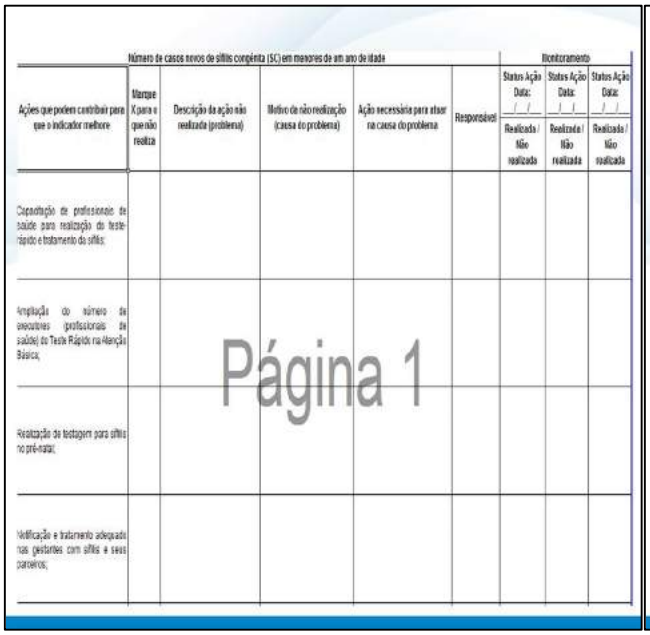
Os objetivos e o caminho metodológico apresentados a seguir, de realizar essa oferta de oficina de monitoramento e avaliação com estes indicadores, e foram discutidos com cada um dos municípios o indicador e a ação necessária. Como forma de otimizar o processo de trabalho, se construiu essa planilha e se fez um monitoramento à distância, e cada alteração feita pelo município no seu plano de ação, isso era notificado imediatamente para a equipe de apoio institucional, então se conseguia acompanhar *pari passu* todo o plano de ação feito na região.





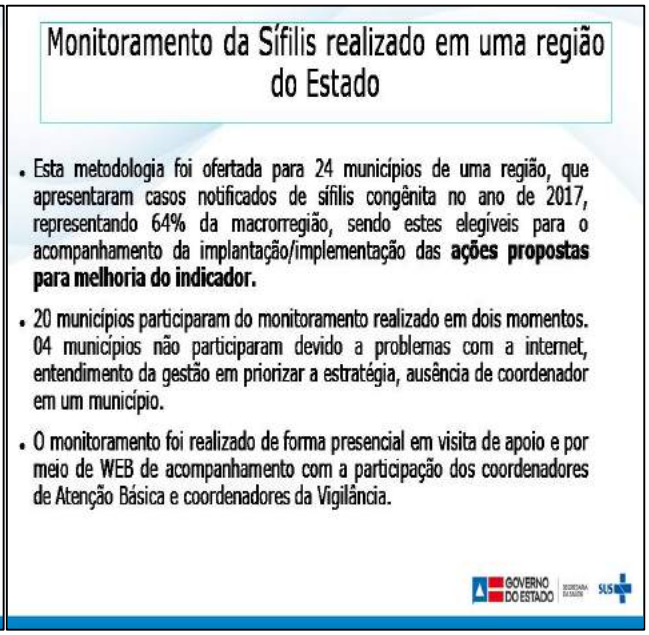
Abaixo a planilha apresentada ao município para ser preenchida com todos os indicadores, que é a pauta de monitoramento. Então tem os indicadores que o próprio município preenche a descrição da ação realizada, ou seja, o problema, o motivo da não realização, a causa do problema, a ação necessária para atuar na causa do problema, os responsáveis e o status que é acompanhado. Então cada alteração que é feita nessa planilha a equipe de apoio recebe essa notificação. Com relação ao monitoramento, esta metodologia foi ofertada para 24 municípios e vinte deles participaram do monitoramento, que foi realizado em dois momentos. Além deste momento de indicadores foi feita a ação de apoio institucional por parte da equipe, quatro municípios não participaram devido a problemas com a internet, entendimento da gestão em priorizar a estratégia,

ausência de coordenador em um município, então teve esse viés e o monitoramento foi realizado de forma presencial, mas também à distância.



Número de casos novos de sífilis congênita (SC) em menores de um ano de idade						Monitoramento		
Ações que podem contribuir para que o indicador melhore	Marque X para o que não realiza	Descrição da ação não realizada (problema)	Motivo de não realização (causa do problema)	Ação necessária para atuar na causa do problema	Responsáveis	Status Ação Data: / / Realizada / Não realizada	Status Ação Data: / / Realizada / Não realizada	Status Ação Data: / / Realizada / Não realizada
Capacitação de profissionais de saúde para realização do teste rápido e tratamento da sífilis;								
Ampliação do número de executores (profissionais de saúde) do Teste Rápido na Atenção Básica;								
Realização de testagem para sífilis no pré-natal;								
Notificação e tratamento adequado nas gestantes com sífilis e seus parceiros;								

Página 1

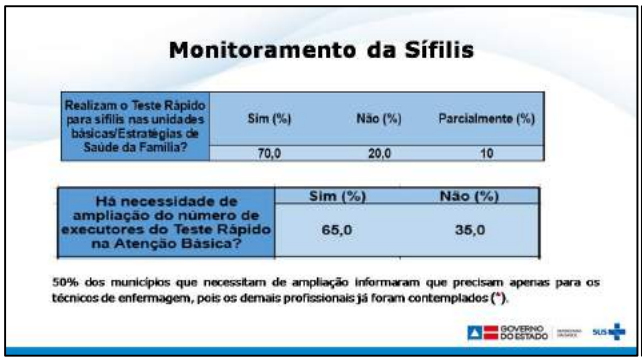


Monitoramento da Sífilis realizado em uma região do Estado

- Esta metodologia foi ofertada para 24 municípios de uma região, que apresentaram casos notificados de sífilis congênita no ano de 2017, representando 64% da macrorregião, sendo estes elegíveis para o acompanhamento da implantação/implementação das **ações propostas para melhoria do indicador.**
- 20 municípios participaram do monitoramento realizado em dois momentos. 04 municípios não participaram devido a problemas com a internet, entendimento da gestão em priorizar a estratégia, ausência de coordenador em um município.
- O monitoramento foi realizado de forma presencial em visita de apoio e por meio de WEB de acompanhamento com a participação dos coordenadores de Atenção Básica e coordenadores da Vigilância.

GOVERNO DO ESTADO SUS

A seguir foram apresentados os resultados do monitoramento da sífilis, ficando claro que existe uma necessidade de ampliação e capacitação destes trabalhadores e isso é o que os municípios estão apontando para o estado.



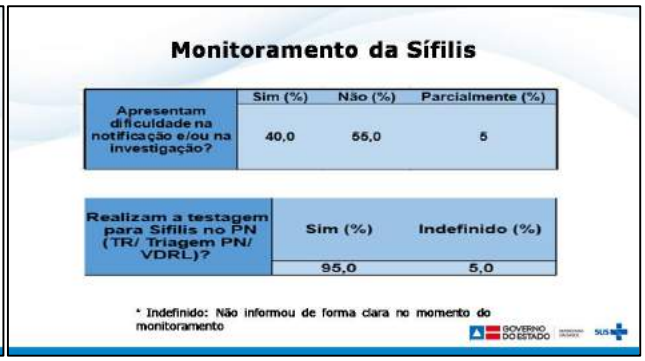
Monitoramento da Sífilis

Realizam o Teste Rápido para sífilis nas unidades básicas/Estratégias de Saúde da Família?	Sim (%)	Não (%)	Parcialmente (%)
	70,0	20,0	10

Há necessidade de ampliação do número de executores do Teste Rápido na Atenção Básica?	Sim (%)	Não (%)
	65,0	35,0

50% dos municípios que necessitam de ampliação informaram que precisam apenas para os técnicos de enfermagem, pois os demais profissionais já foram contemplados (*).

GOVERNO DO ESTADO SUS



Monitoramento da Sífilis

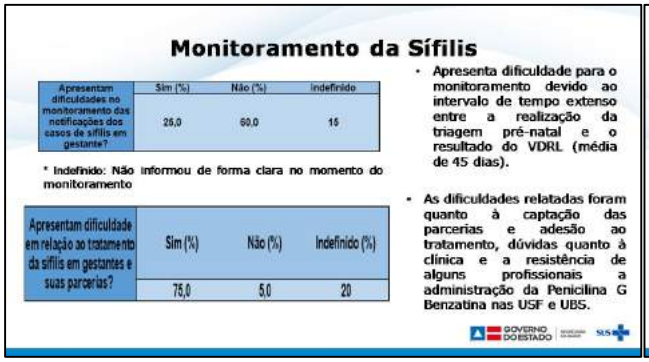
Apresentam dificuldade na notificação e/ou na investigação?	Sim (%)	Não (%)	Parcialmente (%)
	40,0	55,0	5

Realizam a testagem para Sífilis no PN (TR/ Triagem PN/ VDRL)?	Sim (%)	Indefinido (%)
	95,0	5,0

* Indefinido: Não informou de forma clara no momento do monitoramento

GOVERNO DO ESTADO SUS

Com relação ao monitoramento em gestantes e ao tratamento realizado em tempo integral na unidade, percebe-se que se consegue fazer o teste rápido no pré natal, diagnosticar, mas se tem muita clareza que o tratamento não é ofertado em tempo integral, em alguns casos em que não deu para trazer o detalhamento, o tratamento ainda é descentralizado, é feito no hospital, no pronto atendimento, feito inclusive na vigilância. Então alguma coisa eles não estão conseguindo introjetar sobre a disponibilidade do tratamento na atenção básica e isso é de suma importância para se discutir, até porque não tem mais justificativa de não ofertar.



Monitoramento da Sífilis

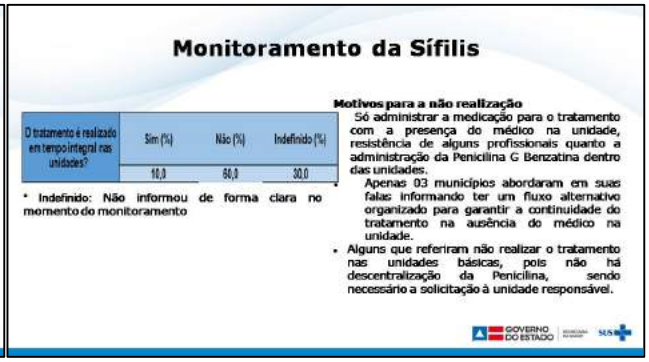
Apresentam dificuldades no monitoramento das notificações dos casos de sífilis em gestante?	Sim (%)	Não (%)	Indefinido
	25,0	60,0	15

* Indefinido: Não informou de forma clara no momento do monitoramento

Apresentam dificuldade em relação ao tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias?	Sim (%)	Não (%)	Indefinido (%)
	75,0	5,0	20

- Apresenta dificuldade para o monitoramento devido ao intervalo de tempo extenso entre a realização da triagem pré-natal e o resultado do VDRL (média de 45 dias).
- As dificuldades relatadas foram quanto à captação das parcerias e adesão ao tratamento, dúvidas quanto à clínica e a resistência de alguns profissionais a administração da Penicilina G Benzatina nas USF e UBS.

GOVERNO DO ESTADO SUS



Monitoramento da Sífilis

O tratamento é realizado em tempo integral nas unidades?	Sim (%)	Não (%)	Indefinido (%)
	10,0	60,0	30,0

* Indefinido: Não informou de forma clara no momento do monitoramento

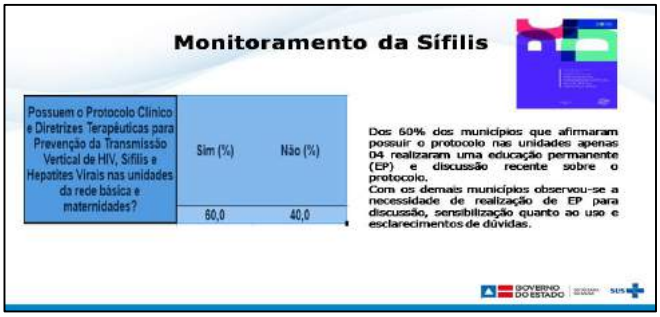
Motivos para a não realização

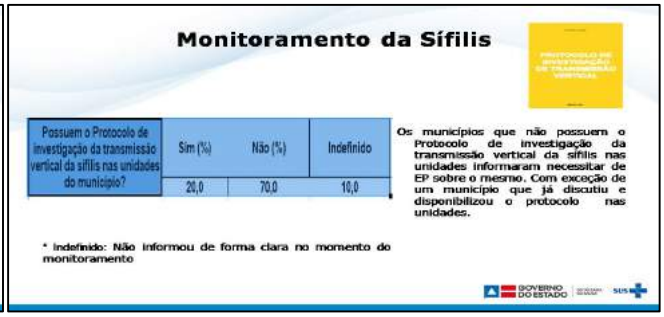
- Só administrar a medicação para o tratamento com a presença do médico na unidade, resistência de alguns profissionais quanto a administração da Penicilina G Benzatina dentro das unidades.
  - Apenas 03 municípios abordaram em suas falas informando ter um fluxo alternativo organizado para garantir a continuidade do tratamento na ausência do médico na unidade..
- Alguns que referiram não realizar o tratamento nas unidades básicas, pois não há descentralização da Penicilina, sendo necessário a solicitação à unidade responsável.

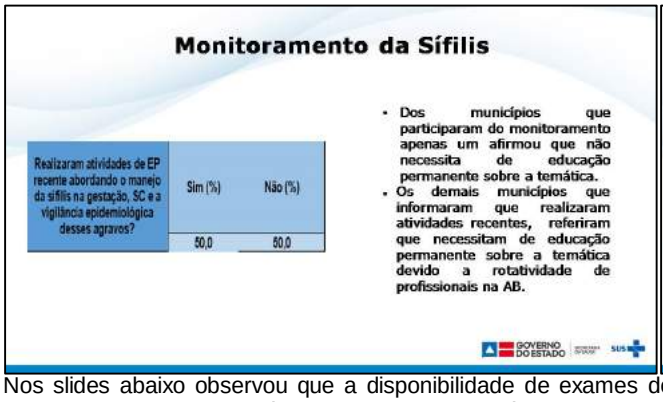
GOVERNO DO ESTADO SUS

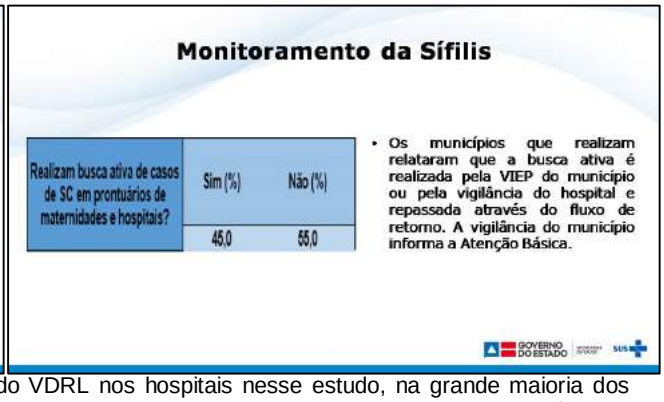
Com relação aos que possuem o protocolo de investigação de transmissão vertical da sífilis nas unidades do município, só 20% disseram que sim, apesar de ter oferta por parte da DIVEP para todos os municípios, assim, esta é uma coisa que precisa

ser discutida de forma muito clara. Então, como os municípios relatam nesse estudo que muitos dos trabalhadores foram capacitados e saíram do município, mas também se sabe que a vigilância capacitou multiplicadores, este multiplicador precisa também ter clareza da sua responsabilidade.

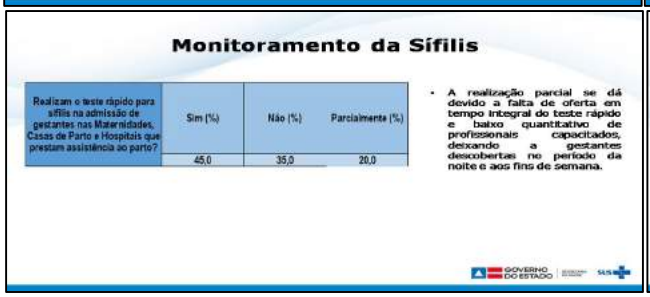








Nos slides abaixo observou que a disponibilidade de exames do VDRL nos hospitais nesse estudo, na grande maioria dos serviços acontece em horário comercial, ou seja, à noite não tem oferta de exame de VDRL e finais de semana também tem muita dificuldade de oferta nestes hospitais. Assim, uma das coisas que se pode supor é que está sendo utilizado teste rápido para fazer diagnóstico de sífilis no hospital, existindo aí também um grande equívoco, porque se não tiver todo o histórico dessa gestante, ela pode ter sido tratada de forma adequada e o teste rápido sempre vai dar positivo, mas é claro que se a mulher se re infectou, o teste rápido também vai dar positivo, então o grande diferencial é o VRDL. Outra preocupação observada tinha sido que um desses municípios fez todo esse rastreio e busca ativa das crianças que tiveram sífilis congênita e fizeram o teste com elas crianças, e nenhuma tinha sífilis congênita. Então alguma coisa está errada nesse processo de investigação, que pode inclusive estar elevando os indicadores para cima. Daí a necessidade de aprofundarem e corrigirem estes problemas, que não são exclusivos de uma macrorregião e sim do estado da Bahia, é preciso rever e começar a se aproximar muito, inclusive da rede hospitalar. Nos hospitais que possuem comitê de investigação dos casos de sífilis, isso é algo que também chamava a atenção e aí para os municípios que não têm é importante dialogar com a vigilância, para poderem construir esse espaço e corrigindo estes equívocos de investigação que estão ocorrendo também.



Monitoramento da Sífilis

O exame do VDRL é realizado em tempo integral pelo hospital?	Sim (%)	Não (%)	Indefinido (%)
	10,0	45,0	45,0

Os municípios classificados como indefinidos não esclareceram quanto à disponibilidade da realização do VDRL nos hospitais, principalmente à noite e finais de semana.

Monitoramento da Sífilis

Apresentaram evolução das ações entre o 1º e o último monitoramento	Sim (%)	Manteve (%)	Indefinido (%)
	50,0	35,0	15,0

* Indefinido: Municípios que não realizaram o 1º monitoramento em tempo oportuno.

Mostrou a seguir os resultados positivos e observou o impacto desta ação de levar e discutir os indicadores, construir planos de ação estabelecendo critérios para se agir nesses problemas, fazendo monitoramento passo a passo no processo de trabalho e qualificando o mesmo, consequentemente resultará em uma melhora dos indicadores, mas não para agora, possivelmente para os próximos anos, porque agora é preciso corrigir o processo de trabalho.

Resultados Positivos

Os municípios elaboraram **cronograma de EP sobre o tema com registro das atividades,** visando a melhoria da qualidade do cuidado e de indicadores;

• A estratégia fomentou o entendimento da necessidade de realizar os testes rápidos de forma descentralizada e em tempo integral;

•A integração da Atenção Básica com a Vigilância proporcionou apropriação dos casos de sífilis congênita;

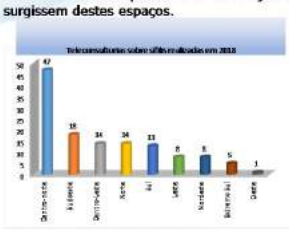
•Aproximação dos Coordenadores de Atenção Básica com os Indicadores de Saúde e o cuidado produzido pelas equipes;

•Avaliação positiva da ferramenta por parte dos gestores municipais, compreendendo como uma forma de aproximar mais o Estado dos Municípios;

•Possibilitou que a equipe de Apoio Institucional se aproximasse da qualidade do Cuidado produzido nos Municípios.

Resultados Positivos

A **integração Telessaúde x Apoio Institucional** no monitoramento da sífilis permitiu um impacto positivo na utilização dos serviços ofertados pelo Telessaúde aos profissionais, com a pactuação com os gestores locais de momentos de EP utilizando as ofertas de webpalestras e realização de teleconsultorias para as dúvidas que surgissem destes espaços.



Assim, do total de 128 teleconsultorias sobre sífilis, 47 foram referentes aos municípios pertencentes a região prioritária correspondendo à **36% do total de acessos.**

Fonte: Plataforma do MS - Telessaúde Bahia, 2018.

Necessidade de Educação Permanente

Municípios que necessitam de Educação permanente	Abordando o manejo da sífilis na gestação, SC e a vigilância epidemiológica desses agravos	Abordando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais	Abordando o Protocolo de Investigação da Transmissão Vertical da Sífilis;
	95%	80%	80%

Necessidade de Treinamento para Testes Rápidos

Necessidade de treinamento para Teste Rápido	65,00%

Em seguida apresentou as ofertas e recomendações:

Ofertas

➢ **Treinamento Presencial**

Parcerias com a Diretoria Vigilância Epidemiológica, Diretoria de Gestão do Cuidado e Diretoria de Atenção Básica, para as seguintes capacitações:

- Teste rápido;

- Atualização da clínica (Protocolo do manejo da sífilis na gestação, SC e a vigilância epidemiológica desses agravos, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais

Ofertas

- Sistemas de informações;

- Qualificação para os Coordenadores de AB sobre Monitoramento e Desempenho das ESF a partir de Indicadores de Saúde

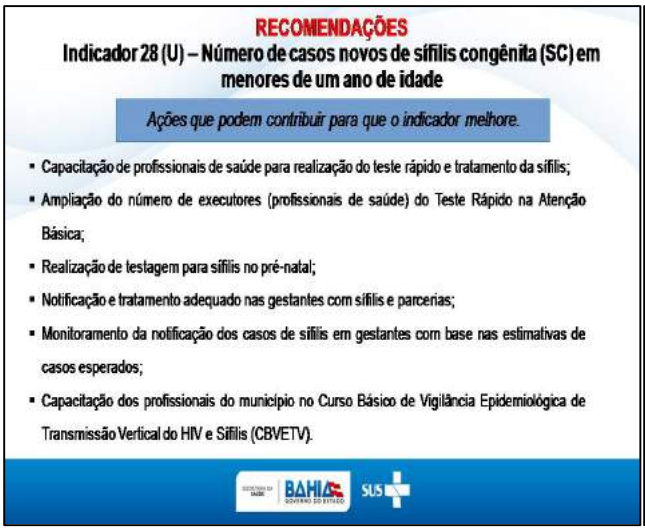
- Teleducação personalizada para o município

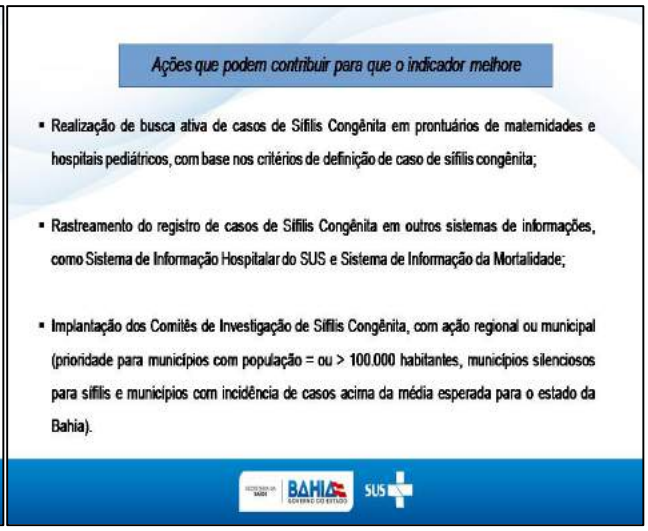
- Utilizar a ferramenta tecnológica de informação e comunicação para a construção e aperfeiçoamento de conhecimentos dos trabalhadores das ESF, visando a qualificação da clínica e a melhoria dos indicadores;

- Realizar oferta a partir da análise do monitoramento, priorizando os municípios que apresentaram maior dificuldade no matriciamento dos seus profissionais em relação ao manejo clínico da sífilis.

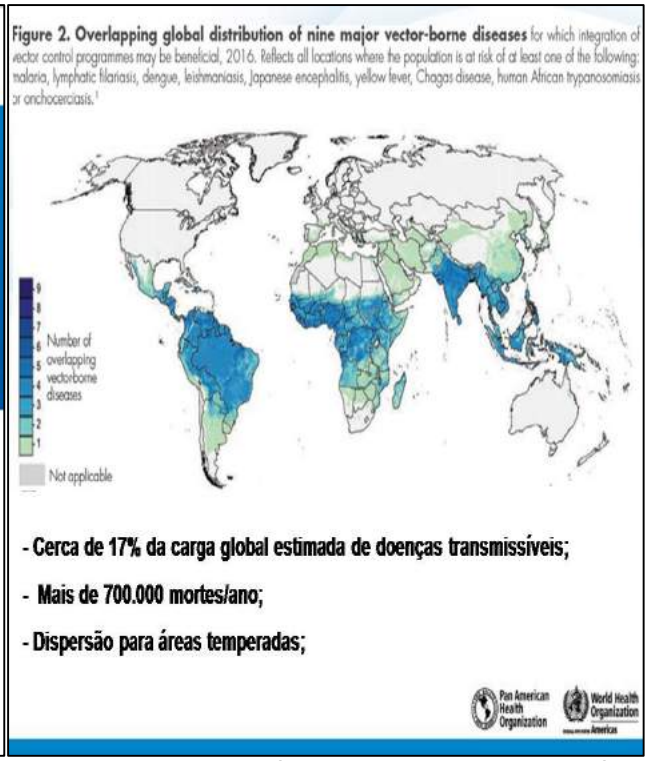
- Teleconsultoria

Realização de teleconsultorias pelos profissionais de saúde para dúvida sobre o processo de trabalho clínico

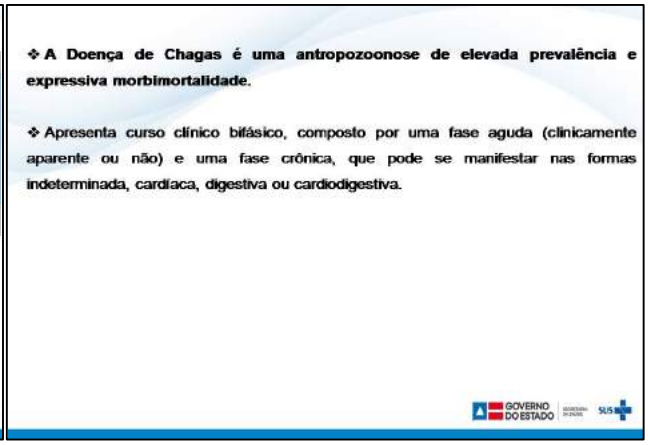




Finalizou colocando que esse foi um estudo transversal, mas que retrata as fragilidades com que estão sendo conduzidos a prevenção e o tratamento da sífilis, seja na gestante, seja nas parcerias, seja no recém-nascido. Então cada gestor municipal deveria se dedicar ainda mais, discutir com sua equipe de vigilância, questionar sobre a necessidade de capacitação, conversar com os trabalhadores sobre o porquê de não tratarem na atenção básica, quais são esses temores que ainda existem. Porque não cabe mais na atenção básica repassar a responsabilidade para hospital ou pronto atendimento, tanto que o Ministério Público vem inclusive com uma recomendação de abertura de processo administrativo, caso ocorram equívocos na condução do tratamento destas gestantes. Assim, considerava muito importante se debruçarem neste aspecto, para se pudesse conseguir vencer de fato essa difícil batalha, pois é inaceitável o nascimento de crianças com sífilis congênita. Solicitou encarecidamente que isso fosse levado muito mais a sério e que se aproximasse dos trabalhadores para saber os reais motivos do não acompanhamento, de não ser feito o teste rápido, do não tratamento das gestantes e suas parcerias na atenção básica. Argumentou que a partir de agora não existe mais desculpa, pois já existe um diagnóstico mostrando onde estão as fragilidades e já se sabe o que precisa ser feito, então agora é só fazer. **Cássio Garcia** ressaltou que esta apresentação já tinha sido feita na reunião do COSEMS, considerou um tema bastante relevante e passou a palavra para **Maria Aparecida Figueiredo, SUVISA,** complementar. Ela reiterou o panorama de uma determinada região apresentado por Cristiano e, em relação aos comitês de transmissão vertical de investigação, acrescentava a informação de que já tem implantado em Vitória da Conquista, Porto Seguro, Barreiras, Teixeira de Freitas, Salvador e Camaçari estão caminhando para implantação. Argumentou que não precisa ser necessariamente um comitê de investigação, mas uma câmara técnica também pode fazer esse processo de investigação e análise dos casos, conhecendo-se a estrutura dos municípios, o número de profissionais existentes municípios e a dificuldade para formar mais um comitê, mais uma câmara técnica. Sugeriu incluírem no comitê de investigação de mortalidade materna infantil. Em relação às capacitações, relatou que desde 2012 vem sendo investido em capacitação presencial, mas chegou um momento que realmente não dá mais conta para multiplicar presencialmente e hoje está sendo trabalhada com a estratégia do Telelab, uma capacitação no ambiente virtual, uma excelente estratégia de capacitação que tem sido utilizado no estado inteiro, onde os profissionais fazem essa capacitação on line e está disponível desde 2014, inclusive o estado da Bahia é um dos que mais capacitou profissionais via Telelab no Brasil. Assim sugeria aproveitarem essa estratégia para capacitação e por ventura o profissional com dificuldade na destreza com as pipetas, de manusear o equipamento, podia se trabalhar no próprio município, com o outro que já tem habilidade, que já faz a capacitação, que já faz o teste rápido na ponta, para ele ser o monitor daquele profissional novo. Com relação à sífilis congênita, relatou que o critério de definição epidemiológico não muda, se o caso de sífilis congênita entrou pelo critério de definição de caso são três definições, e um dos critérios para enquadrar a criança é o tratamento adequado, se a mãe não teve tratamento adequado para a sífilis, o bebê tem sífilis congênita, será tratado, notificado e acompanhado posteriormente na atenção básica. Se chegasse na atenção básica e fizesse um teste rápido aos 18 meses e desse negativo, não seria possível dizer que esse bebê não tivesse tido sífilis, esse bebê não podia ser excluído do sistema de informação com um teste rápido, então sendo preciso ir para o que está como critério de caso, o comitê ajuda nesse sentido, de a gestante que fez o pré natal, que tratou adequadamente, mas que chegou na maternidade, repetiu um teste, mas não tinha visto no cartão a informação do tratamento adequado e o bebê entrou como criança com sífilis congênita, em função da maternidade ter entendido que aquela gestante não tinha sido tratada, mas no processo de investigação ser identificado que ela foi tratada adequadamente, essa criança é descartada para a sífilis congênita, porque não atendeu ao critério, mas infelizmente ela passou pelo processo de tratamento desnecessariamente, porque não se tem a informação necessária no cartão de pré natal ou na referência, para dar respaldo à maternidade de ter certeza que aquela gestante foi tratada adequadamente, considerando que o critério para inclusão de casos de sífilis congênita é o tratamento adequado da mãe. Próximo ponto de Apresentação: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVAST/DIVEP: 2.1 Panorama da Doença de Chagas na Bahia. Gabriel Murici** informou que já tinha sido apresentado na reunião do COSEMS, mas considerando a pertinência do tema e o momento simbólico para discutir a doença de Chagas, sendo o dia 14 um marco, por ser considerado o Dia mundial de luta contra a Doença de Chagas, faria novamente a apresentação, para que as pessoas que não estavam na referida reunião pudessem ser contempladas com essa discussão. Por uma questão de tempo pularia a introdução e se deteria à epidemiologia do agravo e desafios. E iniciou a apresentação em slides:



Relatou que a doença de Chagas está entre as principais doenças negligenciadas a nível mundial, sobretudo na América Latina, por uma questão relacionada ao vetor, a circulação do protozoário se dá no ciclo silvestre de transmissão na América Latina e originalmente é uma antropozoonose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade e tem o ciclo bifásico agudo ou crônico.



Observou que, apesar dos avanços históricos relacionados às campanhas de controle da Doença de Chagas realizadas pelo governo federal - historicamente SUCAN e FUNASA - tem uma série de avanços e dados recentes publicados pelo Ministério da Saúde em boletim de 2019, mostrando a transmissão aguda em uma análise de 2016 a 2018, que 73% das notificações são por via de infecção oral, mas a transmissão vetorial ainda representa mais de 8% dos casos notificados no período. Cerca de 90% dos casos agudos na região norte é relacionado à infecção oral e nas outras regiões a transmissão vetorial ainda é a principal forma de transmissão. Apesar dos avanços no controle vetorial ainda persiste o risco de transmissão vetorial relacionada à doença de Chagas, à transmissão do protozoário, determinado pela existência de uma série de espécies de triatomíneos de importância epidemiológica, que já se adaptaram ao domicílio, ao hábito antropofílico, então a preferência pelo sangue humano, a presença de diversos reservatórios de T. Cruzi e cada vez mais o homem em contato com as áreas silvestres, áreas de mata, como a construção de condomínios em áreas de fragmentos de mata atlântica na região metropolitana de Salvador e a persistência de espécies de grande importância em municípios da Bahia e do Rio Grande do Sul, a exemplo do Triatoma Infestans. Listou os objetivos da vigilância epidemiológica: detectar precocemente a doença de Chagas aguda que possibilite o diagnóstico em tempo oportuno; o tratamento em tempo oportuno e adequado; desencadear investigação para entender qual a forma de infecção, consequentemente, desencadear as ações de prevenção e controle; proceder à investigação epidemiológica de todos os casos agudos; monitorar a infecção por T. Cruzi na população humana com inquéritos sorológicos, cortes transversais seriados ao longo do tempo, para atualizar as áreas de risco; monitorar o perfil de morbimortalidade e a vigilância entomológica neste contexto.

Boletim Epidemiológico | Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde — Volume 50 | Nº 02 | Jan. 2019

TABELA 3 Forma de transmissão de doença de Chagas aguda, segundo ano de notificação, 2012 a 2016

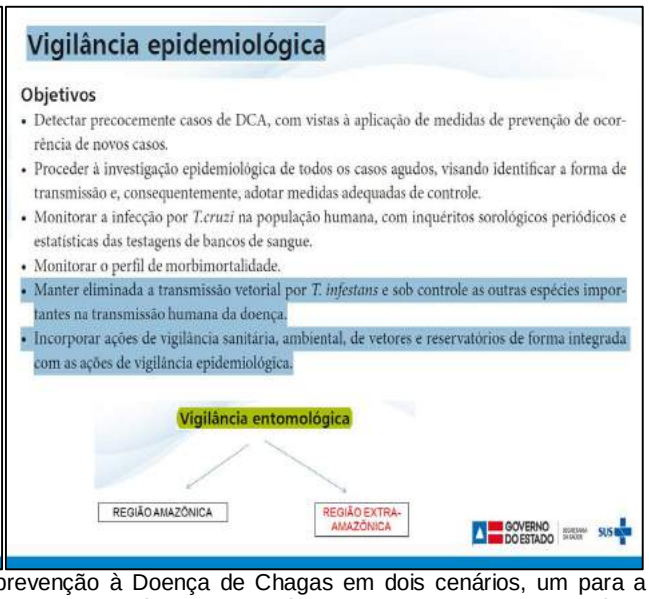
Forma de transmissão	Ano de notificação					Total	%
	2012	2013	2014	2015	2016		
Oral	129	102	131	209	298	869	73,0
Vetorial	8	19	24	33	21	105	8,9
Vertical	2	1	2	0	1	6	0,5
Acidental e Transplante	1	2	2	0	1	6	0,5
Em branco	49	39	37	26	53	204	17,1
Total	189	163	196	268	374	1.190	100,0

Fonte: Sinan/ SVS/MS. Atualizado em setembro/2016. Sujeitos à alteração.

Entretanto, o risco de transmissão vetorial da doença de Chagas persiste em função:

- da existência de espécies de triatomíneos autóctones com elevado potencial de colonização;
- da presença de reservatórios de *T. cruzi* e da aproximação cada vez mais frequente das populações humanas a esses ambientes;
- da persistência de focos residuais de *T. infestans*, ainda existentes em alguns municípios dos estados da Bahia e do Rio Grande do Sul.

GOVERNO DO ESTADO — SUS



Vigilância epidemiológica

Objetivos

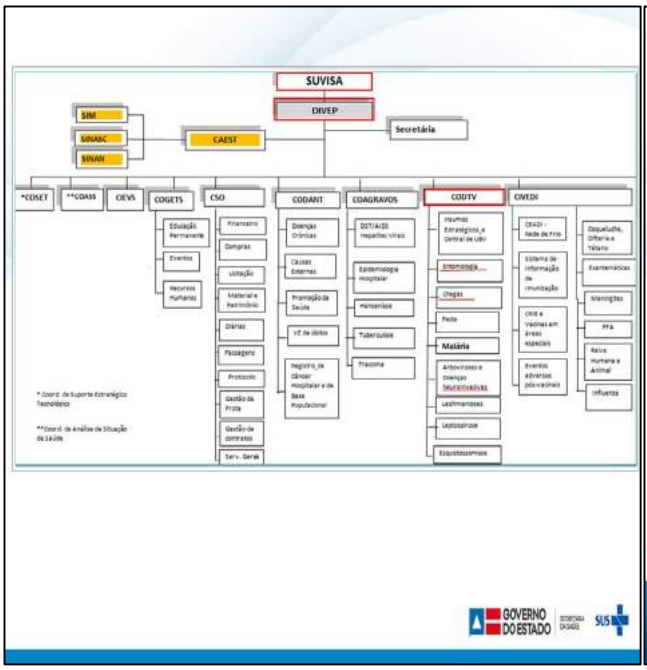
- Detectar precocemente casos de DCA, com vistas à aplicação de medidas de prevenção de ocorrência de novos casos.
- Proceder à investigação epidemiológica de todos os casos agudos, visando identificar a forma de transmissão e, consequentemente, adotar medidas adequadas de controle.
- Monitorar a infecção por *T.cruzi* na população humana, com inquéritos sorológicos periódicos e estatísticas das testagens de bancos de sangue.
- Monitorar o perfil de morbimortalidade.
- Manter eliminada a transmissão vetorial por *T. infestans* e sob controle as outras espécies importantes na transmissão humana da doença.
- Incorporar ações de vigilância sanitária, ambiental, de vetores e reservatórios de forma integrada com as ações de vigilância epidemiológica.

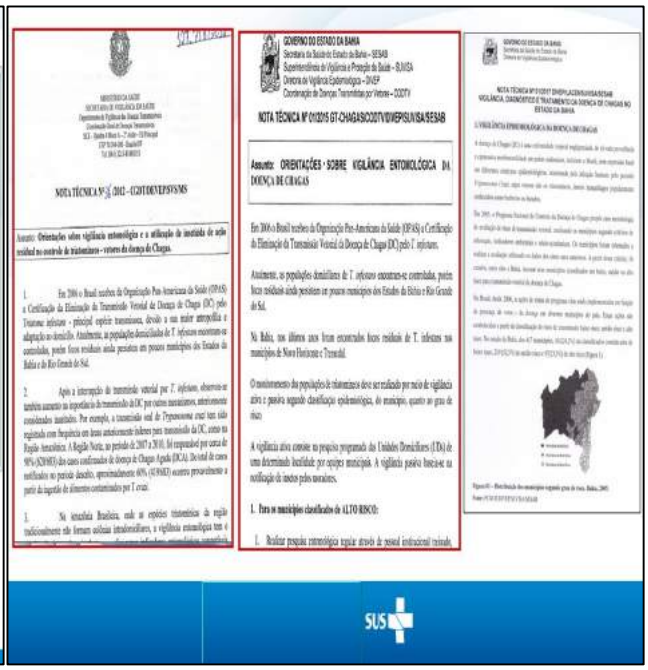
Vigilância entomológica

REGIÃO AMAZÔNICA — REGIÃO EXTRA-AMAZÔNICA

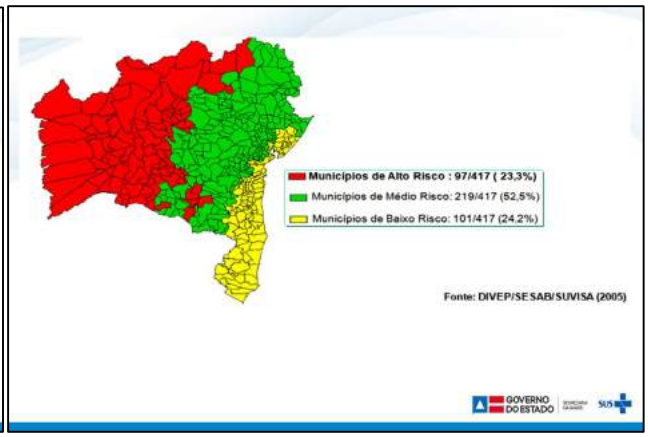
GOVERNO DO ESTADO — SUS

Colocou que o Ministério da Saúde preconiza as ações de prevenção à Doença de Chagas em dois cenários, um para a macrorregião norte, onde a maioria da transmissão dos casos agudos está relacionada à infecção oral, então o foco é na vigilância sanitária, e nas outras regiões ainda um foco na vigilância do vetor e no controle vetorial na região extra-amazônica. Na Bahia as ações do Programa de Controle da Doença de Chagas são norteadas pela DIVEP/Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial e nesta coordenação está o Programa em Chagas, e é muito interessante o desenho do organograma desta Diretoria, que tem o GT em Tomologia, o que possibilita a integração e a discussão entre a vigilância epidemiológica do agravo e a vigilância entomológica, no aspecto ambiental. As ações do Programa de Controle da Doença de Chagas na Bahia são norteadas por três normativas: a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 36/2012, que norteia quando deve ser aplicada a estratégia de controle químico a partir da espécie de tratamento encontrada; a Nota Técnica da DIVEP nº 01/2015, que orienta as ações de vigilância entomológica, ou seja, de pesquisa do triatomíneo, de pesquisa do 'barbeiro' a partir da classificação de risco dos municípios. Então esta nota preconiza que municípios de alto risco devem realizar ciclos anuais de pesquisa de triatomíneo e tem também uma informação muito importante, de toda vez que for encontrado um triatomíneo positivo para o parasita, ser desencadeada uma ação de vigilância ativa, a busca ativa para coleta de sangue dos moradores do domicílio, para detectar ou não a presença de indivíduos portando T. Cruzi; e a Nota Técnica nº 01/2017, que norteia sobre a vigilância epidemiológica, suspensão dos casos, notificação, investigação, diagnóstico e tratamento da Doença de Chagas.

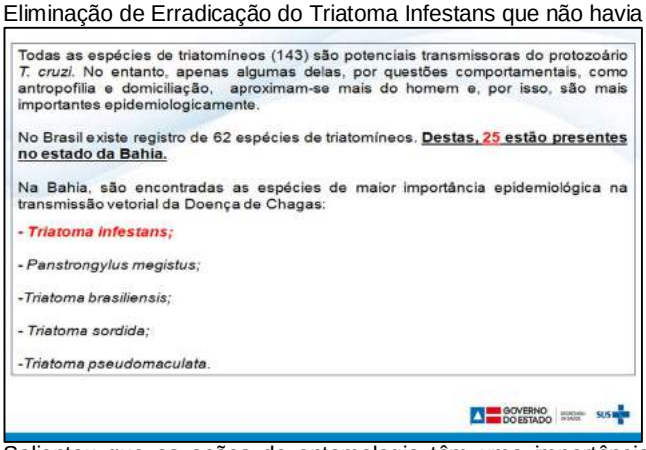


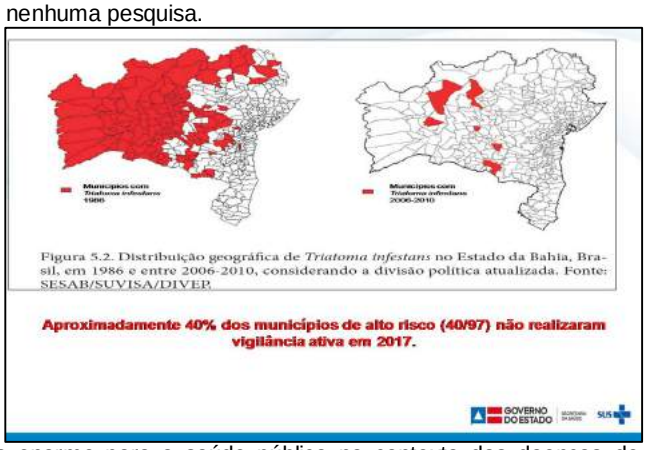


Chamou a atenção de que a Doença de Chagas ainda representa um grande problema de saúde pública em termos de Brasil, mas também de Bahia, existindo uma estimativa de três a cinco milhões de pessoas portadoras de Doença de Chagas, casos crônicos da doença no Brasil e na Bahia, sendo que na Bahia na estratificação do risco dos quatrocentos e dezessete municípios, noventa e sete são considerados de alto risco para Doença de Chagas e duzentos e dezenove de médio risco.



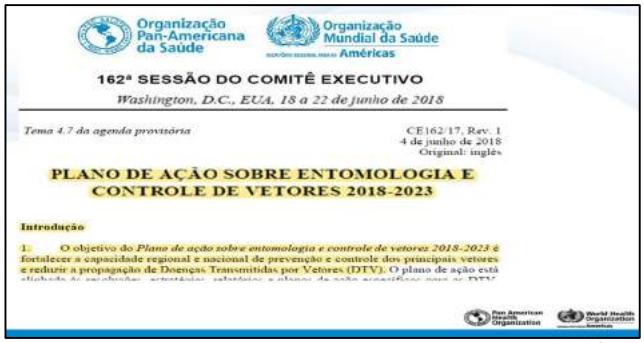
Relatou que todas as espécies de triatomíneos têm a capacidade de transmitir o protozoário, entretanto algumas possuem maior importância epidemiológica, pela biologia, pelo comportamento, pela adaptação desse vetor do barbeiro ao ambiente antropisado, aos domicílios e a adaptação e a preferência por sangue humano. São sessenta e oito espécies no Brasil e na Bahia em torno de vinte e seis, todas as espécies de maior importância epidemiológica, além do Triatoma Infestans. O Brasil recebeu a certificação da eliminação do Triatoma Infestans em 2006 e após isso foram encontrados focos residuais no estado da Bahia, como também de outras espécies de grande importância epidemiológica na transmissão, por isso é de extrema importância a atividade de rotina, pesquisa entomológica e o controle vetorial. O mapa abaixo demonstra o quanto foram exitosas as ações realizadas pela SUCAN e pela FUNASA, ou seja, pela força de trabalho do Ministério da Saúde, numa ação centralizada na década de oitenta. Mostrou ainda onde tinha o Triatoma Infestans, a espécie de maior importância epidemiológica, que foi importada dos países da América Latina e as ações de campanha de erradicação e de eliminação do Triatoma Infestans, campanha do Programa de Controle da Doença de Chagas SUCAN e FUNASA, que tiveram o grande êxito de reduzir a poucos municípios e hoje existindo foco em dois municípios. Por outro lado, no processo de municipalização, de descentralização dessas ações, existem ainda grandes desafios para isso funcionar na rotina, é indiscutível que descentralizar foi uma estratégia de extrema importância, é um caminho sem volta, porque, apesar do êxito, essas ações se davam em caráter de campanha, aconteciam em um território e só voltava a acontecer depois de alguns anos. E enquanto a ideia de municipalizar e de descentralizar é de que essa ação possa acontecer na rotina do serviço, na atenção primária à saúde, pelo agente de controle de endemias, de forma articulada com a equipe de saúde da família. Ponderou que muito preocupa, enquanto Diretoria em Vigilância Epidemiológica, Coordenação de Doença de Transmissão Vetorial e Gerência do Programa em Chagas, quando foi feito um levantamento no ano passado com todos os municípios de alto risco, através das regionais de saúde, qual o último ano pesquisado, então a normativa é que o município de alto risco tem que pesquisar anualmente e a informação levantada é de que dos noventa e sete municípios de alto risco, quarenta por cento tinha mais de ano que não pesquisava, tinha município de alto risco fazendo dez anos que não pesquisava o 'barbeiro', desde o PET – Programa de Eliminação de Erradicação do Triatoma Infestans que não havia nenhuma pesquisa.





Salientou que as ações de entomologia têm uma importância enorme para a saúde pública no contexto das doenças de transmissão vetorial, pois permite mapear áreas de risco, definir local provável de infecção, nortear e avaliar as ações de controle vetorial, além de permitir ludicidade às ações de educação em saúde. Argumentou que é muito palpável pensar em um mostruário de triatomíneos, que a equipe de saúde da família pode utilizar a estratégia de entender o agente de controle de endemias o agente comunitário de saúde como agentes educadores na ponta. Ressaltou que hoje preocupa os níveis de gestão de diferentes instâncias, nos municípios, nas regionais, estado, Ministério da Saúde tem essa discussão e a OPAS também, que publicou no ano passado um plano de ação sobre entomologia e controle vetorial, fazendo o chamamento aos estados membros para pensarem em estratégias de repor essa força de trabalho que ainda ficou centralizada no nível federal. E falou que têm sido pensadas pela SESAB/DIVEP algumas estratégias de como contribuir na educação continuada de agente de controle de endemias, tendo havido uma experiência muito exitosa no ano passado, na macrorregião sudoeste e na regional de Vitória da Conquista, e isso é urgente para repor essa força de trabalho. Mostrou gráficos da taxa de mortalidade,

comparando a série histórica 2007 a 2016, que apontam a taxa de mortalidade na Bahia maior que a do Brasil e também no nordeste.


Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Américas

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2018

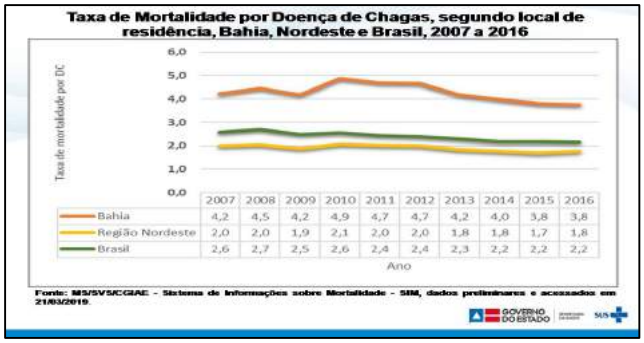
Tema 4.7 da agenda provisória

CE162/17, Rev. 1
4 de junho de 2018
Original: inglês

PLANO DE AÇÃO SOBRE ENTOMOLOGIA E CONTROLE DE VETORES 2018-2023

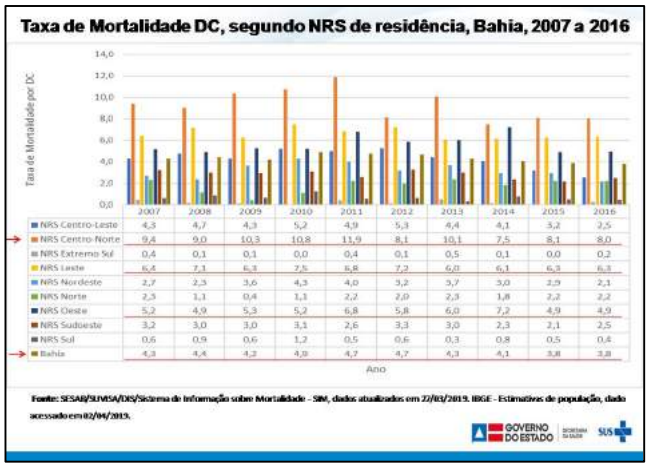
Introdução

1. O objetivo do *Plano de ação sobre entomologia e controle de vetores 2018-2023* é fortalecer a capacidade regional e nacional de prevenção e controle dos principais vetores e reduzir a propagação de Doenças Transmitidas por Vetores (DTV). O plano de ação está

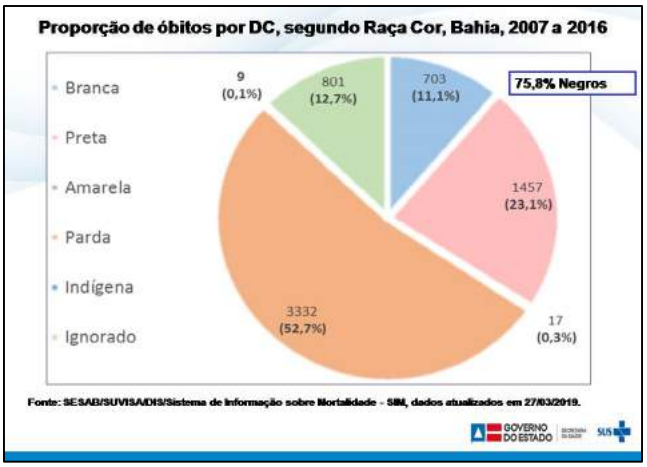


	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bahia	4,2	4,5	4,2	4,9	4,7	4,7	4,2	4,0	3,8	3,8
Região Nordeste	2,0	2,0	1,9	2,1	2,0	2,0	1,8	1,8	1,7	1,8
Brasil	2,6	2,7	2,5	2,6	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,2

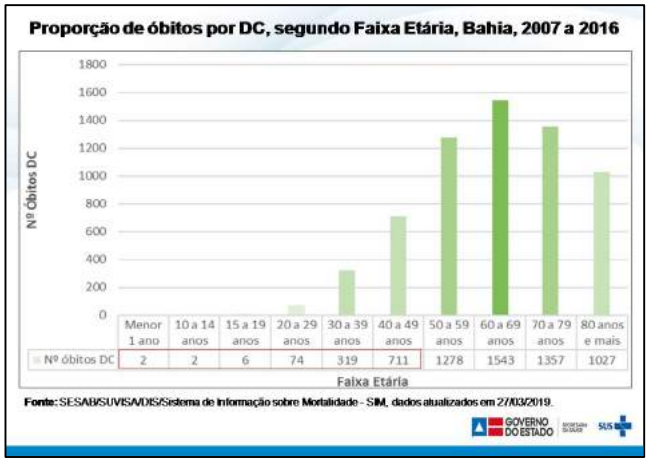
Ressaltou que quando se estratifica e regionaliza essa análise percebe-se que algumas macrorregiões chamam ainda mais a atenção com a taxa de mortalidade, a exemplo da região centro norte, onde se concentram os municípios da regional de Jacobina e Irecê, as taxas de mortalidade de 2007 a 2018 oscilam entre 8 a 11,9%. De forma similar o núcleo leste tem uma taxa de mortalidade maior que a taxa de mortalidade do estado da Bahia e isso tem um viés relacionado à estrutura da assistência à saúde da região metropolitana sem dúvida, mas a região oeste também chama atenção. Quando se analisa por raça e cor, chama atenção que 75,8% dos óbitos registrados no período de 2017 a 2018 são de negros, ou seja, quando se agrega os dados de pardos e pretos, chega a este percentual, o que infelizmente ainda tem uma relação muito clara entre a cor, a raça e a condição sócio econômica no nosso país e principalmente no nosso estado. Ressaltou que esses agravos de transmissão vetorial também têm uma relação com o clima, então está entre os trópicos, mas certamente está concentrado nos bolsões de pobreza, nas áreas rurais que ainda não foram assistidas por políticas sociais primárias, pela atenção primária à saúde, saneamento, condição de habitação e educação e nas áreas peri urbanas pauperizadas, está concentrada nessa faixa. E falou que a Organização Mundial de Saúde apresentou um leque de estratégias para o controle.



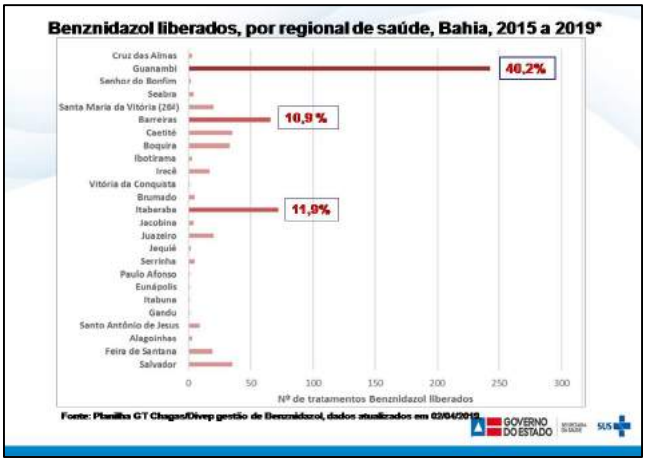
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NRS Centro-Leste	4,3	4,7	4,3	5,2	4,9	5,3	4,4	4,1	3,2	2,5
NRS Centro-Norte	9,4	9,0	10,3	10,8	11,9	8,1	10,1	7,5	8,1	8,0
NRS Extremo Sul	0,4	0,1	0,1	0,0	0,4	0,1	0,5	0,1	0,0	0,2
NRS Leste	6,4	7,1	6,3	7,5	6,8	7,2	6,0	6,1	6,3	6,1
NRS Nordeste	2,7	2,3	3,6	4,3	4,0	3,2	3,7	3,0	2,9	2,1
NRS Norte	2,3	1,1	0,4	1,1	2,2	2,0	2,3	1,8	2,2	2,2
NRS Oeste	5,2	4,9	5,3	5,2	6,8	5,8	6,0	7,2	4,9	4,9
NRS Sudoeste	3,2	3,0	3,0	3,1	2,6	3,3	3,0	2,3	2,1	2,5
NRS Sul	0,6	0,9	0,6	1,2	0,5	0,6	0,3	0,8	0,5	0,4
Bahia	4,3	4,4	4,2	4,9	4,7	4,7	4,3	4,1	3,8	3,8



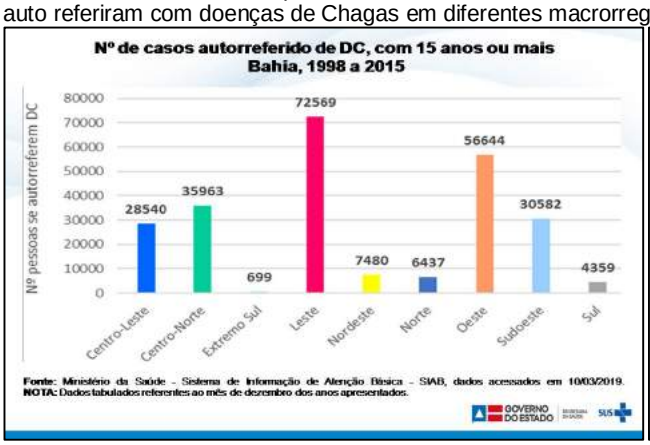
Informou que quando se estratifica por faixa etária, chama a atenção o número de óbitos de 2007 a 2016 em menores de cinquenta anos, conforme gráfico abaixo. Em relação à ingestão de Benznidazol, o medicamento de primeira escolha, algumas regionais chamam atenção, a exemplo de Guanambi, que no período de 2015 a 2019 demandou mais de 40% dos medicamentos dispensados, e de forma similar as regionais de Barreiras e Itaberaba.

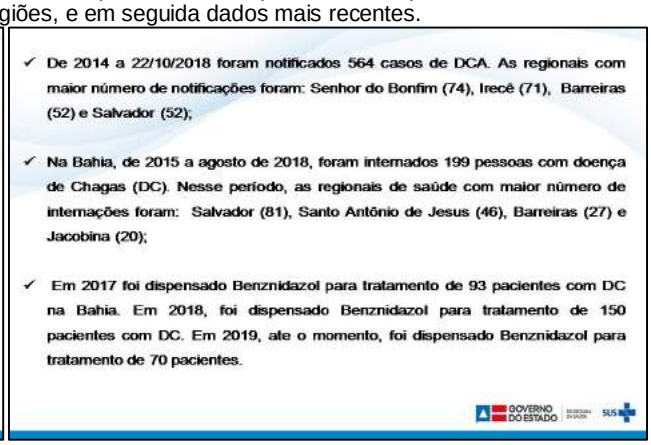


	Menor 1 ano	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
Nº óbitos DC	2	2	6	74	319	711	1278	1543	1357	1027

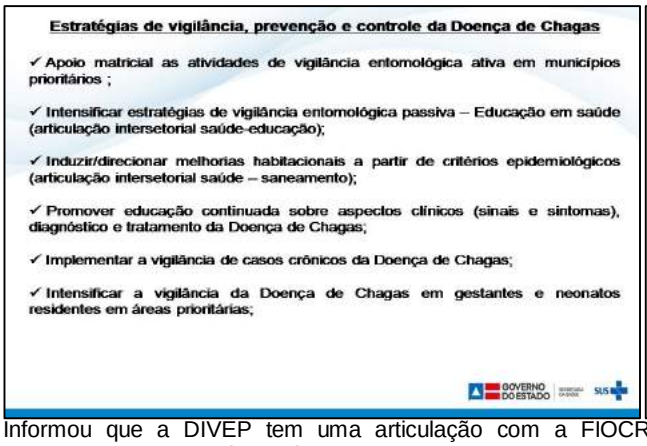


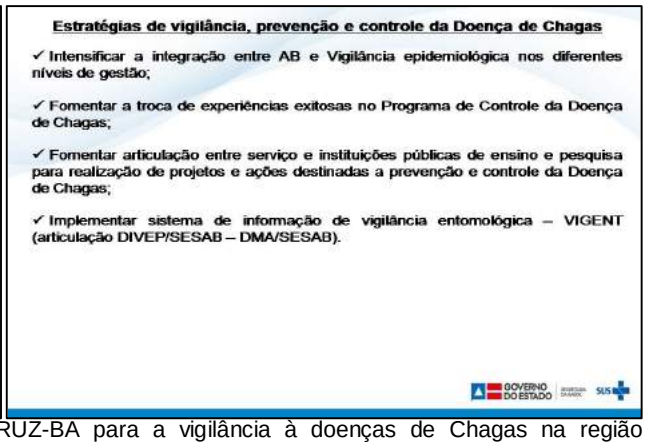
Mostrou dados do SIAB no período de 1998 a 2015, onde um número representativo de pessoas com quinze anos ou mais se auto referiram com doenças de Chagas em diferentes macrorregiões, e em seguida dados mais recentes.





Ponderou que existe uma clara subnotificação dos casos agudos e os casos crônicos ainda não estão totalmente visibilizados, então foram apresentados os dados de agudos e os óbitos. Assegurou que existe um desafio muito grande na vigilância dos crônicos, que já vêm sendo pensadas e discutidas as estratégias com outros estados, a exemplo de Goiás, que tem uma experiência positiva neste sentido, e com o Ministério da Saúde. Falou que a SESAB conta com o apoio muito claro do Ministério da Saúde, que vem colocando o estado da Bahia como um dos pilotos na implantação, e essa é uma diretriz do programa nacional e ao longo dessa semana tinham contado com a presença do Ministério da Saúde em uma discussão de uma série de desafios, inclusive nesta reunião estiveram presentes Rafaela e Sulamita, representantes do Ministério, às quais agradeceu pela presença. Abaixo algumas estratégias de vigilância, prevenção e controle da Doença de Chagas**:**





Informou que a DIVEP tem uma articulação com a FIOCRUZ-BA para a vigilância à doenças de Chagas na região metropolitana e também apóia um projeto chamado Integra Doenças Tropicais Negligenciadas, com a cooperação entre a DIVEP, o Núcleo Regional de Saúde Sudoeste e a Universidade Federal da Bahia, com o campus naquela região para realização desse projeto. Relatou que existe um entrave no sistema de informação do Programa de Controle da Doença de Chagas, que ainda está em MS DOS e há o desafio de implementar um sistema de informação que foi construído pelo estado - DIVEP e DMA - que certamente será um avanço.

Finalizou colocando que, no contexto do mês de abril, de pautar Chagas, repetir essa apresentação agora à tarde representava um convite à mídia, à população, aos espaços de gestão, aos espaços técnicos, de que fosse pautado o máximo possível. Sendo assim, no dia 25 de abril a técnica de referência do Programa, Cristiane Medeiros, estará ministrando uma web palestra sobre Doença de Chagas na Bahia – Suspeita, Diagnóstico e Tratamento. Informou ainda que está sendo planejado um Seminário Estadual sobre Doença de Chagas, que deve acontecer em Barreiras, com o objetivo de alcançar todos os municípios da região, como todos os municípios das três regionais, que são de alto risco, mas também alcançar municípios de outras regionais que são prioritários, através da articulação com a gestão municipal e com as regionais de saúde, certamente mantendo a presença do estado de Goiás, com apresentação experiências exitosas, o estado de Pernambuco, o Ministério da Saúde e outros colaboradores. Dando prosseguimento à ordem do dia, a **Coordenadora Adjunta** apresentou as propostas encaminhadas à Secretaria Executiva da CIB para Pactuação: **1. GASEC/COSEMS: 1.1 Aprovação de projetos de Transporte Sanitário por emenda parlamentar elaborados pelos de municípios da Bahia. Stela Souza** lembrou que **f**oi pautado no início da reunião, mas faltou colocar na aprovação que as propostas que forem enviadas pelos municípios serão com resolução CIB desta data. **Nanci Salles** esclareceu que a resolução de transporte sanitário não pode ser em *ad referendum*, tem que ser referente à reunião de hoje, ficando acordado que a cada CIB fosse apresentado para ratificação e ciência da CIB. A Secretaria Executiva receberá a documentação diretamente do município e publicará a resolução referindo a aprovação na 266ª Reunião Ordinária da CIB. \próximo ponto de Pactuação: **1.2 Solicitação de Comando Único de Serviços de Média e Alta Complexidade de municípios da Bahia. Cássio Garcia** colocou que, de acordo com o fluxo já estabelecido de aprovação na CIR, encaminhamento à CIB e posterior envio à SUREGS para análise e parecer, chegaram no prazo dois municípios, Baianópolis e Valente, que estão para serem aprovados hoje. Além disso, foram colocados mais três pleitos que estão no limite do prazo e levando em conta que houve troca de superintendente e algumas mudanças técnicas, para não haver prejuízo aos municípios, serão passados aqui para aprovação e publicação a partir da competência maio, os municípios de Anagé, Bom Jesus da Serra e Caravelas. **Aprovados.** Registrou que para evitar o acúmulo devido às mudanças ocorridas na SUREGS, a qualificação no faturamento, processamento e pagamento também acontecerão com mais tranqüilidade no próximo mês. **Nanci Salles** reforçou que Baianópolis e Valente sairiam com competência abril e Anagé, Bom Jesus da Serra e Caravelas com competência maio. E **Stela Souza** lembrou que a competência abril se recebe em maio e a competência maio se recebe em junho. **2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE/DAB: 2.1 Teledermatologia na Atenção Básica**. **Cristiano Sóster** colocou que nesta proposta de Programa de Telediagnóstico tem uma primeira oferta que está relacionada ao eletrocardiograma, que os municípios podem aderir conforme o que consta na resolução e hoje estava trazendo outra oferta, de Teledermatologia, que já é realizada no estado de Santa Catarina e a Universidade Federal de lá que está matriciando isso, onde tem um software que será disponibilizado para laudar os exames de dermatologia. Explicou que é uma máquina fotográfica simples, com um adaptador e um dermatoscópio, que nem sempre será utilizado, mas existe essa necessidade. Disse que já foram feitas algumas buscas no mercado e que é uma máquina que acaba saindo por um valor não tão caro, em torno de mil e novecentos reais, e tentando ver o custo benefício, a ideia é que todo município da Bahia que adquirisse a esta máquina e fizesse adesão com base na resolução que seria publicada, pudesse fazer parte do telediagnóstico em dermatologia. Informou os passos: o município compra esse equipamento, faz adesão no Telessaúde com base no termo de adesão a ser disponibilizado e a partir disso será treinado o técnico ou enfermeiro indicado pelo gestor municipal e o médico, no caso de suspeita e alguma lesão, seja hanseníase, lesão infecciosa, lesão tumoral, suspeita de câncer, encaminhará para o técnico já capacitado, vai tirar uma foto e a imagem vai para a Universidade Federal de Santa Catarina, onde será laudado com base na classificação de risco, que já tem como dizer se é uma situação de emergência, para ser encaminhado para os procedimentos posteriores. Então já sai toda uma orientação para esse médico, ou descarta, se for o caso. A classificação estabelecida é: vermelha; laranja; verde; azul; e branco. Citou um *software* específico para isso, e disse que posteriormente a SESAB o incorporará, o Hospital das Clínicas, ambulatório de dermatologia já vai ser incorporado ao projeto, fazendo os laudos para que aprendessem a laudar e fazendo os acompanhamentos dos casos vermelho e laranja que fossem encaminhados para lá. Assim, é mais uma oferta que tornará a atenção básica mais resolutiva, sem a necessidade de encaminhamentos desnecessários, só encaminhamentos de forma qualificada. Falou que os estudos de Santa Catarina apresentam uma redução de 70% dos encaminhamentos em dermatologia, o que acaba auxiliando muito. E esclareceu ainda que existem responsabilidades do estado e do município, como a condição de manutenção do equipamento, a disponibilidade dos técnicos para capacitação, internet, computador e estabelecimento dos fluxos necessários conjuntamente com o estado, pois o município sozinho não tem como dar conta disso. Finalizou colocando que outras ofertas seriam trazidas no Telessaúde, a fim de agregar tecnologia à atenção básica. **Gerald Saraiva, Secretário Municipal de Saúde de Anagé**, comentou que este programa teve uma importante parceria com a UFBA na hanseníase e Chagas e isso calharia bem para municípios pequenos como o seu, que tem casos de hanseníase e, como houve o fechamento de todos os pólos - em Vitória da Conquista não tem para onde mandar os pacientes, nem para fazer diagnóstico - então achava muito interessante passar este fluxo pela CIR,

facilitando como sempre tem sido, para fazerem o projeto piloto com todos os interessados. Próximo ponto de Pactuação: **2.2 Ampliação do serviço de queimados do HGE. Alcina Romero** colocou que o HGE é um centro de referência em tratamento de queimados, já tem habilitação, mas tem capacidade de aumentar e essa é a proposta: ampliação de dez leitos para queimados adultos, quatro leitos de unidade de tratamento de queimados adulto, dez leitos de unidade de tratamento intensivo de queimados e dez leitos de queimados pediátricos. **Aprovado. 2.4 Mudança de finalidade de UPA. Alcina Romero** lembrou que foi pactuado anteriormente em CIB e tinha uma proposta do Ministério da Saúde de encaminhamento diretamente pelos gestores de todas as solicitações de mudança de finalidade dentro dos critérios que o Ministério estabeleceu até abril. Só que agora o Ministério estendeu o prazo para 30 de junho e um dos documentos obrigatórios é resolução CIB, então foi pactuado aqui neste espaço que para ser publicada resolução CIB precisava que o município mandasse uma justificativa para as áreas técnicas da SESAB, informando minimamente o porquê de estar solicitando a mudança da UPA para outro ponto de atenção e qual a necessidade do município para este outro ponto de atenção. Esse fluxo foi feito, alguns municípios têm solicitado e hoje trazia dois pareceres favoráveis dos municípios de Catu e Casa Nova para solicitarem ao Ministério, lembrando que quem decidirá e aprovará a mudança de finalidade da UPA não é o estado, que está apenas aprovando a resolução CIB, um dos documentos obrigatórios. **Aprovado.** Informou ainda que Conceição do Coité, Lauro de Freitas, Morro do Chapéu e Araci também já solicitaram. **Stela Souza** reiterou, a título de esclarecimento, que os critérios e todas as questões já tinham sido discutidos anteriormente e sugeriu que de agora em diante, atendendo aos critérios, já fosse pactuado em **ad referendum**. **Houve consenso. Ivonildo Dourado** comentou que tem UPA que constam em planos de ação regional da urgência e emergência, que efetivamente foram aprovadas, mas óbvio que dentro desse processo de discussão isso deve ter sido visto, portanto era só um questionamento com relação a essa situação, pois como está sendo avaliado agora, seria interessante dar conhecimento aqui posteriormente, de como ficam estes planos que tinham este componente inserido como UPA tipo 1 ou tipo 2 e que doravante, mediante as dificuldades de custeio por parte dos municípios, que é o principal problema de custeio do equipamento UPA, está se transformando em outro equipamento de saúde, como é que fica o desenho da rede, se tem equipamento a substituir ou se alguém sobrepõe as ações que estavam postas para a UPA no território. **2.3 Implantação do serviço de Radioterapia do Hospital da Mulher. Alcina Romero** relatou que foi feito um Aditivo ao Plano Estadual do Câncer para sua inserção e habilitação como UNACON com cirurgia e quimioterapia, mas agora o Hospital da Mulher está tendo uma produção extremamente significativa em cirurgias oncológicas no âmbito da saúde da mulher e está criando um gargalo para a radioterapia. As mulheres lá atendidas fazem a quimioterapia no próprio Hospital e a radioterapia está tendo um fluxo com o Hospital Aristides Maltez, mas com este aumento de produção, foi avaliada a necessidade de o Hospital da Mulher ter seu próprio serviço de radioterapia. Como o estado tem um conhecido déficit de radioterapia, o governo do estado, em mais um avanço, está desapropriando uma área contígua ao Hospital da Mulher e implantando o serviço de radioterapia. O projeto arquitetônico já está pronto e é preciso aprovação desta CIB para fazer a licitação do acelerador linear, aprovar na DUVISA e mais os outros trâmites necessários. **Stela Souza** questionou sobre os aceleradores que o Ministério tem ou que está recebendo, se não tinha como pressionar no Ministério para trazer para este serviço. **Alcina Romero** esclareceu que desde o ano passado o estado tem pleiteado nesse plano de expansão da radioterapia, dos vinte aceleradores que o Ministério diz que ainda vai decidir para quem vai dar, mas até hoje a informação é que com certeza o único UNACON que vai ser contemplado será Juazeiro, porque ele colocou como critério, que a prioridade é para substituir aceleradores que já estão com sua vida útil encerrada ou próximo de encerrar, ou para UNACON que já tem a casa mater, o banker construído, que é o caso de Juazeiro, cuja a obra já foi finalizada e que ainda não tem. Então ainda há esperança pelo menos para Barreiras e Irecê, mas para o Hospital da Mulher já é mais difícil, estão no aguardo da publicação da portaria, que está para sair desde dezembro. **Stela Souza** disse que ficou sabendo que o MS não tem para onde mandar esses aceleradores, se eles têm vinte, não têm para onde mandar e aqui precisando de quatro, pediriam os quatro. **Alcina Romero** relatou que já foram pedidos três e pediria mais um. **Ivonildo Dourado** ponderou que a partir dessa informação de Stela, de que tem disponibilidade, e dentro do que tem sido discutido aqui, para reforçar o pleito com relação à implantação do serviço do Hospital da Mulher, quando se coloca que o estado está desapropriando uma área, que já tem projeto constituído, aprovado e tem um déficit no estado, nada mais justo que esta CIB aprovar o pleito para que o Ministério disponibilize um acelerador para o serviço. **Alcina Romero** esclareceu que seria aprovação de um aditivo ao plano estadual para mudança de habilitação, solicitação de mudança de serviço como UNACON com radioterapia para o Hospital da Mulher. **Houve consenso.** Colocou ainda que está com dois serviços aprovados pela CIB, o Ministério reconhece que na portaria 419/2018, que habilita todos os serviços do Brasil, e por algum motivo esqueceu de habilitar os serviços CLIOFT de Juazeiro e CNOE de Jequié. Então, para não iniciar um novo processo de habilitação, desde quando o mesmo reconhece que já está tudo certo, a CIB já tinha aprovado e mandado para lá, tem o número do antigo SIPAH, já está no CNES, então solicitou que fosse aprovado na CIB a inclusão desses dois serviços na portaria 419. **Aprovado. Stela Souza** disse que estava tudo certo e passou para a pauta do GCE. **Alcina Romero** disse que o COSEMS apresentaria na sua reunião o cronograma das oficinas macrorregionais do plano de atenção hospitalar , que quem estava presente um dia anterior ao da reunião da CIB no evento da Secretaria tinha ouvido do Secretário falou que o estado está apostando em uma consultoria para ajudar o estado da Bahia a pensar uma nova configuração da rede hospitalar do estado e a consultoria está adiantada, e agora vai para a etapa de oficinas macrorregionais, já tem um programa, será realizada uma web palestra para todos os apoiadores do COSEMS, que replicarão para todos os territórios e falou das datas propostas: começaria com visitas técnicas dos consultores mais a equipe técnica da SESAB e apoiadores do COSEMS, nas nove macrorregiões, a partir de 6 e 7 de maio, e a primeira oficina já começaria no dia 27 e 28 de maio. Então o cronograma está apertado e necessita da presença dos gestores nessas agendas, todos serão convidados individualmente, mas o convite para a participação dos gestores já foi feito. **Stela Souza** disse que esta proposta já foi apresentada na última reunião, foi apresentada a consultoria, o trabalho, só não tinha o cronograma, e conversando com Cássio percebera que está aprovado e tem que aprimorar, até por conta do prazo do contrato da consultoria, que tem que ser cumprido, mas está havendo movimento dos municípios, havendo congressos na norte e nordeste, de 29 de abril a 1 de maio, e logo em julho o congresso nacional. Mas precisavam, antes de começar essas oficinas, marcarem um momento antes da regionalização, para não fazer em dois trabalhos, para entenderem de forma clara o que será feito nas oficinas, a fim de ser inserido no processo de regionalização que a Bahia tem que caminhar urgentemente e informou que já foi formado o grupo bipartite e tinham que unir o útil ao

agradável e o mais rápido possível nesse primeiro momento. **Alcina Romero** disse que isso é muito importante e **Stela Souza** colocou que está **aprovado**, só seria combinada a data do GT. E falou que tem uma pauta do município de Salvador que tinha ido para o COSEMS, e solicitou a o Secretário de Salvador que explicasse direito a cobrança do Ministério e SESAB para uma alteração de um artigo de uma portaria. **Luiz Galvão, Secretário de Salvador,** disse que foi uma correção no artigo 2º, que direcionou o recurso da política integral de pessoas com deficiência da APAE para o Fundo Estadual de Saúde, quando na verdade era para ser direcionado para o Fundo Municipal de Saúde, o Ministério foi notificado o qual comunicou que tinha que ser aprovado em resolução CIB para poder fazer a alteração. **Stela Souza** pediu a Alcina para explicar e disse que o estado erra e tem que de novo aprovar. **Luiz Galvão** disse que recebeu a comunicação oficial, já tinha sido passado para Stela, pedindo para fazer via CIB. **Alcina Romero** concordou e disse que isso já tinha sido observado, pedido para alterar e não tinha sido alterado, teve que ir para resolução CIB. **Stela Souza** disse que o Ministério exigiu a resolução de algo que já estava pactuado e que o Ministério que tinha errado, então que fosse feita a resolução. E passou para a pauta do GCE: **QUALICITO** – desabilitação. **Alcina Romero** disse que é uma desabilitação de um laboratório de Barreiras, que não estava produzindo, foi solicitado pelo município e aprovado em CIR e está sendo encaminhada a desabilitação para o Ministério da Saúde, e perguntou se o Secretario de Ilhéus falaria alguma coisa. **Geraldo Magela, Secretário de Saúde de Ilhéus,** disse que foi passado pela CIR e que está tudo certo, a substituição de um laboratório de Canavieiras por um de Ilhéus e a tentativa de retornar o outro laboratório. O problema é que o laboratório atual não entrou no chamamento público e se entrasse na justiça com medida cautelar o mesmo entraria também, mas se foi a substituição, do problema de Ilhéus está resolvido. **Fátima Rocha** disse que houve um mal-entendido com relação a habilitação e desabilitação e isso já tinha sido conversado e resolvido. Com relação a Canavieiras, a Secretaria tinha ficado de encaminhar um ofício solicitando a desabilitação e tudo já fora acordado. **Stela Souza** perguntou se ficou resolvido a **Fátima Rocha,** acrescentou que a desabilitação do laboratório de Canavieiras foi aprovada em CIR, a área técnica já avaliou e está tudo certo, apenas uma ressalva que deve ficar registrado em CIB, de que o laboratório que está sendo desabilitado é o laboratório que é habilitado, mas ele não atendeu ao chamamento, portanto não pode executar para o município, e perguntou se é isso. **Fátima Rocha** disse que a região de Ilhéus tem dois laboratórios, um em Canavieiras, que não produz e não tem pessoal no laboratório, e outro em Ilhéus. E o de Canavieiras é que será substituído por um laboratório do chamamento público de Ilhéus, e que respondeu ao chamamento público o laboratório que já estava habilitado, que é o Santa Virginia, ele não respondeu ao chamamento público. **Stela Souza** disse que o chamamento não está aberto, a lei garante que outro prestador possa atender o chamamento a qualquer momento e pronto, habilita o outro que vai atender ao chamamento e responder às demandas da população e desabilitar o que não está executando, no caso, o que não respondeu ao chamamento, mesmo estando habilitado, tudo bem entendido e colocou como **aprovado**. **Geraldo Magela** perguntou a Fátima Rocha quantos ficam habilitados e funcionando, no caso se seriam dois, pois a capacidade instalada dos dois atende à região. **Stela Souza** comentou que o ponto do CEPRED ainda não foi pactuado, pois ontem foi apresentada a questão da OPME, uma situação que se precisa realmente 'mergulhar' para conseguir resolver, mas não detalharia e não é pactuação. E como foi do GCE, está sendo trazido apenas para expor rapidamente, pois o grupo ainda retornaria à discussão sobre OPME, que é um problema geral e todos estão com essa dificuldade e com quem está o recurso, lembrando que na PPI anterior vários municípios tinham o recurso no teto, eles não compravam ou compravam apenas para eles e o problema veio parar no CEPRED, que está com seis mil pessoas esperando por cadeira de rodas e todos sabem que não receberão. **Liana Figueiredo, da DGC,** disse que na reunião do GCE foi discutida a situação da concessão do CEPRED, que faz a concessão de equipamentos, mas tem outros estabelecimentos no estado para os quais o CEPRED também é responsável pela concessão de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção. Disse que existe uma PPI aprovada 2019, em que todos os serviços foram incrementados com recursos e já estão sendo incluídos no teto dos municípios pela terceira competência, e hoje existe uma configuração de acompanhamento que o atendimento desses serviços deve acontecer mediante uma abrangência. Então essa PPI já foi aprovada e conforme foi discutido e pactuado no GCE, reunido com os gestores para apresentarem uma proposta no sentido de eles concederem os equipamentos, pois que os recursos já foram descentralizados, é importante haver concessão, assim, todas as temáticas se apresentarem de acordo com o município, mas ter um detalhamento sobre isso. **Stela Souza** agradeceu e disse que o Secretário precisa sair e pediu para falar da SRT. **Liana Figueiredo** disse que a SRT é um equipamento instalado na comunidade e em janeiro foi publicada a portaria 33, com uma relação de municípios que dentro dos critérios de não ter CAPS, de alta taxa de suicídio, de altos casos que apresentam de transtornos mental de álcool e outras drogas, que entraram na lista do Ministério, onde existe critérios para implantar essa SRT essa portaria é estadual, que institui recursos de implantação de 20 mil reais, quanto de custeio, no caso de 10 pacientes de 20 mil reais e isso precisava ser agilizado, porque tem um grande número de pessoas que moram em hospitais psiquiátricos há mais de 10 anos e que precisam retirar essas pessoas dos hospitais para ela poder ter um convívio na sociedade, essas pessoas estão sendo preparadas através das equipes de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico e todo este trabalho ele é fruto do Plano de Desinstitucionalização na Bahia, no eixo de expansão de serviços. **Stela Souza** perguntou a Liliane como ficou a UTI com os leitos, apara registrar em ata e L**iliane Mascarenhas**, **Diretora da DGC,** disse que foi conversado e Mariza informou que tinha sido colocado em CIR, está sendo verificado, só se tinha sido encaminhado de fato para a CIB e perguntou qual seria o processo, para ser viabilizado todo o encaminhamento necessário para ampliação de número de UTI neonatal, de 14 para 20, então na próxima CIB trariam esta resposta de forma mais exata. **Stela Souza** disse que é importante a coordenadora da CIR acompanhar quando recebeu o processo, pois ela já recebeu várias ligações sobre isso e parece que foi aprovado em novembro ou dezembro, e já estão em abril, se o documento não chegasse na CIB para ser encaminhado à área técnica e ela via que tem algumas reclamações de regiões que mandam algumas coisas e não chegam, tinham que fazer o SEI da CIR para acabar com esse problema. **Liliane Mascarenhas** disse que o SEI funciona com o externo, então incluiria para que toda a documentação fosse encaminhada via SEI, garantindo transparência e conseguir encaminhar para vários setores ao mesmo tempo. **Stela Souza** disse que é inadmissível cinco meses e o processo não chegar, então, enquanto COSEMS, disse que seria cobrado por onde passou, quem recebeu e porque o atraso. **Mariza Eduane, Coordenadora do Núcleo Regional de Saúde Sul,** disse que entrou em contato com a Secretaria Executiva e que passou realmente pela CIR, e que tinha encaminhado tudo para a CIB no mesmo período, dentro do prazo, e a CIB encaminharia para a área técnica, então estava tudo certo, enquanto CIR, no entender dela. Não tinha sido pelo SEI, isso tinha sido anteriormente à implantação do SEI.

Liliane Mascarenhas disse que todos os processos que chegaram por meio físico foram obrigatoriamente incluídos no SEI – pediu a Nanci Salles para confirmar - então seria checado para que todos os setores, inclusive a própria unidade, pudesse trazer na pauta e colocar qual a situação, e aproveitando, qualquer situação que não está encaminhado, o processo foi dado entrada e está parado, é importante contatar com a CIB, porque até a tramitação do meio físico para o SEI foi um processo complexo para todos, mas é importante porque tem o SEI e importante para o processo do GCE. **Olga Sampaio** lembrou que foi colocada a questão do PAR de Porto Seguro, mas a área técnica, em conversa com a gestão municipal, referiu que a m esma solicitou para retirar da pauta. **Stela Souza** disse que não foi colocada porque tinha sido dito que não era para colocar e ela não colocou em pauta e não citou porque chamaram ela e disseram que não era para colocar. E falou que ainda tinha algo a ser visto, perguntou se alguém de Porto Seguro está presente, disse também que o plano da rede cegonha de Porto Seguro foi avaliado no GCE, mas ficou o parecer da área técnica existe alguma pendência e que é fácil de resolver, e na próxima reunião da CIB entraria. Falou que a próxima é dia 23 de maio de 2019, e se despediu, encerrando a reunião. Em seguida o Coordenador agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a sessão, informando a próxima reunião para o dia 23 de maio de 2019, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar, após revisão da correção do registro da Ata pela técnica Maria de Fátima Valverde Dreyer, o qual foi feito pelos técnicos do núcleo administrativo Silvana Salume e Ivisson Correia, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 11 de abril de 2019.

Stela dos Santos Souza _____

Ivonildo Dourado Bastos_____

Suplente: Alexandro dos Santos Miranda_____

Cássio André Garcia_____

Suplente: Alcina Romero Boullosa_____

Rivia Mary de Barros_____

Suplente: José Cristiano Sóster_____

Luiz Antônio Galvão da Silva Gordo Filho _____

Suplente: Erasmo Moura_____

Suplente: Charles Pereira de Souza_____

Suplente: João Rodrigues de Góis Junior_____