

1
2
3 Aos dezoito dias do mês de junho do ano dois mil e vinte, na Sala de Reuniões do GASEC/SESAB, por vídeo conferência,
4 durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB, Dr. Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário da Saúde
5 e Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado
6 Bastos, Cássio André Garcia, Rívia Mary de Barros, Leonardo Silva Prates, Raul Moreira Molina Barrios e dos suplentes, Naia
7 Neves de Lucena, Maria Alcina Romero Boullosa, José Cristiano Sóster, Júlio Jorge Musse Calzado, Denise Lima Mascarenhas,
8 Eleuzina Falcão da Silva Santos, Geraldo Magela Ribeiro, Ana Ofélia Matos Marques e Claudio Soares Feres. Às 09 horas e 29
9 minutos, a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão, solicitando à Secretária Executiva da CIB que informasse quem
10 estava presente para verificação do quórum. Nanci Salles informou que estavam no momento de forma presencial Cássio e Naia,
11 e por web, Rívia, Raul, Alcina, Cristiano, Ana Ofélia, Cláudio, Denise, Julio, Leonardo e Magela e ela (Stela). **Dando início à**
12 **ordem do dia, Stela Souza colocou em aprovação a Ata da 277ª Reunião Ordinária de 2020, que foi encaminhada por e-**
13 **mail aos membros da CIB, e foi aprovada à unanimidade. Em seguida passou a palavra para a Secretária Executiva da**
14 **CIB, para efetuar a leitura das Resoluções publicadas ad referendum para ratificação dos membros da CIB.** Nanci Salles
15 lembrou que a existe um GT Bipartite em funcionamento para discutir e fazer enfrentamento à pandemia, que é formado pela
16 presidência e vice-presidência do COSEMS, os dois vice-presidentes, Alcina da DAE, Naia da DICON, Rodrigo da NUCON,
17 Cássio do Gabinete e Cristiano da DAB e como Stela já reiterou algumas vezes, essas reuniões são feitas às segundas, quartas
18 e sextas e são discutidos os serviços que passam a ser agregados, portanto essas resoluções em sua maioria aprovam a
19 atualização dessas planilhas, no que diz respeito ao atendimento COVID. Em seguida efetuou a leitura das Resoluções *ad*
20 *referendum*:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
061/2020	23/05/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
062/2020	29/05/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
064/2020	29/05/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
067/2020	30/05/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
068/2020	02/06/2020	Aprova ad referendum a Proposta nº 12463.245000/1200-03, Emenda Parlamentar Nº 71060004, aquisição de equipamento e material permanente, para ampliação de atendimentos com disponibilização de leitos para enfrentamento da pandemia COVID-19, localizado no Hospital São Domingos, CNES nº 2800039, no município de São Domingos.
069/2020	02/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
070/2020	02/06/2020	Aprova ad referendum a Proposta nº 11760.271000/1200-02, Emenda Parlamentar Nº 71060004, aquisição de equipamento e material permanente, para ampliação de leitos preferencialmente para enfrentamento da pandemia COVID-19, localizado no Hospital e Maternidade Julia Maia, CNES nº 2483408, no município de Jiquiriçá.
071/2020	02/06/2020	Aprova ad referendum a Proposta nº 11159.883000/1200-02, Emenda Parlamentar Nº 71060004, de aquisição de equipamentos e materiais permanentes, para estruturar o funcionamento de um pronto atendimento para casos suspeitos e confirmados de COVID-19, na Policlínica municipal Doutor Evilásio Costa Pita, CNES nº 2525089, no município de Valença.
072/2020	04/06/2020	Aprova ad referendum a Proposta nº 11760.271000/1200-02, Emenda Parlamentar Nº 71060004, aquisição de equipamento e material permanente, para ampliação de leitos preferencialmente para enfrentamento da pandemia COVID-19, localizado no Hospital e Maternidade Julia Maia, CNES nº 2483408, no município de Jiquiriçá.
073/2020	04/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
074/2020	04/06/2020	Aprova ad referendum o detalhamento do componente de Atenção Domiciliar – AD da Rede de Atenção às Urgências dos municípios de Itanhém e Vereda.
075/2020	06/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
076/2020	10/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.

077/2020	11/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
078/2020	13/06/2020	Aprova ad referendum a atualização do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia com a inclusão no Eixo 3 – Atenção Especializada Hospitalar do item Apoio às santas casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19.
079/2020	13/06/2020	Aprova ad referendum as condicionalidades e fluxo de atendimento às Portarias Ministeriais nº 1.393, de 21 de maio de 2020, e nº 1.448, de 29 de maio de 2020, de auxílio emergencial às santas casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos para atuação de forma coordenada no controle do avanço da pandemia da Covid-19 e estabelece outras disposições.
080/2020	13/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
081/2020	16/06/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.
082/2020	18/06/2020	Aprova <i>ad referendum</i> a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS nCoV2 no estado da Bahia.

21 Chamou atenção para a Resolução 074/2020 que precisou ser publicada devido ao remanejamento da reunião da CIB do dia 4
 22 para o dia 18 e tinha prazo para os municípios postarem a Resolução no SAIPS. Com relação à Resolução 079, lembrou que foi
 23 ponto de pauta do GT porque havia um prazo estipulado pelo Ministério e como já estava fora do prazo para publicar essa
 24 resolução e orientar os municípios, era necessário publicar o quanto antes e foi enviada para o COSEMS, para as Secretarias
 25 Executivas de CIR, Coordenadores de CIR, para dar ciência e divulgação aos demais gestores que foram ou serão contemplados
 26 pela portaria com recurso para suas entidades filantrópicas. **Stela Souza submeteu aos membros à ratificação das**
 27 **Resoluções ad referendum após os esclarecimentos da Secretária Executiva que foram aprovadas à unanimidade.**
 28 Geraldo Magela, Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus e Membro da CIB, colocou com relação à questão dos filantrópicos,
 29 que deveriam mandar para os municípios que foram contemplados, pois não recebeu e gostaria de ter acesso, já que está tendo
 30 certo desgaste, assim reiterou que seria interessante o envio do material. Stela Souza confirmou que foi encaminhado, mas por
 31 algum motivo não chegou, então solicitou a Luiza, Secretária Executiva do COSEMS, que encaminhasse essa resolução para a
 32 relação de todos os municípios das duas portarias que têm filantrópicos. Alcina Romero, Diretora da DAE/SAIS e Membro da
 33 CIB, cumprimentou a todos reforçando a necessidade de que os gestores municipais à medida que aprove o plano de trabalho
 34 e façam o repasse do recurso de ciência à SESAB através da DAE para que possa ser atualizado o Plano de Contingência
 35 Estadual passando a inserir essa unidade filantrópica até para uma garantia tanto do gestor quanto da própria filantrópica de que
 36 realmente estava no âmbito do enfrentamento à COVID. Stela Souza considerou bem lembrada a colocação de Alcina, até porque
 37 a própria Portaria fala que é para ações COVID e como tem um Plano de Contingência onde constam todas as unidades
 38 envolvidas no enfrentamento COVID, a proposta da Resolução realmente é que no Plano Estadual constem também essas
 39 unidades conforme for fechando com os municípios. Na oportunidade, reforçou que é necessário ter o Plano, pois consta na
 40 Resolução, mas também consta na Portaria que quem aprova ou concorda com o Plano é o gestor municipal porque ele tem que
 41 dizer quais são as ações que serão desenvolvidas e se estão realmente inseridas no processo de enfrentamento da pandemia,
 42 tanto os municípios quanto o estado. Nanci Salles lembrou que também está disponível no site da CIB a Resolução com o anexo
 43 onde consta todos os municípios contemplados na primeira e na segunda portaria. Stela Souza reiterou que será feito o envio
 44 para todos os municípios que possuem essas unidades filantrópicas porque realmente está muito corrido e às vezes não dá
 45 tempo de ficar olhando o site, mas sabia que já estava publicado porque já tinha visto. Dando prosseguimento, **Nanci Salles**
 46 **passou para a leitura dos expedientes encaminhados para Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB:**
 47 **Comunicado sobre Credenciamentos solicitados ao MS:**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESB – Equipe de Saúde Bucal	03 ESB Modalidade I	Mutuípe
	03 ESB Modalidade I	Tucano
ESF – Equipe de Saúde da Família	02 ESF	Tucano

48 **Em seguida, passou para a leitura dos expedientes encaminhados para Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE**
 49 **GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/COCON: 1.1 Alteração de gestor do Programa de**
 50 **Glaucoma de Guanambi para Gestão Estadual e remanejamento de recurso e mudança do prestador para Clínica Dra.**
 51 **Adriana Cunha e Cia Ltda/Hospital de Olhos; 1.2 Solicita ampliação de habilitação do Hospital do Rim – HEMOVIDA**
 52 **Clínica de Hemodiálise de Ribeira do Pombal, CNES: 7042450, com o Serviço de Atenção Ambulatorial Especializada em**
 53 **DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico, no Município de Ribeira do Pombal/Ba, em gestão estadual.** Naia Neves, Diretora da
 54 DICON e Membro da CIB, cumprimentou a todos colocando que em relação ao item 1.1 da região de Guanambi, já vinha sendo
 55 acompanhada a questão da execução de glaucoma e de cirurgia de catarata, cirurgias eletivas, mais especificamente catarata e
 56 existia algum tipo de inconformidade relacionada à gestão municipal que até então era executor do recurso do glaucoma em
 57 relação ao prestador da região. Depois de vários contatos, já vinha orientando ao gestor municipal como deveria proceder
 58 considerando que o acordo com o glaucoma já tinha sido pactuado anteriormente em CIB, todos aqueles quarenta e quatro
 59 milhões onde estariam, quem seriam os executores, seja na gestão municipal ou na estadual, e depois da última reunião da CIR

60 em maio, um ofício foi encaminhado à CIB, eles alinharam com esse prestador que já atua para a gestão estadual e outras
61 regiões e se propôs a fazer esta ação tanto do glaucoma, quanto da cirurgia de catarata na região de Guanambi e como é
62 mudança de gestor, de executor, é preciso ter esta provação em CIB. Esclareceu que o item 1.2 era mais uma questão de
63 adequação à atual portaria da nefrologia, desta tipologia para esses estágios 4 e 5 Pré Dialítico para a Clínica de Ribeira do
64 Pombal, trata-se de uma adequação que precisa ser feita para que o Ministério possa fazer a alteração da habilitação e também
65 precisa de Resolução CIB. Cássio Garcia lembrou que o fluxo de envio do teto financeiro do estado e municípios modificou em
66 fevereiro e agora o ministério exige a Resolução CIB, então como este mês já passou o prazo, essa mudança irá ocorrer no
67 próximo mês assim a competência do remanejamento seguirá no próximo mês, só para deixar isso claro. Stela Souza registrou
68 a presença de todos os membros da diretoria do COSEMS, ponderando que a reunião vinha sendo feita com os membros da
69 CIB na sala e os membros da diretoria ficavam em outra sala, mas como a diretoria participa das pactuações que vêm para as
70 reuniões da CIB, tinham solicitado à SESAB que acatou a presença dos mesmos, então eles agora participam dentro da reunião
71 porque podem se manifestar e se colocar também caso os representantes do COSEMS enquanto membro CIB não trouxeram à
72 tona realmente da forma como foi pactuada ou se faltar algo, porque a memória é falha, e podem se esquecer de alguma coisa.
73 Assim, agradeceu à SESAB e desejou boas vindas à Diretoria do COSEMS que estava participando da reunião. **Dando**
74 **seguimento à ordem do dia, passou para a leitura dos expedientes que foram encaminhados para Apresentação,**
75 **reforçando tratar-se de uma pauta conjunta, um acordo feito para melhorar a metodologia da reunião via web,** lembrando
76 que na verdade são apresentações que podem sair inclusive com algumas pactuações de acordo com a discussão, isso tem que
77 ficar claro porque às vezes ao final de alguma apresentação pode ser decidido que vai ter que pactuar alguma coisa. Nanci Salles
78 informou que Márcia São Pedro, Diretora da DIVEP/SUVISA, solicitou uma inversão de pauta e iria começar pelo item 1.
79 **SESAB/COSEMS: 1.2 Vigilância dos Casos de COVID.** Márcia São Pedro cumprimentou a todos, colocando em relação ao
80 boletim COVID que o número de hoje era quarenta mil novecentos e vinte e seis casos confirmados, desse total, seiscentos e
81 oitenta e um saíram ontem no boletim da SESAB com a validação do município. Enfatizou que é extremamente importante o
82 sistema de informação e hoje com o dado de ontem aparece lá quatro mil novecentos e oito casos que os municípios lançaram
83 como casos que tinha resultado positivo de um teste, mas que esses casos não foram encerrados no sistema, ou seja, a variável
84 classificação final não está preenchida, se ela não está preenchida para o estado, para o Ministério esses casos aparecem como
85 suspeitos e o estado não pode daqui do nível central pegar esses casos e confirmar porque possa ser que durante o processo
86 de investigação no município por algum momento ou por algum erro que pode ocorrer, identificaram que não era ou fizeram
87 alguma coisa, então é necessário a ajuda dos gestores para que os municípios, as vigilâncias epidemiológicas, entrem nos
88 sistemas e encerrem esses casos. Então temos quatro mil novecentos e oito casos, estamos separando para encaminhar para
89 os municípios, para os núcleos, correrem com isso, pois quanto mais se faz uma notificação qualificada, isso garante os dados
90 e evita as divergências que às vezes aparecem e criam esse transtorno, então é preciso qualificar esse dado. A mesma coisa
91 acontece com os casos que estão no sistema com o resultado de teste negativo, mas o caso está em aberto, ou seja, ele não foi
92 descartado, então têm vinte e seis mil duzentos e cinquenta e quatro casos, um quantitativo importante, e são casos que vão
93 aparecer como suspeito, mas são casos que já são descartados, isso é importante porque epidemiologicamente esses dados
94 precisam ser visíveis também, significa que estão fazendo investigação, que o teste está sendo realizado e que têm uma
95 resposta, o teste é negativo. Mencionou que tem um problema que tem sido identificado, exemplificando que alguns municípios
96 estão notificando, e quando o caso tem o teste negativo, na classificação final coloca que ele é confirmado laboratorialmente;
97 ressaltou que é preciso entender que todo teste negativo dentro da vigilância epidemiológica é considerado um caso descartado
98 para o evento que está sendo investigado e reiterou que é preciso deixar isso claro para os colegas de que caso negativo é
99 descartado e o que eles têm visto é que os municípios têm colocado, no caso são as unidades que estão notificando, que o caso
100 é negativo e que ele foi confirmado laboratorialmente porque é negativo. Assim reforçou ser complicado porque um caso que é
101 confirmado laboratorialmente, epidemiologicamente é um desfecho de caso positivo, então é preciso alinhar isso e pedir que
102 façam esse encerramento da forma correta. Colocou que tinha uma proposta junto com Cássio, inclusive já tem sido feito isso
103 com os núcleos, Ramon tem tido reuniões constantes com as regionais, para que façam essa orientação tirando as dúvidas e
104 isso pode ser feito também no nível dos Municípios. Colocou que iria passar a palavra para Marta Lima que ela tá acompanhando
105 com um GT de investigação dos óbitos para falar quais são as inconsistências que estão aparecendo, quais são as necessidades
106 e o que é preciso para essa notificação e o fluxo para notificação dos óbitos. Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de
107 Cabaceiras do Paraguaçu e Membro da CIB, cumprimentou a todos, colocando que fez questão de interferir nesse momento
108 porque além da interpretação dos testes que há algum tempo estão precisando uniformizar isso, e principalmente com relação
109 ao lançamento dos casos que precisam ser encerrados de forma correta até para que possam ter o verdadeiro perfil
110 epidemiológico. Relatou que tinha acabado de receber a ligação de Dra. Viviane que disse que trabalha com Dr. Barral, parece
111 que é o coordenador do Santo Antônio e também faz parte do COE, deram a ela o seu telefone e o de Stela, parece que o
112 pessoal do COE teria pedido que entrassem em contato com o COSEMS, pois estão querendo dar um esclarecimento sobre a
113 interpretação dos testes, sobre a rotina, o protocolo e principalmente para discutir o retorno dos trabalhadores que por ventura
114 tivessem tido exames positivos e saber qual será o fluxo e o protocolo que será usado para o retorno desses trabalhadores,
115 estão pedindo pauta, assim estava colocando aqui porque se for o caso pode se colocar na próxima CIB ou fazer uma reunião
116 somente com os secretários municipais de saúde para que possam questioná-los com mais tempo. Marta Lima, Sanitarista que
117 está trabalhando com a vigilância de óbitos e apoiando o CIEVS da DIVEP/SUVISA, cumprimentou a todos colocando que
118 conforme boletim de ontem já são mil duzentos e vinte e dois óbitos confirmados no estado, sendo uma concentração maior nos
119 municípios de Salvador, Ilhéus e Itabuna. Ponderou que a solicitação hoje aos municípios era com relação à questão da
120 notificação imediata desses óbitos, relatando que vem sendo solicitada às regionais e aos municípios, como Márcia falou e estão
121 tendo reuniões semanais com as regionais pedindo para que esses óbitos sejam notificados imediatamente até 24 horas pelo e-
122 mail cievs.notifica@saude.ba.gov.br, mas tem se observado que muitas vezes tem sido feita a notificação, mas fica como
123 pendência com relação à questão de não ter a declaração de óbito que é um importante instrumento para que se possa iniciar a
124 investigação. Então referiu que a partir do momento que se tem a declaração de óbito fica mais fácil fazer a investigação com
125 relação à questão do resultado de exames, ver o SIVEP Gripe também como está sendo notificado, assim estavam pedindo
126 apoio aos gestores municipais para fortalecer junto às suas equipes sobre a importância de sempre estar buscando junto aos

127 estabelecimentos hospitalares, aos pronto-atendimentos, para que possam fazer essa notificação. Relatou que a notificação hoje
128 é feita pelo SIVEP Gripe que o Ministério define como sistema oficial de notificação de óbitos suspeitos ou confirmado de COVID,
129 mas o estado também tem o FORM SUS Hospitalar onde é importante que seja digitalizada a declaração de óbito e demais
130 exames existentes e também seja feita uma evolução, inclusive tem um campo que pode ser descrito algumas informações para
131 que a equipe do SIEVS possa ter maiores dados para poder encerrar, confirmar ou descartar um caso, um óbito para que possa
132 ser publicado. Ressaltou as pendências de alguns óbitos, até do mês de maio também, e estão correndo atrás dos hospitais e
133 dos Municípios, a própria Regional tem ajudado para que possa excluir essas pendências, lembrou que a semana passada
134 tinha um quantitativo grande de pendências, e essa semana estão conseguindo junto com a equipe de Dr. Bandeira e mais dois
135 médicos da equipe que também estão ajudando a encerrar alguns casos ditos pela equipe como inconclusivos. Assim, lembrou
136 que além de fazer essa notificação imediata em 24 horas através do email, pelo SIVEP Gripe, também existe uma definição do
137 Ministério da Saúde de que o prazo para notificação do sistema oficial de mortalidade no sim são 48 horas, então a DO chegando
138 é importante também que a equipe municipal possa fazer essa digitação no sistema de informação de mortalidade para que não
139 tenha nenhuma disparidade entre o dado oficial e o que se trabalha enquanto equipe SIEVS. Pontuou outra questão que tem
140 havido também que é a situação em que muitas vezes a ocorrência do óbito é diferente da residência e há necessidade de entrar
141 em contato com a equipe da Regional e municipal para que possam confirmar de onde é realmente o óbito. Então tem exemplos
142 que na declaração de óbito tem determinado município e quando ligam percebem que o médico na hora do preenchimento, no
143 atestado da declaração de óbito colocou a naturalidade, então quando entram em contato com a pessoa, ela já mudou a muito
144 tempo daquela cidade, mas na hora do atestado na ocorrência e na residência tem o município de onde a pessoa é natural, então
145 é um trabalho que necessita do apoio também dos municípios para que naquele momento se diga que o óbito não é daquele
146 município, que possa mandar oficialmente algum documento comprovando que o paciente já não reside mais há tanto tempo,
147 pois é preciso também dessa informação até mesmo porque na hora de alterar no sistema não é oficial, tem que ter algum
148 documento que comprove que ele realmente não reside mais naquele local então arrematou dizendo ser basicamente isso.
149 Agradeceu também o apoio de todos com relação principalmente nesta questão da notificação em tempo oportuno para que não
150 fiquem com grande quantidade de pendências na divulgação e confirmação desses óbitos. Stela Souza agradeceu a Marta e
151 Márcia que diariamente encaminham todas as pendências, além de enviar para os núcleos, relatando que o COSEMS se
152 comprometeu com todos os apoiadores a irem fazendo um filtro e encaminhando para cada município da sua região, esse
153 trabalho tem sido feito e é realmente, bastante intenso para todos, mas é preciso fazer. Ressaltou a orientação colocada por
154 Márcia em relação à questão dos casos com resultado negativo que não foram descartados, enfatizando que vinte e seis mil
155 duzentos e cinquenta e quatro é um número muito alto e questionou se era possível fazer esse filtro para que o COSEMS pudesse
156 encaminhar aos municípios, se comprometendo a fazer esse movimento para que cada município entre no seu e-SUS VE e faça
157 esse descarte já que o teste foi negativo de forma correta, não colocando a classificação como confirmado laboratorialmente
158 senão vai ser outro problema além do que já se criou quando já tem quatro mil novecentos e oito nessa mesma lógica. Ponderou
159 que esse tem sido um problema recorrente na reclamação dos municípios com relação a casos que eles não têm e que aparece,
160 inclusive já tinha comentado sobre isso, mas precisava de algo mais claro como essa relação para colocarem os municípios para
161 verificarem a situação imediatamente, entrar e fazer o descarte desses casos, bem como a outra situação que também é
162 complicada porque quando fecha como confirmado laboratorialmente um caso que o teste foi clinicamente também negativo, vai
163 ter um caso que não é real e isso é complicado demais. Enfatizou que está tendo muito problema nos municípios com a questão
164 política, de aparecer publicado caso que o município não reconhece, isso ainda tem um dificultador que é questão do ano eleitoral
165 em que as questões político partidárias vem logo à tona, e as pessoas não se preocupam com a vida, com os casos, com a
166 saúde das pessoas e sim com política partidária, isso tem causado transtorno demais para os gestores municipais e para os
167 prefeitos que têm a sua cota de comprometimento com essa situação, inclusive já verificou em seu município e viu que havia
168 alguns erros no lançamento, então é preciso chamar atenção dos digitadores, das pessoas que lançam no e-SUS VE para que
169 tenham realmente esse cuidado e se tiver essa relação ficará mais fácil ainda por que já vai direto fazendo a correção. Com
170 relação aos óbitos, desejou que aos poucos a situação vá se ajustando e melhorando, pois tiveram muitos problemas, paciente
171 que vai a óbito e só ficam sabendo pela família, ele não está lançado em lugar nenhum, nem no SIVEP Gripe, nem no e-SUS
172 VE, são os hospitais que tem que fazer isso, aonde o paciente está internado, e esses casos muitas vezes não aparecem para
173 o município que é pego de surpresa, amanhece o dia ou à tardinha quando emite o boletim sem ter conhecimento, de repente
174 alguém da família diz que o parente morreu de COVID em tal hospital em Salvador. Então oficialmente, isso já foi falado para
175 Márcia, para o Secretário, para a Superintendente, mas reforçou que as unidades hospitalares sejam filantrópicas ou privadas,
176 da rede estadual ou municipal, devem ter o compromisso da obrigatoriedade porque isso é lei, é obrigado lançar não é um favor,
177 e que inclusive sejam punidos ao não lançar. Citou como exemplo seu município, em que um paciente internou numa UPA,
178 internou porque ficou lá cinco dias, não foi regulado, não tinha conhecimento, nem sabia da existência desse paciente suspeito,
179 ele foi a óbito cinco dias depois e aí é que foi tomar conhecimento que tinha esse paciente porque o município de Ipiá lançou
180 como sendo de lá, então ficou parecendo que seu município mentiu, escondeu, omitiu e isso não pode continuar, mesmo já tendo
181 saído várias notas técnicas, é importante ficar claro, e no seu caso oficializou para a DIVEP e está aguardando que sejam
182 tomadas as providências porque têm que ser penalizadas as unidades que agem dessa forma, enquanto não começar a tomar
183 providências sérias as pessoas vão achar que erraram e vai ficar por isso mesmo. Assim, sugeriu como encaminhamento que
184 seja enviada essa relação, tanto dos quatro mil novecentos e oito, como dos vinte e seis mil duzentos e cinquenta e quatro e que
185 tenha um documento apontando as penalidades das unidades notificadoras aonde aconteceu o óbito, para que elas tenham
186 conhecimento da penalidade que vão ter que incorrer caso aconteçam fatos como esse. Márcia São Pedro colocou que em
187 relação às unidades que não estavam fazendo a devida notificação como deveriam o Secretário já tomou algumas medidas,
188 entre elas já foram feitas auditorias e a corregedoria já está nas unidades do Estado adotando as devidas providências, os
189 relatórios já começaram a chegar, inclusive no primeiro momento foi mostrado tudo como estava no sistema e logo depois, no
190 dia seguinte eles partiram para as unidades, então estão atentos e as penalidades sendo devidamente aplicadas pelo Estado.
191 Em relação à lista afirmou que já estava pronta e iria separar inclusive colocando os nomes, vendo como fazer da forma melhor,
192 como fazem com os arquivos que encaminham. Considerou importante deixar claro, pois é bom que todos saibam que existe
193 também uma série histórica, trabalhando hoje com uma base de dados que são os que saem no boletim, mas paralelo a isso tem

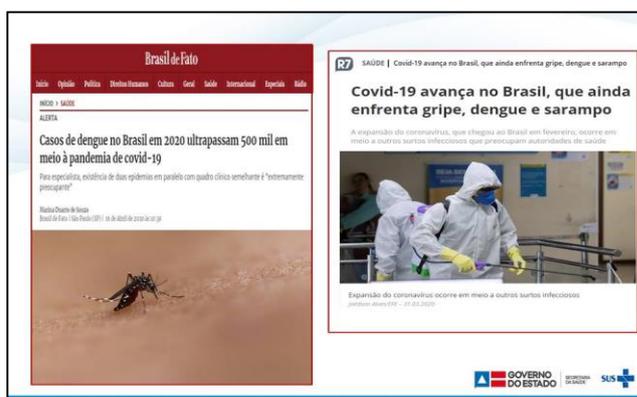
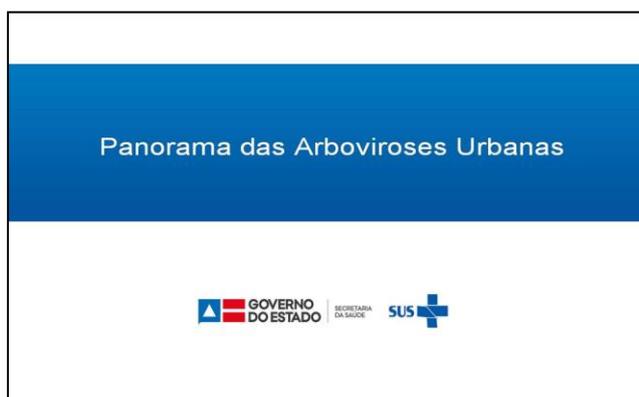
194 uma série histórica guardada para caso em algum momento após a pandemia seja solicitado apresentar para auditoria ou
195 corregedoria. E como estão nos dados do Estado, tem como comprovar tudo que está no sistema oficial e o que foi notificado e
196 identificado, colocando que foi confirmado anteriormente que tem município que está voltando e tirando caso, aí a coisa fica
197 difícil, inclusive teve um município que tinha trinta e quatro casos confirmados por critério clínico-epidemiológico, aquele critério
198 que ele teve um exame confirmado em algum momento, tinha um quadro clínico compatível, uma definição e uma classificação
199 e fez um ofício solicitando para retirar os trinta e quatro casos. Enfatizou que é preciso se conscientizar que isso não pode ser
200 feito, isso é algo que estariam manipulando dados porque uma vez um caso notificado como confirmado, esse caso ele não tem
201 como deixar de ser caso, então é preciso ficarem atentos a isso, entendendo todas as demandas, mas entendendo também que
202 quem lança precisa ter consciência da responsabilidade do que está colocando em nível de um sistema que é um sistema oficial.
203 Propôs que possa via DAB com o Telessaúde, montar uma aula, um treinamento, uma capacitação para os municípios sobre
204 essas inconsistências, sobre como deve ser feita a notificação, pois quanto mais informação for dada, irá melhorar o retorno,
205 entendendo que foram pegos de surpresa com uma pandemia e que com isso muita gente teve que contratar pessoas que estão
206 chegando para fazer o movimento, mas é preciso qualificar para que possam ter esses dados mais próximos da realidade. Alcina
207 Romero colocou uma reflexão para Márcia e Marta, parabenizando pelo trabalho e pela luta, argumentado que estão
208 acompanhando a questão dos óbitos até para casar e fazer um link com essa Rede Hospitalar Exclusiva COVID, então como
209 são feitas notas técnicas semanais de evolução de alguns indicadores dessa rede, a partir da Nota Técnica Nº 8 começaram a
210 trazer informações sobre óbitos nessa rede, fora dessa rede, óbitos em UPA, para cada vez trazer mais elementos. E uma coisa
211 que passou a observar, inclusive discutiu isso ontem com Pablo, quando teve certeza do que estava acontecendo, e relatou que
212 os boletins estão saindo sempre como óbito ocorrido em rede pública, em rede privada, em rede filantrópica, mas o que está
213 acontecendo é que têm hoje uma média de quase trezentos leitos contratualizados pelo SUS pagos, seja pelo gestor estadual
214 ou pelo gestor municipal, em unidades filantrópicas ou privadas. Porém colocou na hora do registro do óbito sai como privado,
215 assim trouxe só como reflexão e ponderou que talvez depois pudessem conversar, porque o receio é de ter um peso de óbitos
216 na rede privada como se fosse de saúde suplementar porque na hora que lança no boletim, para ela e para quem está de fora,
217 a rede privada além da natureza é o vínculo do usuário com aquela instituição, e um peso talvez a menor para o sistema público
218 de saúde, então seria uma reflexão para tentar ver se melhora talvez depois a qualidade da informação. Ressaltou que teve
219 certeza ontem quando foram lançados os dois óbitos de Remanso, que é 100% contratualizado com o SUS, e ele está saindo
220 na Nota como rede privada, sabendo que ele não é de natureza pública, e aí a dúvida que fica é se o importante é colocar na
221 informação se é um paciente atendido pela saúde suplementar ou se ele é um paciente atendido pelo Sistema Único de Saúde
222 ou se é dizer a natureza independente do vínculo do paciente ou do financiamento, arrematou colocando que era só uma reflexão
223 para depois conversarem e alinharem. Márcia São Pedro considerou muito pertinente a fala de Alcina, mas lembrou que no
224 boletim epidemiológico não saía isso e sim o quantitativo, e reforçou que isso que sai é como a ASCOM, às vezes, manda para
225 a DIVEP, questionando se esse hospital é público ou privado, então é realmente preciso alinhar até porque esse outro dado mais
226 refinado é a DAE que tem pelo quantitativo de leitos que são contratualizados, mas referiu que iam sentar e ajustar tudo. Alcina
227 Romero relatou ter tido essa preocupação ontem, mesmo assim quando comprovou sua suspeita ligou imediatamente para Pablo
228 e ele lhe disse que o dado vinha da DIVEP. Considerou importante continuarem conversando em um grupo menor só para ver
229 se conseguem dar realmente uma informação em termos de financiamento entre o Sistema Único de Saúde e a Saúde
230 suplementar e o peso desses óbitos nesses dois sistemas. Ana Ofélia Matos, Secretária Municipal de Araci e Membro da CIB,
231 cumprimentou a todos e colocou no sentido de contribuir com a fala de Stela, que tendo em vista o que havia sido discutido
232 ontem na reunião do COSEMS sobre a importância de ter essa lista por município, relatando ter passado por essa situação no
233 final de semana, gostaria de agradecer a Dra. Rívia e a DIVEP que lhe deram total apoio, podendo ter acesso à lista dessas
234 pessoas que estavam nessa situação, que apareceu esses números e aí teve uma diversidade de problemas referindo como
235 exemplos: problema de lançamento do digitador que foi esse caso de ser descartado e ele tinha confirmado laboratorialmente;
236 situação de pessoas com o cartão SUS do município, mas que moram em São Paulo; situação que a pessoa tinha feito na rede
237 privada e o caso não estava sendo monitorado, e arrematou pontuando que foi de extrema relevância epidemiológica ter acesso
238 aos nomes dessas pessoas, pois assim teve como fazer a busca ativa, então reforçou ser de muita importância chegar para os
239 municípios a relação nominal dessas pessoas que estão com inconformidades. Concordeu com a sugestão de se fazer um novo
240 treinamento, lembrando que já teve web conferência por macrorregião, mas pelo menos em sua região não teve uma adesão
241 grande porque o horário foi pela manhã às 9 horas, e diante dessa complexidade do dia a dia do trabalho que as vigilâncias
242 estão na ponta correndo para dar conta de tanta demanda que está sendo exaustiva, então é preciso de fato não
243 necessariamente ter uma grande antecedência, mas criar um calendário que se tenha no mínimo 48 horas de antecedência para
244 reorganizar as atividades para que todos os técnicos participem, tanto o digitador como também o coordenador da vigilância em
245 saúde e que seja por macrorregião, de preferência no turno da tarde porque no turno da manhã a pressão da necessidade de
246 estar em campo é muito grande e também porque o digitador precisa alimentar o sistema para que chegue na DIVEP até ao
247 meio dia para com 48 horas estar publicando, então tem toda uma logística de trabalho no turno da manhã e para esse pessoal
248 da área técnica poder participar de reuniões pela manhã tem um complicador muito grande. Stela Souza argumentou que Ana
249 Ofélia e Eleuzina já faziam parte dessa discussão e fizeram a outra agenda, então sugeriu que se possível as duas assumissem
250 essa agenda junto com Manoel e Márcia, diante do que foi colocado com relação ao horário a facilidade, então seria melhor os
251 quatro já organizarem isso o mais rápido possível, como as duas já tinham se colocado à disposição e já estavam nessa
252 discussão da questão do óbito, seria bom continuar fazendo esse movimento, inclusive consultando as regiões para ver qual é a
253 melhor data, lembrando que não dá para fazer uma consulta à todos os quatrocentos e dezessete municípios senão não iriam
254 conseguir fazer um calendário. Geraldo Magela considerou importante fazer umas considerações e talvez até um
255 encaminhamento. Ponderou que o boletim da SESAB tem alguns problemas, todo mundo sabe, de vez em quando vem a menor,
256 mas é um momento de transição e vai ter que passar por processos de adequações. Relatou que Ilhéus sofreu algumas
257 discrepâncias enormes, agora parece que está em um processo de estabilização, mas é aquele negócio, tem que endurecer com
258 laboratórios particulares que tem uma sucessão de problemas, pessoas de outros municípios lançam como se fossem de lá,
259 hospitais que tem acesso ao GAU, uma sucessão de coisas, há necessidade de interação, então gostaria muito que o pessoal
260 da DIVEP entendesse o que os municípios estão passando também, Ilhéus menos porque já superou isso, mas foi uma

261 verdadeira guerra, rádio e televisão batendo, acusando insistentemente de omissão, chegou ao ponto do promotor marcar uma
262 reunião para discutir essa discrepância entre os números, inclusive chegou ao ponto de falar que poderiam auditar os dados,
263 porque os nossos dados para nós são os verdadeiros, os outros que a gente não conhece a gente não pode crer, porque existem
264 casos absurdos, até desistiu de mandar para CIEVS pedido de retirada de nome de paciente que sabem que é de outro município.
265 Destacou que gostaria que a DIVEP entendesse o momento que os municípios estão passando, principalmente os pequenos,
266 tem visto colegas dos arredores que só faltam chorar, porque todo dia há uma discrepância, a pressão é intensa em cima dos
267 secretários, casos como laboratório particular ou qualquer outro que entra no sistema, o secretário é praticamente linchado,
268 recebe ameaças de demissão, e ressalta que os secretários principalmente dos pequenos municípios estão sofrendo demais
269 com isso. Assim, propôs uma nota razoável da DIVEP dizendo que está num momento de equilíbrio dos números, do sistema,
270 tentando tirar a responsabilidade por essa instabilidade dos secretários municipais de saúde porque realmente tem problemas,
271 tem morte que aparece no sistema e os secretários são alvo de muita crítica. Então ao seu ver a DIVEP deveria soltar uma nota
272 ou algo do tipo para tentar aliviar o problema dos municípios, e pondera que não é possível que um promotor venha a questionar
273 se os números são legítimos ou não, denotando achar ser um absurdo. Contou que já cansou, nem responde mais aos blogs e
274 rádios porque já virou rotina, só o promotor que responde e o mesmo fica à vontade para fazer o que quiser, e ele agora está
275 pedindo explicação para o núcleo que não tem as respostas, então reiterou o pedido de esclarecimento à DIVEP de que os
276 secretários não são responsáveis por essas discrepâncias e reconhecendo que existem essas inconsistências que estão
277 acontecendo e que vão acontecer até encaixar todo o sistema. Reiterou que os secretários estão passando um momento difícil,
278 principalmente dos pequenos municípios, quando sai uma morte é tenso, é como Stela falou, o secretário fica sabendo através
279 da família, agora estão tendo que colocar olheiros, espões dentro dos hospitais para fiscalizar, e conseguem fiscalizar os mortos
280 que passam pelo sistema, todos são testados, mas dentro de hospital está virando guerra. Lembrou um momento que o
281 Secretário da Saúde reclamou muito quando apareceram oito mortos de uma vez só, de muito tempo, então reiterou que é
282 necessário que a DIVEP também olhe o lado dos municípios, ponderando que houve problemas de adequação das bases, e os
283 municípios não podem ser responsabilizados, assim gostaria que se pudesse achar uma fórmula para evitar mais críticas aos
284 secretários que são os que mais são criticados em qualquer situação, pois não dá mais para colocar na conta dos secretários
285 essas inconsistências, esses lançamentos, nem sempre em tempo real ou incorretos. Cássio Garcia ressaltou que devido à
286 relevância dessa pauta, ela voltou hoje e também esteve presente nas duas últimas reuniões da Bipartite. Ponderou que o
287 assunto já está sendo tratado e que todos têm responsabilidades nessa alimentação do sistema, desde o digitador, os secretários,
288 os técnicos dos hospitais, a DIVEP e até o Ministério da Saúde, vide o que está acontecendo com os dados que são
289 disponibilizados nacionalmente, assim, justamente para tentar minimizar isso e melhorar a qualificação desses dados todos é
290 que foi colocada novamente essa pauta. Ressaltou a proposta de Márcia de fazer uma qualificação, lembrando que Ofélia trouxe
291 bem a questão do horário, de tentar viabilizar isso à tarde, inclusive já há um fluxo também com prazo até as 14 horas que já foi
292 colocado, então será dado seguimento nisso e na próxima reunião vai ter resultados positivos, Stela já fez o encaminhamento,
293 Márcia vai tratar disso e serão divulgadas essas reuniões do Telessaúde por web conferência por macrorregiões de saúde. O
294 Senhor Coordenador, Fábio Vilas-Boas, cumprimentou a todos desculpando-se pelo atraso, pois estava em reunião com a
295 FIOCRUZ. Informou que eles vão montar subsidiados pelo consórcio do Itaú e outros investidores, uma central de testagem em
296 Fortaleza para fazer Elisa, teste sorológico em bancada, com capacidade de vinte mil exames por dia, laudo automatizado no
297 GAU, a um custo inferior a cinco dólares por sorologia. Relatou que está pensando em até segunda-feira montar um protocolo e
298 fazer as sorologias, não teste rápido, a cem, cento e oitenta reais cada um, mas sorologia de bancada em que eles vão colher e
299 a FIOCRUZ coletar nos Estados, bancar 100% da logística até Fortaleza e a Bahia só pagaria parte do custo do exame em si. A
300 idéia inicial é testar 100% dos profissionais de saúde de todos os estados do Nordeste, a cada quinze, vinte dias, isso daria aqui
301 na Bahia em torno de mil e quinhentos profissionais por dia, todos os dias do mês, a um custo de quatrocentos mil reais por mês
302 durante os próximos dois, três meses, algo que é viável se for em torno disso, será submetido aos governadores e dando certo
303 no máximo na segunda semana de julho já estaremos começando a colher isso de todos os profissionais do sistema público de
304 saúde, municípios e estados, que estão trabalhando em hospitais. Raul Molina considerou interessantíssimo e parabenizou o
305 Senhor Coordenador pela iniciativa, mas além da prioridade colocada para os colegas que estão nos hospitais, sugeriu também
306 colocar para as pessoas que estão sintomáticos respiratórios nos municípios, pois essas pessoas estão com dificuldade de
307 retornar ao trabalho e são trabalhadores prioritários para os municípios então seria importante incluí-los nos grupos prioritários.
308 O Senhor Coordenador respondeu que para sintomático é RT-PCR e não sorologia, a idéia é usar a sorologia para ver quem já
309 teve e essas pessoas em tese podem ficar mais à frente na assistência, mas quem for sintomático é RT-PCR, inclusive estamos
310 inundando os núcleos com swab para fazer RT-PCR sem limitação, chegaram ontem no LACEN duas máquinas dois novos
311 robôs, hoje o Estado está fazendo com uma capacidade dois mil exames e vão para quatro mil exames, a idéia é não limitar.
312 Geraldo Magela parabenizou o Senhor Coordenador, considerando uma iniciativa fantástica e colocando a necessidade de os
313 centros de atendimento também serem incluídos, ressaltando que o centro de atendimento de Ilhéus vem atendendo os
314 municípios ao entorno e gostaria que fosse incluída essa equipe que está fazendo um bom trabalho na região. O Senhor
315 Coordenador registrou que todos os profissionais que estão na assistência serão testados, não vai fazer o pessoal que está aqui
316 na secretaria, exceto minha secretária, o pessoal que está nessa sala, as pessoas em torno de mim se pegar, mas todo mundo
317 que estiver na assistência lidando com paciente vai poder fazer. **Dando Prosseguimento, Cássio Garcia passou para o**
318 **seguinte ponto de pauta: 1.7 Funcionamento da Regulação pela CER.** Jacqueline Bomfim, Membro da Diretoria do COSEMS,
319 cumprimentou a todos, colocando que essa demanda era com relação ainda à re-centralização das Centrais Regionais de
320 Regulação – CER e a dificuldade contínua de alguns municípios quanto a retroalimentação e a manutenção de algumas
321 informações essenciais. Relatou que na semana passada houve uma demanda na região Sudeste com o município de Brumado,
322 inclusive como Cláudio estava assistindo deverá fazer alguma colocação sobre o que aconteceu e como aconteceu, e parece
323 que gerou ou está gerando algo no MPE. Continuou com o registro de dificuldades quanto aos leitos não COVID, a demora para
324 ter retorno e também algumas demandas com relação ao SAMU, a forma como se comporta e os protocolos a serem utilizados
325 para transporte e transferência de pacientes COVID. Nessa questão do SAMU mais especificamente se fala no apoio às equipes
326 quando elas se deslocam para unidades distantes ou próximas com relação à necessidade de alimentação, de ir ao banheiro, já
327 que eles estão paramentadas e precisam fazer esse processo de desparamentação. Além disso, quanto aos telefones que foram

328 disponibilizados pela CER para a retirada de dúvidas, seria interessante ter a idéia de como essa retirada de dúvida é feita pelo
329 sistema, as regiões sudoeste e oeste, a CER tinha um contato que ela mantinha no SUREN a informação do movimento que
330 estava sendo feito com as unidades solicitantes e a unidade que iria receber para que os municípios fossem tomando pé, esse
331 ponto é muito importante que volte a acontecer não só com relação aos municípios do sudoeste e oeste, mas se fosse possível
332 para todo o estado da Bahia. Raul Molina colocou que gostaria de pedir principalmente a Cláudio que estava presente, outro dia
333 também viu duas ou três pessoas da Diretoria do COSEMS se manifestarem, além de Jacqueline que trouxe a situação, porque
334 havia uma insatisfação muito grande e esse é o momento de se colocar para ver quais os problemas que estão acontecendo e
335 não ficar discutindo só no grupo da Diretoria, assim provocou os colegas a se colocarem para esclarecerem as dúvidas. Claudio
336 Feres, Secretário Municipal de Saúde de Brumado, cumprimentou a todos dizendo que gostaria de falar sobre a Central de
337 Regulação, pois ainda estavam encontrando inúmeras dificuldades para trabalhar com a CER, relatando que seus pacientes
338 estão sendo regulados para outras regiões de saúde, serviços que rotineiramente eram realizados em Vitória da Conquista, os
339 pacientes hoje estão sendo regulados para Salvador, fora da região, como também estão encontrando algumas regulações de
340 outras regiões de saúde vindo para Brumado. Ressaltou que estão com essa dificuldade por conta dessa regionalização,
341 acreditando que o pessoal ainda está um pouco perdido, estão encontrando algumas dificuldades também quanto à resposta,
342 também está acontecendo de pacientes dentro do Hospital Professor Magalhães Neto, para ser regulado para a própria UTI é
343 preciso da autorização da CER e essa autorização é muito demorada, então por diversas vezes estão com vagas nos leitos de
344 UTI e não conseguem autorização da CER para regular dentro do próprio hospital. Argumentou que também os municípios
345 vizinhos estão questionando essa dificuldade, por diversas vezes estão rodando 24 horas com vagas em leitos de UTI e as
346 solicitações não estão chegando da CER, coisa que não acontecia anteriormente, inclusive gostaria de ressaltar o trabalho que
347 era feito pela central de Vitória da Conquista na pessoa da Dra. Jucélia que sempre esteve à disposição, nunca deixou de atender
348 sábado, domingo, feriado e é a pessoa que ainda tem um contato para tentar ajudar nessa regulação. Relatou que na semana
349 passada tiveram dois problemas, um paciente de Guajeru, dezesseis dias em tela e não conseguiu a regulação, a médica por
350 conta própria resolveu colocar esse paciente dentro da ambulância, foi encaminhado para o hospital de Brumado sem nenhum
351 aviso prévio e infelizmente veio a óbito, o outro foi um paciente de Brumado, renal crônico, vinte e cinco dias sem dializar, com
352 exame para solicitar um cateter e só depois dos vinte e cinco dias foi que conseguiu o apoio também da Dra. Jucélia, mas
353 infelizmente quando saiu a regulação esse paciente morreu no meio do caminho na cidade de Milagres. Enfatizou que sua região,
354 falando pelos vinte e um municípios, continua com muita dificuldade com a Central de Regulação, situação esta que não
355 acontecia antigamente quando era descentralizado, entendendo que a centralização é um ato administrativo, mas realmente
356 estão sofrendo muito com esse novo fluxo. Eleuzina Falcão, Secretária Municipal de Saúde de São Francisco do Conde e
357 Membro da CIB, cumprimentou a todos, afirmando ter se sentido contemplada com a fala de Jacqueline, mas gostaria de trazer
358 uma outra questão de que estão enfrentado dificuldades com o transporte, inclusive a semana passada por duas vezes colocou
359 essa dificuldade no grupo, relatando ter tido pacientes regulados com a vaga de UTI assegurada, paciente grave e passou 48
360 horas, teve outro caso que superou as 48 horas sem conseguir devido à dificuldade com transporte e a informação que recebeu
361 foi de que não havia transporte, não havia ambulância para fazer esse traslado do paciente de um hospital para outro. Enfatizou
362 que essa é uma dificuldade que tem sido observada e como o colega Cláudio colocou, estão vivenciando uma situação totalmente
363 atípica, mas de qualquer forma o paciente que necessita de UTI que é colocado na tela como paciente grave, existe um leito de
364 UTI assegurado aguardando e passar dois, três dias sem conseguir transferir esse paciente é uma questão muito séria que
365 precisa ser revista e inclusive verificar outras possibilidades de que forma se precisa fazer isso. Ponderou que seu município
366 está a setenta quilômetros de Salvador para onde tem sido regulados seus pacientes, então é preciso começar a pensar em
367 outras alternativas para que realmente esse fluxo ocorra porque na verdade até então o problema que se apresentou não foi a
368 falta do leito, mas sim o transporte para garantir que esse paciente chegue a esse leito para ter o atendimento necessário. Rita
369 de Cássia Santos, Diretora da Regulação, cumprimentou a todos colocando que iria fazer algumas considerações. Em relação
370 ao que Cláudio pontuou, relatou que houve uma apresentação com o secretário essa semana sobre as regulações não COVID
371 e o que estava sendo observado de dificuldade nesse processo regulatório. Informou que hoje no final do dia vai ter uma
372 videoconferência com Dr. Geovani do HGVC e Jassicon que vai acompanhar essa reunião, para tomar algumas medidas a fim
373 de retornar ao número de regulações que havia habitualmente com o HGVC. Ressaltou que quando uma unidade apresenta
374 alguma dificuldade de acolhimento, a CER diante da gravidade vai lançar mão da oferta em outro local, como o maior poder de
375 execução é Salvador mesmo, acaba que em alguns momentos esse paciente é direcionado para cá, mas entende-se que o
376 melhor local para o paciente é o mais próximo e é por isso que haverá essa reunião com o HGVC e o Hospital Regional de
377 Guanambi que foi um dos que da região sudoeste apresentou uma queda no atendimento, como também o Hospital Regional
378 Costa do Cacau, ambos têm justificativas de alguns leitos vocacionados para COVID e também de certa dificuldade diante dessa
379 situação dos pacientes com casos suspeitos. Argumentou que às vezes o paciente tem algum outro problema e tem uma febre,
380 por exemplo, a unidade executante já solicita que tenha um swab e isso tem dificultado muito o acolhimento dos pacientes não
381 COVID, mas que apresenta dentro da sua comorbidade também o sintoma que poderia ser relacionado ao COVID, além disso,
382 tem o tempo resposta desse swab porque além de solicitar o swab tem o tempo resposta do resultado. Afirmou não gostar de
383 falar sobre situações pontuais, mas uma das situações colocadas por Cláudio sobre um paciente renal, na verdade Jucélia que
384 continua como gestora do Núcleo Regional da Região Sudoeste, reconhecendo o trabalho importante que ela sempre teve e
385 mantém na região, foi quem lhe passou essa demanda do paciente, era um paciente para permcath que infelizmente só tem a
386 oferta desse serviço no Hospital Geral Roberto Santos, esse paciente pela distância era um paciente de UTI dialítico, então
387 houve uma dificuldade para conseguir esse leito aqui disponível, Jucélia lhe acessou, e conseguiu acordar com o Roberto Santos
388 para o paciente vir para a sala vermelha, foi liberado o aéreo e a unidade informou que o paciente poderia vir de ambulância
389 básica, colocou-o na ambulância básica e o mesmo foi a óbito no traslado, infelizmente, mas a maioria das situações que lhe
390 tem sido passadas, Jucélia claro fica como a primeira pessoa de acesso na região, mas tem tentado intervir aqui em todas as
391 situações. Em relação ao geral, informou que se observa hoje o número de pacientes aguardando na tela da regulação tendo
392 uma normalidade da tela, com o mesmo número, hoje quando olhou estava em mil e duzentos pacientes que é o mesmo que
393 estava antes dessa situação da desmobilização. O número médio nas regionais se fosse considerar como se ainda tivesse o
394 complexo sudoeste, hoje estaria com cento e oitenta somando Sudoeste e Oeste que é o número que já trabalhava

395 habitualmente, a Região Sul com cento e dezoito também era o número médio que trabalhavam somando Sul e Extremo Sul, a
396 Região Norte com pouco menos do que o habitual está hoje com noventa e nove pacientes e o que era antes aqui da Região
397 Central, na verdade que a Central trabalhava diretamente com quatro regiões de saúde, está um pouquinho abaixo do número
398 da média mesmo, está com menos pacientes que o habitual que são setecentos e setenta e seis pacientes somando Nordeste,
399 Centro-leste, Centro-norte e Leste. Relatou que tem percebido a necessidade de ampliar a quantidade de médicos reguladores
400 e isso já foi feito, inclusive estão recebendo a partir de hoje vinte médicos reguladores para ter uma melhor oferta de equipe nos
401 finais de semana quando tem sentido o acréscimo da demanda na tela e no período noturno também. Lembrou que quando
402 assumiram o processo regulatório dos Complexos Reguladores praticamente só fizeram assumir o mesmo número de
403 profissionais e já entendiam que era um número que precisava ser ampliado e conseguiram isso recentemente, então já vai ter
404 esse plus dentro do salão de regulação. Ressaltou que os treinamentos continuam intensificados com o apoio tanto dessas
405 gestoras que ficaram na CR Sul e CR Sudoeste que são Luciana Pinheiro e Jucélia e Dr. Eduardo Sampaio, Coordenador Médico
406 da Central Estadual, que tem rotineiramente feito treinamento com as equipes, além disso, estão lançando mão de uma
407 ferramenta dentro do próprio SUREM para indicar o local mais próximo de acesso para o paciente e evitar possíveis
408 encaminhamentos para locais mais distantes tendo recurso dentro da região. Em relação ao telefone, informou que hoje está
409 sendo feita já a transição do sistema de telefonia que era o que estava apresentando alguns problemas e por isso lançaram mão
410 dos telefones móveis que a princípio não foram colocados porque esse canal que foi aberto e os números fixos também não são
411 um canal para tirar dúvidas, mas sim um canal a mais para quando tem uma situação grave e que a regulação não tem dado o
412 retorno para essa equipe das unidades solicitantes acessarem a Central, então imagina que até o final de semana vai conseguir
413 retornar a normalidade das ligações telefônicas sem nenhum problema como estava acontecendo de não conseguir falar, a
414 ligação cair, sem conseguir passar para outro ramal, provavelmente isso se resolve hoje. Em relação ao que Eleuzina colocou
415 do transporte que é um tema recorrente e se fala isso o tempo inteiro, informou que a SESAB através da SUREGS vem lançando
416 mão de todas as medidas possíveis para tentar sanar o problema, recentemente teve a contratação de uma equipe aqui na
417 Região Leste que entrou com duas ambulâncias que foi o que conseguiram de imediato e está sendo avaliada uma proposta
418 para colocar empresas à disposição de cinco regiões de saúde que são as mais distantes já que não conseguiram nenhuma
419 empresa com interesse de adesão ao credenciamento que seria a Região Oeste, Extremo-Sul, Centro-Norte, Nordeste e Centro-
420 Leste. A Região Norte já tem, a HUMANA já entrou, era uma das regiões que também não tinha. O ponto da base que está se
421 pensando colocar é em Seabra que é um local mais distante e lá não tem SAMU, até quando vai fazer aéreo é uma dificuldade
422 porque não tem quem leve o paciente até o aeroporto em Lençóis, então foi pensado na base ficar lá. Na Região Oeste seria em
423 Barreiras, na Centro-Norte seria Irecê, na Extremo Sul em Porto Seguro e na Nordeste em Alagoinhas. Ponderou que esse
424 Termo de Referência deve sair até semana que vem no máximo, mas a estratégia está sendo lançar mão de contratar pessoas
425 e colocar nesses espaços já que não houve empresa com interesse no credenciamento da SUREGS que permanece em aberto
426 para todo o estado, o credenciamento teve um aumento de 50% do orçamento, mas infelizmente não teve empresa com
427 interesse. Em relação ao questionamento do SAMU que Jacqueline colocou, ressaltou que não tinham autonomia sobre a equipe
428 do SAMU, talvez Alcina consiga intervir para ver como seria o acolhimento dessa equipe nos locais onde ela encaminhou o
429 paciente. Argumentou que o que podem fazer do que tem sido visto e que pode melhorar ainda mais o processo já tem sido feito
430 e ponderou que problemas sempre existiram, várias coisas que foram pontuadas não são novas, nem com a Central nem com
431 os Complexos, são os mesmos problemas e sempre foi acessada pelos gestores da mesma forma. No momento da transmissão
432 que foram os trinta primeiros dias claro que sentiram o maior impacto nas falhas de encaminhamento de paciente, inclusive pediu
433 o apoio dos secretários e voltava a pedir novamente, para quando houver um encaminhamento de paciente para um local mais
434 distante que essa unidade negue como a Região Norte já faz e prefere que o paciente continue em busca do recurso na região.
435 Concluiu colocando-se à disposição para o que puderem sugerir a fim de alcançar melhorias. Luiza Campelo, Secretária
436 Executiva do COSEMS informou que no chat tinham duas mensagens referentes ao tema de Secretários que estavam na outra
437 sala. Cássio Garcia colocou que ia sinalizar no início que até para dar celeridade à reunião que as perguntas do chat seriam
438 respondidas por e-mail, observando que tem vários questionamentos, alguns inclusive que se perde o time como o de Shirleyde
439 sobre o glaucoma, do Adilson do Sul que também questionou se estavam lendo as respostas, no momento eram mais de cem
440 participantes online. Stela Souza colocou ter pedido a Luiza para só postar no chat perguntas referentes ao tema que estava
441 sendo tratado agora e só tinha duas perguntas e fez a leitura das mesmas. A gestora de Rafael Jambreiro perdeu uma idosa com
442 COVID ontem após 24 horas de regulação e a gestora de Irecê pergunta quando chegará ambulância UTI na região de Irecê e
443 como está o processo dos leitos de UTI COVID. Chamou atenção de que a questão dos leitos seria abordada mais para a frente
444 na reunião, então eram só essas duas perguntas agora. Rita de Cássia Santos esclareceu com relação ao transporte de Irecê
445 que conforme já tinha pontuado, como não houve empresa com interesse no credenciamento na região, estão lançando mão
446 dessa tentativa de contratação de profissionais para ficarem nesses locais, lá seria no Hospital Regional de Irecê, mas é um
447 termo que está sendo construído para depois tentar essa contratação, então o problema é a falta de empresas com interesse
448 nessas regiões e essa é outra tentativa que a SESAB está lançando mão, não dá para dizer o prazo, o Termo de Referência já
449 está sendo construído pela SUREGS para em seguida lançar esse contrato e ver se conseguem articular dessa forma. Ressaltou
450 que normalmente as demandas de Irecê são todas aéreas e tem sido realizadas todas as solicitações quando pertinentes, em
451 alguns casos raros que acabam lançando mão de terrestre, quando é um paciente que tem um quadro clínico estável, mas tem
452 o risco de agravar no caminho acaba sendo utilizada uma das empresas, geralmente é a Ultra Vida que fica com base em Santo
453 Antônio de Jesus, inclusive Irecê é um dos municípios que mais faz remoção aérea, além de Barreiras, Juazeiro e Porto Seguro.
454 Em relação ao que foi pontuado sobre a perda de um paciente não tinha como se colocar porque não sabia exatamente quem
455 era o paciente, o que foi que aconteceu, se foi COVID nem como foi a busca. Relatou que até o momento tinha recebido uma
456 notificação de Cláudio questionando a baixa ocupação dos leitos de UTI de Brumado, a resposta está sendo finalizada hoje
457 porque esperou finalizar o mês de maio para poder dar uma resposta mais respaldada nos fechamentos de leito da unidade, mas
458 voltou a pontuar que qualquer inconformidade no processo regulatório deve ser notificada oficialmente à CER para que enquanto
459 diretora possa dar um retorno para os secretários, diretores das unidades ou quem mais movimentar alguma provocação. Cláudio
460 Feres colocou que gostaria de dar duas sugestões simples, lembrando que ainda têm alguns hospitais municipais que não estão
461 inseridos no processo de regulação e precisam entrar nesse processo, pois estão trabalhando com fax. A outra sugestão era

462 incluir todos os leitos hospitalares na CER para que possam trabalhar com admissão e alta, pois muitas vezes nos hospitais
 463 maiores, por exemplo, tem paciente aguardando para ser internado e acaba competindo com paciente que está também na tela,
 464 então para facilitar para a CER, cada hospital deveria informar tanto a admissão quanto a alta dos leitos para que a CER possa
 465 ter um número real diário dos leitos disponíveis no estado. Rita pediu para Cláudio repetir a primeira sugestão e ele reiterou que
 466 seria incluir todos os hospitais municipais na CER, exemplificando que na sua região ainda tem hospitais utilizando regulação
 467 via fax. Rita respondeu que na verdade isso é um problema de serviço da unidade porque para acessar o sistema basta apenas
 468 que o hospital tenha internet em um computador, argumentando que de casa qualquer pessoa que tenha internet consegue
 469 acessar o sistema, então todos os hospitais podem ter o acesso ao sistema. O Senhor Coordenador interrompeu, colocando
 470 para Cláudio que a partir do dia primeiro de julho o fax da Central não será mais utilizado. Cláudio explicou que na verdade
 471 alguns hospitais têm tipo uma mini central paralela para regular, como a região é muito grande, são vinte e um municípios, então
 472 acaba tendo umas mini regiões e estão trabalhando ainda com fax, não sabia se em outras regiões de saúde isso ainda acontecia,
 473 então a sugestão era que todos os hospitais municipais virem executores, para que a CER possa ter acesso a esses leitos. Rita
 474 entendeu que o que Cláudio estava propondo eram duas coisas que na verdade seria o sonho da Central. A primeira é a situação
 475 de que todas as unidades de fato acessem o SUREM através da sua unidade, com seu profissional capacitado, incluindo o
 476 paciente no sistema, porém essas unidades referem que não tem computador, que não tem internet, que não tem pessoal
 477 habilitado e a Central não pode criar barreira de acesso, então se a unidade está do outro lado enviando e-mail dizendo que não
 478 tem como inserir o paciente, a Central é claro continua permitindo, não tem como proibir que as unidades enviem e-mail referindo
 479 que estão com algum problema, então elas mandam o relatório por e-mail e a Central insere o paciente no sistema. Lembrou
 480 que sempre vem apresentando o seguinte dado no Fórum de regulação, dos quatrocentos e dezessete municípios da Bahia
 481 ainda tem uns trinta e poucos que não acessam o sistema das suas unidades, poderia até passar depois essa informação de
 482 quais municípios não acessam o sistema e rotineiramente enviam e-mail para que a Central insira o paciente na tela. A outra
 483 coisa era a questão dos leitos estarem disponíveis para a Central, inclusive Alcina sempre pontua isso, porque quem de fato é o
 484 executante para a Central são as unidades do estado, as contratadas da rede própria, raramente tem oferta de leito municipal
 485 com exceção daqui de Salvador que desde 2012 tem uma gestão compartilhada e oferta os leitos do contrato do município de
 486 Salvador para a Central, fora Salvador nenhuma outra unidade municipal oferta, inclusive até as próprias contra-referências, são
 487 aqueles pacientes que vieram para uma unidade de maior complexidade, já fizeram o que precisavam fazer, tem uma baixa
 488 complexidade e poderiam retornar para o seu HPP, até esses pacienteS a Central tem uma dificuldade incrível de fazer com que
 489 retornem para essas unidades, quem dirá receber esses leitos do contrato municipal para a regulação, então habitualmente isso
 490 também infelizmente não ocorre, seria um fato importante porque pelo menos na contra referência a Central usaria os hospitais
 491 de grande porte. Cláudio Feres registrou que os leitos de Brumado estão disponíveis para a Central, lembrando que quando
 492 conversou com a CER Regional ficou bem definido que esses leitos estariam disponíveis para os municípios que tem participação
 493 com Brumado, não daria para abrir para todo estado e para toda a região até porque não tem recurso estadual para os leitos
 494 clínicos, apenas para os leitos de UTI e retaguarda. Rita informou que o que habitualmente o Hospital de Brumado oferta, quando
 495 diz ofertar, é passar para a Central quantos leitos disponíveis ele tem, então hoje Brumado informa UTI adulto e UTI neo que é
 496 o que tem de contrato, para os demais a Central consegue acessar sim os leitos, mas não os que nos ofertam, a Central não
 497 espera a informação da vaga, vai e solicita ao hospital e de diversas outras demandas e eles recebem também, mas não há a
 498 oferta desses leitos deliberadamente, são duas coisas diferentes. Cláudio concordou e colocou que é de forma manual mesmo,
 499 na base da confiança. Stela Souza questionou se mais alguém queria se manifestar sobre regulação e transporte, pois quanto à
 500 região de Irecê, Rita já tinha respondido, lembrando que até foi colocado isso na reunião passada e sugerindo que a região
 501 também procurasse ajudar, ver se consegue empresas que atuem na região para poder dar uma força, para ver se o problema
 502 é contratar em todas as regiões. Rita colocou que foi até uma solicitação lançada pela superintendente Gerusa de que se os
 503 secretários identificassem alguma empresa com interesse que sinalizasse que ela entraria em contato para tentar fazer adesão
 504 dessas empresas nessas regiões saúde que continuam desertas. Cássio Garcia agradeceu a Rita, Jacqueline, Cláudio, todos
 505 que mais uma vez trouxeram de uma forma madura essa discussão que está persistindo, mas que é importante trazer novamente.
 506 **Dando prosseguimento, passou para o próximo ponto de pauta: 1.1 Cenário Epidemiológico das Arboviroses no Estado**
 507 **da Bahia.** Márcia São Pedro iniciou a apresentação em slides colocando que é importante lembrar que em meio à pandemia do
 508 COVID ainda têm casos de dengue no Brasil que já estão ultrapassando o número de quinhentos mil e é extremamente
 509 importante lembrar que os agravos de saúde pública não pararam de acontecer, ao mesmo tempo em que tem a pandemia do
 510 COVID que está chamando atenção, paralisando o estado, todo mundo em função disso, continuam enfrentando todas as gripes,
 511 H1 N1, todos os outros vírus, a dengue e o sarampo também.



Mostrou no slide abaixo os números em relação ao Nordeste, a Bahia e o Brasil, com dados até a vigésima terceira semana epidemiológica. Em relação à Dengue, no Brasil já são oitocentos e vinte e três mil setecentos e trinta e oito casos, o Nordeste tem oitenta e nove mil duzentos e vinte e seis casos e a Bahia já apresenta cinquenta e três mil cento e nove casos notificados, chamando atenção de que existe uma subnotificação porque os técnicos foram todos deslocados pela própria situação da pandemia, mas mesmo assim os números estão elevados. Em relação à Chikungunya, são quarenta e sete mil cento e cinco casos notificados no Brasil, o Nordeste tem vinte mil novecentos e cinco casos, e a Bahia está com dezesseis mil setecentos e vinte e oito, representando 35,5% dos casos totais de todo o país, isso é algo muito importante e que está trazendo complicações sérias. Em relação à Zika, no Brasil já são três mil seiscentos e noventa e dois casos, no Nordeste tem dois mil cento e noventa e um casos e a Bahia está com mil quinhentos e cinco casos, representando 42,7% em relação ao país.

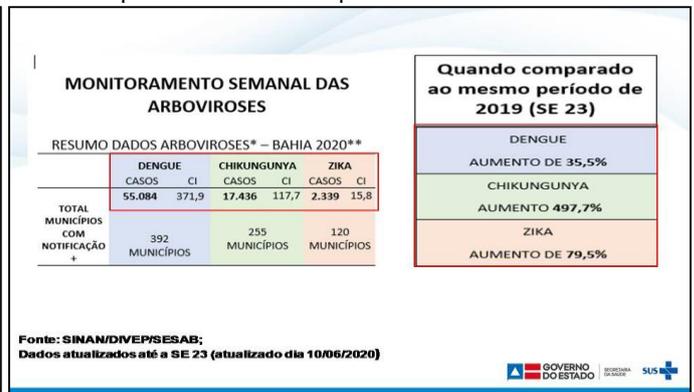
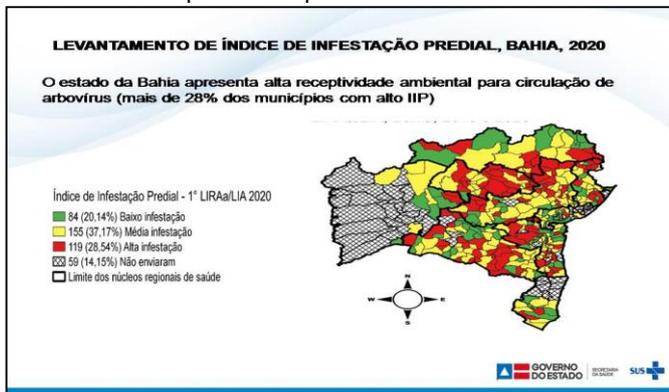
TABELA 1 Número de casos prováveis e taxa de incidência (/100 mil hab.) de dengue, chikungunya até a SE 23, e zika até a SE 21 por região e Unidade Federada, Brasil, 2020

Região/UF	Dengue SE 23		Chikungunya SE 23		Zika SE 21	
	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)	Casos	Incidência (casos/100 mil hab.)
Norte	17.818	96,7	924	5,0	272	1,5
Nordeste	89.226	156,3	20.905	36,6	2.391	3,8
Maranhão	2.249	31,8	139	2,0	98	1,4
Piauí	1.211	32,0	74	2,3	4	0,1
Ceará	13.376	148,7	428	4,9	83	0,7
Rio Grande do Norte	5.027	143,3	1.994	56,9	122	4,9
Paraíba	3.110	77,4	329	8,2	27	0,7
Pernambuco	9.284	97,1	833	8,7	192	2,0
Alagoas	1.197	35,9	65	1,9	36	1,1
Sergipe	444	95,3	115	5,0	22	1,0
Bahia	53.329	392,2	16.728	112,5	1.527	10,6
Sudeste	285.077	322,6	24.703	27,3	738	0,8
Centro-Oeste	162.581	997,6	632	3,9	410	2,5
Sul	268.036	892,5	541	1,8	81	0,3
Brasil	823.738	392,0	42305	22,4	3.692	1,8

Boletim Epidemiológico 24 SUS+



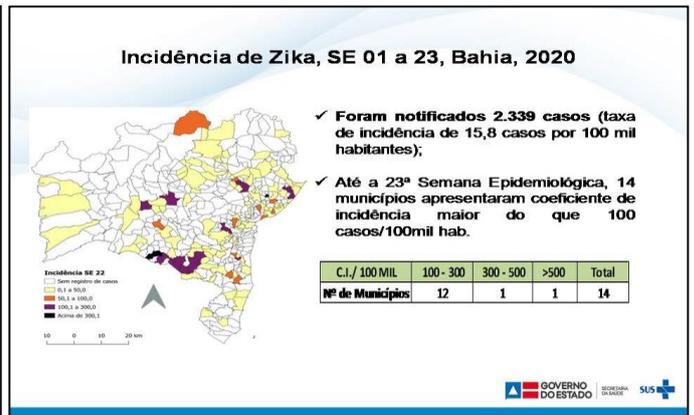
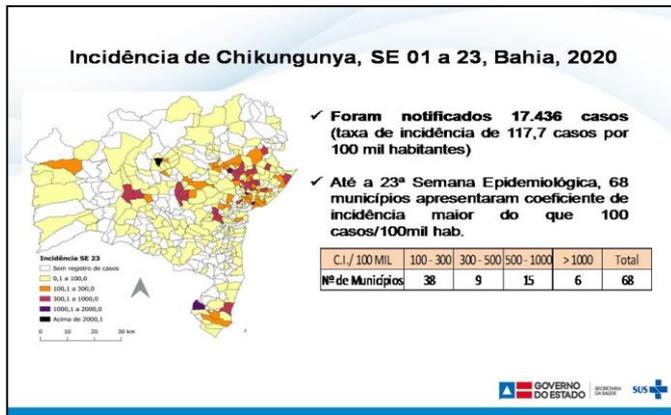
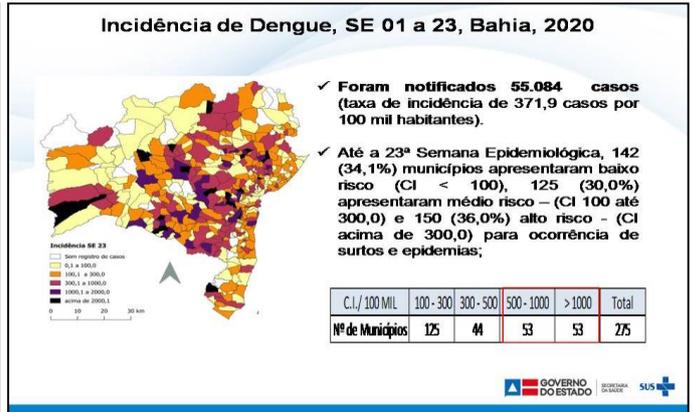
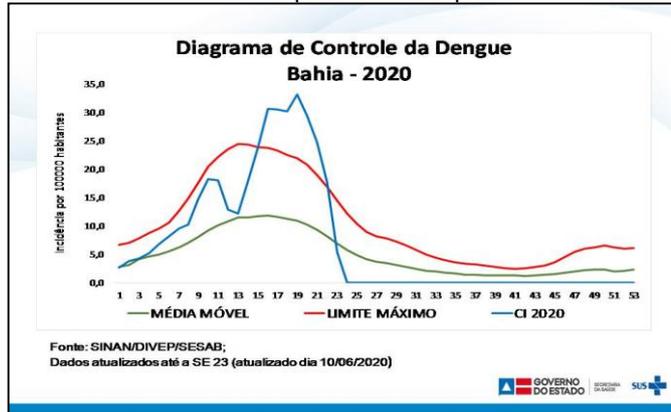
Mostrou no slide abaixo o levantamento do Índice de Infestação Predial, Bahia 2020 considerando importante levar em consideração que o estado apresenta uma alta receptividade ambiental para circulação do arbovírus e tem hoje mais de 28% dos municípios com alto índice de infestação predial. Trouxe alguns dados referentes ao primeiro LIRAA/LIA que foi realizado em 2020 onde oitenta e quatro municípios estão dentro do índice de infestação de baixo índice, cento e cinquenta e cinco já entram na classificação média de infestação, cento e dezenove já estão com alta infestação e cinquenta e nove municípios não enviaram para a Coordenação de Agravos Não Transmissíveis os dados referente LIRAA/LIA que foi realizado em fevereiro. Chamou atenção da responsabilidade dos municípios de que as ações devem ser realizadas em paralelo e que esse índice de infestação precisa ser registrado, tudo isso dá embasamento para argumentar com o Ministério no sentido de que está havendo desabastecimento e que precisam ter dados que justifiquem a utilização dos aduticidas e dos inseticidas necessários. No slide seguinte mostrou o Monitoramento Semanal das Arboviroses, colocando que comparando a vigésima terceira semana epidemiológica em 2019 e agora em 2020 verificam que a Dengue teve um aumento de 35,5%, a Chikungunya teve um aumento assustador de 497,7% e a Zika um aumento de 79,5%, chamando atenção que estão com subnotificação e mesmo assim são dados altos e os pacientes que estão sendo atendidos nas unidades tem quadros clínicos compatíveis com as arboviroses.



No slide abaixo mostrou o Diagrama de Controle da Dengue Bahia – 2020, explicando que a linha verde é a média móvel, ou seja, de tudo que aconteceu de casos nos outros anos é o que a área vem esperando, então iniciando na primeira semana epidemiológica até a vigésima quarta semana existe um aumento e depois vai descendo. A linha vermelha é o limite, então tem que comparar aos nossos casos entre essa média móvel que é o esperado dos casos que vem sendo acompanhados e o máximo que pode ter desse limite. A linha azul é o coeficiente de incidência, são os casos novos de 2020 que vieram aparecendo, começou na primeira semana epidemiológica, quando chegou por volta da sétima, oitava, nona tiveram um surto não epidêmico, teve um aumento do número de casos, mas não foi considerada epidemia ainda porque está dentro do limite do máximo e da média do que vem acontecendo na média móvel. Entretanto a partir da décima terceira semana observa-se que os casos começam a aumentar, esses casos sobem e tem simplesmente um surto epidêmico com o aumento de casos bem nesse período entre a décima quinta até a vigésima segunda semana e aí tem uma queda, essa queda não são ações que melhoraram, e reforça que estão no meio de uma epidemia de COVID e essa queda está mostrando que os dados não estão sendo notificados e com isso tem dados que não estão entrando no sistema de informação, mas é claro que ela vai ficar ainda pequena porque não tem dado continuidade, continua acompanhando então estão na epidemia das arboviroses, na epidemia de dengue e é preciso ficar atento e alerta para a situação. Nos slides seguintes a Incidência da Dengue, Bahia 2020, cinquenta e cinco mil e oitenta e quatro casos notificados (taxa de incidência de 371,9 casos por 100 mil habitantes). Até a vigésima terceira semana

596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616
617
618
619
620
621
622
623
624
625
626
627
628
629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662

epidemiológica, cento e quarenta e dois municípios (34,1%) apresentam baixo risco para dengue porque tem o coeficiente menor que cem casos, cento e vinte e cinco (30,0%) estão no médio risco e cento e cinquenta (36,0%) já com alto risco para ocorrência de surtos e epidemias. Em relação à Chikungunya até a vigésima terceira semana epidemiológica, sessenta e oito municípios com maior incidência do que cem casos por cem mil habitantes e em relação à Zika já são quatorze municípios que apresentam esse coeficiente maior do que cem casos por cem mil habitantes



Mostrou nos slides abaixo as estratégias adotadas pela DIVEP/SUVISA/SESAB para Prevenção e Controle das Arboviroses ressaltando que algumas são ações que já vieram de 2019 e chamando atenção que as arboviroses tem que ser uma ação intersectorizada, pois a saúde sozinha não vai dar conta e precisam trabalhar cada vez mais articulados: - Publicação de dois Alertas Epidemiológicos (fevereiro e maio/2020); - Web Palestra sobre manejo Clínico da Chikungunya (março/2020) ; - Publicação semanal dos boletins epidemiológicos; - Participação do Comitê Estadual de SCZV, com discussões e semanalmente levantando alertas; - Realização de Oficina sobre Vigilância, Prevenção e Controle da Febre Amarela em articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério em outubro de 2019; - Implementação/fortalecimento da Sala Estadual de Coordenação e Controle das Arboviroses; - Elaboração e divulgação do Guia Prático de Diagnóstico e Manejo Clínico de Arboviroses (2019); - Elaboração e divulgação de fluxograma de decisão (manejo clínico Dengue -2019); - Compra e distribuição de “Kit para ACE” (material para atividades de vigilância e controle Aedes aegypti) para todos os municípios (2018-2019); - Gestão de insumos estratégicos (praguicidas). Inseticidas liberados em 2020.1: - Malathion EW 44%: 9.000 litros; - Cielo LV – 11.440 litros; - Pyriproxyfen - 9.100 quilos; - Até 17/06/2020, foram realizadas ações de bloqueio químico espacial com emprego de equipamento de pulverização acoplado a veículo - UBV pesada (“carro fumacê”) em 45 municípios do estado da Bahia. Relatou que ainda tem um quantitativo de município que não foi atendido e isso tem a ver com o quantitativo de inseticida que tem sido liberado pelo Ministério da Saúde, então é importante lembrar que cada carro de fumacê, cada UBV, cobre quinze mil imóveis e quando vem a solicitação para passagem de UBV e que vai estar atrelado ao índice de infestação predial, o número de casos notificados e mesmo assim tem conversado muito com a equipe dizendo que o número de casos é a referência estadual, entendendo que nesse momento também que há uma subnotificação em função do momento que estão vivendo, e que o ideal é que essa notificação seja feita de forma correta, mas os casos estão acontecendo, então quando um carro sai é com o cálculo do inseticida para cobrir quinze mil imóveis porque às vezes surgem pedidos tipo “mas como está no município aqui perto será que não dá para vir para cá”, às vezes não vai e não é por maldade, é porque o carro sai com o quantitativo determinado e para cobrir determinada área é um outro cálculo de inseticida e estão com desabastecimento de inseticida.

- #### Estratégias adotadas pela DIVEP/SUVISA/SESAB para Prevenção e Controle das Arboviroses
- ✓ Publicação de 02 Alertas Epidemiológicos (fevereiro e maio/2020);
 - ✓ Web –palestra sobre manejo clínico Chikungunya (março/2020) ;
 - ✓ Publicação de boletins epidemiológicos (semanal);
 - ✓ Participação do Comitê Estadual de SCZV;
 - ✓ Realização de Oficina sobre Vigilância, Prevenção e Controle Febre Amarela em articulação com SVS (Out, 2019);
 - ✓ Implementação/fortalecimento da Sala Estadual de Coordenação e Controle Arboviroses;
 - ✓ Elaboração e divulgação do Guia Prático de Diagnóstico e Manejo Clínico Arboviroses (2019);
 - ✓ Elaboração e divulgação de fluxograma de decisão (manejo clínico Dengue - 2019).

- #### Estratégias adotadas pela DIVEP/SUVISA/SESAB para Prevenção e Controle das Arboviroses
- ✓ Compra e distribuição de “Kit para ACE” (material para atividades de vigilância e controle Aedes aegypti) para todos os municípios (2018-2019);
 - ✓ Gestão de insumos estratégicos (praguicidas).
 - Inseticidas liberados em 2020.1:
 - Malathion EW 44%: 9.000 litros;
 - Cielo LV – 11.440 litros;
 - Pyriproxyfen - 9.100 quilos;
 - Até 17/06/2020, foram realizadas ações de bloqueio químico espacial com emprego de equipamento de pulverização acoplado a veículo - UBV pesada (“carro fumacê”) em 45 municípios do estado da Bahia.

663 Mostrou nos slides abaixo os Desafios: - Limitação nas ações de rotina ACE relacionadas à pandemia COVID. Tem pessoal na
 664 equipe acima de 60 anos e que tem comorbidades e não podem ir para a linha de frente, nas casas as pessoas, às vezes, não
 665 querem aceitar porque precisa fazer a parte de bloqueio postal que muitos casos vão ser resolvidos com isso, precisa verificação
 666 de foco e tratamento, então tem essas limitações. - Desabastecimento nacional do inseticida/adulticida de efeito residual
 667 (Bendiocarb), desde 2019; - Contingenciamento nacional do larvicida Pyriproxyfen, com atendimento parcial do volume solicitado
 668 pela DIVEP/SESAB. Mostrou uma tabela com o histórico das solicitações via CIEVS: no dia 10 de janeiro foi solicitado 4.800 kg
 669 e foi liberado, no dia 20 de fevereiro foi solicitado 5.000kg e só veio 500 kg, no dia 12 de março foi solicitado mais 5.000 kg e não
 670 foram atendidos, não chegou nada para o estado e no dia 15 de abril 5.000 kg e só receberam apenas 800 kg, apenas 16%. A
 671 solicitação quantitativa é feita de acordo com as demandas que vinha utilizando e com o esperado dentro do comportamento das
 672 arboviroses. - Prevista entrega de 3.000 kg de Pyriproxyfen em julho de 2020 pelo Ministério da Saúde, mas não significa que
 673 irão receber. Nesse período outro desafio foi que no meio dessa epidemia acontecendo o Ministério muda o inseticida e mudando
 674 o inseticida as máquinas tiveram que ser paradas, lavadas, reguladas, porque a cada ciclo que normalmente são cinco ciclos de
 675 cinco dias, de três dias, a depender da necessidade, essa máquina retorna e ao retornar precisa ser feita a contagem de gotas
 676 de espectro porque não é só ligar a UBV e soltar, tem que ver se a quantidade de gotas que é liberada que sai da máquina se
 677 consegue atingir a distância para pegar um mosquito adulto que estiver voando, depois de quinze dias ele para de ter qualquer
 678 ação, ele é naquele período de bloqueio, então a UBV é extremamente importante e relevante para ações de bloqueio de surtos
 679 e epidemias. Então nesse momento de mudança a equipe foi treinada, foi solicitado aos núcleos que fizessem um cadastramento
 680 desses profissionais que foram treinados em grupos pequenos para não ter aglomeração, foi lá na central de UBV em Serrinha
 681 que foi feito esse treinamento já que era um inseticida novo, como seria aplicado e quais os cuidados. Aí houve um atendimento
 682 parcial do volume de adulticida que foi solicitado no dia 22 de maio de 2020, então em 2020 receberam 12.000 litros, desses
 683 2.000 vieram do dia 6 de Abril, 10.000 em 4 de maio e 2.000 chegaram agora no dia 12 de junho, então no dia 16 de junho tinham
 684 disponível na central 560 litros de inseticida de Cielo na unidade, o que daria para fazer uma área que era composta por 33.939
 685 Imóveis. Acontece que hoje têm uma solicitação lá parada até ontem de 427.384 Imóveis O que significa que para cobrir essa
 686 área, para ter condição de atender esses municípios, precisariam de 7.165 litros de Cielo e o estado não tem hoje porque não
 687 recebeu do ministério as solicitações que foram feitas.

Desafios

- Limitação nas ações de rotina ACE relacionadas à pandemia COVID;
- Desabastecimento nacional do inseticida/adulticida de efeito residual (Bendiocarb), desde 2019;
- Contingenciamento nacional do larvicida Pyriproxyfen, com atendimento parcial do volume solicitado pela DIVEP/SESAB (tabela 01);

Tabela 1. Histórico de solicitação Pyriproxyfen 0,5%, via SIES

Nº do pedido	Data do pedido	Volume Solicitado	Volume fornecido
4173353	10/01/2020	4.800 Kg	4.800kg
4276386	20/02/2020	5000.kg	500kg (10%)
4319048*	12/03/2020	5000 Kg	Não atendido
4422415*	15/04/2020	5000 Kg	800 Kg (16%)

* Até o momento, não recebemos o volume de inseticida solicitado em março de 2020. Solicitação reiterada em 15 de abril de 2020, com fornecimento pendente.

- Está prevista entrega de 3000 kg pyriproxyfen em julho de 2020, pelo MS

GOVERNO DO ESTADO | SUS

Desafios

- Implantação de novo inseticida/adulticida no curso da epidemia (Abril de 2020);
- Atendimento parcial do volume de adulticida solicitado em 22 de maio de 2020.
- Em 2020, a DIVEP/SUVISA/SESAB recebeu 12 mil litros (02 mil litros em 06 de abril de 2020 e 10 mil litros em 04 de maio de 2020) e 02 mil litros em 12/06/2020;
- Em 16/06/2020, havia disponível, apenas, 560 litros no nível central - há viabilidade técnica-logística para ação de bloqueio químico espacial com UBV em área formada por 33.939 imóveis;
- O atendimento da demanda está condicionada a disponibilidade de inseticida para cobrir/atender área com 427.384 imóveis (7.165 litros de Cielo).

GOVERNO DO ESTADO | SUS

700 Nos slides seguintes mostrou as recomendações do que é preciso para trabalhar em conjunto: - Manter a vigilância ativa de
 701 síndromes febris com notificação e investigação em tempo oportuno; - Implementar/Executar os planos municipais de
 702 contingência das arboviroses; - Implantar/implementar a Sala Municipal de Coordenação e Controle de arboviroses (SMCC) que
 703 é onde a gente consegue ter ações mais efetivas; - Manter as ações intersetoriais para controle vetorial do *Aedes aegypti*,
 704 sobretudo nas localidades com maiores Índice de Infestação Predial (IIP) e localidades com transmissão ativa; - Organizar a
 705 Rede da Assistência à Saúde, de forma a garantir acesso e manejo clínico adequado e oportuno para os casos que venham a
 706 surgir; - Capacitar e mobilizar os profissionais de saúde para a suspeição dos sinais e sintomas compatíveis com Dengue,
 707 Chikungunya ou Zika, possibilitando diagnóstico e manejo clínico oportunos e adequados; - Reforçar/ampliar as orientações de
 708 autocuidado, principalmente sobre hidratação em âmbito domiciliar, de acordo com os manuais para manejo clínico de Dengue
 709 e Chikungunya; - Notificar todos os casos com sinais de alarme, casos graves e óbitos suspeitos de Dengue, Zika ou
 710 Chikungunya, de forma imediata (em até 24 horas), todo óbito relacionado a agravo de saúde pública, isso está na portaria aquela
 711 consolidada do Ministério e é de conhecimento de todos que o óbito tem que ser notificado em 24 horas e tem 48 horas para ser
 712 lançado no sistema de informação do SIM. - Investigar óbitos suspeitos com Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus
 713 urbanos de forma imediata.

Recomendações

- Manter a vigilância ativa de síndromes febris com notificação e investigação em tempo oportuno;
- Implementar/Executar os planos municipais de contingência das arboviroses;
- Implantar/implementar Sala Municipal de Coordenação e Controle de arboviroses (SMCC);
- Manter as ações intersetoriais para controle vetorial do *Aedes aegypti*, sobretudo nas localidades com maiores Índice de Infestação Predial (IIP) e localidades com transmissão ativa;
- Organizar a Rede da Assistência à Saúde, de forma a garantir acesso e manejo clínico adequado e oportuno;

GOVERNO DO ESTADO | SUS

Recomendações

- Capacitar e mobilizar os profissionais de saúde para a suspeição dos sinais e sintomas compatíveis com Dengue, Chikungunya ou Zika, possibilitando diagnóstico e manejo clínico oportunos e adequados;
- Reforçar/ampliar as orientações de autocuidado, principalmente sobre hidratação em âmbito domiciliar, de acordo com os manuais para manejo clínico de Dengue e Chikungunya;
- Notificar todos os casos com sinais de alarme, casos graves e óbitos suspeitos de Dengue, Zika ou Chikungunya, de forma imediata (em até 24 horas); e
- Investigar óbitos suspeitos com Protocolo de Investigação de Óbitos por Arbovírus urbanos de forma imediata.

GOVERNO DO ESTADO | SUS

730 Finalizou a apresentação reiterando que hoje tem uma limitação do inseticida por parte do Ministério que não tem enviado, esse
731 inseticida Cielo não pode ser comprado, ele tem que ser fornecido pelo Ministério e estão fazendo o que podem e o que não
732 podem, da melhor forma para atender todos os municípios que estão com necessidade, mas a questão é que realmente há essa
733 limitação do inseticida e enquanto isso é preciso estar trabalhando em paralelo e articulado para conter também essas epidemias
734 das arboviroses. Cássio Garcia agradeceu a Márcia, considerando a apresentação de extrema relevância, inclusive deveria ter
735 secretários já fazendo questionamentos. Informou que já tinha sido enviado ofício da CIB realizada no dia 16 de abril sobre a
736 questão do desabastecimento do larvicida e ainda não houve nenhuma resposta por parte do Ministério, entendendo o momento
737 da pandemia, mas não só pelos números apresentados como também na prática onde tem acompanhado uma grande quantidade
738 de pessoas com sintomas de Chikungunya é impressionante, concomitante até com o COVID, como está cada vez mais próximo
739 isso também, essa é a realidade que está evidenciada. Rívia Barros, Superintendente da SUVISA e Membro da CIB, colocou
740 que muitos secretários têm lhe ligado com relação à essa questão das arboviroses e relatou que além do Ministério ter ficado
741 desde outubro do ano passado sem enviar do produto, quando ele comprou logo já mudou de produto, agora estão usando o
742 Cielo e foi preciso fazer todo um treinamento com a equipe como também o preparo de todo o equipamento, então teve mais
743 essa demora. Enquanto isso muitos municípios entraram em surto e chegou agora o período das chuvas, então gostaria que os
744 secretários entendessem que existe uma listagem de solicitação que eles cumprem todo um regramento que vem do Ministério
745 da Saúde, todo mundo sabe da dificuldade nesse momento e isso tem sido um dificultador também para fazer as análises, porém
746 tem uma fila, tem um número limitado de equipe e de carros, não adianta passar um dia só em um município porque são feitos
747 cinco ciclos, às vezes o município manda pedir para determinada quantidade de bairros, é feita uma programação de tantos
748 meses e aí quando está no município querem para mais tantos bairros e às vezes não é possível porque aquele carro já está
749 preparado para ir para outro município que está aguardando. Relatou que teve um carro agora que deu perda total, graças a
750 Deus não teve nenhum problema com o pessoal, a frota está sendo ampliada tirando carros de outras áreas, e estão tentando
751 estudar uma modelagem para melhorar isso, mas são vários dificultadores a exemplo da chuva, que não tem como trabalhar
752 porque a água da chuva vai interferir e não vai ter utilidade aquele produto, não vai agir como deveria. Colocou-se à disposição
753 para se reunirem depois para pensar algumas modelagens e melhorias, porque não está sendo fácil para ninguém porque com
754 o surto a quantidade de municípios acumulou e a frota não está dando conta de estar a tempo e a hora como deveria e além
755 disso a quantidade de produto que veio a menor e não bateu com a conta necessária para o estado. Stela Souza colocou como
756 encaminhamento sobre o ofício que foi feito em abril, de não esperar mais e já fazer outro ofício reiterando primeiro, lembrando
757 que o Ministério da Saúde tem mudado os atores envolvidos à frente dos trabalhos e não se sabe se nessa mudança os papéis
758 continuam, assim a Jacqueline que vai participar da reunião da diretoria do CONASEMS hoje às 17 horas para levar essa pauta,
759 inclusive apresentar o ofício que foi feito em abril e que não obteve resposta e o de agora, reiterando que está faltando larvicida
760 desde o ano passado e está uma situação muito difícil para os municípios darem conta de tudo. Ressaltou que nesse momento
761 que estão vivendo teve um aumento grande de casos apesar de subnotificação, mas como Cássio falou, houve também um
762 aumento grande de casos principalmente de Chikungunya, inclusive é preciso encontrar uma forma de resolver a questão das
763 sorologias que os municípios também estão tendo dificuldade para fazer, assim gostaria que Márcia ou Rívia pudesse depois
764 dar alguma orientação para ver se conseguem melhorar essa situação e também tornar trazer o manejo clínico para capacitar
765 as equipes e os profissionais, porque há uma confusão muito grande da Chikungunya com o COVID até porque ambos vêm com
766 febre, dor no corpo, sintomas semelhantes, isso está criando dificultador muito grande, os municípios que estão tendo surto estão
767 passando muita dificuldade. Ana Ofélia Matos ponderou que essa era uma daquelas situações na saúde pública que pode se
768 chamar de tragédia anunciada, lembrando que essa demanda que saiu da CIB de abril foi provocada pela CIR de Serrinha, esse
769 cenário que já estava iniciando de forma bastante tensa é uma coisa que trás uma tristeza muito grande, uma aflição e em sua
770 região não está diferente, quando se ouve na apresentação que de oitenta e um mil casos, cinquenta e três saíram da Bahia.
771 Observou também a questão da subnotificação porque as equipes estão trabalhando, mas o foco principal é a questão do COVID
772 que muitos casos estão se confundindo com alguma arbovirose e está um cenário extremamente difícil de lidar no dia a dia e
773 além desse cenário todo de adversidade tem também na ponta o problema que de fato não chega o larvicida, o inseticida, como
774 tiveram problema para adequar o carro fumacê, na ponta a questão das bombas costeais também está com problemas, inclusive
775 já procurou como regular o bico dessa bomba e não encontrou no mercado, não tem como trabalhar com esse novo larvicida ou
776 inseticida porque as bombas costeais não estão adequadas para o seu uso, assim solicitou apoio do estado nessa questão das
777 bombas costeais ou dos bicos para substituir os atuais. Esse era seu encaminhamento e tinha absoluta certeza que na maioria
778 dos municípios essas ações e outras de monitoramento de trabalho direto da equipe de atenção básica junto com a equipe de
779 vigilância estão sendo feitas, mas está longe de ser o suficiente para dar conta de uma epidemia como a que está se colocando
780 no estado da Bahia e ainda precisam frente a toda essa questão hospitalar que vem se discutindo de regulação, transporte
781 sanitário, ter que lidar com essas questões dos casos graves de Dengue, é preciso pensar nos leitos em como lidar com esse
782 cenário que não é surpresa. Enfatizou que é preciso dar visibilidade a essa tragédia a nível nacional, considerando que estão
783 entrando realmente em um genocídio e agora com uma arbovirose por Dengue, então não dava para ficar calada sofrendo na
784 ponta do jeito que estão, pois, a carga vem para o colo do secretário e do prefeito, isso está insuportável e vai chegar um ponto
785 que não vão mais suportar. Desculpou-se pelo o excesso nas palavras e pelo tom elevado e aguerrido, mas realmente estava
786 difícil demais e terminou desabafando. Raul Molina colocou que já tinha sido contemplado com as falas de Rívia, Stela e Ana
787 Ofélia, apenas queria reforçar que a sorologia está terrível principalmente para diagnosticar Chikungunya e ainda estão sofrendo
788 a migração das pessoas que tinham planos de saúde que foi cortado a sorologia e estão lhe procurando porque quando vão para
789 os laboratórios particulares estão pedindo em torno de seiscentos a oitocentos e cinquenta reais na sorologia para arboviroses,
790 isso realmente está caindo no seu colo e está ficando difícil. Considerou a apresentação muito boa, bem clara com relação à
791 discrepância do fornecimento de inseticida e com o momento das chuvas que chegaram aqui na Bahia, principalmente no mês
792 de maio teve chuva todos os dias, era somente isso que queria colocar. Eleuzina Falcão colocou-se extremamente contemplada
793 com a fala de Ana Ofélia, inclusive em alguns momentos trocaram ideias a respeito dessa situação e dessa preocupação que
794 realmente são dois grandes enfrentamentos com uma estrutura única, com porta de entrada única, com uma equipe hoje única
795 voltada para o COVID e realmente é preciso dar visibilidade a esse problema porque do contrário mais uma vez pode ser visto
796 como uma omissão municipal e não é o caso. Ressaltou que estavam colocando esse problema durante todo o tempo, chamando

atenção, tem também a situação do desabastecimento do produto pelo Ministério da Saúde e é preciso realmente começar a falar sobre isso, mas falar de uma forma muito incisiva e verificar qual a forma para fazer frente à essa situação. Relatou que seu município está com alguns casos, inclusive pessoas que têm buscado a unidade de saúde achando que é COVID e quando faz a avaliação na área clínica percebe-se claramente que são sintomas de Chikungunya e Dengue e é preciso estar preparado para essa situação, assim, sugeriu que fosse dado algum encaminhamento para essa situação. Cássio Garcia lembrou que um dos encaminhamentos já tinha sido dado por Stela, o de estar reiterando e levando para o CONASEMS, informando a Stela que tinha acabado de ser encaminhado o ofício da CIB de abril para o seu e-mail e o e-mail de Jacqueline para que possam reforçar junto ao CONASEMS e da mesma maneira o estado vai fazer junto ao CONASS, pois é de fundamental importância ter pelo menos uma resposta do Ministério. Concordeu que a apresentação foi muito boa e didática, ressaltando que também estavam preocupados com esse tema por isso trouxeram novamente. Considerou que Ana Ofélia foi muito feliz nas suas colocações, pois sem esse apoio mínimo não vão conseguir dar conta dessas trocas, de tudo que Márcia e Ofélia trouxeram, a questão do bico, são problemas reais que estão vivendo e com dificuldade de resolução. Reiterou que Stela estará levando o ofício, mas será feito outro já que mudou também a Secretaria Executiva do Ministério, senão não vão conseguir vencer também esse outro desafio que está concomitante à pandemia. Stela Souza sugeriu a Nanci que junto com Márcia se possível que esse ofício ficasse pronto agora de tarde e mandasse pelo whatsapp para que pudesse ler e encaminhar também oficialmente para o CONASEMS aproveitando a oportunidade. Concordeu com Eleuzina sobre a publicização dessa questão da falta do larvicida, lendo uma pergunta do chat de uma colega que gostaria de saber por que está havendo desassistência na entrega do larvicida, então até para os gestores fica difícil saber que não tem porque o Ministério não está mandando e é preciso deixar isso bem claro, que não é o estado que não está mandando e sim porque não está vindo. Sugeriu que o COSEMS poderia fazer uma matéria na sua área de comunicação informando o que está acontecendo, pois é preciso inclusive que a população também ajude na questão dos cuidados que cada um tem que ter no seu imóvel, na questão do cuidado, porque o Agente de Endemia não está entrando nas residências porque não pode e também não é só o larvicida, nem o inseticida, é também a população não se descuidar na questão da arbovirose se preocupando com o COVID e os casos aumentando. Parabenizou e agradeceu a Márcia pela apresentação perfeita, solicitando que lhe mandasse esse material. Cássio Garcia informou que foi construída uma Nota em conjunto sobre tudo isso, essas colocações e a apresentação que praticamente já compõe a nota toda, agora é estudar a publicidade nesse sentido em conjunto, esse foi outro encaminhamento feito além daquele do Ministério da Saúde, de reenviar o ofício para CONASS e CONASEMS. Dando prosseguimento passou para o próximo ponto de pauta: 1.3 Evolução da implantação da rede COVID hospitalar. Alcina Romero ponderou que tentaram fazer da forma mais sucinta possível o acompanhamento da evolução da rede hospitalar, relatando que esse é um trabalho permanente a partir do Gabinete da SESAB com todas as suas áreas técnicas envolvidas, o Secretário acompanhando quase que pessoalmente e juntos com a diretoria do COSEMS toda segunda, quarta e sexta-feira trataram do assunto, observando a evolução, tirando alguns encaminhamentos, tem sido um trabalho por um lado muito trabalhoso, mas também muito prazeroso, estar com Naia, Rodrigo, Cristiano, Cássio, Nanci, Stela, Raul e Denise, sem faltar um dia. Lembrou da importância de todos terem visto as resoluções CIB que foram publicadas *ad referendum*, pois toda segunda, quarta e sexta após esse trabalho de validação sai uma Resolução CIB e é encaminhada uma planilha de leitos para o Ministério da Saúde, essa planilha também vai alimentar a planilha da Rede COVID anexa ao Plano de Contingência Estadual disponível no site da SESAB/coronavirus. Iniciou a apresentação em slides falando um pouco sobre a estimativa de necessidade de leitos desde o início da pandemia, para subsidiar o planejamento desses leitos, os parâmetros que foram utilizados para essa estimativa, foi um trabalho bem grande de pesquisa de muitas fontes feitas pela Coordenação da Atenção Hospitalar na pessoa de Aline Costa e chegaram desde o início com uma estimativa da necessidade de quatro mil cento e vinte e cinco leitos entre clínicos e de UTI, as variáveis foram essas aqui tempo médio de permanência, tempo de duplicação da epidemia, necessidade de internação de 15% dos casos positivos, 7% em UTI, 8% em leitos clínicos. No início trabalharam com 10% em leitos clínicos e 5% em UTI, mais ou menos com sessenta dias da pandemia observaram que o comportamento do Estado da Bahia não era esse, então fizeram uma alteração e corrigiram essa estimativa de necessidade.

EVOLUÇÃO DA REDE HOSPITALAR EXCLUSIVA COVID






Estimativa de Necessidade de Leitos

Parâmetros

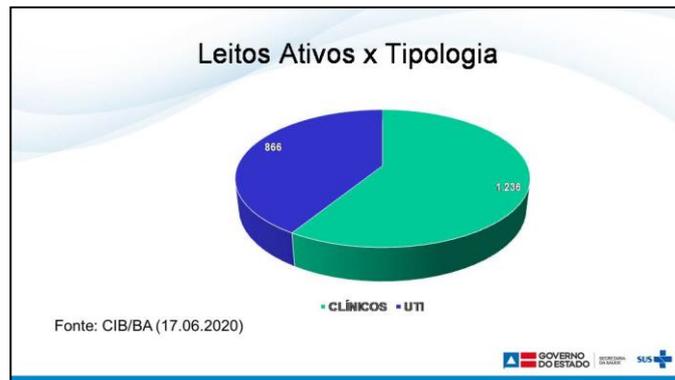
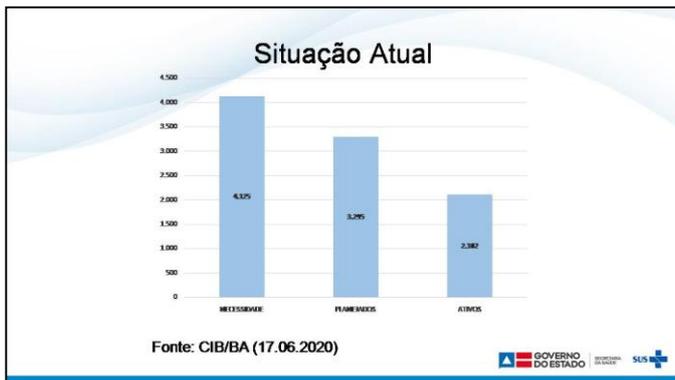
- Projeção de 1% da população baiana infectada,
- Crescimento médio diário de 7% em novos casos de infecção,
- Necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos,
- TMP de 07 dias na UTI e 14 dias em leitos clínicos (parâmetro OMS),
- Tempo médio de duplicação da epidemia de 5,1 dias.

Fonte: COAH/DAE

Macrorregião	UTI	Leito clínico	TOTAL
Leste	735	964	1699
Centro-Leste	167	249	416
Nordeste	62	106	168
Centro-Norte	58	77	127
Norte	91	144	235
Oeste	110	187	297
Sudoeste	177	293	470
Sul	192	298	490
Extremo-Sul	86	137	223
TOTAL	1670	2455	4125

Mostrou no slide abaixo a situação atual ressaltando que hoje o que tem é baseado no ontem, na Resolução da CIB, era essa necessidade de quatro mil cento e vinte e cinco leitos, tem planejado três mil duzentos e noventa e cinco leitos, dos quais dois mil, cento e dois já em atividade entre clínicos e de UTI adulto e Pediátrico, essa diferença entre o planejado e o que vai entrando em atividade é mais ou menos o objetivo das reuniões da CIB. Observou que ainda não conseguiram planejar a totalidade da necessidade do que se estimou e já é preciso ir fazendo outras avaliações. No slide seguinte, dos leitos ativos são dois mil cento e dois quanto a tipologia, mil duzentos e trinta e seis são leitos clínicos e oitocentos e sessenta e seis são de UTI, ou seja, a Bahia não está trabalhando com a estimativa do Ministério da Saúde, a recomendação de quatro leitos clínicos para um de UTI, a nossa necessidade hoje ainda é o comportamento dos pacientes na Bahia, ainda é de uma necessidade maior de leitos de UTI, então tem hoje essa distribuição.

864
865
866
867
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930

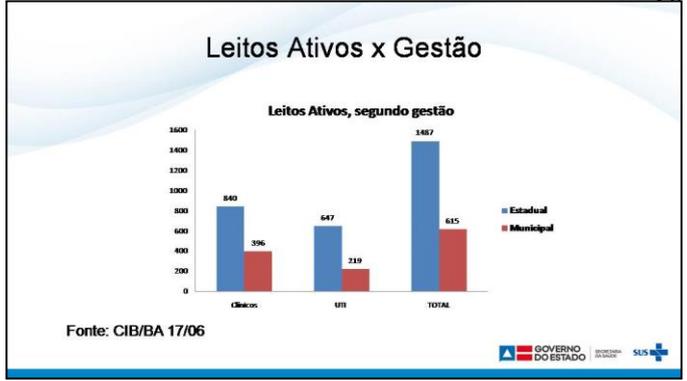


Mostrou no slide abaixo como foi que o início de funcionamento desses leitos evoluiu, numa série histórica a partir do dia primeiro de abril onde tinham trezentos e vinte e cinco leitos ativos daqueles planejados e esses leitos foram entrando em funcionamento diariamente, também tem leitos que saem, foram planejados, por algum motivo não se conseguiu efetivar o funcionamento, ele sai da planilha entra outro prestador, outra unidade e isso tem sido um movimento diário, mas a observação importante é o quanto se evoluiu nesses noventa dias basicamente. Essa é a evolução até chegar hoje a dois mil cento e dois leitos, numa série histórica semanal onde pode se observar que toda semana aumenta o número de leitos ativos em atividade frente àqueles planejados. No slide seguinte outro dado que é acompanhado pela DAE desde o dia 18 de abril e que estão monitorando é a Taxa de Ocupação Geral, tanto dos leitos clínicos como dos leitos de UTI adulto e pediátricos por macrorregião, por região de saúde e por estabelecimento. É um trabalho enorme, de domingo a domingo, mas tem dado uma satisfação grande porque conseguem hoje visualizar, ter um retrato de como está se comportando os leitos e quando se alia esse dado com as solicitações de regulação é possível ter ideia de como está a evolução da pandemia. Observou que houve um pico de taxa de ocupação no dia 6 de maio, mas se comparar com o gráfico anterior de início de funcionamento de leitos ele cai justamente quando os leitos dão um pico maior de atividade. A partir daí tem um crescente de taxas de ocupação, passou seis dias mais ou menos com a média mantida de 60% e esperam que se mantenha desta maneira, essa é a taxa de ocupação geral entre leitos clínicos e leitos de UTI. Argumentou que não quis carregar a apresentação fazendo variáveis, tem todos os dados, mas optou por não fazer por região, por macro, por hospital, por tipos de leito adulto, pediátrico porque senão passaria aqui a manhã inteira, mas todas as variáveis são passadas inclusive para o COE que já está também trabalhando numa apresentação mais detalhada sobre isso. Agradeceu muito a colaboração, o empenho e a dedicação de todos os profissionais envolvidos nisso, pois esses dados eles são passados diariamente de domingo a domingo por whatsapp, por e-mail, pelos gestores ou das secretarias municipais ou de prestadores, contam ainda com Naia na Diretoria de Controle que busca esses dados de todos os hospitais contratualizados com a SUREGS e passa para a equipe da DAE, de Júlio da Diretoria da Rede Própria que busca todos os dados das unidades da Rede Própria e de todas as Secretarias Municipais de Saúde e agradece muito a Salvador na pessoa da Daniela, Elba de Camaçari, Kátia de Barreiras, Ana Carolina de Feira de Santana, ou seja, é de domingo a domingo se falando, e referiu que ela considerava merecida essa fala de reconhecimento do compromisso que foi assumido por essas pessoas, esses gestores e esses técnicos.

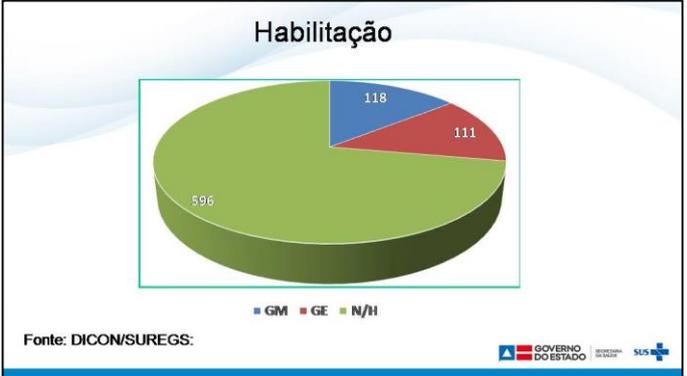
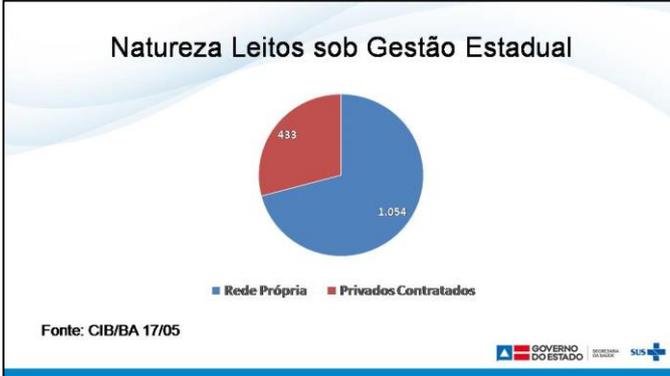


Mostrou no slide abaixo a Distribuição de leitos por macrorregião com duas imagens, uma, dos leitos planejados na macrorregião leste e o percentual que estão conseguindo atingir de ativos e das outras oito macrorregiões. Ficou separado porque a macrorregião leste por ter Salvador está concentrando um percentual maior de leitos e o gráfico ficaria muito disforme, então preferiram fazer uma imagem, fica mais didático dessa maneira, mas pode se observar que é mais ou menos o comportamento entre as macrorregiões, entre planejados e início de atividade e vem se comportando mais ou menos de maneira uniforme. No slide seguinte a gestão desses leitos ativos só trabalhando com os dois mil cento e dois leitos ativos, chamando atenção entre os leitos clínicos o percentual da gestão estadual com a gestão municipal de clínicos e de UTI, tem um percentual principalmente maior, a diferença maior para a gestão estadual dos leitos de UTI de maior complexidade, mas um importante número de leitos sobre gestão municipal.

931
932
933
934
935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997



No slide seguinte a Natureza dos Leitos sob Gestão Estadual, é outro recorte que achou interessante fazer de que 70% dos leitos hoje ativos como mostrado no gráfico anterior entre clínicos e de UTI está sobre gestão estadual, é onde estão esses leitos, então mil e cinquenta e quatro desses leitos da gestão estadual são em unidades da rede própria. Falou sobre o grande trabalho e empenho da gestão estadual em ampliar unidades, em estabelecer novos fluxos para implantação de leitos dedicados COVID, já que nem todas as regiões do estado ou mesmo todas as regiões do Estado não haveria condição de ter prestadores, rede suplementar nem rede Municipal fazendo e quatrocentos e trinta e três são leitos dos privados contratados também para a gestão estadual. Nesse ponto voltou para a questão dos óbitos, lembrando que todo óbito que está saindo nesta rede aqui, nesses quatrocentos e trinta e três leitos estão considerando leitos da rede privada, a natureza é privada, mas eles são leitos do Sistema Único de Saúde, são leitos que estão servindo ao Sistema Único de Saúde. No slide seguinte mostrou a Habilitação, uma coisa muito importante para os gestores, falando de financiamento, inclusive de sustentabilidade financeira do sistema todo, dos leitos de UTI que são oitocentos e quarenta, quinhentos e noventa e seis, não estão ainda habilitados pelo Ministério da Saúde, há dois ofícios no Ministério da Saúde desde o dia 15 de Maio, entre maio e junho, dois ofícios do gestor estadual e dos diversos gestores municipais solicitando habilitação, na verdade esses ofícios são da rede estadual solicitando habilitação e não foram ainda atendidos, apenas duzentos e vinte e nove leitos (229) estão habilitados sendo cento e dezoito (118) sob gestão municipal e cento e onze (111) sob gestão estadual, isso está preocupando muito. Relatou que ontem tiveram uma web conferência com o Ministério da Saúde onde este informou que não dispõe de abertura orçamentária para habilitação de mais leitos de UTI, inclusive conversaram com o Secretário e ele está ciente tomando as providências, mas isso aqui é uma coisa que é muito preocupante.



Finalizou colocando que teria muito mais números, são inúmeras variáveis que poderiam ser apresentadas, mas ficaria bastante cansativo, então priorizou dados gerais, mas que dão uma ideia de como está essa Rede Hospitalar Exclusiva COVID no estado. Stela Souza ponderou que valia uns considerandos sobre essa questão dos leitos porque já no final Alcina falou da reunião, da discussão que foi feita, um movimento com o Ministério da Saúde que muito preocupou sobre a questão da não habilitação ainda desses leitos, lembrando que são leitos que estão funcionando, não são aqueles leitos que ainda nos falta, são leitos ativos ainda não habilitados. **Alcina reiterou que são dois mil cento e dois leitos ativos, oitocentos e quarenta de UTI ativos dos quais quinhentos e noventa e seis sem habilitar.** Stela retornou colocando que não se tratava da necessidade porque ainda faltam leitos e Alcina argumentou que ainda não chegaram ao patamar da necessidade, nem conseguiram colocar em funcionamento todos os planejados, ainda estão evoluindo. Stela reiterou a necessidade de alertar que são leitos que estão funcionando e que ainda não foram habilitados e quando descobriu que os leitos municipais foram habilitados, os que foram solicitados até agora que tem o check list ok e os da gestão estadual não foram e que estão atendendo a nossa população, se preocupou, foi quando fez aquele movimento com o Ministério da Saúde. Chamou atenção que tanto sob gestão estadual como gestão municipal, esses leitos são para atender a população e gostaria que o Secretário também se manifestasse com o CONASS. Relatou que o Ministério ficou de passar alguma coisa hoje, pois apresentou alguns critérios ontem que viram na reunião e não se tratava de critérios que realmente estavam sendo utilizados para todos, mas aí ficou comprovado que o estado está fazendo tudo que foi solicitado, então vão aguardar hoje para ver se eles passam uma posição, mas é preciso cobrar. Cássio Garcia considerou muito bem colocado, pois os números são claros e também a necessidade, relatando que ontem tiveram uma reunião via web com o Ministério, depois levaram para o Secretário ontem à tarde e ele também já ratificou junto ao Ministro da Saúde sobre os dois e-mails ao CONASS e estavam aguardando a resposta do Ministério. Argumentou que isso gera uma insegurança na abertura de novos leitos que serão necessários, mas não podem dar um passo sem ter a garantia daquilo que já está ativo também então é aguardar o Ministério, esperando que no mínimo os que estão ativos sejam habilitados, esse é o desejo e a necessidade, então depois da reunião de ontem não se torna necessário um e-mail ou um ofício da CIB porque foi colocado e o Secretário já reitrou

998 também junto ao Ministro. Lembrou que como tem se realizado reuniões às segundas, quartas e sextas, se não houver nenhuma
999 sinalização por parte do Ministério até a próxima semana naturalmente que a CIB terá que se posicionar e por isso estava
1000 trazendo essa fala para deixar claro a todos os outros membros da bipartite que não tem a possibilidade de estar participando
1001 das reuniões da CIB ampliada e isso já fica até como encaminhamento porque também não dá para ficar aguardando
1002 eternamente a definição do Ministério. Stela Souza concordou e questionou sobre os leitos que faltam fora dos ativos não
1003 habilitados se vão continuar implantando, se os municípios podem ampliar leitos, se o estado pode ampliar os leitos que ainda
1004 precisam, se nem os que estão funcionando está habilitando, pois foi dito sobre nove mil leitos habilitados e não tem mais recurso
1005 para habilitar. Ressaltou que é preciso tentar resolver esses que já foram em maio e junho, lembrando que tem os leitos que
1006 estão sendo implantados, serviços novos que estão sendo implantados leitos novos, os municípios e estado implantando, como
1007 é que vai ficar, se a CIB vai continuar aprovando implantação de leitos, publicando resolução e mandando para o ministério já
1008 que ele está dizendo que não vai habilitar. O Senhor Coordenador enfatizou que não vão deixar o povo morrer por falta de leito
1009 de UTI, se o Governo Federal não pagar, com todo sacrifício do mundo o Governador Rui Costa vai dar um jeito de pagar, por
1010 isso é preciso ser muito criterioso nessa abertura de leitos daqui para frente, mais criteriosos do que já estão sendo. Comentou
1011 que tem unidade que pede dez leitos, mas a região já está abastecida de leitos, então não vão contratar, reclamam que o
1012 município aqui fica a cem quilômetros, mas na região está sobrando, então tem que começar a pensar na região porque não vai
1013 ter dinheiro para poder pagar tanta UTI aberta se não houver um critério muito rigoroso. Lembrou que hoje tem leitos COVID
1014 sobrando na região Oeste e Sudoeste e às vezes o município reclama, por exemplo, que está em Jequié e tem que ir para Vitória
1015 da Conquista, se não houver de fato habilitação de tudo isso que já abriu, vai ficar muito difícil conseguir avançar nessa velocidade
1016 que estão avançando, então não irão deixar faltar leito nenhum, mas esse arranjo microrregional vai ficar comprometido. Cássio
1017 Garcia aproveitou a fala do Secretário para reforçar a questão dos critérios, lembrando que ontem ficou bem claro ao Ministério
1018 da Saúde que o que o Estado da Bahia está enviando são leitos efetivamente ativos, com equipe e com equipamentos, inclusive
1019 a fala do Ministério ontem foi de que muitos estados estavam enviando esses leitos, mas que não tinham nem equipe nem
1020 equipamento, são leitos que foram habilitados pelo Ministério e que agora já está procedendo a desabilitação de alguns, hoje
1021 mesmo já tem duas desabilitações, então estão sendo muito criteriosos, nem o Secretário nem a Presidente do COSEMS
1022 assinam o envio desses leitos sem a garantia de que estão atendendo aos critérios mínimos considerados para envio ao
1023 Ministério da Saúde. Considerou essa ressalva é muito importante por isso se faz ainda mais necessário a habilitação desses
1024 leitos que são leitos ativos, efetivos, com equipe e com equipamentos. Alcina Romero colocou que lhe pareceu que o que
1025 aconteceu desde o início, talvez pela velocidade, é que não houve nenhum critério para habilitação de leitos, nem por cenário
1026 epidemiológico, nem populacional, foi algo do tipo, eu tenho dinheiro para oito mil leitos, quem chegar primeiro leva, mais ou
1027 menos assim, foi uma fala que lhe deixou extremamente triste, a representante do Ministério se reportou várias vezes à quebra
1028 de continuidade do Ministério da Saúde, ela própria falou três vezes isso em uma reunião de uma hora, então é muito preocupante
1029 mesmo. Geraldo Magela parabenizou a SESAB pelo volume de leitos, considerando no Brasil como um todo o lado positivo
1030 desse incremento de leitos, a fantástica quantidade de UTI ativas COVID, parabenizou pela quantidade de leitos na região Sul
1031 apesar de todas as dificuldades, reconhecendo que foi muito difícil implantar leitos praticamente do zero e hoje estão numa
1032 situação relativamente confortável, atendendo pacientes principalmente do extremo sul também e esse volume tem que ser
1033 reconhecido, o COSEMS tem que se posicionar, inclusive emitir uma nota ponderando esse esforço da SESAB através do
1034 Secretário. Considerou que Alcina foi extremamente feliz em sua apresentação, só ponderou que seria interessante na questão
1035 dos ativos de UTI dos oitocentos e quarenta que pudesse mostrar por macrorregião, argumentando que esse movimento que foi
1036 feito de agilidade e de eficiência implementado pela SESAB deveria ser publicizado. Mostrou-se surpreso positivamente com a
1037 quantidade, pois não esperava numa rapidez tão grande a quantidade de leitos implantados, considerando que historicamente o
1038 que vem sendo acompanhado desde 2006 foi um avanço extraordinário, e o COSEMS tem que reconhecer isso e apoiar o pleito
1039 dessas habilitações, pois não é possível uma situação dessas. Aquela história que Alcina colocou lhe lembrou alguma coisa que
1040 ouviu em 2006, 2007 do Ministério de que Sudeste e Sul tem tudo, rapidamente eles habilitam, já o Nordeste e o Norte têm certa
1041 dificuldade, esperando que não seja isso, que todos os leitos sejam habilitados, mas é preciso fazer uma pressão forte, então o
1042 COSEMS poderia emitir uma nota pressionando o Ministério e questionando o por que não saiu, porque não é possível a Bahia
1043 fazer esse esforço enorme nesse enfrentamento ao COVID, a região Sul está passando ainda uma situação muito difícil, há um
1044 empenho do estado e uma ausência do Ministério da Saúde, está clara a dificuldade de tratar com o Ministério, então o COSEMS
1045 tem que se posicionar de forma mais clara ainda, não só em videoconferência, mas com uma nota. Ponderou que é preciso
1046 habilitar e se querem novos leitos a matemática é simples, o estado vai chegar ao limite de pagar, o Governador vai ver que a
1047 conta está salgada demais, então gostaria de sugerir essas notas de posicionamento, considerando importante e fundamental,
1048 pois ninguém sabe a não ser a equipe de Alcina e especialmente o Secretário, da dificuldade de implantar um leito de UTI, é um
1049 Deus nos acuda, falta remédio, falta ventilador, falta tudo e graças a Deus houve a implantação na Bahia de uma grande
1050 quantidade de leitos que estava extremamente satisfeito com essa quantidade, esperando que venha mais, mas é preciso pagar
1051 essa conta, outros municípios estão demandando por justiça, mas precisam pensar realmente macrorregionalmente, tem um
1052 estrangulamento em tal região, como é que pode atender, contando que lá por exemplo estão atendendo muito paciente do
1053 extremo sul, há essa demanda muito forte e se não lhe falhe a memória houve problema com Itamarajú que recusou leitos o que
1054 é um absurdo, mas essa é uma questão que gostaria de parabenizar e pedir medidas duras do ministério e isso tem que ser
1055 publicizado, ele mesmo iria colocar na imprensa da região porque não é possível só o estado entrar com a contrapartida e o
1056 outro ente federado fingir que não é com ele, ou deve ter habilitado os leitos do sudeste, assim esperava realmente que fosse
1057 tomada uma medida mais dura. Cássio Garcia colocou que tinha uma pergunta no chat sobre os leitos de UTI de Jacobina e
1058 esclareceu que essa semana foram enviados os equipamentos que estavam faltando, aquela dificuldade dos respiradores
1059 colocada por Magela, e chegando lá o gestor já se prontificou a instalar, vai ser gestão própria do município e esperava que
1060 nessa próxima semana já esteja aberto. Stela Souza colocou que tinha também uma pergunta de Dulce, gestora de Irecê sobre
1061 como está o processo dos leitos de UTI COVID para o Hospital Mário Dourado sobrinho e o Senhor Coordenador respondeu que
1062 o Mário Dourado não vai ter UTI COVID. Dando prosseguimento, Cássio Garcia passou para os próximos pontos de pauta: **1.4.**
1063 **Portaria nº 1.514, de 15 de junho de 2020, que define os critérios técnicos para a implantação de Unidade de Saúde**
1064 **Temporária para assistência hospitalar – Hospital de Campanha – voltadas para os atendimentos aos pacientes no**

1065 âmbito da emergência pela pandemia da COVID-19; 1.5 Portaria nº 1.521, de 15 de junho de 2020, que autoriza a
 1066 habilitação de leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID-19; 1.6
 1067 Portaria nº 1.445, 29 de maio de 2020, que institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter
 1068 excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional
 1069 decorrente do coronavírus (Covid-19). Alcina Romero esclareceu que não deixava de ser uma continuidade, a ideia era fazer
 1070 um link com a apresentação anterior, sempre na lógica do Plano Estadual de Contingência que é um documento oficial e que vai
 1071 ser talvez o grande aliado dos gestores no momento de prestação de contas e de atendimento aos órgãos de controle. Iniciou a
 1072 apresentação em slides mostrando que o Plano Estadual de Contingência trás algumas tipologias para o enfrentamento ao
 1073 COVID: - Unidade Básica de Saúde; - UPA 24 Horas/ Pronto Atendimento; - PA COVID que era uma tipologia nova fomentada
 1074 pelo Governo do Estado para aproveitar estruturas que estavam pouco utilizadas ou subutilizadas em municípios com quantitativo
 1075 maior de população e que tivesse um conjunto de municípios ao lado possível também de atender à demanda espontânea e
 1076 fazer a estratificação de risco, o manejo do paciente e a estabilização; - Unidade Hospitalar de Referência COVID (Leitos Clínicos
 1077 e de UTI); - Unidade Hospitalar de Retaguarda (Leitos Clínicos e Estabilização para pacientes intermediários de gravidade
 1078 moderada); - Unidade Hospitalar de Referência Não COVID (desospitalização) que poderia ser aqueles HPP na lógica daquela
 1079 portaria que não andou para lugar nenhum como alguns hospitais a exemplo do Fazendão aqui em Salvador que é uma unidade
 1080 de referência não COVID que desospitalizou os pacientes do ICOM.

DAE/SAIS

MODELAGEM ASSISTENCIAL NO ÂMBITO DO ENFRENTAMENTO A COVID



PLANO ESTADUAL DE CONTINGÊNCIA

Tipologias de Pontos de Atenção:

- Unidade Básica de Saúde
- UPA 24 Horas/ Pronto Atendimento
- PA COVID
- Unidade Hospitalar de Referência COVID (Leitos Clínicos e de UTI)
- Unidade Hospitalar de Retaguarda (Leitos Clínicos e Estabilização)
- Unidade Hospitalar de Referência Não COVID (desospitalização)



1095 Lembrou que o Secretário sempre se reportou aos gestores municipais pedindo a implantação de unidades da atenção primária
 1096 à saúde que pudessem fazer exclusivamente o atendimento de pacientes com Síndrome Gripal e muitos gestores fizeram isso,
 1097 mas evidentemente não havia financiamento para isso e em 29 de maio o Ministério publicou a Portaria GM/MS N° 1.445 que
 1098 Institui os Centros de Referência para Enfrentamento à COVID 19. Mostrou no slide abaixo que de modo geral esses Centros
 1099 têm como atribuições: - ACCR (acolher e classificar riscos); - Atendimento presencial (método rápido fasttrack) com registro no
 1100 E-SUS APS, ou seja, através do PEC; - Testagem e Notificação; - Estabilização e encaminhamento de unidade de maior
 1101 complexidade sempre vinculado porque não poderia ter SUREM, não é leito, não é unidade de pronto atendimento; - Orientação,
 1102 integração com a vigilância epidemiológica para acompanhamento de pacientes. Essas são as atribuições que eram exatamente
 1103 as atribuições dos Centros daquelas unidades básicas que muitos municípios implantaram ou reorganizaram suas unidades
 1104 básicas. No slide seguinte os requisitos: - Cadastro no CNES (Posto de Saúde/UBS/Policlínica/ Unidade Mista/ Clínica/Centro
 1105 Especializado); - Funcionamento mínimo de 8 horas/dia; - Ambientes mínimos, mas é muito pouco é um consultório de ACCR,
 1106 um consultório médico, um leito de observação; - Carga horária mínima para três profissionais, médico, enfermeiro e técnicos de
 1107 enfermagem, de acordo com a tipologia. Essas tipologias são: - Financiamento: Tipo 1 (município até 70 mil hab- R\$ 60.000,00);
 1108 Tipo 2 (município até 300 mil hab- R\$ 80.000,00); Tipo 3 (município >300 mil hab- R\$ 100.000,00). Observação: deixa de fazer
 1109 jus ao incentivo da Portaria GM/MS N°430/2020 que é aquela do horário de funcionamento das UBS. O fluxo, isso não é
 1110 habilitação, o fluxo é: - Ofício do Gestor ao Ministério solicitando credenciamento; - Envio/exportação ao Ministério da base de
 1111 dados do CNES, dizer que esses profissionais têm que ser diferentes dos profissionais que atuam na carga horária de unidade
 1112 básica da atenção primária; - Publicação de Portaria de Credenciamento temporário por 90 dias começando em maio; - Inclusão
 1113 do EAS no Plano de Contingência Estadual, assim que sair a publicação vão fazer a inclusão desse estabelecimento no Plano
 1114 de Contingência Estadual também, então abriria mais um eixo de tipologia e mais uma planilha anexa ao Plano de Contingência,
 1115 publicou a portaria, está recebendo financiamento já está credenciado.

Portaria GM/MS N° 1.445 de 29/05/2020

Institui os Centros de Referência para Enfrentamento à COVID 19

Atribuições	Requisitos
<ul style="list-style-type: none"> • ACCR • Atendimento presencial (método fasttrack)- registro E SUS APS • Testagem e Notificação • Estabilização e encaminhamento a unidade de maior complexidade (vinculação) • Orientação 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastro CNES (Posto de Saúde/UBS/Policlínica/ Unidade Mista/ Clínica/Centro Especializado) • Funcionamento: mínimo 8 horas/dia • Ambientes mínimos • Carga Horária mínima: médico/enfermeiro/TE (De acordo com a tipologia)



Centros de Referência para Enfrentamento à COVID 19

Financiamento	Fluxo
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo 1 (município até 70 mil hab- R\$ 60.000,00) • Tipo 2 (município até 300 mil hab- R\$ 80.000,00) • Tipo 3 (município >300 mil hab- R\$ 100.000,00) • Obs: deixa de fazer jus ao incentivo da PT GM/MS N°430/2020 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofício do Gestor ao MS solicitando credenciamento • Envio ao MS da base de dados do CNES • Publicação de PT de Credenciamento temporário • Inclusão do EAS no Plano de Contingência Estadual



1130 Ressaltou que muitos municípios estão sendo chamados atenção, aqueles municípios que fizeram isso, que investiram nesses
 1131 centros, que agilizem o ofício, a questão do cumprimento dos requisitos e peçam esse credenciamento ao Ministério da Saúde,

1132 pois quem tem isso não deve perder realmente a chance de melhorar o financiamento para o enfrentamento da COVID. Então
 1133 essa é uma tipologia, vão propor inclusive mudar, mais uma vez alterar o Plano de Contingência para trazer essa tipologia, já
 1134 sabiam que o Plano de Contingência iria ser frequentemente alterado e a proposta é alterar e trazer uma planilha. No slide abaixo
 1135 mostrou a Portaria GM/MS Nº 1.514/2020 que institui os critérios técnicos para implantação de Hospital de Campanha. Ponderou
 1136 que muito tardiamente vem o Ministério da Saúde com as normativas, a pandemia está lá desde março, já sabiam que ela
 1137 chegaria em fevereiro e final de maio, início de junho é que vem a Portaria do Hospital de Campanha. Os critérios da Portaria: -
 1138 Estrutura temporária que pode ser implantada em anexo a unidade hospitalares permanentes, ou seja, tendas que são estruturas
 1139 temporárias, mas dentro do território da unidade hospitalar, estádios de futebol ou centro de convenções, áreas abertas
 1140 vinculadas a estruturas hospitalares pré-existentes. Estes hospitais de campanha para o Ministério só têm duas tipologias de
 1141 leitos. - Leitos Clínicos e Leitos de Suporte Ventilatório, que é uma coisa nova numa proporção de quatro leitos clínicos para um
 1142 leito de suporte ventilatório, que ela referiu que também coloca isso pouco em discussão. – Atribuição: internação clínica de
 1143 quadros de baixa complexidade e estabilização nos casos de piora do quadro, ou seja, devem pedir regulação. Não precisa
 1144 atender aos requisitos da portaria de habilitação de leitos de UTI e é importante que aqueles gestores que estão com leitos de
 1145 UTI com dificuldade de cumprimento de requisitos para habilitação na lógica da RDC nº 7 da ANVISA, visto a dificuldade que o
 1146 Ministério apresenta de habilitar como leito de UTI, pensem na possibilidade de habilitar como leito de suporte ventilatório
 1147 pulmonar. - Garantia de acesso à Centro de Material, Lavanderia e Laboratório e alta complexidade, ou seja, vai fazer a
 1148 tomografia na clínica de Doutor Fulano, não fala se é na mesma região ou no mesmo município, é uma habilitação bastante
 1149 simplificada. – Garantia de RH, equipamentos, mobiliário e insumos condizentes com as atribuições, não refere equipe mínima,
 1150 responsável técnico, parâmetro de número de profissionais, categorias, nada disso. - Financiamento seria os 1500 reais do valor
 1151 da internação que é do tratamento da síndrome respiratória aguda suspeita COVID ou confirmado COVID mais a diária de leito
 1152 de suporte ventilatório. Este foi o Hospital de Campanha que desde ontem que estão discutindo dentro do âmbito dos leitos da
 1153 gestão estadual, tem a Fonte Nova que é claramente um hospital de campanha, mas que foi planejado para atender todos os
 1154 requisitos da Portaria nº 7 porque se soubessem que poderia ter este tipo de leito teria talvez gasto menos, porque colocar
 1155 tomografia, emogasômetro, para cada três leitos tem um ponto de água para fazer diálise, foi um investimento muito grande do
 1156 estado, tanto na Fonte Nova, na tenda do Hospital do Subúrbio, teve o investimento de Salvador também no Wet'n Wild e outras
 1157 unidades para que agora tenha um terço do valor no financiamento disso. Chamou atenção de Denise com relação ao hospital
 1158 Feira de Santana que logo no início surgiu um boato de que o Ministério não iria cadastrar leito de UTI em hospital de campanha,
 1159 tanto que alguns que eram inicialmente cadastrados como hospital de campanha os gestores já mudaram, eram estruturas
 1160 permanentes como no caso do Hospital Espanhol que no início se pensou em cadastrar como hospital de campanha, quando
 1161 houve essa possibilidade de não haver cadastramento então ele já mudou, mas tem alguns que claramente são hospitais de
 1162 campanha mesmo.

Portaria GM/MS Nº 1.514/2020

Institui os critérios técnicos para implantação de Hospital de Campanha

- Estrutura temporária implantada em: (i) anexo a unidades hospitalares permanentes, (ii) estádios de futebol ou centro de convenções, (iii) áreas abertas vinculadas a estruturas hospitalares pré-existentes;
- Leitos Clínicos e Leitos de Suporte Ventilatório (4/1);
- Atribuição: internação clínica de quadros de baixa complexidade e estabilização nos casos de piora do quadro;
- Garantia de acesso a CME, Lavanderia, Laboratório, etc;
- Garantia de RH, equipamentos, mobiliário e insumos condizentes com as atribuições
- Financiamento: AIH (R\$ 1.500,00 – Teto MAC) + Diária de Leito de Suporte Ventilatório.



Portaria GM/MS Nº 1.521/2020

Autoriza a habilitação de Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID 19

- Devem atender as normas sanitárias da ANVISA, no que couber;
- Habilitação temporária por 30 dias (prorrogável)
- Solicitação de habilitação através solicitação do Gestor Estadual e Municipal
- Obrigatório a informação do número de ventiladores em número adicional ao já existente no CNES;
- Financiamento: diária de R\$ 478,72
- Inclusão da tipologia na planilha de leitos da CIB para Unidades de Retaguarda, de acordo com o Plano Estadual de Contingência.



1177 Em seguida mostrou no slide acima a Portaria GM/MS Nº 1.521/2020 que autoriza a habilitação de Leitos de Suporte Ventilatório
 1178 Pulmonar para atendimento exclusivo dos pacientes da COVID 19, observando que a seu ver a Portaria não deixa claro onde
 1179 poderia habilitar Leitos de Suporte Ventilatório, questionando se seria só em hospital de campanha, só em hospital que dentro
 1180 do Plano de Contingência é Rede COVID, seria em qualquer hospital, qualquer leito de estabilização pode ser leito de suporte
 1181 ventilatório, lhe parece que não porque esse leito está condicionado realmente a produção dos dois códigos da AIH que é suspeita
 1182 e confirmado COVID. Detalhes da Portaria: - Devem atender às normas sanitárias da ANVISA no que couber, ou seja, não
 1183 precisa atender as normas da RTC de UTI. - Habilitação temporária por trinta dias, dias começa em maio termina em junho. -
 1184 Solicitação de habilitação através do Gestor Estadual e Municipal, o fluxo é o mesmo para leito de UTI diferentemente do Centro
 1185 de Atenção Primária que é direto do município como o Ministério esse obrigatoriamente passa pelo estado. - Obrigatório à
 1186 informação do número de ventiladores em número adicional ao já existente no CNES, ou seja, se o estado ou município tem
 1187 vinte ventiladores no conjunto daquela unidade na hora da habilitação ele vai pedir mais vinte e oito leitos e tem que cadastrar
 1188 no CNES vinte ventiladores a mais. - Financiamento: diária de R\$478,72 (quatrocentos e setenta e oito reais e setenta e dois
 1189 centavos) que junto com o da internação clínica que são os mil e quinhentos, é esse financiamento, sendo que o leito clínico é
 1190 teto MAC e esse é que é valor de custeio a mais. E a proposta do estado é que todo o hospital que trouxer solicitação de inclusão
 1191 desta tipologia ele passe para ser uma unidade de retaguarda naquela tipologia do plano e não mais uma unidade de referência
 1192 entendendo que eles não teriam leito de UTI. Finalizou colocando que talvez essa seja uma discussão para fazer depois já que
 1193 o objetivo aqui era trazer para socializar com o conjunto de gestores todo esse arcabouço que cada hora chega algo novo, para
 1194 que pensem nessa questão dos Centros, pois é muito importante que os municípios peçam o seu credenciamento e quanto a
 1195 questão do hospital de campanha e leitos de suporte ventilatório, o estado precisa resolver o que vai fazer e os municípios
 1196 também. Stela Souza complementou com relação ao suporte ventilatório, lembrando que vem sendo discutido desde que saiu a
 1197 portaria, ontem até trouxe para discussão com Adriana do Ministério que colocou inclusive a não necessidade, às vezes, da
 1198 implantação do leito de UTI, o leito de suporte ventilatório talvez venha cumprir uma boa parte disso, mas uma preocupação que

1199 ainda não foi respondida e cabe esclarecer com o Ministério é sobre os PA COVID que foram implantados, pois todo PA COVID
1200 tem suporte ventilatório. Alcina interrompeu colocando que ela respondeu ontem mesmo dizendo que isso não é para leito de
1201 Pronto Atendimento e que o Ministério da Saúde está trabalhando numa proposta de incentivo para PA exclusivo COVID,
1202 inclusive ela se referiu até que muito por conta das solicitações do Gestor Estadual, então isso está para vir e deve vir mais
1203 alguma coisa pela frente, agora isso é para leito mesmo porque é muito claro que AIH, PA não pode fazer. Ana Ofélia que tinha
1204 pedido a fala colocou que já tinha sido contemplada justamente sobre o Pronto Atendimento porque tem respiradores na UPA e
1205 queria saber como se encaixaria nessa Portaria 1521, mas Alcina já esclareceu. Cássio Garcia registrou a necessidade de saída
1206 de Denise Mascarenhas de Feira de Santana por motivos pessoais, ela comunicou e pediu para registrar que não poderia
1207 continuar participando da reunião. Naia Neves complementou as informações, tentando esclarecer mais um pouco a respeito
1208 dessa questão do registro de habilitação do leito de suporte ventilatório, informando que ontem foi publicada a Portaria 510 que
1209 trata justamente da inclusão do leito e dessa habilitação, onde fica bem mais clara essa questão de não poder ser em PA porque
1210 na inclusão no CNES esse leito trata-se de leito complementar, então a codificação dele não é uma codificação nova, é um leito
1211 complementar assim como é feito quando abre os leitos de UTI sejam de que rede for, agora do COVID, está sendo cadastrado
1212 sempre como leito complementar, então entendendo como o CNES está trazendo e essa portaria está ratificando isso.
1213 Considerou que fica mais claro para entender que o Ministério da Saúde está se utilizando dessas estruturas temporárias anexas
1214 às unidades, como já está posto na Portaria como aquelas estruturas temporárias fora de estabelecimentos ou anexos de
1215 estabelecimentos hospitalares, a exemplo da Arena Fonte Nova e do Wet'n Wild e a habilitação sai na nomenclatura 2806 onde
1216 ele deve estar atrelado a um CNES de leito principal. Ressaltou que os gestores e toda a equipe que lida com a questão do
1217 suporte de CNES deve ver a observação lá no leia-me, é importante que essa equipe que lida com o CNES tenha essas
1218 informações porque eles estão divulgando as portarias as Notas Técnicas todas lá. Stela Souza informou que apesar de já terem
1219 sido publicadas, todas essas Portarias estarão sendo esclarecidas hoje a tarde na reunião da CIT às 14 horas e era importante
1220 assistir e ver mais detalhes sobre essas portarias, Alcina, Naia, quem estiver lidando diretamente com elas, porque podem
1221 perceber mais algum detalhe porque a princípio parece que lançaria essa solicitação no E-Gestor e ficou um pouco em dúvida
1222 com relação a esse fluxo, se ao mandar o ofício para o Ministério precisa lançar no E-Gestor, tem até uma publicação do
1223 CONASEMS que não leu porque recebeu agora de manhã e já estava aqui, sobre perguntas e respostas de algumas portarias
1224 e pode ser também que esclareça, por isso é importante assistir a CIT de hoje que vai ter com certeza uma fala de cada uma,
1225 estão na pauta todas essas portarias, inclusive hospital de campanha. Alcina Romero colocou que soube que estão tentando
1226 melhorar essas portarias que têm falhas graves e deixam muitas dúvidas. Cássio Garcia leu uma pergunta no chat de Rosângela
1227 com relação aos leitos de UTI no Hospital Luis Argolo em Santo Antônio de Jesus e respondeu que estiveram em negociação
1228 com a maternidade que tinha se colocado à disposição para leitos de UTI, mas era um arranjo que queriam realizar na verdade
1229 de colocar leitos de UTI no Luiz Argolo para liberar a capacidade instalada do regional para atender COVID só que isso é um
1230 arranjo muito complexo de ser realizado porque tem questões contratuais com o regional. No primeiro momento da maneira que
1231 foi oferecido parecia até que os leitos COVID iam para o Luiz Argolo e aí leito COVID em maternidade ia ser complexo demais,
1232 então o Secretário Leandro esteve aqui a semana toda, tentaram buscar outras possibilidades, mas até o momento não
1233 encontraram, então por isso que não se efetivou no Luis Argolo. Rosângela Oveira, Secretária Municipal de Saúde de Amargosa,
1234 cumprimentou a todos, questionando se então permaneciam somente os cinco leitos do hospital regional, sem perspectiva de ter
1235 aumento desses leitos tendo em vista que não foi identificado outro local. Cássio Garcia respondeu que até o momento era isso,
1236 mas como lhe falou, estavam em constante conversa com todos os gestores e avaliando todas as possibilidades, ainda na busca.
1237 Rosângela então questionou com relação à tipologia, relatando que tem uma unidade que está fora do hospital, uma estrutura
1238 montada com cinco respiradores para atender como Pronto Atendimento de Síndromes Gripais, e gostaria de saber se conforme
1239 essas portarias, entraria como leito de retaguarda que tem suporte ventilatório ou seria aquela unidade de sessenta mil
1240 funcionando até oito horas, já que possui equipe médica, enfermeiros, técnicos, funcionando 24 horas. Alcina Romero esclareceu
1241 que depende da tipologia que cadastrou, se está cadastrado no CNES como uma daquelas, posto, unidade básica, clínica, clínica
1242 especializada, pode sim pedir o credenciamento, mas se cadastrou como Pronto Atendimento aí está fora. Observou que o pronto
1243 atendimento não está no âmbito nem do Centro porque para o Ministério da Saúde ele é 24 horas e tem uma série de requisitos
1244 que não é só um consultório, tem um regulamento técnico da urgência que seria mais rigoroso no cumprimento, aquela portaria
1245 é para unidade básica, então ela poderia dependendo de como cadastrou ou se quiser também pode mudar o cadastro no CNES,
1246 ela é que tem que avaliar. Rosângela Oliveira agradeceu ao Senhor Coordenador pelos leitos de UTI da região de Valença,
1247 colocando que a sua história dentro do SUS tem uma ligação direta com o baixo sul e ficou muito feliz realmente por saber do
1248 sofrimento e da dificuldade de transporte visto que há uma interdependência direta com o ferry boat para transferência de
1249 pacientes, então queria realmente agradecer o estado por essa iniciativa muito importante para aquela região inteira. Cássio
1250 Garcia leu o questionamento do Everton Novaes Mendes, que perguntou se na unidade de atendimento de enfrentamento ao
1251 COVID pode colocar na fachada Centro de Referência Municipal para atendimento de pacientes com síndromes respiratórias.
1252 Alcina Romero esclareceu que pode colocar o nome fantasia que quiser, só precisa atender ao requisito da tipologia no CNES e
1253 Cássio Garcia lembrou que inclusive essa foi uma das recomendações sempre quando Secretário falava para que os municípios
1254 colocassem já essa nomenclatura ou parecida com essa, então estavam no caminho certo em relação a isso. Cássio Garcia
1255 colocou que ainda tinha mais uma apresentação que não estava na pauta, não tinha mais perguntas no chat e que Jacqueline
1256 pediu para informar que teve necessidade de sair também. Dando seguimento efetuou a leitura dos expedientes que foram
1257 encaminhados para **Pactuação: 1. COSEMS: 1.1 SMS de Salvador solicita discussão da problemática que envolve critérios**
1258 **para realização de procedimentos por tele atendimento no âmbito do SUS.** Stela Souza informou que foi solicitada retirada
1259 da pauta porque o município de Salvador estava com dificuldade de conexão e pediu para deixar para próxima reunião da CIB.
1260 **Em seguida passou para a apresentação do Fluxo de Monitoramento COVID 19 na Atenção Básica - Casos Suspeitos ou**
1261 **Confirmados com Síndrome Gripal.** Cristiano Sóster, Diretor da DAB/SAIS e Membro da CIB, cumprimentou a todos colocando
1262 que seria bastante sucinto até porque essa apresentação foi feita ontem na reunião do COSEMS, também fez parte de uma
1263 reunião da CIB reduzida e iria trazer para avaliação dos secretários porque essa ação vai ser disparada o mais urgentemente
1264 possível já como orientação para que possa juntamente com os apoiadores do COSEMS aplicar nos municípios de forma mais
1265 urgente. Iniciou a apresentação mostrando no slide abaixo o objetivo geral dessa ficha que será implementada que é identificar

1266 no território pessoas com Síndrome Gripal e prevenir o agravamento súbito da COVID 19. Relatou que foi construída uma
 1267 estrutura de ficha que possa ser aplicada no território de forma simples, direta, com informações que subsidiem os secretários
 1268 municipais e o próprio estado sobre como está o comportamento da Síndrome Gripal nesses territórios. Informou que tem uma
 1269 orientação que será feita à distância, já tem uma web palestra para segunda feira que vai ser divulgada, para que possam dialogar
 1270 diretamente com os Coordenadores da Atenção Básica sobre a aplicação desse instrumento.

FLUXO PARA MONITORAMENTO COVID 19 NA AB

CASOS SUSPEITOS ou CONFIRMADOS COM SÍNDROME GRIPAL



OBJETIVOS

GERAL

- Identificar no território pessoas com Síndrome Gripal e prevenir o agravamento súbito da COVID 19.
- Detectar precocemente pessoas com sintomas compatíveis com COVID-19;
- Implementar acompanhamento dos casos no nível domiciliar através da Ficha B – SG;
- Apoiar o corpo técnico gerencial das secretarias municipais de saúde na operacionalização e uso das informações coletadas no território;
- Realizar capacitação à distância de Gestores e trabalhadores para atuar no combate ao COVID 19, por meio da detecção precoce e monitoramento adequado.



1286 Mostrou no slide abaixo a parte da frente da Ficha onde tem a identificação dos municípios, os dados da equipe, os dados do
 1287 domicílio que vai ser visitado, um dado sobre ocorrência de óbito para que possam também ter informações de óbitos ocorridos
 1288 a partir de março e que tenham relação com COVID. Tem outra parte que fala sobre a ocorrência de Síndrome Gripal na família,
 1289 considerando quatorze dias e por último tem uma parte de acompanhamento da Síndrome Gripal e dos contactantes onde se
 1290 identifica a pessoa que está sendo entrevistada e caso ela tenha a sintomatologia, algum dos sintomas relacionados ao COVID
 1291 é assinalado, colocado a data e também se marca um x para aquelas pessoas que têm algum tipo de comorbidades. Tem um
 1292 ponto que se refere à verificação da oximetria e da verificação de temperatura, onde se tem o equipamento e o profissional
 1293 capacitado para que se possa ter esse dado referente a essa pessoa. Lembrou que essa ação de preenchimento prioritariamente
 1294 pode ser realizada pelo Agente Comunitário de Saúde, mas independe também de se incluir outros profissionais que estão com
 1295 suas atividades suspensas como o cirurgião dentista entre outros profissionais de nível superior. Ressaltou que toda essa ficha
 1296 precisa ser discutida com a equipe para que caso tenha alguma observação de gravidade se faça a intervenção necessária para
 1297 prevenir o quanto antes os agravamentos. Tem outro ponto que fala sobre os contactantes, essa pessoa que tem uma
 1298 sintomatologia relacionada ao COVID para que saibam também o quanto isso está se disseminando nesse bairro, nessa rua ou
 1299 nesse município e observações que se referem a uma próxima consulta, necessidade de atendimento por profissional médico,
 1300 entre outras observações que são necessárias. O verso da Ficha é exatamente igual para que possa ter uma ficha com o máximo
 1301 de informações e essa ficha é muito parecida com a Ficha B que era utilizada para Hanseníase, Tuberculose, Diabetes,
 1302 Hipertensão e Gestantes na Atenção Básica. Tem toda uma orientação sobre o preenchimento dessa Ficha, ponto a ponto, quais
 1303 são os dados necessários que precisam ser preenchidos, então está bem escrito o que é necessário estar sendo observado no
 1304 preenchimento e tem uma ficha que é como um anexo que é o relatório consolidado.

UTILIZAÇÃO DA FICHA B – SG (Frente)



UTILIZAÇÃO DA FICHA B – SG (Verso)



1319 O Agente Comunitário de Saúde ou o profissional de saúde que estiver fazendo a visita vai preencher semanalmente esse
 1320 relatório consolidado, a equipe vai consolidar os dados desses profissionais que fizeram a visita e aí vai ter o consolidado da
 1321 equipe e a equipe vai entregar para Secretaria Municipal de Saúde para que possa ter um consolidado do município e encaminhar
 1322 para a Secretaria Estadual de Saúde mediante um formulário eletrônico que já temos o endereço para divulgar. Tem também um
 1323 instrutivo do preenchimento do relatório consolidado, é solicitado que seja feito semanalmente, preenchido e enviado para a
 1324 SESAB até a quinta feira de cada semana para que possa ser feita a análise na sexta feira e construir os relatórios e as
 1325 intervenções necessárias.

1326
1327
1328
1329
1330
1331
1332

1333
1334
1335
1336
1337
1338
1339
1340
1341
1342
1343
1344
1345
1346
1347
1348
1349
1350
1351
1352
1353
1354
1355
1356
1357
1358
1359
1360
1361
1362
1363
1364
1365
1366
1367
1368
1369
1370
1371
1372
1373
1374
1375
1376
1377
1378
1379
1380
1381
1382
1383
1384
1385
1386
1387
1388
1389
1390
1391
1392
1393
1394
1395
1396
1397
1398
1399

UTILIZAÇÃO DA FICHA B - SG

Instrução de preenchimento da Ficha B - SG

IDENTIFICAÇÃO
Este Relatório é o consolidado (somar das Fichas B - SG) preenchidas por todos os ACS de Equipe de Saúde Comunitária, pertencentes ao Município, no dia 05 de Julho de 2020.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO
Nome do Município: _____
Código do Município: _____

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE ÓBITO NA FAMÍLIA
1. Número de famílias com óbito: _____
2. Óbito devido à COVID-19: _____

DADOS SOBRE OCORRÊNCIA DE SINTOMAS GRIPEIS OU COVID-19 NA FAMÍLIA
1. Número de famílias com sintomas gripais: _____
2. Número de famílias com sintomas de COVID-19: _____

ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS E COVID-19
1. Situação de saúde referida nos últimos 7 dias: _____
2. Situação de saúde referida nos últimos 14 dias: _____

ANÁLISE ATUAL
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE ACOMPANHAR: _____
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE VISITOU NA SEMANA: _____
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: _____
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS QUE APRESENTAM INCERTEZA OU CONDIÇÃO DE RISCO: _____
NÚMERO DE FAMILÍAS QUE ACOMPANHAR: _____
NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS QUE VISITOU NA SEMANA: _____
NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS COM AO MENOS UM SINTOMÁTICO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: _____
NÚMERO TOTAL DE CONTACTANTES EXTERNOS DE CASOS SUSPEITOS: _____

ANÁLISE PROGRESSA
NOVO ALCANCE POR COVID-19 NA ÁREA DE SAÚDE DE SEU QUANTO? _____

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE | SUS

CONSOLIDADO SEMANAL

RELATÓRIO CONSOLIDADO SEMANAL - FICHA B - SG

IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO:	_____	CODIGO:	_____
UNIDADE:	_____	CHUF:	_____
EQUIPE:	_____	IME:	_____

ANÁLISE ATUAL

NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE ACOMPANHAR:	_____	NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS QUE VISITOU NA SEMANA:	_____
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:	_____	NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS COM SINTOMAS GRIPEIS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:	_____
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS QUE APRESENTAM INCERTEZA OU CONDIÇÃO DE RISCO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS:	_____	NÚMERO TOTAL DE CONTACTANTES EXTERNOS DE CASOS SUSPEITOS:	_____

ANÁLISE PROGRESSA

NOVO ALCANCE POR COVID-19 NA ÁREA DE SAÚDE DE SEU QUANTO?	_____
DA ÚLTIMA VISITA PARA A ATUAL, OCORRERAM MAIS ALGUM ÓBITO, DE SIM, QUANTOS? (somar de 0 a 10)	_____
DESEMPENHO:	_____

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE | SUS

Mostrou no slide abaixo o fluxo de acompanhamento que é preenchido diariamente pelo Agente Comunitário de Saúde, com discussão diária dessas informações, com a supervisão da equipe para que possa fazer a intervenção necessária, semanalmente cada Agente Comunitário entrega à Equipe de saúde da Família o relatório consolidado, a Equipe faz o consolidado, encaminha para a Secretaria que encaminha via este endereço eletrônico que é o formulário eletrônico para que a gente possa também consolidar os dados do estado.

CONSOLIDADO SEMANAL

Instrução de Preenchimento do Relatório Consolidado Semanal - FICHA B - SG

Este Relatório é o consolidado (somar das Fichas B - SG) preenchidas por todos os ACS de Equipe de Saúde Comunitária, pertencentes ao Município, no dia 05 de Julho de 2020.

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Município: _____
Código do Município: _____

ANÁLISE ATUAL
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE ACOMPANHAR: _____
NÚMERO TOTAL DE PESSOAS QUE VISITOU NA SEMANA: _____
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: _____
NÚMERO DE PESSOAS COM SINTOMAS GRIPEIS QUE APRESENTAM INCERTEZA OU CONDIÇÃO DE RISCO: _____
NÚMERO DE FAMILÍAS QUE ACOMPANHAR: _____
NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS QUE VISITOU NA SEMANA: _____
NÚMERO TOTAL DE FAMILÍAS COM AO MENOS UM SINTOMÁTICO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS: _____
NÚMERO TOTAL DE CONTACTANTES EXTERNOS DE CASOS SUSPEITOS: _____

ANÁLISE PROGRESSA
NOVO ALCANCE POR COVID-19 NA ÁREA DE SAÚDE DE SEU QUANTO? _____

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE | SUS




DAB
Diretoria de Atenção Básica

Contatos:
Telefone: (71) 3115-4375/4198
sesab.dab@saude.ba.gov.br
dab_assessoria@saude.ba.gov.br
http://www.saude.ba.gov.br/dab
http://aplicacao.saude.ba.gov.br
https://www.facebook.com/dab_sesab
https://twitter.com/dab_sesab

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE | SUS

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DA SAÚDE

Finalizou ressaltando que esse é um procedimento assistencial, de diagnóstico temporal e de forma alguma substitui as modificações, então é importante que inclusive as ações e as identificações derivadas desse preenchimento gerem notificações, é importante salientar isso. Essa era a apresentação, tem também uma Nota Técnica que será publicada tão logo tenha aprovação na CIB assim como todos os instrumentos que foram apresentados aqui. Stela Souza agradeceu a Cristiano, colocando que tinha muito orgulho desse trabalho todo, principalmente a área técnica do estado com o COSEMS construindo instrumentos como esse que é extremamente importante nesse momento, foram várias as discussões, começou nas reuniões de CIB de leitões, encaminhou, fizeram outras reuniões, também foi feito um movimento com o COSEMS, Jaqueline representando junto com Manoel e ontem foi apresentado e aprovado também na reunião do COSEMS, então para o COSEMS essa ficha estava aprovada por isso que entrou na parte de pactuação que era onde ela tinha que ter entrado como item 1.2. **Houve consenso e foi aprovado.** Cássio Garcia colocou que a CIB de julho estava pré-agendada para o dia 23, mas lembrou da questão do teto de Guanambi que o limite é dia 15 para enviar, então deveria ser no dia 15 mesmo, ou antes. Stela chamou atenção de que dia 15 é uma quarta-feira e não dará tempo de publicar resolução. Cássio sugeriu 14 de julho e Stela achou muito em cima porque podem surgir mais coisas para o teto, lembrando que além de publicar resolução, a equipe que faz esse controle vai ter que lançar no teto para que possam assinar que agora é eletronicamente, para poder mandar para o ministério que dá o prazo e não aceita o teto depois, aí pode prejudicar os municípios que tiverem alguma coisa então poderia ser na semana anterior. Houve consenso para o dia 9 de julho, quinta-feira pela manhã. Stela Souza se despediu passando a palavra para o Secretário proceder às considerações finais e encerramento dessa grande CIB, enfatizando que mesmo em pandemia conseguiram avançar muito. O Senhor Coordenador agradeceu a todos pela colaboração e pelo trabalho que vem sendo feito, cada um dos secretários, em cada um dos quatrocentos e dezessete municípios, ressaltando que a Bahia está dando um show,

1400 vencendo e conseguindo ultrapassar esse período difícil sem passar pela vergonha de ter pessoas morrendo sem atendimento,
1401 bem ou mal conseguindo oferecer serviço médico-hospitalar para todos os pacientes num prazo não muito longo. Pediu
1402 desculpas pela dificuldade que estão atravessando momentaneamente na regulação, argumentando que isso vai passar, e tem
1403 convicção que 2020 irá fechar com um sistema de saúde muito mais forte do que quando entrou com o SUS enfraquecido, com
1404 a assombração de privatização, com o desmonte instalado dentro do Ministério e agora a sociedade está vendo como é
1405 importante, como está sendo fundamental para o Brasil sobreviver a isso no Sistema Público de Saúde. Enfatizou que é preciso
1406 estarem juntos, unidos, trabalhando e esperava que em agosto já pudessem sair dessa situação difícil que estão. Desejou a
1407 todos um bom final de semana, quem puder atender sua fogueira de São João no sábado de noite que faça só com pessoal de
1408 casa, evitem fumaça, na próxima reunião estaremos juntos de novo. Em seguida agradeceu a presença de todos, declarando
1409 encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião ordinária para 09 de julho de 2020. Não havendo mais o que tratar após
1410 revisão do registro da Ata feito pelo núcleo administrativo (Silvana Salume), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária
1411 Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 18 de
1412 junho de 2020.

1413 Membros Titulares:

1414 Fábio Vilas-Boas Pinto _____

1415 Stela dos Santos Souza _____

1416 Ivonildo Dourado Bastos _____

1417 Cássio André Garcia _____

1418 Rivia Mary de Barros _____

1419 Leonardo Silva Prates _____

1420 Raul Moreira Molina Barrios _____

1421 Membros Suplentes:

1422 Naia Neves de Lucena _____

1423 Maria Alcina Romero Boullosa _____

1424 José Cristiano Sóster _____

1425 Júlio Jorge Musse Calzado _____

1426 Denise Lima Mascarenhas _____

1427 Eleuzina Falcão da Silva Santos _____

1428 Geraldo Magela Ribeiro _____

1429 Ana Ofélia Matos Marques _____

1430 Cláudio Soares Feres _____