

Aos dez dias do mês de setembro do ano dois mil e vinte, na Sala de Reuniões do GASEC/SESAB, por vídeo conferência, devido à pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Rivia Mary de Barros, Leandro Gomes Lobo e dos suplentes, Naia Neves de Lucena, Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Júlio Jorge Musse Calzado, Denise Lima Mascarenhas, Geraldo Magela Ribeiro, Ana Ofélia Matos Marques e Raul Moreira Molina Barrios. Às 09 horas e 30 minutos, a **Coordenadora Adjunta** declarou aberta a sessão, colocando que iniciaria com dois movimentos antes da pauta, o primeiro, tratar da Oficina de Regionalização da Macrorregião do PEBA, que tem um projeto que vem avançando, mesmo com a pandemia, e agradeceu a participação de todos os gestores da região, onde estão fortalecendo, atuando, fazendo oficinas, realizando atividades de dispersão nos municípios, com uma participação efetiva de 100% dos municípios da região, e comunicou que ontem aconteceu o segundo ciclo da segunda oficina do Projeto de regionalização da Macrorregião e disse que a CIB homenageava aos que estão participando desse projeto, secretários, técnicos, assessores, a equipe do HAOC, do Ministério da Saúde, do CONASEMS, do COSEMS-Bahia, do COSEMS-Pernambuco, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, todos envolvidos nessa mesma força e corrente para fortalecer a Rede de Atenção à Saúde na região do PEBA. Solicitou à equipe técnica que reproduzisse o vídeo feito pelo Secretário de Saúde de Campo Formoso, Charles Farias, para que a reunião iniciasse com essa grande reflexão. **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, relatou que Jairo Bispo, Técnico do Telessaúde, havia detectado um problema e que o vídeo precisaria ser colocado no *YouTube* para que pudessem acessar o *link* porque, segundo ele, compartilhando tela a ferramenta não disponibiliza o áudio. Enquanto aguardavam, **Stela Souza** parabenizou o LACEN pelos cento e cinco anos de grandes serviços prestados ao estado da Bahia e sua população e aproveitava o momento da pandemia para falar da linha de frente do LACEN. Parabenizou a Secretaria de Saúde do Estado, o Secretário Fábio Vilas-Boas, por ter investido na intenção de dar um *up* no LACEN, para que pudessem dar resposta aos testes que tinham precisado ser realizados e aos que ainda precisam, a Superintendente Rívia Mary de Barros e toda a equipe da SUVISA – DIVEP, a equipe do LACEN, e todos que participaram e estão participando da construção desses cento e cinco anos do LACEN. Então, em nome do COSEMS, parabenizava a todos que passaram, que estão e que estarão no LACEN, pois é um grande equipamento que o estado da Bahia possui, com repercussão nacional, estando em segundo lugar no Brasil em realização de RT-PCR, o que é muito importante, a Bahia é um grande estado do Nordeste e tem um equipamento de porte como o LACEN. Tinha muito orgulho de fazer parte dessa história, assim, reiterava os agradecimentos a toda a equipe do LACEN, desejando a proteção de Deus. Dando início à ordem do dia, **Stela Souza** colocou em aprovação a **Ata da 280ª Reunião Ordinária**, que foi encaminhada por e-mail aos membros da CIB, que foi **aprovada à unanimidade**. Em seguida passou a palavra para a **Secretária Executiva da CIB**, a fim de efetuar a leitura das **resoluções publicadas ad referendum, para ratificação dos membros da CIB**.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
135/2020	08/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
136/2020	11/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
137/2020	13/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
138/2020	15/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
139/2020	20/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
140/2020	22/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
141/2020	27/08/2020	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 CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
142/2020	29/08/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
143/2020	03/09/2020	Aprova ad referendum a Proposta nº 913802/20-001, Emenda Parlamentar Nº 273700-11, para Reforma do Hospital São Francisco, no município de Campo Formoso, para adequação da estrutura física para implantação de Centro de Parto Normal – CPN intra-hospitalar com 05 leitos PPP.
144/2020	03/09/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.

145/2020	10/09/2020	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.
----------	------------	--

33 **Nanci Salles** lembrou que as resoluções aprovadas *ad referendum* seguem a mesma perspectiva das reuniões anteriores, são
34 resoluções relacionadas à pauta dos leitos de UTI, clínicos e de suporte ventilatório COVID para o Estado da Bahia, e às
35 Emendas Parlamentares, também focadas na estruturação dos serviços de reforma ou aquisição de equipamento. Chamou
36 atenção para as resoluções revogadas, recordando que as reuniões ocorriam às segundas, quartas e sextas e, portanto, eram
37 aprovadas na reunião e, na reunião subsequente, se aprovava um novo anexo. Assim, a resolução anterior tinha que ser
38 revogada, por isso esse registro de resoluções revogadas, mas sendo necessário ratificar a aprovação de todas, tendo em
39 vista que em algum momento tinham sido consideradas válidas para o Ministério da Saúde. As Resoluções CIB nºs 135, 136,
40 137, 138, 139, 140, 141 e 142 foram relacionadas à atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência
41 COVID, unidades de retaguarda COVID, observando que, a partir da nº 142, foi incluído um novo anexo, o Anexo 8, referente
42 aos leitos de suporte ventilatório pulmonar, e todas foram publicadas *ad referendum*, conforme discussão do GT de leitos de
43 COVID para enfrentamento à pandemia. A Resolução CIB nº 143 aprovou a proposta de Emenda Parlamentar para reforma do
44 Hospital São Francisco, no município Campo Formoso, com cinco leitos de PPP para implantação de CPN. Lembrou que as
45 resoluções de Emenda Parlamentar para aquisição de equipamento, reforma e ampliação seguem o rito de encaminhamento à
46 área técnica para sugestões em relação à proposta, parecer e análise de acordo com a política de implantação da rede. Em
47 seguida **Stela Souza** submeteu aos membros a **ratificação das resoluções ad referendum** após os esclarecimentos da
48 Secretária Executiva, que foram **aprovadas à unanimidade**. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos
49 expedientes encaminhados para **Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB: Comunicado sobre**
50 **Credenciamentos solicitados ao MS:**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	02 ESF	Vitória da Conquista
	04 ESF	Correntina
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Canudos
	01 ESB Modalidade I	Pilão Arcado
	02 ESB Modalidade I	Correntina
	02 ESB Modalidade I	Lauro de Freitas
	02 ESB Modalidade I	Vitória da Conquista
	02 ESB Modalidade II	Macajuba
EAP – Equipe de Atenção Primária	02 EAP	Pilão Arcado
ACS – Agentes Comunitários de Saúde	07 ACS	Ibotirama
	04 ACS	Canudos
	12 ACS	Pilão Arcado
Gerente de Saúde da Família	03 Gerentes de Saúde da Família	Correntina

51 **2. SAIS/DAB/COSEMS: 2.1 Plataforma Zoom.** **Stela Souza** informou que a Plataforma Zoom é uma parceria da Zoom com o
52 CONASEMS, estão sendo liberadas quarenta mil e uma licenças para as unidades básicas no Brasil e a SESAB e o COSEMS,
53 em conversa com o CONASEMS, conseguiu trazer isto também para os apoiadores da DAB, as regionais, os núcleos, os
54 municípios e vários outros espaços, como a Escola Estadual de Saúde Pública, e assim poderem usar esta plataforma. Relatou
55 que a ZOOM e o CONASEMS fizeram uma pactuação em que a Zoom tinha oferecido estas licenças aos municípios brasileiros
56 por um ano, os COSEMS a as Secretarias de Saúde dos estados, já houve várias reuniões e Cristiano Sóster, da DAB,
57 juntamente com Manoel Miranda, do COSEMS, vem participando. Falou que a discussão já foi iniciada, segundo ela um
58 movimento fantástico que Cristiano Sóster apresentaria, e antecipou que cada licença comporta cinquenta salas e cada sala
59 comporta quinhentas pessoas. Assim, que imaginassem a quantidade de pessoas, principalmente neste momento, em que
60 estão com as tele consultas nos movimentos das reuniões devido a essa pandemia, onde tinham aprendido a conversar via
61 plataformas a ‘duras penas’. Então uma plataforma potente como a Zoom seria extremamente importante para todos, um
62 alcance sem medidas, sem pagarem por isso e teriam acessibilidade para os municípios, principalmente a Atenção Básica,
63 para fazerem interconsulta entre o profissional da Atenção Básica e o paciente, bem como na Atenção Especializada, sendo
64 possível veicular pontos, licenças para as policlínicas. Ponderou sobre o alcance que seria se multiplicassem quarenta mil e um
65 por cinquenta, e se multiplicassem por quinhentos e poderia acontecer até diariamente. Relatou que tinham feito algumas
66 propostas a fim de não usarem as cinquenta salas ao mesmo tempo, e pudessem fazer as tele consultas facilitando inclusive o
67 sigilo das consultas e dos movimentos dos profissionais com os pacientes. Saliu que este é um movimento importante, que
68 estão muito satisfeitos e incrementando o processo. Passou a palavra para Cristiano Sóster fazer a apresentação, mostrando
69 como está e o que já foi proposto. **Cristiano Sóster, Diretor da DAB e Membro da CIB**, iniciou a apresentação em *slides*,
70 reforçando que é uma parceria do CONASEMS com a Zoom, o estado está ajudando tecnicamente e a proposta é que esta
71 ferramenta, que é uma das melhores, seja amplamente conhecida e esteja à disposição, tanto da gestão da Atenção Básica,
72 quanto para assistência aos municípios, que tem uma possibilidade imensa de realização de várias ações e a ideia é ser
73 utilizada prioritariamente para implementar estratégias de teleatendimento na Atenção Primária à Saúde, tele consulta, tele
74 orientação, tele monitoramento, tele matriciamento, tele visita, entre outras ações. E, por ter esta ampla possibilidade, falou da
75 necessidade de capacitar os municípios para o uso adequado desta ferramenta, recolocando que são quarenta mil e uma
76 licenças.
77

78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100
101
102
103
104
105
106
107
108
109
110
111
112
113
114
115
116
117
118
119
120
121
122
123
124
125
126
127
128
129
130
131
132
133
134
135
136
137
138
139
140
141
142
143

Uso da Plataforma ZOOM na Rede de Atenção à Saúde

Parceria do CONASEMS e a Zoom Video Communications Inc.

Disponibilidade gratuita de 40 mil licenças da ferramenta de videoconferência Zoom Enterprise, por um ano.

Implementação do COSEMS e da Secretaria Estadual de Saúde por meio da Diretoria de Atenção Básica (DAB-SESAB).

Zoom: Líder no Gartner Magic Quadrant 2019 para soluções de reunião

Uma Experiência Empresarial Consistente.

- Reunões e chat
- Webinars de Vídeo
- Salas de conferência
- Sistema de telefonia
- Mercado

Diretrizes Gerais

A ferramenta deve ser utilizada prioritariamente para implementar estratégias de Teleatendimento (teleconsulta, teleorientação, telemonitoramento, telematriciamento e teleconsulta) na Atenção Primária à Saúde.

Poderá ser utilizada para impulsionar o debate sobre planejamento regional integrado e integralidade das ações e serviços públicos de saúde, fortalecendo a atuação das instâncias de pactuação e a definição de políticas de saúde no enfrentamento à COVID-19 no Estado e nas Regiões de Saúde.

Diretrizes Gerais

Fortalecer as estratégias de implementação do Guia Orientador para enfrentamento da COVID-19 da Rede de Atenção à Saúde, desenvolvido em conjunto pelo CONASEMS e pelo CONASS

Explicou que esta proposta foi construída com critérios, se calculando o total de equipes de saúde da família equivalentes, as equipes de saúde bucal e as equipes de NASF e, com isso, se pensou em uma licença para cada cinco equipes, o que dá condição de ter um dia para cada equipe por semana, pois as equipes não trabalham exclusivamente de forma remota, mas essa é uma possibilidade que se abre para essas equipes, se falando da Atenção Primária. Além disso, tem também como realizar teleinterconsulta especializada para as equipes de saúde da família, ou seja, nas dúvidas relacionadas às especialidades via Telessaúde as equipes de Atenção Básica podem entrar em contato com os especialistas via Telessaúde e agendarem a teleinterconsulta. Lembrou que a proposta de tele compartilhamento já foi aprovada em CIB e o CEDEBA, o CICAN e a Faculdade de Medicina da Bahia disponibilizaram esta possibilidade de tele interconsulta e informou que a ampliação para outras especialidades já está em negociação.

Diretrizes para implantação na Bahia

Critérios para parametrização das licenças:

- Equipes de Saúde da Família - ESF (jun./2020) e eSF Equivalentes (alocadas nas Unidades Básicas de Saúde) (jun./2020);
- Equipes de Saúde Bucal (competência abril/2020)
- Equipes de NASF (Nov/2019)

Diretrizes para implantação na Bahia

Parâmetro de 1 licença para cada 5 equipes, o que possibilita estruturar oferta de Teleconsultas tendo 1 dia para cada Equipe/semana.

Além destes, inclui-se as estruturas de Gestão da Atenção Básica, COSEMS, Telessaúde e instituições vinculadas a Teleconsulta especializadas, Regionais de Saúde e Policlínicas que atendem a Atenção Básica.

Acrescentou que, para isto, cada município precisará designar uma pessoa de referência para fazer o gerenciamento das licenças e também das salas e que será construído um formulário a ser divulgado em breve para cada município responder, prioritariamente os coordenadores de Atenção Básica, porque para cada licença será necessário um responsável, sendo que uma licença consegue abrir cinquenta salas e cada sala tem a capacidade de quinhentas pessoas, e comentou que é uma ação bem robusta. Disse ainda que esta ferramenta pode ser utilizada para orientação ao usuário, atendimento remoto, ou seja, teleconsulta, principalmente na Atenção Básica, porque tem como fazer o registro, discussão virtual de casos, realização de consultas e/ou interconsulta especializada, tele visita ao usuário, construção e execução de Planos Terapeuticos Singulares

– PTS, que pode ser feito de forma coletiva, atividade de grupos com usuários, cursos voltados para usuários, reuniões, palestras, ou seja, é uma amplitude de ações, podendo inclusive servir para quando as escolas forem reabertas.

<p>Diretrizes para implantação na Bahia</p> <p>Cada município ou instituição deverá designar 01 (um) gestor para as salas, que fará o gerenciamento do uso das salas e disponibilizando os links.</p> <p>Prioritariamente o Coordenador de Atenção Básica fará a gestão das licenças e salas</p> <p>Utilização por toda a equipe da AB (eSF, eAP, eSB, eCR, eACS e Equipes Multiprofissionais /NASF)</p>	<p>Diretrizes para implantação na Bahia</p> <p>Possibilidades de Uso do ZOOM para as equipes de saúde:</p> <p>Uso via celular ou computador</p> <p>Operabilidade em diferentes locais com internet seja dados móveis ou rede WIFI (UBS, SMS, residência dos usuários, igrejas, etc.)</p> <p>Orientação aos usuários.</p> <p>Atendimento Remoto</p>
---	---

<p>Diretrizes para implantação na Bahia</p> <p>Discussão virtual de casos entre a equipe</p> <p>Realização de consultas e/ou interconsulta com mais de um profissional de saúde de diferentes serviços.</p> <p>Realização de Teleinterconsulta especializada.</p> <p>Televisitas aos usuários</p> <p>Construção e execução de PTS, consultas e visitas compartilhadas</p> <p>Atividade de grupos de usuários</p>	<p>Diretrizes para implantação na Bahia</p> <p>Reuniões e palestras com a comunidades</p> <p>Realização de Cursos para a população e profissionais de saúde.</p> <p>Educação Permanente da equipe</p> <p>Reunião virtual da equipe</p> <p>Atividades do PSE</p>
---	--

Será enviado um link de um formulário eletrônico para o preenchimento dos dados da pessoa que ficará responsável pela licença do ZOOM para cada município.

Finalizou informando que o *link* desse formulário será enviado aos secretários e coordenadores da Atenção Básica para preencherem, a fim de ser liberada a licença para uso dos municípios. **Stela Souza** informou que será enviada uma orientação construída pela SESAB e COSEMS para todos os gestores municipais, pois essa plataforma já está disponível, só que tem todo um processo, um rito de responsabilidade que cada um terá que assumir, e assim que estiver tudo pronto será rapidamente encaminhado para todos os municípios. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** passou para o próximo ponto de **Informes: 3. GASEC: 3.1 Situação da COVID no Estado da Bahia.** **Cássio Garcia** cumprimentou os presentes e ressaltou que agora felizmente o COVID está entrando como informe da CIB e não mais como pauta principal, mas como a pandemia ainda não tinha acabado, não poderiam deixar de trazer este tema na Bipartite, lembrando que os números e dados estão disponíveis em todas as mídias, meios de comunicação, redes sociais, principalmente se tratando do número de casos confirmados, número de recuperados, número de óbitos, taxas de ocupação de leitos e leitos disponíveis. Informou que as CIB de leitos, que aconteciam às segundas, quartas e sextas-feiras, em um primeiro momento tinham sido reduzidas para as quartas e sextas-feiras, e agora acontece somente nas quartas-feiras e já com alterações importantes, inclusive com a desativação de alguns leitos. Para tratar mais especificamente sobre isso Alcina Romero complementar as informações em seguida. Ressaltou que, mais do que trazer informações, o sentido deste informe é de que não podiam deixar de intensificar as ações, apesar de agora estarem em um momento aparentemente mais tranquilo. Tinham tido reuniões com todas as regiões de saúde, com a Subsecretária Teresa Paim, o COSEMS participando em todas as reuniões, com a representação de Stela Souza, todos os secretários, para que as ações de prevenção, monitoramento, controle, as testagens continuassem sendo intensificadas. Enfim, tudo que vinha sendo feito seguiriam fazendo, até chegar uma vacina e era preciso relembrar e trazer isso, porque às vezes parecia que a vida já tinha voltado ao normal, mas todos, secretários e técnicos, sabem que não. Mas parecia que a população em geral está entendendo o contrário, razão pela qual era preciso seguir nessas intensificações das ações e trazendo este tema constantemente, até terem de fato uma solução mais concreta que pudessem estar mais tranquilos quanto a isso. **Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e, complementando a fala do ponto de vista da rede assistencial, reiterou a redução do número de reuniões da CIB de leitos, que só estão fazendo às quartas-feiras, porque não há mais mudanças significativas de leito, o que tinha para ser ativado de leito já foi ativado e agora, a partir do momento em que as taxas de ocupação, o número de pacientes internados e de casos tinham começado a reduzir, estavam na fase de planejarem a desmobilização, inclusive já tinham reduzido alguns leitos, focando no atendimento para as situações não COVID que, com a flexibilização, começam a forçar mais a tela da regulação. Ressaltou que o planejamento desta desmobilização está sendo feito muito criteriosamente, através do COES, região por região, com análise de taxa de ocupação individual de cada região e identificando o que já pode ir sendo desmobilizado, do ponto de vista dos serviços contratados com o estado, sempre na lógica de manter os públicos, em seguida os filantrópicos e, onde fosse possível, iniciar a desmobilização pelos privados, seguindo a legislação do Sistema Único de Saúde. Ressaltou seu desejo de trabalharem juntos, alinhados com os municípios que dispõem de leitos, e as decisões sobre esta desmobilização serem compartilhadas e irem tratando caso a caso, município a município. Comentou que Salvador, Camaçari, Itabuna, Serrinha, Barreiras, Ilhéus e Senhor do Bonfim têm leitos de gestão municipal, então era preciso trabalharem unidos na desmobilização, e até agora foram desmobilizados o Hospital Costa dos Coqueiros, o Riverside, a Promatre de Juazeiro e mais alguns leitos em unidades contratadas. Com relação à renovação das habilitações, esclareceu que está sendo feita através da DICON e que Naia Lucena poderia falar melhor sobre isso. Mas, tanto as habilitações quanto as renovações, seguem o mesmo critério, os mesmos

requisitos impostos pela portaria, com ofício estadual ao Ministério da Saúde, através do Sistema SAIPS. Então todos os gestores que têm leitos sob sua gestão e interesse na renovação precisam encaminhar ofício à SESAB/DICON, para ser feito o trâmite junto ao Ministério da Saúde. Colocou que tem ainda leitos da primeira fase que não foram habilitados e o Ministério da Saúde está recusando, apontando várias inconsistências de não notificação no ESUS-VE, de baixa taxa de ocupação e um trabalho imenso da SUREGS/DICON para corresponder a todas essas diligências, a situação atual é essa. **Denise Mascarenhas, Secretária Municipal de Saúde de Feira de Santana e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, informou que Feira de Santana ainda não fez habilitação e que, segundo a Diretora da DICON, até o momento não teve nenhuma falha detectada. Disse ser muito relativo avaliarem agora a taxa de ocupação, porque neste momento o município está realmente com a taxa baixa, mas quando tinha sido aberto estava com a taxa no limite, então era preciso observar o período de solicitação da habilitação. Relatou que já tinha renovado contratualmente por mais três meses com o hospital, completaria seis meses sem receber nada da habilitação e perguntou a Cristiano Sóster se, dentro de todas as ações, há alguma previsão de teste rápido para os municípios, porque alguns e o próprio estado estão fazendo a testagem nos alunos. Lembrou que foi feito um plano junto à Secretaria de Educação, pois estão trabalhando juntos nesse planejamento, sendo preciso fazer uma amostragem da testagem. **Stela Souza** solicitou resposta a Cristiano Sóster, falando da planilha que tinha lhe encaminhado, de que o Ministério da Saúde só está disponibilizando EPI. **Cristiano Sóster** esclareceu que desde maio estão sem receber testes rápidos do Ministério da Saúde para os municípios e todos aqueles que o estado dispunha para direcionar aos municípios já tinham sido encaminhados e não tem previsão, já tinha questionado diretamente com o Ministério da Saúde e percebido que a estratégia deles é apostar no RT-PCR, que de certa forma é o mais adequado, considerando as orientações da Organização Mundial de Saúde e também a orientação técnica, então, possivelmente as estratégias precisariam ser alteradas. **Stela Souza** comentou, em relação ao colocado por Denise Mascarenhas, sobre a habilitação de Feira de Santana vir sendo cobrada nas reuniões, que a área técnica também vem fazendo esta cobrança ao Ministério e, apesar de não ser pauta, era importante fazer uma cobrança oficial da CIB, não só de Feira de Santana, mas onde não foi habilitado ainda. E disse que tem unidade do Estado que está funcionando desde abril, maio, e não tinha saído ainda habilitação, assim, poderiam fazer um documento da CIB com todas estas, solicitando oficialmente uma manifestação do Ministério. Contou que vem conversando e cobrando a Adriana Teixeira, que trabalha no MS e quem libera habilitação de leito e durante todo esse período o COSEMS tem feito este trabalho, inclusive muitas habilitações também saíram com a sua participação nesse processo. Acrescentou que Naia Lucena cobra todo o tempo, a DICON tem feito um acompanhamento diário de questões em aberto para ajudar a resolver, mas tem casos como o de Feira de Santana que não se justifica não ter sido publicado. Então primeiro tinha feito um encaminhamento para que se cobrasse oficialmente, ao Ministério da Saúde todas essas habilitações, via CIB, porque no período em que precisaram estava aberto, funcionando, e questionou por que o recurso não tinha chegado se tinha sido aberto para habilitar. Para a sua segunda colocação, sobre teste rápido, lembrou de uma notícia de que o Ministério da Saúde tinha adquirido muitos testes rápidos e não tinha encaminhado aos estados para distribuírem com os municípios. Relatou que andara cobrando, inclusive em reuniões de diretoria do CONASEMS e tinha observado que há realmente uma tendência do RT-PCR e o Ministério está investindo mais, só que não se consegue um alcance, como Denise Mascarenhas havia colocado, de quando eles fariam, apesar de o LACEN estar liberando, de não estar havendo dificuldade para utilização, o encaminhamento do SWAB, os kits, mas a demanda é grande. Então quando dizem que os casos estão reduzindo, e questionou se seria porque não estão testando ou porque está reduzindo mesmo, porque os municípios não têm mais condições de adquirir, muitos municípios adquiriram o teste rápido. Assim, existe uma tendência no CONASS, no CONASEMS, no próprio Ministério, a não adquirirem mais o teste rápido, mas a Bahia quer o teste rápido e está sendo cobrado por vários municípios. Então a CIB podia fazer também uma solicitação ao Ministério da Saúde de que quer receber o teste rápido e, se tivesse, que lhes encaminhasse, estava fazendo essa provocação para ver se todos concordavam em fazerem a solicitação. **Cássio Garcia** não viu problema em fazer essa solicitação em conjunto ao Ministério da Saúde, partindo da Bipartite, e falou que tudo que o estado recebeu de teste rápido do Ministério da Saúde tinha sido enviado aos municípios e, no caso de enviarem mais, seria feita a distribuição na mesma logística que vinha sendo feita, daí a importância de sair da Bipartite o reforço do pedido dos municípios e também a coparticipação do estado na logística. **Geraldo Magela, Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e comentou que o planejamento da desmobilização abordada por Alcina Romero também já tinha começado a ser discutido em sua região e uma das discussões que vinha sendo levantada é a necessidade de tentarem adaptar parte dos leitos que implantados para UTI gerais, de transferir pelo menos 50% para leitos gerais. Já que há um déficit de leitos gerais de UTI, seria bom ter esse horizonte nesse planejamento, ou seja, devido a alguns déficits, tentarem manter o máximo possível de leitos de UTI abertos nas diversas regiões. Em relação às renovações, relatou ter informado a Cássio Garcia que só havia saído a renovação do Hospital Costa do Cacau, e perguntou se os outros hospitais saíam paulatinamente, porque tem hospitais privados que estão encerrando agora em setembro e qual o plano do pós pandemia, aproveitando a expertise do COVID, a mobilização geral que segundo ele tinha sido muito boa, já tinha inclusive parabenizado o estado. E sugeriu que aproveitassem este processo de mobilização para criarem um plano pós pandemia de avanço no Sistema de Saúde. **Alcina Romero** concordou com Geraldo Magela, relatou que já vem recebendo algumas solicitações do CONASS e do Ministério Público, sobre o planejamento para continuidade de leitos de UTI pós pandemia e ponderou que não é fácil neste momento, pois ainda se considera que estão no meio da pandemia e era preciso ter muito cuidado nessa avaliação, mas era fato que com as UTI COVID que tinham sido abertas e habilitadas, ou ainda não habilitadas, tinham conseguido reduzir ou ampliar o número de leitos de UTI do Estado da Bahia em praticamente 50%. Então era preciso ter uma avaliação bem criteriosa do que continuaria e do que não continuaria UTI, tem algumas em regiões que nunca tinham tido UTI e ficava claro que obrigatoriamente continuariam tendo que ter. E nas unidades da rede própria precisavam mesmo fazer um planejamento do que usou da capacidade instalada dos hospitais para implantação de leito de UTI. Ressaltou a necessidade de se fazer uma avaliação, às vezes caso a caso, do que continuaria UTI e do que retornaria para outra função, ou atribuição na unidade hospitalar, mas que isso está nos planos e brevemente seria discutido na CIB de leitos ou em uma CIB específica. **Cássio Garcia** informou a Geraldo Magela que o Ministério fez várias renovações e não estavam contempladas todas tinham sido solicitadas, então, aproveitando o encaminhamento de Stela Souza, para enviarem as habilitações das que ainda não foram ao Ministério, poderiam, ao mesmo tempo, fazerem também uma solicitação, das que estão enviando, das renovações

278 necessárias, e onde continuaria a assistência nestes equipamentos desses locais. A Bipartite poderia fazer estas duas
279 solicitações, de todas as que não foram desmobilizadas ainda e cujas habilitações venceram e que foram enviadas no
280 processo de renovação, mas o Ministério não habilitou todas, ao mesmo tempo tem renovações que foram enviadas que ainda
281 estão lá, como a que Geraldo Magela tinha colocado e que ainda não foi dado parecer favorável. **Stela Souza** concordou
282 plenamente que poderiam aproveitar o mesmo documento e já fazerem também esta solicitação, porque não era justo, pois
283 tinha sido aberto, habilitado, ainda está funcionando, com toda a equipe, toda despesa para estes leitos e o município ou o
284 estado não receber este recurso e continuar com contrato vigente e pagando prestador. **Raul Molina, Secretário Municipal de**
285 **Saúde de Cabaceiras do Paraguaçu e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, ratificou o colocado, percebendo que há um
286 consenso. Reiterou o déficit bastante significativo de leitos de UTI e sugeriu que, apesar de as habilitações não estarem
287 acontecendo, a ideia da desmobilização fosse acompanhada com a adequação que deveria ter, não só agora, como em todos
288 os momentos. Com relação às palavras colocadas pelo pessoal que faz parte da CIB de leitos, que ele vinha acompanhando,
289 enfatizou que a angústia para o Ministério da Saúde habilitar vinha prevalecendo desde o início, porque não dava para manter
290 e não receber, como no caso de Feira de Santana e dos hospitais de Salvador, que foram alimentados pelo Estado. Com
291 relação aos testes rápidos, concordou com Stela Souza e Denise Mascarenhas de que se trata de um momento de
292 flexibilização, sem perfil epidemiológico e realmente a tendência é do RT-PCR, mas não teria para todo mundo, e trazia aqui
293 seu posicionamento com relação a um levantamento epidemiológico muito mais abrangente, para poderem começar a discutir
294 a abertura das escolas, apenas discutir, porque tem gente que já até marcando data de recomeço. Falou do consenso na
295 reunião do COSEMS de que é uma irresponsabilidade sanitária e, falando como pediatra, repetia agora o que dissera ontem,
296 as crianças são perfis de transmissão, excelentes transmissores da doença, então era necessário o estado e os municípios
297 refletirem com relação a este posicionamento. Ponderou não saber como fariam, porque não tem recurso e já tendo sido dito
298 que não se colocaria mais recurso para testes, mas teriam que achar alguma brecha. E referendava o colocado por seus
299 colegas quanto à desmobilização a ser feita com a devida adequação dos leitos, de continuarem pedindo, e, mesmo que
300 continuassem negando, é obrigação, enquanto CIB, de continuarem a solicitar. Assim, deixava aqui os encaminhamentos
301 referendados, solicitando que tanto o Ministério Público quanto a SESAB fossem convocados pela CIB para começarem a
302 discutir a abertura das escolas e falarem também do processo eleitoral, que tinha que ser urgente, pois estavam falando de
303 informação de COVID e este é o momento que tinham de discutir sobre as convenções que estão acontecendo, os futuros
304 comícios, onde haveria aglomeração de pessoas e que eles poderiam 'tirar essa alegria', como Cássio Garcia colocara, e esse
305 trabalho feito até hoje ir todo embora novamente, se permitissem essa pseudo flexibilização de algo que não é ainda
306 consistente. Então deixava estas palavras para acompanharem também esses encaminhamentos em conjunto. **Stela Souza**
307 colocou que falaria de COVID no final, mas como Raul Molina já tinha colocado muito bem, na reunião ampliada de diretoria do
308 COSEMS foi pactuada a conversa com a SESAB, ser encaminhada à CIB a programação imediata de uma reunião,
309 convidando o Ministério Público para participar, sobre dois pontos: as eleições, pois os municípios estão passando muita
310 dificuldade, a responsabilidade sanitária que está sendo transferida para o gestor municipal de saúde do movimento de
311 convenções, de encontros de candidatos da oposição ou da situação, e os secretários vinham solicitando ao COSEMS uma
312 orientação e não haveria essa orientação se esta não fosse discutida. Assim, o COSEMS trazia uma proposta de, junto com a
313 SESAB e o Ministério Público, realizarem o mais rápido possível uma reunião com a sua diretoria e quem de direito da SESAB
314 e adiantou que já tinha sido feito um contato prévio com o Ministério Público, que está disponível, mas que é necessário um
315 reforço do estado e dos municípios. Assim, perguntava à SESAB se aceita esta provocação, que é urgente. A questão da
316 abertura das aulas, que está muito complicado, a Secretaria de Educação, a Secretaria de Saúde e a comunidade vinham
317 cobrando muito um posicionamento do gestor de saúde, quanto a ser ou não ser possível retornarem às aulas. A Diretoria do
318 COSEMS já tinha se manifestado contra, mas, como colocado por Raul Molina, sem terem um dado epidemiológico correto,
319 porque se não se testa, não se sabe o que está acontecendo, não estavam testando o suficiente e não conseguiriam, apesar
320 de já se ter mais acesso, de o RT-PCR estar bem disponível, os municípios estarem conseguindo realizar, mas não na
321 proporção necessária. E como colocado por Raul Molina, que é pediatra, sobre as crianças levarem Covid para suas casas,
322 seus idosos, familiares assim como as próprias crianças serem infectadas. Citou a fala de Geraldo Magela, sobre a testagem
323 que está sendo feita em um percentual dos alunos e o percentual de positividade dos mesmos, questionando se é seguro
324 pensar em abertura das aulas e, no retorno, se é seguro começarem a discutir sem ter um plano, pois até para discutir era
325 preciso fazer um plano. Assim, considerava necessário anteciparem rapidamente uma discussão, porque as eleições estão
326 próximas, são dois pontos a serem discutidos, o primeiro e mais urgente é a eleição municipal e o retorno às aulas. **Cássio**
327 **Garcia** disse que concorda plenamente e comentou que já tinham iniciado as conversas sobre as eleições também com o
328 Ministério Público, tendo havido uma reunião com eles e com o COES, quando foram solicitadas orientações, que já estão
329 sendo construídas, devendo ser finalizadas hoje ou amanhã. E depois viriam com eles e com o COSEMS já agregando mais,
330 inclusive podiam enviar as orientações ao COSEMS para fazer uma análise a fim de que, quando reunissem com o Ministério
331 Público, já tivessem um documento mais elaborado, com as visões dos municípios e do COES. **Stela Souza** fez uma ressalva
332 de que o estado é o coordenador das políticas de saúde do seu território, mas as eleições são municipais e estão dentro dos
333 municípios, logo, o COSEMS tinha que ser chamado para essa discussão, não dava para simplesmente trazerem depois de
334 pronto. Assim, reivindicava que o COSEMS também participasse, pois nem sabiam que estava acontecendo esta discussão.
335 **Cássio Garcia** esclareceu a Stela Souza que o Ministério Público é que tinha solicitado a reunião à SESAB, porque também
336 não sabiam como lidar com isso e queriam orientações gerais, isso tinha sido nessa terça-feira, mas a partir de agora, na
337 próxima reunião, seriam os três em conjunto para começarem a discutir e o COSEMS colaborar também na elaboração de um
338 documento para dar conta da realidade, do estado e dos municípios, pois cada um tem suas singularidades. Em relação às
339 escolas, informou que já houve uma discussão com a Secretaria de Educação, o COES também já está fazendo esta
340 discussão, sendo fundamental a incorporação do COSEMS. E relatou que, a partir das conversas que foram acontecendo, a
341 Secretaria de Educação está repassando para as secretarias municipais de educação, a UNDIME (União Nacional dos
342 Dirigentes Municipais de Educação) também está tendo esse diálogo, então agregariam todos nessa conversa, SESAB,
343 COSEMS, Secretaria de Educação, UNDIME, pois essa é uma questão que o mundo não resolveu ainda, realmente são vários
344 exemplos de escolas em países que abrem e fecham depois, o mundo não aprendeu como lidar com isso, todos estão

345 tentando, buscando, porque esta questão das crianças é realmente muito delicada e todos estão aprendendo durante a
 346 pandemia. **Stela Souza** concordou que a partir de agora todas as discussões que tivessem a ver com a saúde no município,
 347 como por lei a autoridade sanitária nos municípios são os secretários municipais de saúde, o COSEMS também participaria
 348 para dar retorno aos gestores municipais. Em seguida **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para
 349 **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC: 1.1**
 350 **Credenciamento/Habilitação: Aprovados.**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Jequié	Policlínica Regional de Jequié	9373845	26.037.369/0001-62	1902– Vasectomia
Feira de Santana	Policlínica Regional Região de Saúde de Feira de Santana	9507930	29.664.289/0001-25	1902– Vasectomia

351 **2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/COCON: 2.1**
 352 **Credenciamento/Habilitação: Aprovados.**

GESTÃO ESTADUAL				
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Hospital Estadual da Mulher	0003778	13.937.131/0058-87	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral – Código 23.01 e 23.04
GESTÃO MUNICIPAL				
MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Alagoinhas	HEMOVIDA	2804891	04.805.100/0001-46	Atenção Ambulatorial Especializada em DRC nos Estágios 4 e 5 Pré Dialítico – Código 15.06

353 Lembrou dos problemas em relação à publicação das resoluções, principalmente as habilitações da DICON/COCON e
 354 comentou que, se não avançassem no processo, em seis meses o Ministério da Saúde voltaria a pedir para ser encaminhada
 355 resolução CIB, que é o caso das que foram colocadas agora. Próximo ponto de **Homologação: 2.2 Alteração do prestador**
 356 **do Programa de Glaucoma de alguns municípios da Região de Feira de Santana:** Coração de Maria, Conceição do
 357 Jacuípe, Mundo Novo, Santa Bárbara, São Gonçalo dos Campos e Santo Estevão, um pleito da CIR de Feira de Santana,
 358 encaminhado à DICON. **Alcina Romero** esclareceu que se trata de solicitação de troca de prestadores do glaucoma e que,
 359 observando toda esta situação e considerando que esta será uma das prioridades da retomada, até já tem uma pauta do
 360 COSEMS e o estado também já está trabalhando, com a DAE, DICON e SAFTEC, para fazerem um diagnóstico da situação e
 361 depois conversarem com o COSEMS, para proporem algo que amplie o acesso da população, pois está muito complicado.
 362 Com relação à troca frequente de prestadores, relatou que estão com problemas em vários processos de habilitação que não
 363 avançam no Ministério da Saúde, porque tem vários prestadores que precisam ser desabilitados, hoje são quarenta e sete
 364 prestadores de glaucoma no estado da Bahia, e vários que não apresentam produção. Então o Ministério informa que não
 365 habilita nenhum se não desabilita algum, é como em outras redes de alta complexidade em que, para habilitar um, precisa
 366 desabilitar outro. Assim, mais uma vez acatariam o pleito da CIR, a DICON mandaria para o Ministério da Saúde, lembrando
 367 que, depois de 2018, todos os anteriores o Ministério não habilitou mais nenhum prestador de glaucoma no estado da Bahia,
 368 ficando os que estão habilitados e não produzem porque não tem mais instrumentos contratuais com a gestão, estadual ou
 369 municipal. E os novos, que não conseguem produzir, ou estão produzindo sem poderem informar a produção, porque o sistema
 370 não aceita a produção deles. Relatou que utilizariam a base local do CNES, a DICON está trabalhando com a base local para
 371 ver esta informação, porque no TABWIN não se consegue ver a produção destes prestadores. Colocou que estão acatando
 372 esta troca, mas era preciso ver isso para, quando trocassem, a desabilitação vir junto e fazerem também toda a mudança do
 373 recurso, o que estava no teto, na portaria, na resolução CIB, onde foi alocado o recurso na metodologia proposta pela
 374 SUREGS, se tirassem parte daqueles municípios de um município executor, tinham que aprovar também o teto sendo
 375 deslocado para o novo município, se fosse a troca entre municípios. E se fosse a troca entre prestadores no mesmo município
 376 executor, no momento que a CIR pedisse habilitação, que pedisse junto a desabilitação, para o processo correr paralelamente
 377 no Ministério. **Rodrigo Machado, Coordenador da NUCON**, complementou a fala de Alcina Romero, dizendo que quando há
 378 esta mudança de prestadores – falando com relação ao estado – existe um contrato vigente com o prestador, via
 379 credenciamento, sendo preciso descredenciar o prestador anterior e credenciar o novo. Então nem sempre o tempo que
 380 acontece de descredenciamento e credenciamento é o tempo que a CIR tem como expectativa de que vai movimentar rápido.
 381 Citou uma situação da última CIB, em que tinha sido aprovada a troca do prestador da CIR de Guanambi, e colocou que
 382 entendia a angústia dos municípios e dos gestores locais, quanto à não prestação do serviço naquela região, e tendo sido
 383 deliberada a mudança do prestador, mas ainda não tinham conseguido credenciar o novo prestador para a região de
 384 Guanambi, porque o edital de credenciamento tem uma orçamentação que é de acordo com o recurso que estava alocado
 385 para o estado executar, tendo mudado a execução de lá, para que o estado passasse a ser executor. Então tinha sido preciso
 386 colocar o valor no edital, para depois disso se poder credenciar este prestador. Assim, o processo está em andamento,
 387 primeiro de inclusão do orçamento no edital, para posterior contratação/credenciamento do prestador, portanto, este tempo não
 388 é tão rápido, além de tudo isso que Alcina Romero tinha falado, tem este prazo também, que é contratual, existe a burocracia
 389 do serviço público, que é normal e necessária. Às vezes a expectativa é criada em cima dessa mudança – falando com relação
 390 ao exemplo de Feira de Santana – pois deve acontecer a mesma coisa por lá, mas enquanto o estado não conseguisse ainda
 391 trazer efetivamente o prestador da CIR de Guanambi para dentro do credenciamento deles, e acreditava que os municípios que
 392 são também os executores do recurso e que precisam contratar esses prestadores teriam que fazer a mesma coisa,
 393 descredenciar o prestador anterior e credenciar o novo, logo, era só mais um motivo para referendar de fato a
 394 necessidade de discussão e realinhamento desta questão. **Stela Souza** concordou com Rodrigo Machado, mas lembrou que,
 395 desde o início, quando foi pactuada a região de acordo com o prestador que a CIR havia pactuado, o recurso é um só, ao se
 396 contratar outro prestador este recurso pode continuar nesse prestador, o que Alcina Romero trazia é mais complicado, porque
 397 tem que desabilita, a exemplo de Feira de Santana, que não deve ter somente esses municípios com o prestador, saindo uma
 398 gama de municípios, mas continuando outra, a situação não é desabilita o prestador. **Rodrigo Machado** argumentou que no

399 caso de Guanambi o município é executor, tendo que mudar o gestor do recurso lá, por isso que estava com esse tempo.
400 **Stela Souza** disse ter entendido, mas estava dando outro exemplo, saindo uma parte e não toda do recurso, não significava
401 desabilitar, mas com relação à produção, informou que hoje o COSEMS tem uma pauta sobre como está a situação do
402 glaucoma no interior e informou também a existência de um inquérito civil e o COSEMS tem até o dia 12 para responder ao
403 Ministério Público da Bahia sobre a situação do atendimento do glaucoma no estado. Relatou que no mês passado foi feita
404 uma avaliação e tem vários executores que não estão executando nada, não estava falando de prestador e sim de executor,
405 porque quem contrata é o município, o estado, então não estava falando de prestador e sim sobre onde está o recurso. Citou a
406 região de Juazeiro como uma tragédia, o COSEMS o que está posto responderia ao Ministério Público, não podendo ser
407 diferente, não responderia o que não é verdade e como tem que proceder para desabilitar, conforme Alcina havia colocado.
408 Reforçou que o Ministério não está habilitando nada realmente e tem que esperar pedir a desabilitação para habilitar, e
409 questionou se continuariam com os prestadores que estão habilitados e não executam nada, considerando ser uma
410 responsabilidade também desta CIB e não dava para o COSEMS estar sendo provocado constantemente. Comentou que
411 neste ano de 2020 com a pandemia já é o quarto documento que o COSEMS responde ao MP e argumentou sobre a
412 necessidade de fazerem uma reunião rápida do GT do glaucoma, SESAB e COSEMS, e apontarem estas questões trazidas
413 por Rodrigo Machado e que ela não tinha conhecimento do tempo que tem, para que as CIR fossem orientadas e os
414 municípios tomassem conhecimento também. Mas não dava para o recurso ficar parado já há quase dois anos, em mãos de
415 um executor que não executou nada para os municípios e os pacientes sem nenhum tratamento. Disse que todos sabem que o
416 recurso não é suficiente, não sendo necessário retornar e contar a mesma história agora, mas nem o pouco recurso está sendo
417 executado. Em 2019 nem 50% do recurso foi executado, então convocava aqui mais uma pauta para uma reunião do GT ainda
418 na próxima semana e o COSEMS tem uma apresentação da reunião passada, quando foi abordado o glaucoma e estão
419 fazendo um levantamento com todos os municípios e todos os secretários municipais de saúde do Estado da Bahia, que eles
420 têm um prazo até meio-dia de hoje, dia 10, para preencherem a situação em que estão seus pacientes, porque esta resposta
421 seria encaminhada ao Ministério Público, pelo *Google Forms*. E solicitou que ficasse registrado em Ata, porque vinham
422 recebendo vários documentos e não podiam reiterar quando demoram de responder, e teriam que responder a verdade, só que
423 com certeza perguntariam o que está sendo feito, então já deixava aqui que teria que ter uma reunião ainda nesta semana,
424 envolvendo inclusive a DICON no processo. **Raul Molina** colocou que os relatos de Stela Souza e Rodrigo Machado tinham
425 referendado muito bem o que foi colocado por Alcina Romero e, tendo em vista que o COSEMS precisa dar uma resposta ao
426 MP e devido à necessidade de fundamentar esta resposta, fazia o encaminhamento de se fazer uma resolução CIB para o
427 Ministério da Saúde, relatando que não está dando para encaixar essas coisas devido a esse entrave que está acontecendo,
428 com isso tanto municípios como estado estão se precavendo quanto ao fato de que estão querendo tomar providências há
429 algum tempo e estas providências estarem sendo impedidas de se tornarem realmente eficazes, devido à burocracia existente
430 nas habilitações. Então era preciso gerar documentos, para isso sugeria uma resolução CIB aprovada hoje, para ser levada ao
431 Ministério da Saúde, informando que eles estão tendo esses problemas para dar cumprimento às demandas dos municípios,
432 do estado, do Ministério Público e dos usuários. **Stela Souza** concordou que poderiam até fazer uma resolução CIB, mas
433 primeiramente seria necessária uma reunião do GT e já deixarem pactuado aqui a publicação de uma resolução ad
434 referendum. Isso porque o Ministério da Saúde coloca que só habilita um novo com a solicitação da desabilitação do que está
435 habilitado e que não está executando, conforme consta em portaria, não podendo ter prestador que não está executando e
436 continuar habilitado anos e anos a fio, era preciso trazer isto para a reunião e, em sendo necessário, se fazer uma resolução e
437 aí gostaria que fosse dada essa autonomia ao GT para que fosse solicitada a desabilitação, automaticamente, de todos os
438 prestadores que não executam. **Cássio Garcia** enfatizou que antes seria necessário fazer uma boa avaliação, porque tem
439 várias situações, a exemplo de Juazeiro, tendo havido ontem inclusive uma reunião muito tensa da CIR, com a participação do
440 prestador e ele tivera até que ser um pouco ácido com o mesmo, infelizmente a conexão tinha caído e foi deliberado outro
441 caminho, que não é o que que a maioria dos municípios gostaria, mas que era preciso fazer realmente esta avaliação. Relatou
442 que em Juazeiro o prestador só produz 30% do recurso e os municípios estão desassistidos, tinha que ter essa avaliação do
443 GT, como dissera Stella Souza, e então, se fosse o caso, encaminharem a resolução. Colocou que esta pauta do glaucoma
444 teria continuação, com a apresentação em seguida, mais especificamente em relação aos municípios da região de Feira de
445 Santana, e perguntou se estava aprovada a alteração, lembrando que a alteração nesse formato significava mudança de teto,
446 que em teoria não está sendo feito, então não sabia se este é o momento correto, porque são alterações de prestador e do
447 teto, teria que ficar claro se mantém ou não essa questão de Feira de Santana. **Raul Molina** concordou que o GT que teria
448 mais propriedade para construir um documento, estava se referindo ao que Stela Souza havia chamado atenção e Cássio
449 Garcia tinha acabado de referendar e chamava atenção que a Portaria traz um interstício que leva à desassistência, no
450 momento em que desabilita um para tentar habilitar outro, e esta resolução tinha que fazer uma crítica à Portaria, por ter que
451 desabilitar um e habilitar o outro, que é onde está acontecendo o problema da desassistência. Assim, gostaria que o GT
452 deixasse isso bem claro, para que pudessem entender, porque às vezes quem faz as portarias não sabe o que realmente
453 acontece na prática. **Ivonildo Dourado, Diretor da DICONV/FESBA e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e disse que
454 tinha acompanhado atentamente as falas de Raul Molina, Stela Souza e Cássio Garcia e a fala de Alcina Romero, com relação
455 ao glaucoma e, independentemente da posição que esta Comissão viesse a assumir com relação à alteração de prestador do
456 glaucoma para alguns municípios da região de Feira de Santana – falando como Coordenador da CIR – que levassem em
457 consideração a autonomia do gestor municipal, que requereu a alteração de prestador alegando insatisfação com o atual e
458 entendendo que o prestador que estão optando garantiria uma melhor assistência aos seus usuários. Que esta Comissão
459 tomasse também a decisão mediante a análise desse ponto. **Alcina Romero** esclareceu que não há discussão quanto à
460 autonomia do gestor, o problema é no caso específico desta pauta, pois o que a CIR de Feira de Santana tinha aprovado, a
461 saída de cinco municípios do prestador HCOR de Feira de Santana para o prestador Adivânia, que é em Santa Luz e é do
462 Estado. Então tendo que sair a parte do recurso que está alocado no teto de Feira de Santana referente a estes municípios e ir
463 para o teto do estado, que faz a gestão da Clínica Adivânia, ao mesmo tempo a SUREGS tem que fazer a adequação no
464 contrato da Clínica Adivânia. Então são movimentos que precisam ser feitos, porque às vezes acham que a CIR aprovou, que
465 é imediato, e não é, tem muita coisa envolvida no movimento de saída de prestador, não que não se pudesse ou que não

466 devesse, mas não podia ser um movimento qualquer, tinha que ser bem pensado. **Ivonildo Dourado** comentou que entendia a
467 fala de Alcina Romero e até se reportara a ela anteriormente, ressaltando que o documento encaminhado pela CIR de Feira de
468 Santana faz essa observação e, por conta dos municípios que estão requerendo alteração de prestador que está sob gestão
469 estadual, estes recursos teriam que ser necessariamente alocados no teto estadual. Considerou coerente a fala de Raul
470 Molina, porque não dava para desabilitar e ter um lapso temporal para habilitar outro, óbvio que todos estes movimentos
471 colocados tinham que ser feitos para se viabilizar a solicitação dos municípios, não sendo uma coisa *pari passu*, realmente tem
472 que haver alteração do contrato para esses valores serem acrescidos, crescer esses municípios, mesmo sendo a
473 Macrorregião de Feira de Santana, não é a Microrregião, todas essas questões precisavam ser analisadas. Enfatizou que
474 estava sendo colocado por ter havido uma fala para não só observar a solicitação dos municípios, mas observar a alteração de
475 teto, uma coisa que, segundo a fala de Cássio Garcia, lhe parecia que a CIB não está avaliando. São duas questões distintas,
476 uma é a solicitação dos municípios e a outra é o colocado por Cássio Garcia, quanto à alteração de teto, assim, só quisera
477 intervir em relação a essas questões que poderiam estar sendo equacionadas para contemplar a requisição dos municípios e
478 garantir um acesso que, segundo eles, atendessem melhor aos seus usuários. **Stela Souza** concordou com Ivonildo Dourado e
479 lembrou que desde o primeiro momento a autonomia do município em dizer quem vai prestar o serviço para lá sempre tinha
480 sido colocada, porque se ele tem um prestador, até mesmo a questão de dentro da região e fora da região de saúde – no início
481 até tinha ocorrido uma discussão de que tinha que ficar dentro da região – mas se dentro da sua região não está lhe
482 atendendo, ele pode buscar um prestador que realmente vai lhe atender, isso é seu direito e o importante é a assistência ao
483 paciente. **Cássio Garcia** informou que a pauta tinha chegado ontem na CIB e justamente nesse movimento, entendendo e
484 respeitando a sempre autonomia dos municípios colocados em pauta, mas que gera um processo de mudança de teto, de
485 prestador, de alteração de contrato, e não tinha sido bem discutida com a área técnica. Então estava assumindo o erro, pois
486 tinha lhe parecido que poderia ser uma coisa automática, mas não é tão simples por tudo o que tinha sido colocado. Portanto,
487 neste momento não tinha condição, pelo Estado, e com a presença das áreas técnicas, solicitava deixar essa pauta da
488 alteração para outro momento, entendendo que tinha entrado na pauta com o objetivo de se resolver, mas que ainda tem
489 outros processos que seriam derivados, que se não fossem bem colocados gerariam expectativas e uma demora maior e
490 podendo gerar outros problemas ainda maiores. **Ivonildo Dourado** concordou com o encaminhamento de Cássio Garcia
491 quanto à fala de Alcina Romero e reiterou o que a mesma tinha dito, de que fossem criados os fluxos de alteração de contrato
492 de prestador e remanejamento de teto, quando fosse o caso, justamente para se estabelecer estas prerrogativas a fim de que,
493 quando esses processos fossem discutidos na CIR, isso já estivesse bem claro para o gestor municipal que requer e para o
494 gestor municipal que detém o serviço e que porventura viesse a perder essa pactuação. Este é o encaminhamento e, se fosse
495 o caso, se já estivesse tudo pronto, na próxima CIB poderiam retomar essas discussões. **Denise Mascarenhas** quis esclarecer
496 duas coisas, lembrando que, salvo engano, na reunião CIR citada por Ivonildo Dourado não tinha havido *quórum* e tinha sido
497 *ad referendum*. Primeiramente, garantindo que nenhum dos municípios que está saindo está desassistido e sua dúvida era de
498 o prestador que está indo não estar habilitado pelo Ministério - e é o que Cássio estava colocando. Então era preciso realmente
499 fazer as coisas com segurança, tendo em vista o processo de glaucoma no Ministério Público, era preciso ter sabedoria nesse
500 momento, não é momento de mudanças, se uma vez que tudo está respaldado nas portarias. Voltava a dizer que a vontade do
501 gestor prevalece, reiterando que estes municípios estão desassistidos, nunca teve nenhuma queixa deles em relação ao
502 prestador, então isto tinha que ficar bem esclarecido e à disposição, para a CIB conduzir de uma forma que pudessem
503 realmente ter segurança nestas questões do glaucoma. **Raul Molina** chamou isso de imparcialidade, porque Denise
504 Mascarenhas estava fazendo uma declaração que ia exatamente contra o que o pessoal vinha usando como argumento para
505 desabilitar, e observou aí um impasse. **Stela Souza** se posicionou pelo encaminhamento feito por Cássio Garcia, de suspender
506 este ponto por ter chegado ontem e não ter sido analisado, ela não tinha recebido nada, só tinha visto mesmo na pauta e o GT
507 se reuniria nesta semana para analisar e deliberar sobre o encaminhamento, não só este como de todas as respostas do que
508 estivesse sendo encaminhado para o Ministério Público. Houve **consenso pela retirada de pauta do item 2.2 de**
509 **Homologação** e os demais itens de homologação foram **aprovados à unanimidade**. Em seguida foi passado o vídeo feito
510 pelo **Secretário de Saúde do município de Campo Formoso, Charles Farias**. **Stela Souza** achou emocionante, dividindo
511 com todos a emoção de ontem na abertura do Segundo Ciclo da 2ª Oficina do Projeto de Regionalização Governança da Rede
512 PEBA, a Rede Interestadual, como diz Charles Farias, que trouxera muito bem a questão dos heróis do SUS. Parabenizou a
513 todos, desejava abraçar cada um nessa luta que não está fácil e enfatizou que são todos heróis, guerreiros e continuariam
514 lutando. Agradeceu ao colega Charles Farias e ressaltou ter orgulho dele. **Nanci Salles** informou sobre uma pergunta no *chat*
515 geral, em relação ao atendimento do glaucoma na região de Sapeaçu, mas como tinha ficado definido que haveria reunião do
516 GT de Glaucoma, em seguida já deviam ter um posicionamento com deliberação e orientação para gestores. Dando
517 seguimento à ordem do dia, passou para a leitura dos expedientes que foram encaminhados para **Apresentação: 1.**
518 **SESAB/COSEMS: 1.1 Situação do repasse dos Filantrópicos, conforme Portarias 1393 e 1448/2020.** Passou a palavra
519 para Rodrigo Machado, da NUCON/SUREGS, que faz essa discussão em todas as reuniões da CIB de leitos e Maria Luíza
520 Campelo, Secretária Executiva do COSEMS, que também acompanha os hospitais das unidades filantrópicas sob gestão dos
521 municípios. **Luíza Campelo** cumprimentou a todos, comunicou que não fariam uma apresentação, mas passariam como
522 informe referente às portarias que trazem recurso para as unidades filantrópicas e sem fins lucrativos e, fazendo um
523 consolidado, falaria sobre as unidades que estão sob gestão municipal. Informou que a nível de gestão municipal são vinte e
524 três municípios contemplados nas portarias, com trinta e nove unidades, até o momento vinte e seis unidades já estão com
525 esses recursos em conta e apenas treze unidades não receberam, as treze unidades que ainda não finalizaram os contratos
526 para repasse do recurso, que estão em cinco municípios, um deles é Salvador, com dez unidades, já tendo repassado quatro
527 e ainda faltam seis unidades para finalizar o processo, e mais quatro municípios que ainda estão também com estes recursos
528 em processo: Juazeiro com três unidades; Santo Amaro com duas; Itacaré e Euclides da Cunha. Essa é a situação das
529 unidades que estão com recurso sob gestão municipal. **Rodrigo Machado, NUCON/SUREGS**, disse que faria um resumo, mas
530 se quisessem mais detalhes sobre unidades ele tinha como lhes passar. Informou o número de quarenta e oito unidades sob
531 gestão estadual, de quarenta e oito municípios diferentes, somando as duas Portarias, 1393 e 1448. Destas quarenta e oito
532 unidades, trinta e duas já receberam recursos, em dez os processos estão ainda em tramitação, alguns ajustes necessários

serem feitos normalmente com relação ao plano apresentado e questões de composição de contrato, dois foram publicados recentemente, mas ainda não foram pagos e apenas quatro ainda não solicitaram. Pediu apoio aos secretários municipais, pois ainda não conseguira receber o plano das unidades de Olindina, Iguai, Itororó e Nova Canaã, os quatro municípios que ainda restam, não conseguindo abrir processo por não ter obtido retorno com relação aos planos. Considerava que tinham conseguido avançar bastante, principalmente depois do apoio da Federação das Santas Casas, mas ainda não tinham conseguido obter o plano dessas quatro unidades citadas. **Stela Souza** reiterou a informação de Luíza Campelo sobre quatro unidades para as quais o recurso tinha saído na portaria e que não funcionam e os municípios tinham ficado sem saber como resolver. O recurso consta na portaria no teto do município, mas a unidade não funciona, enquanto tem unidade que quer o recurso para reabrir e não pode, o recurso veio para COVID, ou seja, a unidade está funcionando e é para implementar ações da COVID-19. Falou que na reunião da CIB de leitos tinha sido proposto que se encaminhasse uma solicitação de esclarecimento ao Ministério da Saúde sobre como resolver esta situação. Perguntou a **Nanci Salles** se tinha sido encaminhada e a mesma respondeu que foi encaminhado ofício às Secretarias Municipais de Salvador e Santo Amaro, que apresentam unidades nessa situação e estava aguardando o envio do ofício para, com base no pleito dos municípios, fazerem esse ofício CIB ao Ministério, questionando como proceder nestes casos. **Raul Molina** perguntou se havia alguma coisa com relação ao filantrópico de Mutuípe e Rodrigo Machado respondeu que está em sua lista, tramitando ainda, o plano apresentado, mas não tinha sido concluído e nem encaminhado para pagamento. Dando prosseguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de pauta: **1.2 Situação do Programa de Glaucoma e da disponibilidade dos colírios citados nos municípios do interior do Estado da Bahia (Inquérito Civil n. 003.9.64528/2019 do MPE) – resposta dos municípios.** Lembrou a data para resposta, até o dia 12, e pediu para Taís Gaspar falar como está o questionário feito para os municípios. **Taís Gaspar, Assessora Técnica do COSEMS**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação da Situação do Programa de Glaucoma, relatando que os apoiadores institucionais do COSEMS tinham encaminhado um formulário do *Google Forms* na semana passada, atendendo a uma demanda do Ministério Público Estadual.

Situação do Programa de Glaucoma e a disponibilidade dos colírios nos municípios do interior da Bahia

Objetivo de realizar diagnóstico situacional da assistência ao glaucoma na Bahia e fundamentar as discussões junto ao Ministério Público Estadual (MPE).

www.cosemsba.org.br | @cosemsbahia | /cosemsba

GRUPO DE ATUAÇÃO ESPECIAL DE DEFESA DA SAÚDE - GESAU

Ofício nº 1124 – RQ/2020 – 64528/2019 Salvador, 03 de setembro de 2020

A Senhora
STELA DOS SANTOS SOUZA
Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS-BA
E-mail: cosemsba@cosems.org.br / cosemsbahia@upf.org.br

Senhora Presidente,

Cumprimentando-a cordalmente a Vossa Senhoria e, com o fim de instruir o Inquérito Civil n. 003.9.64528/2019, cujo objeto é averiguar possível interrupção na aquisição e dispensação dos colírios para glaucoma: Latanoprost e Maltato de Timolol, solicito, em 10 (dez) dias úteis, por meio eletrônico (protocologesau@mpba.mp.br), sua manifestação e informações sobre o quanto estabelecido na reunião realizada no bojo do procedimento citado, acerca da realização do questionário pelos municípios do Estado da Bahia com a finalidade de averificar como está o atendimento dos pacientes com glaucoma e quantos são os casos novos, ainda sem assistência.

Colho do ensejo para renovar a V. S.ª protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,
(assinado eletronicamente)
Rogério Luis Gomes de Queiroz

www.cosemsba.org.br | @cosemsbahia | /cosemsba

Mostrou os *slides* que tratam inicialmente dos dados de quem preenchesse o formulário, com perguntas simples para que pudessem entender o panorama atual do estado, sendo perguntas fechadas (sim ou não) que permitirão fazer uma análise de forma breve: 1. Qual a estratégia utilizada de manutenção do tratamento dos pacientes? 2. Os pacientes do Glaucoma estão sendo atendidos em seu município? 3. Os pacientes com glaucoma estão sendo atendidos no município pactuado?

LEVANTAMENTO COSEMS - GLAUCOMA NA BAHIA:

Com a finalidade de termos a mais próxima realidade da assistência ao Glaucoma na Bahia e fundamentar nossas discussões junto ao Ministério Público da Bahia (MPE) sobre o tema. Solicitamos com a máxima urgência que todos(as) gestores (as) respondam o formulário a seguir.
Até o PRÓXIMO DIA 10 DE SETEMBRO, ÀS 12H.

*Obrigatório

www.cosemsba.org.br | @cosemsbahia | /cosemsba

Dados de quem faz o preenchimento: Endereço de e-mail, Nome, Função e Município

1. Qual a estratégia utilizada para manutenção do tratamento dos pacientes?
2. Os Pacientes com Glaucoma estão sendo atendidos em seu município? (SIM ou NÃO)
3. Os Pacientes com Glaucoma estão sendo atendidos no município pactuado? (SIM ou NÃO)

www.cosemsba.org.br | @cosemsbahia | /cosemsba

E continuou apresentando o *slide* seguinte: 4. Houve interrupção no fornecimento dos colírios? 5. A quantidade do serviço pactuado está sendo executado? (Disse que esta é uma pergunta aberta para eles lhes darem uma devolutiva de forma breve. 6. Quantos casos novos de pacientes com glaucoma estão sem assistência? 7. Um campo em aberto para colocarem alguma

600 observação pertinente ao glaucoma no município. Fez a ressalva de que o gráfico a seguir está desatualizado e que neste
601 momento já tem duzentas e trinta e cinco respostas de municípios, com um percentual bom de todas as regiões.

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

4. Houve interrupção no fornecimento dos colírios? (SIM ou NÃO)

5. A quantidade do serviço pactuado, está sendo executado?

6. Quantos casos novos de pacientes com Glaucoma estão sem assistência?

7. Para quaisquer breve observação pertinente ao Glaucoma no Município.

614

615

616

617

618

619

620

621

622

Formulário eletrônico do Google liberado em 04/09 para os municípios.

Até o momento **131 Municípios** responderam.

Só pode preencher o formulário uma vez.

Prazo até 10 de setembro, às 12hrs.

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

Macro Região de Saúde:
131 respostas

Região	Porcentagem
Leste	3,8%
Centro Leste	13,7%
Nordeste	14,5%
Centro Norte	9,2%
Norte	9,2%
Sul	9,9%
Extremo Sul	22,9%
Sudoeste	9,2%
Oeste	11,5%

Finalizou relatando que na reunião do COSEMS, já tinham alertado que encerraria hoje, por volta de meio-dia, a fim de ser possível fazerem a análise e darem a devolutiva ao Ministério Público Estadual o mais breve possível. **Stela Souza**, reforçando a proposta, disse que este formulário foi construído e encaminhado aos municípios, ficaria aberto até meio-dia para todos responderem e é esta a resposta à demanda do Ministério Público. **Cássio Garcia** sugeriu deixarem a data da reunião do GT de glaucoma agendada e **Stela Souza** disse que perderiam o prazo do MP, a não ser que pedissem uma prorrogação. **Cássio Garcia** achou que seria melhor, pois daria para fazerem um estudo com mais segurança, isso seria importante, contribuiria muito e sem dúvida seria melhor fazer uma resposta em conjunto com o GT. **Stela Souza** concordou, porque antes não existia esta proposta do GT, mas como tinham prazo para responder, pediria ao jurídico do COSEMS para ver a possibilidade de pedirem mais oito a dez dias de prazo para darem uma resposta, mas tinham que oficializar logo. **Cássio Garcia** colocou que, se fosse o caso, a CIB poderia encaminhar, mas **Stela Souza** lembrou que o documento não tinha ido para a CIB e sim para o COSEMS, então solicitariam com o argumento de que tinha sido levado à CIB. Logo em seguida o Jurídico do COSEMS confirmou de que seria possível e já dariam os encaminhamentos. E pediu para não esquecerem de colocar no texto de que tinha sido uma demanda da CIB. Dando prosseguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de pauta: **1.3 Parcial do levantamento de conectividade nas UBS para o DATASUS.** **Tais Gaspar** informou que apresentaria a parcial de um segundo *Google Forms* que os apoiadores do COSEMS tinham repassado para os gestores municipais e iniciou a apresentação em *slides*, relatando que este levantamento foi feito para verem a disponibilidade de internet nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família dos municípios, com o intuito de dar subsídio ao DATASUS na elaboração de um projeto para ampliação de rede web na Atenção Básica do país. Um projeto de cerca de quinze mil acessos e tinha sido dado este passo à frente, para saberem como estão as UBS e USF dos municípios. Informou que algumas unidades têm internet, mas não movimentam completamente os programas, então tinham sugerido que os coordenadores de Atenção Básica realizassem este preenchimento, podendo responder sobre até duas unidades em cada questionário.

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

PARCIAL DO LEVANTAMENTO SOBRE CONECTIVIDADE NAS UBS/USF PARA O DATASUS

Delimitador
09 de Setembro 2020

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

Levantamento DATASUS
Secretárias e Secretários Municipais de Saúde

Estamos realizando **levantamento sobre a disponibilidade de internet nas UBS e USF dos municípios**, com o intuito de dar subsídio ao DATASUS na elaboração de projeto para ampliação de rede Web na ATENÇÃO BÁSICA do país. Deste modo, solicite ao seu Coordenador(a) de Atenção básica, que nos informe a situação de cada USF/UBS de seu município. Poderão ser descritas até 2 unidade de saúde por questionário respondido, caso tenha mais favor realizar novo preenchimento.

Em seguida fez um breve resumo do que tem no formulário, além das perguntas iniciais **sobre** quem está respondendo, tem os dados solicitados pelo DATASUS: nome da unidade, registro do CNES, localidade, tipo de unidade, pessoa responsável pela unidade para entrar em contato em caso de necessidade e as informações sobre a conectividade, se há internet na unidade, se a internet suporta movimentar os sistemas da Atenção Básica, se tem fibra ótica e se já participa de algum programa.

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

Informações sobre UBS/USF:

- Nome da Unidade (conforme CNES): *
- Nº registro CNES: *
- Tipo de Unidade: *
- Endereço da Unidade: *
- Nome do Responsável pela Unidade: *
- Função do Responsável pela Unidade: *
- Telefone Fixo (com DDD): *
- Telefone Celular (com DDD): *
- E-mail: *
- Na referida Unidade, há Internet para uso dos sistemas de informação da Atenção Básica? * (S/N)
- Há problemas de conectividade para esse uso? * (Aberta)
- Nas unidades onde o município possui internet, o tipo de Internet é fibra óptica? * (S/N)
- O município possui alguma unidade no programa Conecte SUS? * (S/N)
- Você tem alguma outra UBS/USF para cadastrar neste levantamento? * (S/N)

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

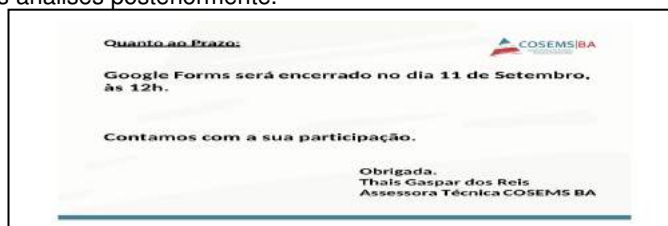
666

4. Macro Região de Saúde:
567 respostas

Região	Porcentagem
Leste	3,9%
Centro Leste	11%
Nordeste	12,7%
Centro Norte	7,7%
Norte	10%
Sul	10,6%
Extremo Sul	20,7%
Sudoeste	10,6%
Oeste	11%

Totalizando com os dados de 1.787 USF/UBS.

667 Disse ainda que o gráfico apresentado no *slide* está desatualizado – ontem à noite tinham novecentas e sessenta e sete
 668 respostas, totalizando mil setecentos e oitenta e sete informações de unidades, mas agora, já atualizado, são mil e trinta
 669 respostas. Com certeza esse quantitativo de dados de unidades já devendo ter passado de dois mil, conforme Cristiano Sóster
 670 tinha apresentado a perspectiva – em torno dois mil e trezentos na Bahia – então já estão com um quantitativo e uma visão
 671 bem ampla para fazerem essas análises posteriormente.



680 Finalizou relatando que todas as regiões foram contempladas com o quantitativo positivo e informou que esse formulário seria
 681 fechado amanhã, às 12 horas, para começarem a fazer as análises de todos os critérios solicitados. **Cristiano Sóster** colocou
 682 uma preocupação e explicou, por ser uma ação extremamente potente, que possibilita aos municípios terem uma melhor
 683 qualidade da assistência, que se implantasse um prontuário eletrônico, automatizado, com vinculação com o Ministério da
 684 Saúde. E que este tipo de ação possibilitaria que as equipes estivessem integradas às ações de educação permanente,
 685 viabilizaria inclusive teleinterconsulta, teleconsulta, tudo que está sendo estruturado, o CONASEMS também está oferecendo a
 686 Plataforma Zoom e mesmo assim, infelizmente alguns gestores, ou por não terem o conhecimento, por não ter chegado até
 687 eles, ou por não estarem valorizando este tipo de ação, não estão respondendo o questionário, são três mil setecentas e doze
 688 unidades, ou seja, tem muita gente que não respondeu e o próprio município é que sairá no prejuízo e isso podia ser um divisor
 689 de águas para a Atenção Básica. **Stela Souza** concordou com Cristiano Sóster que infelizmente é muito triste, lembrou que
 690 tinham conseguido a Plataforma Zoom, mas se não tivessem internet não resolveria nada, uma coisa está ligada à outra e o
 691 Ministério da Saúde está com esta proposta de implantar a internet em quinze mil unidades básicas de saúde no Brasil, o prazo
 692 é até amanhã e ficaria sem resposta de municípios, porque não prejudicariam quem respondeu. E se demorassem de informar
 693 poderia ser que não conseguissem mais, três mil e setecentas unidades. Assim, compartilhava essa preocupação com
 694 Cristiano Sóster e fez um apelo a todos os gestores que por favor respondessem, por ser a única forma de lutar, não sabia se
 695 conseguiriam tudo, mas se eles não encaminhasssem a resposta sobre como estão as unidades do estado, não conseguiriam
 696 nada. Então não adiantava ter Zoom e não ter internet, assim como não adiantava ter internet e não ter uma plataforma boa
 697 para trabalharem. **Nanci Salles** falou sobre uma pergunta do grupo externo, mas não era atinente a nenhum ponto de pauta,
 698 então encaminharia a questão à DICON, para esclarecer a Flávia Araújo, apoiadora do COSEMS. **Cássio Garcia** lembrou que,
 699 na metodologia das perguntas, as que não estivessem de acordo com a pauta seriam encaminhadas para a área técnica, como
 700 a colocada por Nanci Salles. Dando prosseguimento, passou para o próximo ponto de pauta: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE**
 701 **VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1 Situação da imunização do estado da Bahia** e chamou
 702 atenção de que nesta semana esta situação tinha sido colocada pela mídia com muita força, Stela Souza tinha acionado o
 703 estado rapidamente, que se mobilizou e, devido à relevância desta pauta, tinha vindo logo para discussão na CIB, pois todo o
 704 Brasil, todas as mídias está discutindo o fato de mais uma vez não se ter conseguido atingir metas, não só na Bahia, mas no
 705 Brasil e grande parte do mundo. Uma situação preocupante, porque todos conhecem o histórico da imunização e a sua
 706 capacidade, e nos últimos anos vem evoluindo de forma negativa. Assim, esta apresentação seria para que pudessem discutir,
 707 debater e, se possível, fazerem mais propostas para retomarem isso. **Vânia Rebouças, Coordenadora de Imunização da**
 708 **DIVEP/SUVISA**, cumprimentou a todos, agradeceu a oportunidade de pautar este tema tão importante, com muitas coisas para
 709 falar, mas como o tempo é curto, tentaria ser breve. Iniciou a apresentação em *slides* e colocou que estão pensando em
 710 estratégias para tentarem reverter um cenário que preocupa a todos, a queda das coberturas vacinais em nosso território.
 711 Mostrou no *slide* abaixo a série histórica da cobertura das nove vacinas do Calendário Básico da Criança de 2009 a 2020 no
 712 Brasil, lembrando que a meta de cobertura de BCG e Rotavírus é de 90%, e das demais vacinas 95%, ainda assim se observa
 713 que no Brasil esta queda começou a partir de 2016/2017 e vem caindo ano a ano. Na Bahia o cenário não é diferente, inclusive
 714 esta semana foi manchete de vários jornais nacionais, por ser o primeiro ano em décadas que o Brasil não atingiu a cobertura.
 715 Assim, o PMI, implantado na década de 1970, que começou oferecendo quatro vacinas no seu calendário básico e hoje já são
 716 dezenas de vacinas oferecidas na rede pública para todas as idades, está com este recorte da cobertura de crianças menores
 717 até um ano de idade. O ano passado foi o primeiro ano no Brasil em que nenhuma das vacinas do Calendário da Criança
 718 conseguiu atingir a meta. Na Bahia a situação é ainda mais preocupante, foi implantado o sistema nominal do registro de doses
 719 aplicadas em 2015, se observa no *slide* abaixo que desde 2016 nenhuma das vacinas do Calendário da Criança conseguiu
 720 atingir meta. Mostrou a cobertura do Estado da Bahia sem alcançar a meta para nenhuma das vacinas do Calendário Básico
 721 da Criança até um ano de idade, o que é muito preocupante e, como gestores, era preciso pensar em estratégias para reverter
 722 esse cenário.

VIGILÂNCIA DAS COBERTURAS VACINAIS NO ESTADO DA BAHIA
CIB 10 DE SETEMBRO 2020

Vânia Rebouças Barbosa Vanden Brucke
 Coordenação de Imunizações e Vigilância Epidemiológica de Doenças Imunopreveníveis - CIVEDI
 Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP

Estado da Bahia SUS

COBERTURA DAS VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DA CRIANÇA MENOR E DE 1 ANO DE IDADE, BRASIL, 2009 A 2020*

Cobertura das 9 vacinas do calendário básico da criança 2009 a 2020* - Brasil

As coberturas vacinais vem caindo no país, com recrudescimento de doenças doravante em situação de controle e eliminação.

Imunobiológicos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
BCG	108,71	106,71	107,94	105,69	107,42	107,29	105,08	95,50	97,98	95,72	85,07	53,30
Rotavírus humano	85,39	83,04	87,04	83,37	89,52	93,44	95,35	88,98	85,12	91,33	83,74	55,29
Menigocócica C	-	28,88	29,69	36,18	39,70	46,36	58,15	61,68	67,44	68,49	65,60	53,37
Penta (DTP/Hb/Hib)	-	-	-	24,69	35,89	44,85	56,30	61,27	64,24	66,49	60,63	54,42
Prevacimedica 10V	-	24,02	31,65	38,39	43,57	51,45	64,23	65,00	62,15	65,25	67,35	57,76
Poliomielite inativada	103,66	99,35	101,33	96,55	100,71	96,76	98,29	84,43	84,74	89,54	82,63	53,38
Fóbre Amarilla	89,69	88,25	88,95	89,31	91,30	94,86	94,31	94,59	87,37	93,50	81,89	42,11
Túfalco Viral D11	103,74	99,93	102,39	99,30	107,46	113,93	96,07	95,41	95,24	92,53	91,55	57,79
Hepatite A	-	-	-	-	-	60,13	90,67	71,54	78,94	82,59	81,68	52,79

*Fonte: SIMNAC (Sistema Nacional de Informação em Vacinação)
 *Dados até janeiro e agosto 2020

734
735
736
737
738
739
740
741
742
743
744
745
746
747
748
749
750
751
752
753
754
755
756
757
758
759
760
761
762
763
764
765
766
767
768
769
770
771
772
773
774
775
776
777
778
779
780
781
782
783
784
785
786
787
788
789
790
791
792
793
794
795
796
797
798
799
800



Ponderou sobre as possíveis causas para estas baixas coberturas, uma delas o registro nominal, antes se conseguia fazer um registro em que, se a criança comparecesse ou qualquer pessoa fosse vacinada em uma determinada unidade de saúde, bastava apenas marcar um 'X' no boletim, se fazia o registro manual apenas no cartão da criança, anotando o lote da dose da vacina recebida e a criança ia embora. Então não tinha como rastrear para quem tinha sido dispensada esta dose em um sistema eletrônico. Relatou que em 2015 tinham conseguido implantar o SIPNI nas salas de vacina da Bahia e a partir de 2016 se observa uma queda considerável nas coberturas, assim, com certeza podia ter como uma das causas este registro nominal, porque se a unidade aplica e não registra adequadamente no sistema, não tem como contabilizar a dose, então podia estar tendo uma cobertura artificial. Mas o que se pode usar como parâmetro para avaliar a cobertura é o sistema oficial de doses aplicadas e o SIPNI implantado no final de 2019, e a inserção dos dados de doses aplicadas se comunica com o SIPNI, mas é inserido no E-SUS AB, que é o sistema eletrônico para toda sala de vacina da atenção primária. E um sistema semelhante, mas é um módulo que foi adicionado no prontuário eletrônico do cidadão, para que esse registro pudesse ser feito sem necessidade de abrir outro sistema. Então no E-SUS todas as salas de vacinas devem registrar as doses aplicadas de todas as vacinas da atenção primária. Relatou que aqui na Bahia, de mais de três mil salas ativas no sistema, ainda tem em torno de cento e vinte salas de vacina que não conseguiram migrar para o E-SUS, inclusive essa informação foi passada recentemente para os coordenadores de núcleos e divulgado nas macrorregionais. Comentou que é um número pequeno, quando se compara com o número total de salas que existem no estado, mas ainda assim isto também pode contribuir para não contabilizar e não contar estas doses para cobertura. Alguns municípios são ainda silenciosos para algumas vacinas, não registraram ainda, tem também a questão de migrar do sistema, então a exportação das doses que são aplicadas do E-SUS para o SIPNI, que é o sistema que avalia no nível estadual e federal, e é preciso que esses registros sejam realizados adequadamente por todas as salas de vacina, é necessário o gestor analisar como está a estrutura do seu município para lançar as doses, se a sala de vacina tem realmente capacidade de não aglomerar pessoas, facilitando o fluxo de atendimento sem um registrador, sem uma pessoa para dar apoio, se tem sala de vacina, como algumas unidades básicas de saúde onde o fluxo é intenso, principalmente nos centros urbanos, e a orientação é que o dimensionamento desse pessoal seja muito bem pensado pelos gestores, para evitar oportunidades perdidas de vacinação, porque as pessoas podem se cansar de esperar e ir embora, ou mesmo evitarem de ir por conta da pandemia e da fila em determinada sala de vacina. Também assegurar que a dose seja adequadamente registrada, porque se vacinar e não registrar não é possível contabilizar uma cobertura fidedigna para se fazer uma análise real da situação de saúde do nosso território. Estes são alguns dos fatores, outro é a falsa sensação de segurança da população, achando que já está protegida, porque estas doenças não estão circulando por já terem sido controladas e erradicadas. Então as vacinas vêm sendo vítimas de seu próprio sucesso e ao mesmo tempo tem movimentos antivacinas, várias *fake news* em relação às informações de vacinação circulando em algumas redes sociais, o que também prejudica muito a adesão da população às vacinas. Assim como se espera hoje o milagre da vacina do COVID19, com certeza estas vacinas já foram esperadas como um milagre para nossos antepassados, que viveram algumas epidemias e pandemias que já não vivenciamos, exatamente por conta do controle que se conseguiu fazer com a implantação da vacina no Calendário Nacional de Vacinação - e ressaltou que o nosso calendário é um dos mais ricos e melhores do mundo. Mostrou no próximo *slide* alguns indicadores de acompanhamento e monitoramento que os gestores também precisam conhecer, alguns indicadores novos como o PREVINE BRASIL, que é inclusive para repasse de verba, hoje se avalia a cobertura vacinal preconizada de Poliomielite e Pentavalente, abaixo os resultados da Bahia nos primeiro e segundo quadrimestres, sendo que a meta é de 95% e só estão com 47% de cobertura. E tem um repasse agora que só é feito para o território se atingirem estas coberturas. Falou também de outros indicadores, a taxa de abandono da pentavalente que também está muito alta, o ideal é menor que 5% e essa taxa de abandono significa que a criança não está completando seu esquema vacinal, é importante que ela comece e conclua o esquema, algumas vacinas são oferecidas em múltiplas doses e a criança só estará protegida se concluir o esquema de vacinação. Chamou atenção para outro indicador, a proporção das vacinas, que é a proporção das vacinas selecionadas que compõem o Calendário de Vacinação da Criança e tendo sido pactuado também aqui no estado, no SISPACTO e PQAVS, a seleção de quatro vacinas das nove do Calendário da Criança para atingirem cobertura: a vacina

Pentavalente; Pneumocócica 10; Poliomielite; e Tríplice Viral. Falou que se o território conseguir atingir cobertura de uma dessas vacinas, ter 25% das quatro, para atingir 100% teria que ter a cobertura nas quatro vacinas selecionadas, a meta para o estado agora em 2020 é ter pelo menos três dessas vacinas com a cobertura alcançada, significando dizer que pelo menos três dessas vacinas selecionadas precisam atingir a cobertura de 95%. Mas infelizmente no momento o indicador está zerado, porque não se conseguiu atingir cobertura para nenhuma das nove vacinas do Calendário da Criança, nem no primeiro nem no segundo quadrimestre, e esta é a realidade da grande maioria dos quatrocentos e dezessete municípios do estado da Bahia. Outro indicador, o número das salas de vacina que faz um movimento adequado no sistema de alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas no sistema de referência por residência e a meta sendo de pelo menos 80% das salas de vacina estarem alimentando e transmitindo os dados regularmente, no primeiro quadrimestre foram 35% de salas de vacina enviando adequadamente e no segundo quadrimestre apenas 26,6% das salas com o envio regular para contabilizar estas doses de movimento de imunobiológicos. Enfatizou que esta realidade preocupa muito, pois não é o cenário específico de determinado município, mas da grande maioria, então era preciso pensar realmente em estratégias eficazes para reverter estes números. Em seguida mostrou nos *slides* o desempenho quadrimestral dos indicadores de imunização por macrorregião de saúde, colocando que não tinha como trazer os quatrocentos e dezessete municípios, mas já sendo possível observar no recorte por macrorregião que, das coberturas das vacinas selecionadas na apresentação, nenhuma delas conseguiu a cobertura, que é de 95%. Começou mostrando na Macrorregião Centro-Leste as vacinas Pentavalente, BCG, Rotavírus, Tríplice Viral, Poliomielite, Meningite, Pneumocócica e Febre Amarela, que foram as selecionadas, porque Hepatite A já é aplicada em crianças com um ano e três meses. Então ficaram somente oito vacinas e para nenhuma dessas se conseguiu atingir sequer 50% da meta preconizada, o ideal seria ter 95% de cobertura, mas os índices todos são inferiores a 50%. Então a situação é realmente preocupante, representa um risco elevadíssimo e um retrocesso à possibilidade de conviver com doenças que já foram eliminadas e controladas por conta do êxito e das elevadas coberturas vacinais que o estado tinha na série histórica. Reforçou que desde 2016 não se consegue atingir a cobertura e agora com a pandemia houve ainda mais dificuldade. Continuando a apresentação, comentou que chegaram várias demandas de municípios para não receberem vacina por causa da pandemia e foram orientados, inclusive com envio de ofício, sobre a importância de manterem o serviço de vacinação em funcionamento durante a pandemia e se tivessem que fazer algum remanejamento – já que agora a unidade é para atendimento de COVID – era preciso que outra alternativa fosse oferecida à população, pois o serviço de vacina não podia parar, as crianças continuavam nascendo e precisavam continuar sendo protegidas, porque senão estariam muito vulneráveis, podendo adoecer por doenças que tem vacinas disponíveis gratuitamente para toda a população. Mostrou rapidamente os outros *slides*, observando que a Macrorregião Centro-Norte conseguiu passar de 50% em algumas vacinas, mas ainda está longe de alcançar a meta de 95% e que a situação é semelhante nas macrorregiões – e mostrou os slides das Macrorregiões Extremo-Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul, quase todas abaixo de 50% – e a grande maioria dos municípios vive esse cenário. Reiterou a necessidade de pensarem em estratégias e relatou que vem sendo feito um trabalho árduo de integração da Vigilância com a Atenção Básica, com reuniões mensais promovendo um Fórum Estadual de Imunização, em que alternativas para tentarem melhorar estas coberturas vacinais veem sendo discutidas, sendo convidados representantes da Atenção Básica, da Imunização e da Vigilância Epidemiológica de todas as regionais e também dos dezesseis municípios de maior porte. E comunicou que está sendo elaborado o Plano de Ações Estratégicas de Imunização do Estado da Bahia para o quadriênio 2020/2023, para publicação em breve.

Produto	Indicador	Instrumento de Pactuação	Meta da Ação para 2020	Evolução da Meta por Ação	
				1ºQD	2ºQD
Percentual de crianças menores de 1 ano com a 3ª dose da Poliomielite inativada e da Pentavalente aplicada (da população alvo estimada)	Coberturas vacinais preconizadas para as vacinas Poliomielite Inativada e Pentavalente	PREVINE BRASIL	95%	32,93%	47,21
Percentual de crianças menores de 1 ano com o esquema vacinal completo da Pentavalente	Taxa de abandono da pentavalente no estado	PES- PAS/ RDQA	< 5%	14,11%	10,68
Estimular a vigilância das coberturas vacinais, com objetivo de manter altas coberturas e realização de ações que proporcionem o alcance dessas metas	Proporção de vacinas selecionadas que compõem o Calendário Nacional de Vacinação para crianças menores de 1 ano de idade (Pentavalente - 3ª dose, Poliomielite - 3ª dose, Pneumocócica 10 valente - 2ª dose) e para crianças de 1 ano de idade (tríplice viral - 1ª dose) - com coberturas vacinais preconizadas.	SISPACTO e PQA VS	75%	0%	0%
Monitorar a quantidade de salas de vacina do município que alimentam o sistema de informação de dados individualizados por residência regularmente (mensalmente).	Proporção de salas de vacina com alimentação mensal das doses de vacinas aplicadas e da movimentação mensal de imunobiológicos, por residência.	PQA VS	80,00%	35,32%	26,6%



A seguir apresentou os *slides* sobre o desempenho quadrimestral dos indicadores de imunização por macrorregião de saúde do estado:

868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896
897
898
899
900
901
902
903
904
905
906
907
908
909
910
911
912
913
914
915
916
917
918
919
920
921
922
923
924
925
926
927
928
929
930
931
932
933
934

DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Centro-Leste		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	42,51	40,68	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	36,24	35,72	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	46,61	43,61	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	52,77	49,13	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	48,31	43,04	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	46,12	44,06	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	48,31	46,21	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	44,83	39,85	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Centro-Norte		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	53,45	55,70	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	39,99	49,13	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	62,73	55,69	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	65,99	64,49	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	63,42	59,81	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	64,58	61,88	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	65,86	63,14	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	58,87	55,84	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Extremo Sul		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	32,83	29,67	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	62,27	56,04	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	42,41	36,38	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	46,80	41,76	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	42,41	36,20	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	44,21	38,85	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	45,91	40,90	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	41,00	34,31	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Leste		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	41,31	44,03	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	37,51	44,27	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	45,84	46,09	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	51,50	56,22	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	46,34	45,03	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	47,32	47,15	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	47,52	49,23	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	44,04	43,83	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Nordeste		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	38,14	33,86	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	28,55	30,29	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	48,06	40,60	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	50,92	45,58	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	48,70	40,21	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	48,11	42,14	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	48,98	50,77	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	48,88	37,97	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Norte		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	39,95	39,29	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	59,53	49,30	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	48,55	43,17	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	55,94	54,86	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	50,11	45,01	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	49,46	47,30	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	50,86	48,97	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	46,97	44,69	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Oeste		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	56,94	49,48	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	62,12	55,92	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	59,38	49,17	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	65,18	54,79	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	62,90	51,06	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	61,96	52,26	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	64,42	54,90	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	61,90	51,53	



DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Indicadores	Meta 2020	Sudoeste		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	64,96	60,23	
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	34,88	33,67	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	65,24	57,92	
Cobertura da vacina triplice viral em crianças de um ano	95%	70,90	65,96	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%		58,73	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	64,68	59,18	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	66,88	61,97	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	61,07	56,62	



935
936
937
938
939
940
941
942
943
944
945
946
947
948
949
950
951
952
953
954
955
956
957
958
959
960
961
962
963
964
965
966
967
968
969
970
971
972
973
974
975
976
977
978
979
980
981
982
983
984
985
986
987
988
989
990
991
992
993
994
995
996
997
998
999
1000
1001

DESEMPENHO QUADRIMESTRAL DOS INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO POR MACRORREGIÃO DE SAÚDE				
Indicadores	Meta 2020	Sul		
		1º Q	2º Q	3º Q
Percentual de 95% da Cobertura vacinal da Pentavalente em menores de 1 ano no estado	95%	42,82		
Cobertura da vacina BCG-ID em crianças de um ano	≥90%	57,66	49,68	
Cobertura da vacina Rotavírus Humano (VORH) em menores de um ano de idade	≥90%	47,77	40,29	
Cobertura da vacina tríplice viral em crianças de um ano	95%	50,40	47,29	
Cobertura vacinal contra poliomielite em menor de 1 ano	≥95%	49,41	41,31	
Cobertura da vacina meningocócica C conjugada na faixa etária de 2 meses a menores de 1 ano de idade (MNC)	≥95%	49,21	43,37	
Cobertura da vacina pneumocócica 10 valente em menores de um ano de idade (PnC10v)	≥95%	49,21	45,26	
Cobertura vacinal contra Febre Amarela em menor de 1 ano	95%	47,55	40,80	



OBJETIVO

Melhorar as coberturas vacinais em todas as faixas etárias, com ênfase para crianças menores de 5 anos e adolescentes de 09 a 14 anos, nos 417 municípios da Bahia, no período de 2020-2023.

Mostrou o objetivo do plano no *slide* seguinte, que é melhorar as coberturas vacinais nos quatrocentos e dezessete municípios do Estado da Bahia, em todas as faixas etárias, com ênfase para crianças menores de 5 anos e os adolescentes de 9 a 14 anos, ressaltando que para isso é preciso contar com o apoio de todos os gestores municipais. E falou da estrutura do Plano: problema, objetivos, linhas de atuação e resultados. O problema – a redução das coberturas vacinais em todo o território. O objetivo geral – melhorar as coberturas vacinais e alguns objetivos específicos que precisam ser pactuadas algumas ações na publicação do plano. Em relação às linhas de atuação para melhorar estas coberturas vacinais, disse que tem ações que estão relacionadas à educação permanente, à gestão dos sistemas de informação para o registro de doses e ao monitoramento desses sistemas, à gestão da rede de frio, que precisa ser adequada e qualificada para armazenar os imunobiológicos, não apenas no âmbito estadual, mas também no âmbito municipal e em todas as salas de vacina, à rede de serviços de imunização, que já traz algumas estratégias, por exemplo, de favorecer agora a análise das solicitações para imunobiológicos especiais em todas as macrorregiões da Bahia, e isso visa facilitar o acesso da população aos imunobiológicos especiais e assim garantir a proteção para este público. Ainda como linhas de ação, falou do apoio matricial e institucional e da comunicação social, pois é a comunicação em saúde que vai ajudar a chegar na população, a apresentar esse calendário para o público, a falar da vacinação e da necessidade de manter controladas essas doenças. Então são várias linhas de ação, sendo necessário contar com o apoio de todos os gestores municipais para avançarem e mudarem este cenário em nosso território. Acrescentou que todas as vezes tem essa fase de transição e que o registro nominal é um grande avanço, porque realmente se consegue saber nominalmente quem recebeu a vacina, tendo como rastrear e o cidadão tem como ter acesso à sua caderneta eletrônica de vacinação. E desde 2015, quando se implantou o sistema, está sendo ofertada uma caderneta eletrônica à população que não existia antes. Antigamente se o usuário perdesse o cartão de vacina não tinha como resgatar, como fazer segunda via e não tinha como fazer chamada daquele faltoso, havia também a necessidade de fazer manualmente vários registros, algumas unidades tinham um livro preto para registrar quem tomou a vacina, outras não tinham, mas o cidadão também podia tomar vacina, como ainda pode em qualquer unidade de saúde, mas ele jamais conseguia resgatar integralmente seu cartão de vacinação. De 2015 para cá a ideia foi que a população tivesse como fazer isso, então as doses aplicadas e adequadamente registradas estariam disponíveis no sistema informatizado e isso contribuiria muito para dar continuidade aos esquemas que não foram concluídos e também identificar onde estão os grupos de indivíduos não vacinados e necessitando ser vacinados conforme o calendário, lembrando que tem vacina para todas as idades, criança, adolescente, adulto, gestante, idoso, a população indígena, enfim, tem vacina para todas as faixas etárias e grupos especiais e quando necessário o próprio Programa Nacional de Imunização disponibiliza e aqui no estado é preciso assegurar que estratégias sejam implementadas de janeiro a janeiro. Observou que com a pandemia a rotina deste ano foi bem atípica, mas a pandemia por si só não justifica as quedas de cobertura, apesar de ter piorado bastante por conta da pandemia, mas essa é uma realidade que não é de agora, desde 2016 esses índices vêm caindo cada vez mais e para resgatá-los é preciso investir nesses registros e nas salas de vacina. No outro *slide* mostrou que neste ano são quatro grandes campanhas em curso, lembrando que a campanha da Influenza ainda não acabou e como já está liberado para vacinar a população em geral, os municípios que ainda dispõem em estoque devem continuar vacinando, o Ministério da Saúde prorrogou inclusive o registro dessas doses no sistema, até 30 de setembro. Enfatizou que estão vivenciando um momento de campanha de vacinação indiscriminada de Sarampo para a faixa etária de 20 a 49 anos, lembrando que a campanha de Sarampo começou em março, quando começou a campanha da Influenza, mas, por conta da pandemia, os municípios não conseguiram operacionalizar as duas campanhas ao mesmo tempo, o que é natural, pois é tudo muito novo e não seria possível atender públicos tão distintos ao mesmo tempo. Disse que o público para Influenza é de cinco milhões e quinhentas mil pessoas e o público de Sarampo é de seis milhões e quinhentas mil pessoas, quase doze milhões de pessoas, praticamente a Bahia inteira para ser vacinada em um momento único, o que geraria aglomeração. Então primeiramente se implementou a Influenza e agora precisavam garantir a essas pessoas a proteção contra o Sarampo. Informou que a estratégia de vacinação indiscriminada para a faixa etária de 20 a 49 anos está mantida até 31 de outubro e na Bahia tem seis milhões e quinhentas mil pessoas nessa faixa etária. Explicou que é indiscriminada porque, independentemente do histórico vacinal, se a pessoa tem de 20 a 49 anos deve tomar a vacina do Sarampo, só não deve fazer se tiver alguma contra-indicação, porque se trata de uma vacina de vírus vivos atenuados, ou seja, se tiver uma imunodepressão severa, por exemplo, mas, fora isso, todas as pessoas devem fazer a vacina contra o Sarampo. Informou ainda que até o momento foram vacinadas menos de setecentas e cinquenta mil pessoas, um pouquinho mais de 10% da estimativa populacional e essa campanha vem desde março, já tem quase seis meses, agora o Ministério não intitula mais de campanha e sim de estratégia indiscriminada, porque campanha é pontual e já se estendeu tanto, já tendo quase um semestre e ainda não se conseguiu resgatar esse público para ser vacinado. Falou também da campanha contra Raiva para cães e gatos, que começou no dia 17 de agosto e está prevista para terminar no dia 12 de outubro, quando será feita uma análise e, sendo o caso, haveria prorrogação, por conta do período da pandemia, mas também não devendo se estender tanto, porque terá o período eleitoral e os municípios também estão exaustos de pandemia e de vários movimentos, mas era preciso

assegurar que o maior número possível de pessoas, e no caso aqui, dos animais, fossem vacinados. Falou também de duas campanhas para começarem no mês de outubro, a Multivacinação para atualização da Caderneta de Vacinação das Crianças e dos Adolescentes menores de 15 anos de idade, e contra a Poliomielite em crianças de 12 meses a menores de 5 anos de idade, a serem realizadas no período de 05 a 30 de outubro, 17 de outubro é o dia de divulgação e mobilização nacional e somente neste público de crianças de 1 a 4 anos são mais de 800 mil crianças a serem vacinadas contra poliomielite. Citou o Ofício Circular nº 136/2020/SVS/MS que foi amplamente distribuído para a Rede, todos devem estar cientes e pensando em estratégias para operacionalizar esta campanha a começar em breve e ao mesmo tempo conduzir todas as outras que estão em curso. Finalizou agradecendo a todos e colocando que, com certeza, apesar dos números estarem muito aquém do esperado, tem territórios e gestores que estão fazendo trabalhos brilhantes, com várias experiências exitosas, com vacinação casa a casa, inclusive vinha recebendo fotos de vários municípios vacinando 100% de sua zona rural, vacinando em *drive-thru* em grandes centros urbanos, sendo notório o quanto os municípios têm se empenhado para tentar mudar isso. Assim, esperava continuar contando com o apoio de todos para mudar esse cenário, pois unidos são mais fortes e venceriam, não podiam permitir o retrocesso de doenças que já foram eliminadas e erradicadas, por conta dessas baixas coberturas.



Stela Souza agradeceu a Vânia Rebouças pela excelente explanação, que tinha respondido à sua demanda, agradeceu também a Márcia São Pedro e toda sua equipe, a Cássio Garcia, que tinha atendido a **sua solicitação** e ressaltou a necessidade de mergulharem realmente na questão da vacinação. **Ana Ofélia Matos, Secretária Municipal de Saúde de Araci e Membro da CIB**, cumprimentou a todos, parabenizou Vânia Rebouças pela apresentação e comentou que o problema de imunização na Bahia e no Brasil é sistêmico. Lembrou que todos os pontos colocados e esta discussão já tinha sido também pauta no CONASEMS e achava que na questão do Sistema de Informação tem dois pontos de relevância para serem trabalhados de forma profunda: a operação do sistema, que não é a falta do operador do sistema, mas a operacionalização do sistema, a exemplo dos PSG, que na maioria dos municípios são realizados dentro da maternidade, inclusive tinha discutido isso ontem com sua equipe técnica, porque há duas semanas foi feita uma avaliação casa a casa, tinham parado todas as atividades dos enfermeiros e técnicos da Atenção Básica. Primeiramente com um levantamento pelos agentes comunitários para localizarem as crianças menores de dois anos, a fim de observarem a situação do cartão de vacina nesta amostragem, registrando e jogando no sistema, o que não tinha impactado quase nada. E tem muitos detalhes do sistema E-SUS, o indicador de hipertensão, um detalhe mínimo, a informação não melhora e fica como se a ação não estivesse sendo executada. Opinou que é preciso aprofundar muito na questão do Sistema e capacitar os municípios, e sentia falta da capacitação de salas de vacina em sistema, da questão do cuidado, da rede de frios, era tudo muito intenso e se perdeu um pouco disso, sendo

1069 preciso resgatar. Argumentou que há uma rotatividade de profissionais muito grande em salas de vacina nos municípios, novas
1070 equipes, novas unidades de saúde da família, novas salas sendo abertas, então há mesmo uma necessidade intensa de
1071 capacitação no manejo e aí a questão voltava ao sistema. Na BCG, por exemplo, se exige agora o cartão SUS, mas como
1072 fazer o cartão SUS, essa tinha sido uma indagação em que no sistema parece fácil, mas questionou como registrar a vacina do
1073 recém-nascido no sistema se nem nome ele tem para fazer um cartão SUS. Então com a BCG este quadro no Brasil e na
1074 Bahia não estão diferentes, é uma questão de sistema e tem também a questão do monitoramento das regionais de saúde, e
1075 tudo isso que se perdeu com o tempo e era preciso resgatar. Ressaltou como algo que lhe incomodava demais não terem
1076 conseguido avançar com a cobertura vacinal, por isso tinha tomado a decisão de irem de casa em casa, para terem um
1077 parâmetro real do que está acontecendo no município, e tinha observado que a vacina está sendo aplicada e registrada de fato,
1078 mas os indicadores não estão se elevando e o porquê de não estar subindo é a grande resposta que precisam. Sugeriu
1079 capacitar as equipes técnicas no registro e manuseio do sistema, porque a migração de um sistema para outro tem algumas
1080 armadilhas que não conseguem serem visualizadas na ponta. E voltando ao E-SUS, o registro do acompanhamento do
1081 hipertenso, que simplesmente é o técnico que faz e também estão com esse parâmetro horroroso como se não estivessem
1082 acompanhando os hipertensos e afirmou que não é isso, o registro está sendo feito, o lançamento no sistema é que está
1083 equivocado e ninguém conseguia enxergar isso. Reiterou a sugestão de se focar no monitoramento da capacitação sobre o
1084 sistema, o que mudaria muito esses indicadores da Bahia. **Stela Souza** observou que em alguns momentos houve falhas no
1085 áudio de Ana Ofélia interrompendo um pouco sua fala, mas tinha dado para entender. Pediu a Cristiano Sóster para se
1086 manifestar, por ter sido solicitado através do chat e em seguida Vânia falasse também para encerrarem e passarem para o
1087 ponto Pactuação. **Cristiano Sóster** reforçou as colocações de Vânia, observando que não é apenas uma questão de pedir
1088 apoio, tem a questão de responsabilidade compartilhada. Informou que existe um inquérito civil aberto do Ministério Público
1089 Federal, pela Procuradora da República Auristela Oliveira Reis, uma ação, considerando as baixas coberturas e que precisa
1090 ser respondida. Concordava com Ana Ofélia quanto à complexidade que foi criada, lembrando que tinham ótimas coberturas,
1091 mas tem uma condição onde inúmeras ações estão sendo obrigadas a serem executadas pela Atenção Básica, e citou, para
1092 terem uma ideia, que fosse colocado o cardápio de oferta das ações diárias da Atenção Básica, e isso não caberia em uma
1093 semana. Outra coisa, antes havia uma proposta de Programa Nacional de Imunização, com pouquíssimas vacinas, e outras
1094 foram sendo agregadas e hoje são mais de quinze, o que gerou também uma necessidade de capacitação, de ampliação de
1095 conhecimento e de busca populacional, até porque existe inclusive uma ampliação da cobertura da população envolvida para
1096 imunização. Falou que tem a questão dos sistemas, mas também tem algumas coisas que preocupam e já estão sendo
1097 evidenciadas por algumas pesquisas, inclusive no Rio de Janeiro está sendo feito um inquérito que tem apontada uma restrição
1098 de oferta, tem horário e turno para vacina, e existe a questão da disponibilidade de doses por frasco e não se quer
1099 disponibilizar a vacina para não ter que descartar a boa parte que sobra nos frascos. Então tem uma complexidade muito maior
1100 e era preciso pensar em como isso está sendo ofertado para a comunidade, para não haver restrição de oferta e discutir isso a
1101 nível federal e se pensar em facilitar a vida de quem está executando na Atenção Básica. Ponderou que é uma complexidade
1102 tão grande que se questiona muito sobre quem tem conhecimento de fato sobre todas as vacinas, todas as exceções que
1103 existem, porque é quase impossível alguém ter tanto conhecimento sem ter que consultar outras pessoas e até mesmo a
1104 literatura. E quando se está com uma mãe e uma criança na sua frente, não é uma coisa simples, o SUS não é para amador.
1105 Além disso era preciso discutir também sobre a equipe mínima da Atenção Básica que não dá mais conta da quantidade de
1106 ações que estão estabelecidas em portarias, regulamentos e protocolos, impossível uma equipe da Atenção Básica dar conta
1107 de todas as responsabilidades que estão sendo impostas e sobre isto refletindo na imunização, nos indicadores, no registro nos
1108 sistemas e na qualidade ofertada. Assim, considerava ser necessária uma discussão bem mais ampla em relação à Atenção
1109 Básica, pois o resultado está exposto sobre o que não estão conseguindo alcançar e não só na Bahia, mas em todo o Brasil,
1110 razão por que precisava ser levado para outras instâncias. **Raul Molina** ratificou as falas anteriores, chamou atenção sobre o
1111 problema do crescimento de um movimento contra as vacinas que está acontecendo em paralelo, sendo preciso que os
1112 gestores, que se orgulham do país por ter um sistema de imunização como o nosso, com as deficiências, com tudo o que tinha
1113 sido mostrado, mas um orgulho quando se vê países de primeiro mundo não alcançando 28, 30, 32% de imunização e era
1114 terrível ver crescer movimentos ideológicos contra a vacina. Assim, que fizessem também uma campanha para mostrar o
1115 quanto isso que está circulando é um veneno e que às vezes não se tem nem consciência que isso está acontecendo. Dizia
1116 isso porque muita gente chega ao consultório e diz que não aplica vacina nos filhos, é estarrecedor esse movimento que está
1117 crescendo, todos sabem que está existindo, mas ninguém tem coragem de dizer que está na hora de encarar essa questão.
1118 **Vânia Rebouças** observou que o plano traz as linhas de ação direcionadas exatamente para as causas do problema, assim
1119 como Ana Ofélia havia colocado, quanto às capacitações, e uma das linhas de ação é exatamente a educação permanente e
1120 um bom legado dessa pandemia é a cultura do uso das *web* aulas e dos encontros virtuais, que estão tendo muito êxito, com
1121 uma boa participação e conseguindo atingir até um número maior de pessoas em relação aos treinamentos que estão sendo
1122 promovidos. Considerava muito importante o treinamento *online*, mas assim que possível teriam também treinamentos práticos
1123 e relatou que o Curso Básico de Vacinação tem uma grande parte da carga horária como curso teórico e poderia ser oferecido
1124 em uma plataforma virtual, a ideia sendo de oferecer este curso ainda este ano, mas, pensando no movimento eleitoral, tinham
1125 optado por postergá-lo, devendo ser promovido um Curso Básico de Vacinação ainda no primeiro semestre do próximo ano,
1126 para terem uma adesão muito maior. Comentou sobre uma das ideias de que, como o profissional da sala de vacina tem
1127 computador e a grande maioria das salas tem internet, tinham pensado em fazer um curso todas as sextas-feiras, das quinze
1128 às dezessete horas ou das quatorze às dezesseis horas, durante dois meses. A equipe da sala de vacina assistiria aula neste
1129 horário, garantindo assim que três mil salas ativas da Bahia acompanhassem o treinamento. Várias ideias e os projetos seriam
1130 implementados com o apoio de todos, não seriam tomadas decisões sem discutirem, o COSEMS também participaria, tudo
1131 seria pautado na CIB. Enfatizou que as ideias estão bem avançadas e o plano traz propostas realmente interessantes, porque
1132 se as salas de vacina da Bahia não funcionassem nas tardes das sextas feiras, teriam que ter uma justificativa para
1133 funcionarem, já que o objetivo também é ampliar o acesso à vacina. **Stela Souza** considerou importante pensarem em
1134 estratégias, verem as sugestões colocadas por Ana Ofélia e Raul Molina e fazerem rapidamente uma proposta, segundo Vânia
1135 já está sendo construído um plano e irem vendo como melhorar. Concordou com a colocação de Cristiano Sóster, sobre o

Ministério Público Federal, de que responsabilizaria os municípios, mas que é preciso também verificar onde estão, e relatou ter experiência de lançar no sistema e de repente encontrar a vacina 'zerada'. Disse que vinha acompanhando de perto e discutindo em reuniões da diretoria do CONASEMS que os municípios não estão com a vacinação em dia de forma real, em um momento tinha sido até pensado em voltarem para o 'livro preto', para poderem ter a prova na unidade de que a vacina foi realizada, o que não está mais correto obviamente, porque sem alimentarem o sistema não tem dados da assistência. Dando prosseguimento, passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **Pactuação: 1. GT BIPARTITE SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC/COSEMS: 1.1 Aprovar a alteração de Resolução CIB nº 255/2020, considerando a Portaria GM/MS 3.193, de 09 de dezembro de 2019, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017, no que diz respeito ao financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde; e alteração das normas para execução do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do estado da Bahia. 1.2 Aprovar o Modelo de Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a ser realizado pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e utilizado pelos Municípios do Estado.** Lembrou que o ponto 1.2 já tinha sido apresentado na CIB e os prazos estabelecidos tinham sido perdidos por causa da pandemia, que atrapalhou um pouco o desenvolvimento desse projeto, mas o GT de Assistência Farmacêutica já tinha se reunido várias vezes para discutir e Luiz D'utra faria um relato sobre até onde tinham chegado e depois da sua apresentação ela voltaria a falar a respeito. **Luiz Henrique D'Utra, Superintendente da SAFTEC**, cumprimentou a todos, agradeceu a parceria com o COSEMS nesse período, relatou que tinham sido muitas discussões, reuniões e tinham conseguido construir um projeto que seria de extrema importância para a população baiana, do ponto de vista de acesso a medicamentos da Atenção Básica. E a proposta deste projeto é ampliar o acesso da população aos medicamentos da Atenção Básica, a partir do momento em que será dado o acesso aos municípios às atas de registro de preço realizadas pelo estado. Disse que faria uma apresentação muito semelhante à que fizera anteriormente na CIB, ao apresentar o projeto, e a ideia é que se edite o vídeo desta apresentação, para ser repassada a outros gestores que porventura não tiverem acessado e participado e que pudessem também fazer a divulgação internamente nas secretarias. Iniciou a apresentação em *slides*, lembrando que Stela Souza já havia comentado que algumas questões deveriam ser aprovadas nesta CIB, sobretudo este novo modelo, porque a PGE deu à CIB a possibilidade de ser o instrumento de validação e pactuação do acesso às atas de registro de preço compartilhadas entre estado e municípios, por isso estavam fazendo isso na CIB e precisariam seguir alguns outros passos. Mostrou no *slide* a seguir o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, que é tripartite, em torno de 50% da União, 25% dos estados e 25% dos municípios. Com a alteração no ano passado, em função da população, por conta dos censos do IBGE e da Portaria 3193 do Ministério da Saúde, que alterou o valor da contrapartida da União em função do IDHM, hoje tem municípios na Bahia onde o valor da União vai de 5,85 a 6,05 per capita/ano, o do Estado de 2,36 per capita/ano e o do município de 2,36 per capita/ano. Então nesta CIB estavam também retroagindo à formalização da regulamentação da Portaria 3193, que já vem sendo praticada, mas estava pendente uma reunião da CIB para fazerem esta pactuação, oficializando esta alteração do valor de contrapartida da União, que vai de 5,85 a 6,05 per capita/ano, em função do IDHM e também da alteração da população pelo IBGE.



Relatou que cerca de duzentos e cinquenta e sete municípios recebem hoje o recurso federal direto no Fundo Municipal de Saúde e compram medicamentos, assim, como hoje o valor da contrapartida estadual é repassado aos municípios em forma de medicamentos e o repasse do recurso federal é realizado diretamente para duzentos e cinquenta e sete municípios e, para cento e sessenta municípios, o repasse ainda se dá por meio do estado. Com este projeto a pactuação que estavam propondo é que, a partir do momento em que as atas de registro de preços dos primeiros oitenta medicamentos estiverem implantadas, o repasse do recurso federal será para todos os municípios. Então estavam validando nesta CIB que, a partir de março/abril de 2021, a partir do momento em que forem disponibilizadas as atas de registro de preço, 100% dos municípios recebessem recurso federal na conta do município.



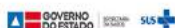
1136
1137
1138
1139
1140
1141
1142
1143
1144
1145
1146
1147
1148
1149
1150
1151
1152
1153
1154
1155
1156
1157
1158
1159
1160
1161
1162
1163
1164
1165
1166
1167
1168
1169
1170
1171
1172
1173
1174
1175
1176
1177
1178
1179
1180
1181
1182
1183
1184
1185
1186
1187
1188
1189
1190
1191
1192
1193
1194
1195
1196
1197
1198
1199
1200
1201

1202 Mostrou no *slide* seguinte que, em termos de valor, a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica tem hoje um total de
 1203 R\$164,3 milhões a executar este ano, sendo que R\$111,7 milhões está sob gestão municipal e R\$52,6 milhões sob gestão
 1204 estadual. Destes R\$52,6 milhões, cerca de quarenta milhões é a contrapartida estadual e doze milhões, que é o valor federal
 1205 que hoje vem para o estado, deixará de vir a partir do próximo ano. A partir de março/abril de 2021 o estado continuará
 1206 executando o valor da contrapartida estadual e fornecendo, nesta primeira fase do projeto, sessenta itens em medicamentos e
 1207 100% do recurso federal passará aos municípios. Assim, a Assistência Farmacêutica tem hoje R\$164,3 milhões em execução,
 1208 o total de itens da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) na Atenção Básica que os municípios podem comprar é
 1209 trezentos e cinquenta e com este recurso o estado compra hoje sessenta itens. Ressaltou que na primeira fase este Projeto
 1210 amplia o número de itens que o estado vai licitar, mas ele explicaria isso adiante. Mostrou no *slide* abaixo o cenário atual que
 1211 os tinha levado a pensar neste projeto, pois os municípios sempre alegam grande dificuldade na realização das licitações de
 1212 medicamentos, muitos levando dois anos para conseguirem fazer, mesmo assim não conseguindo licitar muitos dos itens, uma
 1213 baixa concorrência nos processos de aquisição sobretudo para os municípios menores, muitas vezes os grandes fornecedores
 1214 não participam das licitações dos municípios menores, conseqüentemente baixa eficiência nas aquisições, com preços mais
 1215 elevados. Comentou que houve relatos de muitos gestores de que o estado fornece o medicamento e quando o município licita
 1216 e compra é 80% mais caro, cursos administrativos replicados porque são quatrocentos e dezessete municípios fazendo
 1217 procedimentos licitatórios e agora isso tudo seria centralizado com o estado. Processos logísticos também acabam ficando
 1218 mais ineficientes porque o medicamento que o estado compra vai para o almoxarifado do estado e hoje 70% do volume no
 1219 almoxarifado do estado é de medicamentos da Atenção Básica, só dos sessenta medicamentos, e os municípios têm que vir
 1220 buscar e têm também o comprometimento no abastecimento, desabastecimento de medicamentos para a população quando
 1221 eles não conseguem realizar uma licitação. Então, neste novo modelo o fornecedor entregará o medicamento diretamente no
 1222 município. No próximo *slide* apresentou a que se propõe o novo modelo: maior eficiência nas aquisições, quando será feita
 1223 uma licitação apenas para fornecer determinado item para os quatrocentos e dezessete municípios; ganho de escala, que
 1224 conseqüentemente terá o interesse dos grandes fornecedores em participarem dos procedimentos; ampliação da oferta de
 1225 medicamentos devido à redução do custo unitário. Então haverá mais recursos para comprar medicamento.

Componente básico da Assistência Farmacêutica

Valor a executar segundo a forma de repasse do recurso federal (valor total CBAF a executar 2020).

Sob Gestão Municipal: R\$ R\$ 111,7 milhões	350 itens
Sob Gestão Estadual: R\$ 52,6 milhões	60 itens
TOTAL: R\$ 164,3 milhões	



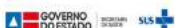
Cenário Atual

- Municípios com grande **dificuldade** na realização de **processos licitatórios** de medicamentos;
- **Baixa concorrência** nos processos de aquisição;
- Baixa eficiência das aquisições – **preços elevados**;
- **Custos Administrativos** replicados;
- **Processos Logísticos ineficientes** - Estado e Municípios;
- **Comprometimento no abastecimento** de medicamentos;



A que se propõe o Novo Modelo:

- Maior **eficiência nas aquisições**;
- **Ganho de escala**;
- Ampliar a **oferta de medicamentos** devido à redução no custo unitário;
- O modelo de **Registro de Preços Compartilhado** – realidade em Minas Gerais e no Consórcio Nordeste;
- Processos com **maior chance de sucesso** – **atratividade**;
- Maior atração de **fornecedores** – maior concorrência;
- **Menores preços**, com melhor uso do recurso público.



Modelo do Projeto

- O novo modelo estará organizado da seguinte forma:
 - A SESAB realizará licitações de Registros de Preços dos medicamentos do CBAF constante na RENAME (SUS), com **adesão prévia** dos municípios;



1261 Comentou que o modelo de registro de preço compartilhado passou a ser possível depois de conhecerem amiúde o modelo de
 1262 Minas Gerais, que já funciona assim, quanto aos ajustes feitos nas normativas do estado na implementação deste mesmo
 1263 modelo para o Consórcio Nordeste. Então já tinha este modelo em funcionamento, em que é feita uma adesão prévia de quem
 1264 quer participar da ata de registro de preço e o procedimento é: tem que ter uma decisão prévia do município e depois se realiza
 1265 a licitação, sabendo quanto cada município vai comprar de cada item; processos com maior chance de sucesso devido à
 1266 atratividade; maior número de fornecedores, conseqüentemente, maior concorrência; menores preços, com melhor uso do
 1267 recurso público. Mostrou no *slide* a seguir a organização do novo modelo em que a SESAB realizará as licitações dos registros
 1268 de preços dos medicamentos da Atenção Básica com adesão prévia dos municípios. Então a partir da aprovação de hoje será

dado um prazo, o município que não aderir neste momento não participará dos saques das atas dos primeiros oitenta medicamentos, sendo a regra ter adesão prévia. Falou que não é 'carona', o município entra antes, informando quanto vai pretender comprar ao longo de um ano, e adiantou que não é obrigado a compra do que tiver informado, mas que é uma pretensão de compra ao longo de um ano. Qualquer município poderá solicitar adesão opcional, mediante o instrumento definido pela PGE – o Termo de Adesão – e a aprovação em CIB. Informou que os saques/aquisições serão realizados diretamente pelo município, o estado faz a adesão de registro de preço como se fosse uma 'carona', só que é uma adesão antecipada de quem vai fazer o saque das atas, cada município entrará no sistema, gerará a autorização de fornecimento de material, que é o contrato, enviará, junto com seu empenho, para o fornecedor e assim fará a aquisição. Desta forma, o estado só fará a licitação e a ata de registro de preço se tiver aderido antecipadamente, fará diretamente seu saque, sua aquisição. Explicou que o Projeto será dividido em três fases, pela impossibilidade para colocar os trezentos e cinquenta medicamentos de uma só vez, também com mudança gradativa de execução do financiamento. Para ficar claro explicou que serão fases com grupos de medicamentos específicos e com mudança gradativa de execução do financiamento. A primeira fase estará disponível para os municípios sacarem em março/abril de 2021, começando agora, com o cadastramento dos municípios, levantamento das demandas, as licitações. E a expectativa é de já estar disponível em março/abril, sendo o grupo de oitenta medicamentos. Na segunda fase, em setembro/outubro de 2021, mais cem medicamentos estarão disponíveis para saque e a última fase, de janeiro de 2022, os demais medicamentos.

Modelo do Projeto

• O novo modelo estará organizado da seguinte forma:

- A SESAB realizará licitações de Registros de Preços dos medicamentos do CBAF constante na Rename (SUS), com **adesão prévia** dos municípios;
- Qualquer município poderá solicitar adesão (**opcional**) – mediante instrumento definido pela PGE – **Termo de Adesão - CIB**;
- Os saques (**aquisições**) serão realizados diretamente por cada município.
- O Projeto será dividido em três fases - com mudança gradativa de execução do financiamento:
 - Grupos de medicamentos;
 - Mudança gradativa de execução do financiamento;



Mostrou no *slide* abaixo que na primeira fase haverá a descentralização do recurso federal aos cento e sessenta municípios e esse recurso ainda está com o estado. Então, já tendo começado esta fase em março/abril, com 100% dos municípios executando recurso federal e com oitenta medicamentos, mas consumidos pelos municípios que não fazem parte dos medicamentos que o estado adquire. Assim, nesta fase o estado continuará adquirindo sessenta medicamentos e terá registro de preço para mais oitenta medicamentos, esta lista tinha sido pactuada com o GT de Assistência Farmacêutica do COSEMS e são os medicamentos de maior consumo por parte de todos os municípios. Informou que esta definição foi feita com base nos dados do sistema, do que era mais consumido, e apresentado ao GT de Assistência Farmacêutica do COSEMS, que propôs algumas alterações. E nos *slides* seguintes estão os oitenta medicamentos a serem licitados nos primeiros registros de preços. Ressaltou a importância, nesta primeira fase, de estimular que os dezessete maiores municípios a fazerem já a adesão, porque isso daria atratividade aos grandes fornecedores para participarem do processo. Assim, trabalhariam muito para atraírem os dezessete municípios acima de cem mil habitantes e os cento e sessenta municípios cujo recurso federal está hoje com o estado. Se os quatrocentos e dezessete municípios quiserem fazer adesão agora, eles podem e devem fazer, porque terão um benefício muito grande por terem os primeiros oitenta medicamentos disponíveis, que são os mais consumidos pelos municípios. Salientou que a ideia é estimular os maiores municípios e pelo menos os cento e sessenta municípios cujo gerenciamento do recurso federal está hoje com o estado, porque a partir de março/abril não gerenciarão mais este recurso. Então, se o município que hoje tem gerenciamento com o estado não fizer adesão, a partir do ano que vem terá 75% do medicamento da Atenção Básica com ele, sem ter as licitações para poder fazer os saques.

Fases do Projeto

O diagrama mostra o cronograma do projeto dividido em três fases: FASE 1 (verde) em MARÇO/ABRIL 2021, FASE 2 (roxo) em SET/OUT 2021 e FASE 3 (azul) em JAN 2022. Cada fase é representada por uma seta apontando para a direita, conectando os períodos de tempo.

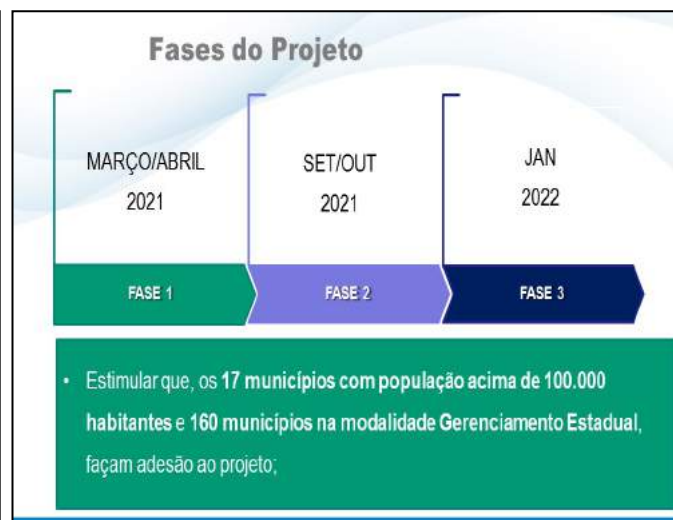
- Execução da Descentralização do recurso federal aos 160 municípios (aquisição em março e pagamento em abril);
- 80 medicamentos mais consumidos pelos municípios que não fazem parte do elenco estadual atualmente.

Elenco 1ª Fase - 80 itens

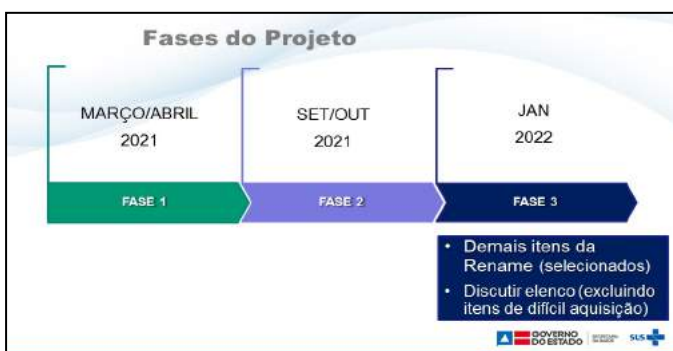
1. ACICLOVIR, COMPRIMIDO 200 MG	21. CARVEDILOL 3,125MG - COMPRIMIDO
2. ÁCIDO ACETILSALICÍLICO 100 MG COMPRIMIDO	22. CARVEDILOL 6,25 MG COMPRIMIDO
3. ÁCIDO FOLÍICO 15MG COMPRIMIDO	23. CEFALEXINA 50 MG/ML PO PARA SUSPENSÃO ORAL, FRASCO 60 ML
4. ÁCIDO FÓLICO 5 MG COMPRIMIDO	24. CEFTRIAXONA SÓDICA 500MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL INTRAVENOSA, AMPOLA OU FRASCO-AMPOLA
5. ALBENDAZOL 400 MG - COMPRIMIDO MASTIGÁVEL	25. CLINDAMICINA FOSFATO 10 mg/g gel
6. ALBENDAZOL 400MG/ML - SUSPENSÃO ORAL	26. CLOVAZEPAM 2,5MG/ML SOLUÇÃO ORAL, FRASCO CONTA-GOTAS, 20ML
7. ALENDRONATO DE SÓDIO 70MG - COMPRIMIDO	27. DEXAMETASONA 0,1% COLÍRIO FRASCO 5ML
8. ALOPURÍNDOL 100MG - COMPRIMIDO	28. DEXAMETASONA 0,1% CREME - 10 G
9. AMIODARONA CLORIDRATO 200 MG COMPRIMIDO	29. DEXAMETASONA 4MG - COMPRIMIDO
10. AMITRIPTILINA CLORIDRATO 75MG COMPRIMIDO	30. DEXAMETASONA FOSFATO DISSÓDICO 4MG/ML - SOL. INJETÁVEL
11. ANILODIPINO, BESILATO DE, 10MG - COMPRIMIDO	31. DELOXIFENFRANINA MALEATO 2MG COMPRIMIDO
12. ANILODIPINO, BESILATO, 5MG, COMPRIMIDO	32. DICLOFINA 0,25 MG COMPRIMIDO
13. ATENOLOL 50MG - COMPRIMIDO	33. DIPRONA SÓDICA 500 MG/ML COMPRIMIDO
14. BENIDIPENCILINA BEZATINA 800.000 UNIDADES INTERNACIONAIS PO PARA SUSPENSÃO INJETÁVEL	34. DIPRONA SÓDICA 500 MG/ML, AMPOLA 20ML
15. BETAMETASONA ACETATO + FOSFATO DISSÓDICO DE BETAMETASONA 3MG-3MG SOLUÇÃO INJETÁVEL	35. DIPRONA SÓDICA 500MG/ML - SOLUÇÃO ORAL
16. BIPERIDENO LACTATO, SOLUÇÃO INJETÁVEL 5 MG/ML AMPOLA 1 ML	36. DIPROPIONATO DE BCLONETASONA 50MG SPRAY
17. BROMETO DE IPRATÓPIO, 0,25 MG/ML SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO	37. ENALAPRIL MALEATO 10 MG COMPRIMIDO
18. BUDESÔNIDA 320MG - AEROSSOL NASAL	38. ENALAPRIL MALEATO 5 MG COMPRIMIDO
19. CARBAMAZEPINA 400MG COMPRIMIDO	39. ESPRONOLACTONA 100MG COMPRIMIDO
20. CARBONATO DE CÁLCIO 800MG + VITAMINA D 400UI	40. ESPRONOLACTONA 25MG - COMPRIMIDO

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
1400
1401
1402

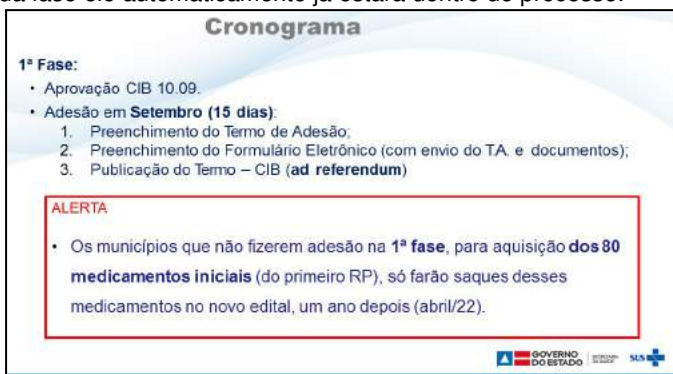
Elenco 1ª Fase – 80 itens	
41. FENOBARBITAL 100 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL	51. METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 4 MG/ML SOLUÇÃO ORAL
42. FLUCONAZOL 150 MG CAPSULA	52. METOCLOPRAMIDA CLORIDRATO 10MG - COMPRIMIDO
43. FURTOSEMDA 10MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL	53. METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 5 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
44. GENTAMICINA, SULFATO 8MG/ML - COLÍRIO	54. METOPROLOL, SUCCINATO 25MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA
45. HERALAZINA 25MG - COMPRIMIDO	55. METOPROLOL, SUCCINATO 50MG - COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA
46. HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO DE 900 MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL	56. NISTATINA, SUSPENSÃO ORAL 100.000 U/ML FRASCO COM 5ML
47. HÍDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 81,5 MG/ML SUSPENSÃO ORAL	57. NORTRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO
48. ISOSORBIDA DINITRATO 5MG - COMPRIMIDO	58. NORTRIPTILINA, CLORIDRATO, 50 MG, COMPRIMIDO
49. ISOSORBIDA MONONITRATO 20MG - COMPRIMIDO	59. OINDANSETRONA, CLORIDRATO 4MG - COMPRIMIDO
50. ITRACONAZOL 100MG - COMPRIMIDO	60. PREDNICONA, CLORIDRATO DE 300MG COMPRIMIDO
51. IVERMECTINA 6 MG - COMPRIMIDO	61. PREDNISOLONA, FOSFATO SÓDICO, 3MG/ML, SOLUÇÃO ORAL FRASCO COM 100-120ML
52. LEVODOPA 100 MG + CLORIDRATO DE BENZERAZIDA 35 MG EM CAPSULA	62. PREDNISOLONA 5MG COMPRIMIDO
53. LEVODOPA 250 MG + CARBIDOPA 60 MG, EM CAPSULA	63. PRONETAZINA 25MG/ML - SOLUÇÃO INJETÁVEL
54. LEVOTIROXINA SÓDICA 25MG - COMPRIMIDO	64. PROPRANOLOL, CLORIDRATO DE 40 MG COMPRIMIDO
55. LEVOTIROXINA SÓDICA 50MG - COMPRIMIDO	65. SINVASTATINA 40MG - COMPRIMIDO
56. LIDOCAINA, CLORIDRATO DE 20 MG/ML (2%) SOLUÇÃO INJETÁVEL	66. Sulfato de palmitona B + sulfato de neomicina + fluocinolona acetato + cloridrato de lidocaína 10.000 U/ML + 3.500 mg/ml + 1.250 mg/ml + 20 mg/ml, solução otológica
57. LIDOCAINA, CLORIDRATO DE 20 MG/ML (2%) GEL	67. TETRACICLINA 500MG - COMPRIMIDO
58. LORATADINA 10MG - COMPRIMIDO	68. TIAMIINA 300MG - COMPRIMIDO
59. LORATADINA 5MG/ML XAROPE 100ML	69. TIMOLOL MALEATO 5MG/ML (0,5%) - SOLUÇÃO OFTÁLMICA
60. METFORMINA CLORIDRATO 500MG - COMPRIMIDO	70. VARFARINA 5MG COMPRIMIDO



Continuando, disse que na segunda fase, a começar logo depois de concluída a primeira, será feita a descentralização de todo recurso estadual. Assim, a partir de setembro/outubro de 2021, 100% do recurso da Assistência Farmacêutica da Atenção Básica estará com os municípios. Serão acrescentados mais cem itens, incluindo os sessenta itens que o estado já adquire, totalizando cento e oitenta itens de medicamentos da Atenção Básica em RP (Registro de Preço) e, obviamente, o município que não tiver feito adesão na fase 1, poderá fazer na fase 2, sendo que no momento só aderirá aos novos cem itens, mas, quando estiver sendo feita a renovação das atas, poderá aderir aos oitenta que não tiver aderido antes. E só por volta de março/abril de 2022 terá acesso aos oitenta primeiros medicamentos que não tiver aderido, depois da terceira fase, quando estarão sendo renovadas as atas de registro de preços. Na terceira fase os demais itens selecionados da RENAME, que obviamente será discutido se cabe ter os trezentos e cinquenta itens, ou se tem alguns itens com maior dificuldade em licitar, como é o caso dos fitoterápicos, se vale a pena ter os trezentos e cinquenta ou um número um pouco menor do que a totalidade dos itens da RENAME.



Mostrou no *slide* abaixo como esta primeira fase funcionará se os quatrocentos e dezessete municípios fizerem adesão, para se poder ter um sistema funcionando para todo mundo, sendo que a estrutura também não é gigantesca para dar conta de atender dúvidas, capacitação e problemas dos quatrocentos e dezessete municípios. Os primeiros duzentos municípios que aderirem serão os primeiros a sacar, logo, será por ordem de adesão. Nos dois primeiros meses de ata ativa só poderão sacar os duzentos primeiros municípios, nos dois meses seguintes, os cem municípios a mais que tiverem aderido. Então serão trezentos municípios aderindo, sacando e os demais municípios nos outros dois últimos meses. Se os quatrocentos e dezessete municípios aderirem na primeira fase, todos poderão sacar, sendo que, por uma questão operacional, duzentos municípios começam a sacar logo nos dois primeiros meses, os outros cem, nos dois meses seguintes, e os demais municípios na terceira etapa da fase 1, nos dois meses seguintes, ou seja, todos terão acesso para sacar os oitenta medicamentos já na primeira etapa do RP. Se o município já tiver aderido, na segunda fase ele automaticamente já estará dentro do processo.



1403 A primeira fase vai funcionar com a aprovação nesta CIB, depois serão dados quinze dias para os municípios aderirem com o
 1404 preenchimento do Termo de Adesão, o preenchimento do formulário eletrônico e o envio do Termo de Adesão e determinados
 1405 documentos. Chamou atenção de que no último *slide* retomaria esse conteúdo, fazendo um detalhamento, para fixar bem que
 1406 providências tomarem a partir de hoje. Reiterou a primeira etapa: fazer adesão com o preenchimento do termo de adesão,
 1407 preenchimento do formulário eletrônico que será disponibilizado a partir de hoje; através desse formulário encaminhar o Termo
 1408 de Adesão e os documentos do secretário e, se não tiver secretário atuando, poderá ser do prefeito. Na sequência, tão logo os
 1409 municípios aderirem, terá uma publicação *ad referendum* deste Termo pela CIB, com a relação dos municípios que aderirem ao
 1410 modelo. Os municípios que não fizerem agora adesão para aquisição dos oitenta medicamentos, só farão saque dos mesmos
 1411 medicamentos no novo edital, um ano depois, em abril de 2022. Depois haverá trinta dias de capacitação dos servidores, que
 1412 serão indicados também nesse formulário eletrônico e já iniciariam a capacitação a partir dos municípios que já forem aderindo.
 1413 A capacitação será basicamente assistir um vídeo que será encaminhado e depois a participação em um encontro muito
 1414 simples, de uma ou duas horas e no primeiro momento será para o farmacêutico que vai fazer o cadastramento da demanda.
 1415 No segundo momento será o funcionário de compras, sobre como fazer a emissão da RM (Requisição de Material). Esclareceu
 1416 que o treinamento é muito simples, no primeiro momento será focado em como fazer o cadastramento da demanda e, na
 1417 sequência, depois que as atas estiverem quase prontas, haverá trinta dias para os municípios fazerem o cadastramento da
 1418 demanda, ou seja, dos oitenta itens que serão disponibilizados, quanto o município comprará naquele ano em que a ata estará
 1419 ativa. Informou também que as licitações devem ocorrer até 31 de março e o início previsto para os saques será abril de 2021,
 1420 os dois primeiros meses para o município que tiver na primeira etapa. Os dois meses seguintes, junho de 2021, os primeiros
 1421 duzentos, estando aqui outros cem municípios que aderirem depois, e em agosto de 2021 os demais municípios, ou seja, todos
 1422 os municípios que tiverem aderido agora terão acesso para sacar os oitenta medicamentos de acordo com o prazo
 1423 estabelecido, em função da data que tiver feito a adesão. A segunda fase, que será em setembro/outubro de 2021, passará
 1424 pelas mesmas coisas: adesão dos municípios remanescentes; novo planejamento informando quais os medicamentos que
 1425 quer adquirir; quanto de cada medicamento dos cem novos itens. E acrescentou que o elenco já foi ampliado para cento e
 1426 oitenta itens, que são os oitenta primeiros e mais os cem novos, incluindo os que o estado já adquire, e lembrou que o estado
 1427 interromperá as aquisições de todos os itens do componente básico que estiverem com ata disponível para os municípios.
 1428 Nessa nova fase, a expectativa é de se fornecer aos municípios o último lote de medicamentos, daquilo que o estado adquire
 1429 para consumo até setembro 2021. A partir de setembro/outubro os municípios já estão planejando e fazendo seus saques. Na
 1430 terceira fase estarão disponíveis para saque em janeiro de 2022, quando o estado ampliará o elenco.

Cronograma

1ª Fase:

- Aprovação CIB 10.09.
- Adesão em **Setembro (15 dias)**:
 1. Preenchimento do Termo de Adesão;
 2. Preenchimento do Formulário Eletrônico (com envio do TA. e documentos);
 3. Publicação do Termo – CIB (*ad referendum*)
- Capacitação: **(30 dias – até 21.10)**
- Planejamento (SIMPAS): **Cadastramento da Demanda: (30 dias até 11.11)**
- Licitação: **até 31.03**
- Início previsto para os saques:
 - 1ª etapa: **abril/21**
 - 2ª etapa: **junho/21**
 - 3ª etapa: **agosto/21**

Dentro do prazo estabelecido,
proporcional ao tempo de saque,
conforme cronograma.

Modelo do Projeto

• 2ª Fase (set/out2021):

- Adesão dos municípios remanescentes;
- Necessário novo Planejamento (cadastramento da demanda) por parte dos municípios, **a cada nova Fase**;
- Será ampliado o elenco, incluindo os 60 medicamentos adquiridos pelo Estado (100 novos itens, totalizando 180 itens).
- **O Estado interromperá as aquisições de todos os itens do Comp. Básico que estiverem com Ata disponível aos municípios.**

• 3ª Fase (jan 2022):

- Ampliação do elenco de medicamentos

1446 Mostrou em outro *slide* o fluxo operacional, em que: após ativação de cada ata, de acordo com o cronograma de saque, o
 1447 município realizará a aquisição, gerando a RM no SIMPAS; encaminhará, junto com o empenho do município, ao fornecedor;
 1448 os instrumentos formais de aquisição do município serão gerados, só não terá que gerar o saque da ata, porque isso será feito
 1449 na ata do estado; o município entregará dois instrumentos ao fornecedor, a RM e o empenho; deve gerenciar as compras
 1450 diretamente com o fornecedor, acompanhar os prazos de entrega, notificar o fornecedor por eventuais atrasos, informar ao
 1451 estado sobre as irregularidades – porque como é a SAFTEC que gerencia a ata de registro de preço, precisam também ser
 1452 informados periodicamente de possíveis irregularidades; e o município realiza o pagamento diretamente ao fornecedor. Como
 1453 requisitos mínimos, os municípios deverão dispor de farmacêuticos e técnicos para apoiarem a utilização dos sistemas oficiais
 1454 do Estado, tanto o SIMPAS como o SIGAF e, de acordo com o cronograma definido, formalizar a adesão, a programação e
 1455 executar os saques.

Fluxo operacional

Após a ativação de cada ata:

De acordo com o cronograma de saque do seu município.

- Realizar aquisição – geração da Requisição de Material no SIMPAS;
- Encaminhar a RM ao fornecedor;
- Gerenciar as compras diretamente com o fornecedor;
 - Acompanhar prazos de entrega;
 - Notificar fornecedor por eventuais atrasos;
 - Informar ao Estado sobre as irregularidades;
- Realizar pagamento diretamente ao fornecedor.

Requisitos mínimos

Os municípios deverão:

- Dispor de farmacêutico(s) e técnicos para apoiarem a utilização dos sistemas oficiais do processo de aquisição (SIMPAS e SIGAF)

De acordo com o cronograma definido:

- Formalizar a adesão ao “Instrumento” do Estado;
- Formalizar a programação anual de compras no SIMPAS (de acordo com os meses disponíveis para saque na 1ª fase);
- Executar os saques (execução das aquisições).

Lembrou que, para ser dada alguma segurança ao fornecedor a fim de que o município não possa fazer o saque da ata do ano todo de uma só vez e depois ficar devendo o ano inteiro de medicamento, foi pactuado que será feito da seguinte forma, nos primeiros três meses de saque de ata: o município pode fazer saque de até 25%, o quantitativo anual planejado que é a sua necessidade para três meses; nos três meses seguintes, que completa seis meses, até 50%; se o município tiver sacado apenas 10% nos três primeiros meses, no próximo trimestre poderá sacar até 25%; e se tiver sacado 10%, poderá sacar os 15% restantes no período seguinte, ou seja, 25% mais 15%, dando um total de 40%, de forma que não saque mais do que 50% no semestre; e, conseqüentemente, 100% do quantitativo da ata nos doze meses. Isso é apenas para dar alguma segurança ao fornecedor para eventuais atrasos. Complementou que, conforme a lei estadual, se o fornecedor ficar sem receber por noventa dias, ele pode suspender o fornecimento para o município inadimplente, então a operacionalização se dará da seguinte forma: até o quinto dia útil de cada mês o município realizará a emissão da RM e encaminhará ao fornecedor, juntamente com o empenho; se passar do quinto dia útil, o município só poderá fazer esta aquisição no mês seguinte. Isso para que o fornecedor possa planejar com a sua logística de fazer entrega aos quatrocentos e dezessete municípios, porque se fosse permitido ao município fazer o pedido em qualquer dia do mês, inviabilizaria qualquer fornecedor de participar do processo. O prazo de assinatura da RM por parte do fornecedor será de cinco dias úteis após a convocação, e o prazo de entrega dos medicamentos será de trinta dias corridos após a data da assinatura da RM, de forma que os fornecedores possam se organizar. Se o fornecedor é um distribuidor, encaminhará o pedido à fábrica que lhe encaminha o medicamento e pode se planejar para organizar. O prazo de pagamento tem que seguir a legislação estadual, que é de oito dias úteis após o atesto da nota fiscal e o atesto da nota fiscal deve ocorrer em até quinze dias. Então, se tem quinze dias para atestar a nota fiscal e mais dez dias corridos - que são os oito dias úteis para pagamento - é muito parecido com os trinta dias, vão ser vinte e cinco dias corridos para pagamento dessa fatura.

Requisitos mínimos

Os municípios deverão:

- Dispor de farmacêutico(s) e técnicos para apoiarem a utilização dos sistemas oficiais do processo de aquisição (SIMPAS e SIGAF)

De acordo com o cronograma definido:

- Formalizar a adesão ao "Instrumento" do Estado;
- Formalizar a programação anual de compras no SIMPAS (de acordo com os meses disponíveis para saque na 1ª fase);
- Executar os saques (execução das aquisições).

a. limites percentuais cumulativos do quantitativo anual planejado:

- i. 3 meses: até 25% do quantitativo anual planejado;
- ii. 6 meses: até 50% do quantitativo anual planejado;
- iii. 12 meses: até 100% do quantitativo anual planejado.

Prazos de pedidos e fornecimento

a. A operacionalização das aquisições respeitará os seguintes prazos:

- i. Até o **5º dia útil de cada mês** deve realizar a emissão da AFM e Empenho e encaminhá-la ao fornecedor;
- ii. O prazo de assinatura da AFM por parte do fornecedor será de **5 dias úteis** após convocação;
- iii. O prazo de entrega dos itens será de 30 dias corridos após a data de assinatura da AFM pelo fornecedor;
- iv. Prazo de pagamento – 8 dias úteis após o "atesto" da N.F. (15 dias para ocorrer).

Mostrou no *slide* adiante um resumo que reitera o que precisa ser feito a partir de hoje, após aprovação na CIB: a adesão tem que se dar em 15 dias, ou seja, até o dia 30 de setembro, com preenchimento do Termo de Adesão, preenchimento do formulário eletrônico encaminhando o Termo de Adesão assinado pelo secretário e, na ausência do secretário, pelo prefeito e como documentos: o RG do secretário e o decreto de nomeação; se o prefeito assinar, é o RG e o diploma. Lembrou que os primeiros duzentos municípios que fizeram este procedimento serão os primeiros a sacar. Precisam indicar, junto com o formulário, dois servidores com escolaridade mínima de nível médio, para poderem operacionalizar o SIMPAS, e sugeria um servidor da Assistência Farmacêutica para fazer o cadastro da demanda até o dia 11 de novembro que, obviamente, será capacitado. Também um funcionário administrativo, para fazer o gerenciamento das aquisições, quando as atas estiverem disponíveis.

AÇÕES DOS MUNICÍPIOS

1ª Fase (Adesão e Saque dos primeiros 80 medicamentos – março/abril/20):

- Adesão em **Setembro (15 dias) – Até 30.09:**
 1. Preenchimento do Termo de Adesão;
 2. Preenchimento do Formulário Eletrônico:
 - Envio do Termo de Adesão assinado (Secretário ou Prefeito);
 - Documentos: Secretário: RG e decreto de nomeação (se Prefeito: RG e Diploma)
- Indicação de **2 servidores** (mínimo nível médio) - SIMPAS:
 - Assistência Farmacêutica – cadastro de demanda – até 11.11
 - Administrativo – Gerenciamento das aquisições

GOVERNO DO ESTADO SECRETARIA DA SAÚDE

Finalizou a apresentação enfatizando que, o quanto antes isso fosse feito e enviado à Assistência Farmacêutica, mais seria garantido ao município constar no grupo dos duzentos que poderão fazer os primeiros saques nos primeiros dois meses. E colocou-se à disposição para possíveis esclarecimentos. **Nanci Salles** lhe repassou uma pergunta de **Clécio Lima, Assessor Jurídico do COSEMS**, em relação às insulinas NPH e regular e das tiras de glicemia e lancetas. **Luiz Henrique D'Utra** disse que pediria ajuda aos técnicos da assistência farmacêutica para esclarecer isso. **Stela Souza** abriu a palavra para os membros que quisessem se manifestar. **Cássio Garcia** parabenizou a SAFTEC e o GT da Assistência Farmacêutica pelo trabalho e por esta possibilidade que municípios e estado vinham almejando há muito tempo, esperava que conseguissem aprovar de fato, avançar nos prazos e que houvesse uma adesão maciça dos municípios nesta proposta, para se conseguir o resultado principal que é a disponibilidade do medicamento em tempo oportuno para a população. **Stela Souza** lembrou que esta discussão já vinha há algum tempo e tinha sido ampliada praticamente no final de 2019 e a questão de 'pegar carona' nas Atas

do estado é uma demanda que o GT da Assistência Farmacêutica e o COSEMS já tinham discutido muito, em um passado recente, e tinham lutado muito para conseguirem, mas infelizmente nunca tinha dado certo, pela dificuldade muito grande que há nas licitações, de valores, de cartel. E não tinha receio de falar que quando se trata de preços há uma discussão muito grande das regiões, inclusive tinha sido vítima de problemas de licitação, em que ela nem tinha se aproximado do processo e graças a Deus tinha ficado comprovado que não tivera nada a ver com isso, mas até provar, o escândalo com seu nome tinha sido grande. Reiterou que há muito tempo estão nesta luta para terem o apoio do Estado neste processo licitatório e agora tinham conseguido. Comentou que é um modelo que Minas Gerais já utiliza, o do Estado da Bahia está um pouco diferente, mas uma coisa preocupava muito, uma gestão eficiente nesse processo de compra, distribuição de medicamento, insumo para os municípios, a falta de medicamento, muitas vezes tendo o recurso federal e sem ser utilizado e o município sem usar porque muitas vezes não consegue licitar. Então é uma luta do COSEMS, de todos os diretores, dos gestores municipais, que é cuidar do seu povo. Ressaltou que esta é uma proposta que é por adesão, não é obrigatório e facilitará muito, porque o estado é que vai licitar e não os municípios, os municípios terão a gestão das atas, a solicitação, o recebimento e o não recebimento, as multas aplicadas, o pagamento. Assim, entendia que esse é um marco, pela luta travada durante todos esses anos e que ainda não tinham chegado a ter pronto, tendo havido várias propostas, sem nunca ter sido dada a 'carona', inclusive tinham pedido várias vezes que consultassem a PGE do estado para ver se conseguiam permitir esta 'carona', mas não tinha dado certo e enfim se encontrou o modelo que ajudará muito aos municípios. E outra preocupação também é planejar, pois todos têm que planejar para adquirir medicamento ou qualquer outro insumo, têm que fazer o planejamento para poderem comprar e pagar e principalmente com o preço muito melhor, porque quem licitasse quinhentos mil comprimidos de Losartana teria um preço que é outro valor, e o valor que licitarem será igual para todos. Assim, é muito importante para todos a parceria COSEMS/SESAB, que traz um marco histórico, claro que ainda tem muitos problemas, mas tem avançado e por isso considerava um marco histórico para a saúde da Bahia, poder mostrar que juntos são fortes, o COSEMS e a SESAB estão de parabéns e hoje quem recebe esse presente é o povo baiano. **Ana Ofélia Matos** parabenizou a SAFTEC/SESAB e o COSEMS pela iniciativa e parceria desenvolvida e perguntou se neste intervalo de janeiro até abril – que é o prazo máximo para adesão neste primeiro momento – as solicitações findariam no dia 31 de dezembro e que há exemplo em vários municípios também através de atas de registro de preço, lembrando que é uma mudança de gestão. Assim, se neste intervalo de quatro meses poderiam fazer um processo licitatório para suprir a necessidade do primeiro quadrimestre, já que só teriam acesso ao medicamento em abril, colocando o prazo máximo. **Luiz Henrique D'Utra** respondeu que não há problema nenhum em o município ter a sua ata de registro de preço, pois as atas não findam em dezembro, têm validade de doze meses, a partir da data de ativação. Exemplificando, explicou que uma ata tendo começado em junho, iria até junho do ano seguinte. Então, se os municípios fizessem saques em abril, o medicamento só chegaria em maio ou junho, logo, já teriam que garantir estes suprimentos até junho do próximo ano, porque antes disso não seriam entregues, se emitissem as RM em abril, o prazo das primeiras entregas seria por volta de meados de maio, assim, precisariam realmente, ou terem registro de preço, ou fazerem licitações diretas, ou dispensas, o que não é fácil, daí a sugestão de agilizarem com atas de registro de preço dos oitenta itens desde já, tentando manter ativas para suprir este período até junho do próximo ano. **Nanci Salles** repassou outra pergunta, em relação aos outros processos licitatórios, se o município poderia fazer uma licitação extra, mesmo aderindo à ata. **Luiz Henrique D'Utra** respondeu que sim e caso conseguisse um preço inferior ao do estado nesta ata, salientando que isto não é fácil, mas, caso acontecesse, poderia inclusive optar por fazer aquisição pelo município. Esclareceu que a ata de preço não é um contrato e sim um pré-contrato, um contrato potencial, uma pretensa intenção de aquisição, não sendo obrigatório acontecer. Então, havendo outra opção mais vantajosa, o município não é obrigado a comprar do estado, nem comprar se a melhor opção não for sacar dessas atas, mas o município pode sim fazer a sua ata e aderir à do estado sem nenhum problema. **Stela Souza** lembrou que os municípios têm que adquirir pelo menor preço, por exemplo, tem uma ata no município, em que o medicamento está por R\$ 0,03, e o município está na adesão da ata do estado que tem o valor de R\$ 0,02. Se o município comprasse por R\$ 0,03, mesmo tendo a ata, estaria incorrendo em uma não conformidade. Ressaltou que será aberto um leque muito grande para os municípios – e ela estava particularmente super empolgada - porque aquisição de medicamento é um problema antigo para gestor, durante todos esses anos de militância no SUS, medicamento tem sido uma dificuldade muito grande de todos os município, às vezes leva quase um ano para poder licitar medicamento, esta é uma queixa sua e ouvia dos seus colegas. **Nanci Salles** informou o registro de outro gestor, se a proposta é apenas para municípios com mais de 100 mil habitantes e **Luiz Henrique D'Utra** esclareceu que a proposta é para os quatrocentos e dezessete municípios, como não se sabia se a maioria faria ou não, será preciso trabalhar muito o 'corpo a corpo'. Assim, pedia apoio da SESAB e do COSEMS para buscarem garantir a maioria dos municípios maiores, porque se apenas duzentos municípios fizessem adesão, mas se os maiores municípios também estivessem incluídos, isso daria corpo e volume às atas e o interesse dos maiores fornecedores participarem. Se apenas municípios pequenos participassem, podia ser que o fornecedor maior não tivesse tanto interesse em entrar, daí a necessidade de garantir que os municípios que representam maior volume nas adesões façam parte do projeto, porque certamente terá o interesse de todos os fornecedores que pretendem participar. Estimular os maiores para que não deixem de participar e que os cento e sessenta municípios, cujo recurso federal ainda está com o estado, também participem. E convocava os quatrocentos e dezessete municípios a fazerem adesão, sendo que os primeiros duzentos sacarão logo nos dois primeiros meses, os cem seguintes nos dois meses seguintes e os demais depois de quatro meses de ata, mas se os quatrocentos e dezessete aderissem, todos fariam parte da primeira ata. E respondendo à pergunta de Clécio Lima, disse que tanto as tiras como as lancetas estão na RENAME, então como são insumos farmacêuticos e estão dentro dos sessenta itens que o estado adquire, na segunda fase passarão a ser adquiridos pelos municípios, não nesta fase, que são apenas medicamentos que hoje o estado não adquire. A partir da segunda fase, tiras, lancetas e aparelhos de glicemia passarão a constar no registro de preços do estado, para aquisição direta dos municípios, sendo que nessa segunda fase o recurso federal também estará transferido na íntegra para os municípios. **Stela Souza** considerou importante esclarecer também sobre o recurso da contrapartida do Estado, a partir da terceira fase. **Luiz Henrique D'Utra** esclareceu que, já na segunda fase, cujas atas estarão disponíveis em setembro/outubro, 100% do recurso estadual estará com os municípios, ou seja, 100% dos municípios estarão com recurso federal sob sua gestão em março/abril de 2021. E na segunda fase, que é setembro/outubro de 2021, em setembro se oficializará o repasse do recurso e em outubro o município já fará saque, ou seja, 100% do recurso

1603 da Atenção Básica já estará disponível para os quatrocentos e dezessete municípios em setembro/outubro de 2021. **Stela**
 1604 **Souza** comentou sobre o repasse do recurso da contrapartida estadual – que hoje vem em forma de medicamento no elenco
 1605 dos sessenta itens – e que a partir da terceira fase este recurso passará para o município, que poderá fazer o saque e pagar. E
 1606 tendo o compromisso do cumprimento desse repasse, que é um valor significativo dos recursos, que isso fosse cumprido,
 1607 estabelecido mesmo em prazos, para que o município pudesse também se programar com a sua contrapartida, a do estado e a
 1608 federal, os três recursos complementando 100% do que está estabelecido hoje em portaria. **Cássio Garcia** parabenizou a
 1609 SAFTEC, o COSEMS, todos os secretários e técnicos que participaram dessa discussão e colocou em aprovação o Modelo de
 1610 Registro de Preços Compartilhado dos medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a ser
 1611 realizado pela SESAB e utilizado pelos Municípios. Houve consenso. Em seguida registrou a presença de **Ricardo**
 1612 **Mendonça, Presidente do Conselho Estadual de Saúde. Stela Souza reiterou a aprovação do item de pactuação 1.2,**
 1613 lembrando que ainda tinha ficado o item 1.1 - **Alteração da Resolução CIB nº 255/2020. Luiz Henrique D’Utra** informou que
 1614 a resolução está regulamentando a alteração da portaria federal que alterou o valor da contrapartida em função do IDHM e o
 1615 valor da contrapartida em função do censo, bem como a questão do repasse estadual a partir de outubro do próximo ano,
 1616 sendo estas questões que estão sendo alteradas e regularizadas. **Stela Souza ressaltou a necessidade de registrar, porque**
 1617 **era preciso fazerem a alteração da resolução, e colocou em apreciação. Houve consenso.** Em seguida assinalou que os
 1618 sessenta itens do estado, bem como os oitenta itens, tinham sido avaliados pelo GT, por essa equipe técnica de farmacêuticos,
 1619 até para uma pesquisa feita com os municípios no ano passado, ou final de 2018, tendo sido solicitado que o medicamento
 1620 Timolol, que faz parte do tratamento de glaucoma, fosse incluído também neste processo, já na primeira fase, e, como estão
 1621 respondendo o inquérito do Ministério Público Estadual, era importante ressaltar que nesta lista dos componentes constasse
 1622 esse medicamento. Dando prosseguimento, passou para o próximo ponto de pauta de **Pactuação: 2. SUPERINTENDÊNCIA**
 1623 **DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 2.1 Situação das ambulâncias do SAMU não habilitadas no Estado da**
 1624 **Bahia. Alcina Romero** iniciou a apresentação de *slides*, informando que o estado da Bahia dispõe hoje de cinquenta e cinco
 1625 ambulâncias do SAMU, entre básicas e avançadas, ainda sem habilitação do Ministério da Saúde. A partir deste ano o
 1626 Ministério da Saúde começou a ser mais criterioso para aprovar processos de habilitação no sistema SAIPS, se reportando à
 1627 Portaria de Consolidação nº 6, que tem origem na Portaria nº 1010 de 2012, que estabelece um prazo de nove meses para
 1628 conclusão de obras de Central de Regulação de SAMU e noventa dias para o início do funcionamento do SAMU, a contar do
 1629 recebimento das unidades móveis.

1630

1631

1632

1633

1634

1635

1636

1637

1638

1639

1640

1641

1630

1631

1632

1633

1634

1635

1636

1637

1638

1639

1640

1641

1642 Ressaltou que até agora o Ministério vinha sendo sempre um pouco mais maleável neste prazo, mas neste ano, no mês
 1643 passado, começou realmente a contar o prazo e tinha chegado um relato do município Ubaitaba, de que recebeu uma
 1644 ambulância em 2019 – que pertence ao SAMU de Itabuna – e o Ministério da Saúde tinha recusado seu processo de
 1645 habilitação no SAIPS, alegando prazo vencido para habilitação. Com isso tinham ficado muito preocupados, porque são
 1646 cinquenta e cinco ambulâncias, algumas realmente já há muitos anos no município, mas outras que eles tinham mais interesse
 1647 em resolver o problema. Informou que todas as ambulâncias que compõem o SAMU Serrinha, que está em fase final de
 1648 implantação, os municípios de Água Fria, Araci, Cansanção, Conceição do Coité, Euclides da Cunha, Monte Santo,
 1649 Queimadas, Santa Luz, Serrinha e Tucano, que têm prazo, considerando este prazo de noventa dias teriam até setembro para
 1650 serem habilitadas e alguns até, no máximo, início de outubro. Relatou que vinham acompanhando bem de perto a implantação
 1651 do SAMU de Serrinha e, sabendo de toda dificuldade, ainda mais neste ano, para alimentarem o sistema, implantarem uma
 1652 Central de Regulação, capacitarem profissionais, contratarem, comprarem insumos, material de rádio, de comunicação,
 1653 impressoras, computadores, para os municípios prepararem suas bases e fazerem o mesmo processo.

1654

1655

1656

1657

1658

1659

1660

1661

1662

1663

1664

1665

1666

1667

1668

SAMU	MUNICÍPIO	USA	USB	Data de Recebimento
SERRINHA	ÁGUA FRIA		1	30/07/2020
	ARACI		1	28/07/2020
	CANSANÇÃO		1	22/07/2020
	CONCEIÇÃO DO COITÉ		1	14/07/2020
	EUCLIDES DA CUNHA	1	1	04/06/2020
	MONTE SANTO	1	1	04/06/2020
	QUEIMADAS		1	22/07/2020
	SANTA LUZ	1	1	28/07/2020
	TUCANO		1	14/07/2020

1654

1655

1656

1657

1658

1659

1660

1661

1662

1663

1664

1665

1666

1667

1668

SAMU	MUNICÍPIO	USA	USB	Data de Recebimento
ITABUNA	ITABUNA		1	18/04/2019
	UBAITABA		1	24/04/2019
	IBICARAÍ		1	18/07/2019
SERRA FANTASIA	SERRA FANTASIA		1	11/02/2020
	ITABUNA		1	17/07/2019
ITABUNA	ITABUNA	1		05/06/2019
	UBAITÁ		1	04/06/2019
	BUERAREMA		1	20/07/2020
AURELINO LEAL		1	14/07/2020	

1669 Já pensando nisto, tinha sido proposto, em uma reunião da CIB de leitos, que fosse feito um movimento de apoio ao Samu
 1670 Regional de Serrinha e a estes municípios e, através de uma resolução CIB solicitarem ao Ministério da Saúde a ampliação
 1671 deste prazo de habilitação para até 31 de dezembro de 2020 e é a aprovação desta solicitação ao Ministério da Saúde o que
 1672 estava sendo colocado hoje. Ponderou que, independentemente de cada município ter que justificar, caso não viesse a cumprir
 1673 o prazo, entendiam que o peso é maior porque através da CIB, e caso o Ministério mantivesse este rigor no cumprimento,
 1674 prejudicaria demais a implantação deste SAMU e hoje isso é fundamental. Então esta resolução seria para ampliar o prazo.
 1675 Também lhes preocupava muito o SAMU Regional de Itabuna, que tem alguns municípios que receberam ambulância em
 1676 2019, ou seja, há mais de um ano, mesmo assim achavam que valia a pena fazerem uma justificativa ao Ministério e uma
 1677 resolução CIB, considerando a importância destas habilitações para a regionalização do SAMU de Itabuna, sob pena de terem
 1678 um Samu completamente atípico, com parte de municípios cobertos, parte não cobertos. Hoje, além de Itabuna, só dois
 1679 municípios têm ambulância habilitada, todos os demais estão nesta situação, inclusive Ubaitaba, que já conseguiu fazer tudo,
 1680 já emplacou, registrou no SAIPS e o Ministério tinha recusado. Então, entendendo a importância do SAMU como um todo,
 1681 apresentava esta proposta de a CIB apoiar a prorrogação de prazo junto ao Ministério da Saúde. Informou que, tanto Serrinha
 1682 como Itabuna, as solicitações tinham sido através das CIR, mas tem outras ambulâncias que estão nos municípios de Jequié,
 1683 Ilhéus, Valença e Feira de Santana, que não tem nem um ano ainda de vencimento de prazo, mas que as CIR ainda não se
 1684 manifestaram, ou seja, ou o município não tem interesse, ou não houve reunião de CIR, não se sabendo exatamente o que
 1685 aconteceu. Então para estes não sabia se valeria a pena manter e garantir resolução *ad referendum*. Caso as CIR de Jequié,
 1686 Ilhéus e Feira de Santana julgassem importante este apoio da CIB, então deixaria um prazo ainda neste mês, para fazerem
 1687 esta justificativa ao Ministério, em uma resolução *ad referendum*. Acrescentou que chegou um ofício da CIR de Senhor do
 1688 Bonfim e a situação é bastante atípica, inclusive tinham feito também uma minuta de resolução pedindo ao Ministério que
 1689 olhassem com muito carinho a questão de Senhor do Bonfim, a situação da nota fiscal da ambulância, tem um problema
 1690 administrativo que o Ministério não consegue destravar e já pediram este apoio, junto com a ampliação do prazo, porque de
 1691 qualquer maneira já está vencido.

Prazo vencido há menos 12 meses

SAMU	MUNICÍPIO	USA	USB	Data de Recebimento
SENHOR DO BONFIM	SENHOR DO BONFIM		1	07/02/2020
JEQUIÉ	ITAGI		1	04/06/2019
ILHÉUS/VALENÇA	ILHÉUS		1	13/01/2020
FEIRA DE SANTANA	BAIVA GRANDE CONCEIÇÃO DO JACUIPE		1	04/06/2019 06/02/2020

CIR de Senhor do Bonfim solicitou apoio para prorrogação do prazo de habilitação.



Prazo vencido há mais de 12 meses

SAMU	MUNICÍPIO	USA	USB	Data de Recebimento
PAULO AFONSO	ISEUCARÃO	1		22/07/2019
	CHERRE	1		03/10/2019
	WESPOLÁBIA	1		06/10/2019
GRAMAMBI	LONTO DE ALMEIDA	1		06/10/2019
	BRASSURÉ	1		06/10/2019
ALAGOINHAS	JARDIM REAL		1	06/10/2019
	ALGODINHAS	1		07/10/2019
JACUIPE	JACUAGUARA	1		20/08/2019
	SÃO SEBASTIÃO DO PASSÉ	1		06/10/2019
CARIACIARI	BAIXA DE SÃO JOÃO		1	06/10/2019
	SALGUEIRO GRANDE	1		06/10/2019
MORRO DO CIARÉ	VALERIA	1		04/10/2019
	OURILANDIA	1		04/10/2019
BREJOBUACOMA	VARZEA DO ROIO	1		04/10/2019
	SÃO GABRIEL	1		23/10/2019
JERU	JEJUBÁ	1		23/10/2019
	PIREIRA	1		04/10/2019
ILHÉUS/VALENÇA	TACARÉ		1	06/10/2019
	VALERIA	1		07/10/2019
SANDU	SANDU	1		06/10/2019
	PIRA	1		29/10/2019
FEIRA DE SANTANA	NOVA FÉLIX	1		06/10/2019
	BUCHEIRO DO JACUIPE	1		23/10/2019
	SANTA BARBARA	1		23/10/2019

Questionário para levantamento de dados



Obrigada!!

 **GOVERNO DO ESTADO** SECRETARIA DE SAÚDE
 saís.dae@saude.ba.gov.br
 Telefone: (71) 3115.4398/4399



1721 Chamou atenção que ainda tem uma série de municípios com ambulâncias vencidas há muito mais de um ano, e para estes
 1722 eles não tinham pactuado, nem tinham achado interessante pedirem nada, porque um município que está com uma
 1723 ambulância há dez anos sem habilitar ainda é porque não tem interesse nesta ambulância. Mesmo assim, entendendo o papel
 1724 da SESAB, foi feito um questionário por intermédio da Coordenação de Urgência – COUR, com a Coordenadora Regina
 1725 Miranda, e pactuado na CIB de leitos, e a COUR tinha encaminhado a estes gestores municipais e estavam pedindo o retorno
 1726 dos questionários preenchidos, para poderem entender a situação destas ambulâncias, se ainda estão em poder do município,
 1727 se as ambulâncias de suporte avançado têm equipamentos e qual o destino dos mesmos, se estão emplacadas, qual a
 1728 quilometragem, algumas perguntas muito simples, para depois sistematizarem as respostas e apresentarem este panorama à
 1729 CIB. Finalizou a apresentação reiterando o pleito de aprovação de três resoluções solicitando apoio ao Ministério da Saúde
 1730 para ampliação de prazo e habilitação de ambulância. **Stela Souza** ressaltou que o COSEMS vem acompanhando esta
 1731 discussão e preocupava bastante o novo posicionamento do Ministério, bem como as ambulâncias que não foram habilitadas
 1732 há mais de um ano, a providência que o Ministério e o município tomariam. Então, que tentassem ajudar o máximo possível, a
 1733 exemplo de Itabuna, e todas estas ambulâncias com menos de dois meses, tentarem ver se conseguiam este prazo com o
 1734 Ministério, porque Ubaitaba tinha solicitado e não tinha sido habilitado e brevemente o Ministério mandaria devolver essas
 1735 ambulâncias com mais de um ano, porque tem 10, 9, 8 anos, não tem nem mais o que devolver, já que não estão mais em

1736 condições. Então hoje a proposta do COSEMS e da SESAB para a CIB é a solicitação deste prazo. Lembrou a Alcina Romero
1737 que tinha faltado uma questão, pois lhe parecia que São Sebastião do Passé tinha informado que sua ambulância, a USA,
1738 tinha sido transferida em resolução CIB para outro município, o Ministério não considerou e está cobrando dele também.
1739 **Alcina Romero** esclareceu que nesta situação tem São Sebastião do Passé, que passou para Camaçari e é exatamente nisso
1740 que farão a sistematização dessa situação, então provavelmente alguns desses municípios já tenham aprovado em suas CIR e
1741 já tenham sido referendados pela CIB a transferência da ambulância para outro município, inclusive a própria devolução,
1742 podendo ter algum município que já tivesse dito ao Ministério que não quer mais, que quer devolver e o Ministério ainda não
1743 tinha se posicionado. Então a ideia é sistematizar estas situações individualmente e depois apresentarem o panorama.
1744 **Rosângela Oliveira, Secretária Municipal de Saúde de Amargosa**, cumprimentou a todos e colocou que aproveitaria a
1745 temática do SAMU para abordar sobre qualificação, lembrando que teve portarias de aprovação que também agora é via
1746 SAIPS, e na sua região tem Amargosa e Mutuípe, e este recurso também ainda não tinha sido descentralizado. Então,
1747 aproveitando a pauta do SAMU, levantava também a questão da qualificação das unidades. **Alcina Romero** esclareceu que
1748 para o processo de qualificação os municípios solicitam via SAIPS, ressaltando que são duas coisas diferentes, sendo preciso
1749 entender melhor se está demorando ou se não tiveram resposta do Ministério, porque este é um processo que anda bem
1750 tranquilo entre o município e Ministério da Saúde. Os municípios postam os documentos exigidos e o Ministério publica a
1751 portaria, podia ser que estivesse tendo algum atraso na publicação de portaria de qualificação, assim, sugeria que, se tivessem
1752 alguma coisa que achassem que está saindo da normalidade, entrassem em contato com a Coordenação de Urgência para
1753 avaliarem de que forma podiam ajudar. **Cássio Garcia** colocou em aprovação a ratificação das três resoluções de ampliação
1754 do prazo para Serrinha, Itabuna e Senhor do Bonfim e, se todos concordassem, caso aqueles municípios que ainda estão no
1755 prazo de um ano que não se pronunciaram em CIR, viessem a se pronunciar, que fosse aprovado na CIR, e, ao chegar aqui,
1756 fosse publicada ad referendum. Houve consenso. **Stela Souza** relatou que tinha colocado uma solicitação do Secretário de
1757 Saúde de Guanambi na pauta do COSEMS, sobre o fluxo de pacientes graves para o Hospital Regional, mas ontem,
1758 conversando com a Coordenação e com Cássio Garcia, tinham ficado de tomar providências com relação a isso, e que na Ata
1759 da CIB ficasse registrado que a SESAB veria o encaminhamento do fluxo dos pacientes para o hospital regional, onde está
1760 tendo um problema entre o SAMU e o hospital. **Alcina Romero** respondeu que ainda não tinha tomado conhecimento dessa
1761 situação de Guanambi, mas agora estavam com duas, o SAMU de Serrinha com as Clínicas de Hemodiálise de Feira de
1762 Santana e o Clériston Andrade - inclusive já tem uma reunião marcada - e Barreiras, também com a NEFROESTE Clínica de
1763 Hemodiálise, fluxo para o Hospital do Oeste através do SAMU 192. Enfatizou que vinham trabalhando sempre dessa maneira,
1764 juntando todos os atores envolvidos, conversando, explicando, colocando a Diretoria de Regulação, da Rede Própria, o gestor
1765 municipal e com certeza vão melhorando, alinhando esses fluxos, então aguardariam que passassem este de Guanambi para
1766 tomarem conhecimento. **Júlio Musse, Diretor da DGESS e Membro da CIB**, cumprimentou a todos e relatou já ter chegado
1767 ao seu conhecimento esta demanda e registrou que foi uma situação pontual, não houve nenhuma alteração de fluxo junto à
1768 unidade, inclusive vinha acompanhando junto à Diretoria Geral da unidade, estivera em Guanambi há mais ou menos quinze
1769 dias, lá tendo passado dois dias observando estes fluxos, que permanecem os mesmos. Argumentou que, pela série histórica
1770 de aceitação de paciente através do SAMU 192, permanece a mesma quantidade em todos os meses, na mesma linha. Então
1771 a unidade não tem mudado o fluxo, foi uma situação específica e a unidade já emitiu uma resposta que deve estar chegando
1772 para o COSEMS e para a Secretaria Municipal. Relatou que no dia tinha havido este atraso do médico assistente de mais ou
1773 menos uma hora e meia para aceitar o paciente, que aguardou na ambulância, mas o paciente tinha sido aceito, assistido,
1774 internado na unidade, tendo havido apenas um atraso na aceitação do paciente. Mas que o fluxo permanece o mesmo, o
1775 médico tinha sido notificado verbalmente e ele se comprometia a acompanhar e qualquer dúvida ou situação estaria à
1776 disposição para conversar e alinhar, mas até onde tinha conhecimento tinha sido uma situação pontual. **Stela Souza**
1777 agradeceu a Júlio Musse pelo esclarecimento ao gestor de Guanambi e lembrou que 'no que ocorrer' também tinha ficado uma
1778 cobrança sobre o *site* em que o *link* da PPI está inativo e os municípios não estão conseguindo acessar. Assim, que fosse visto
1779 o que está acontecendo, porque ninguém está conseguindo acessar a PPI. Perguntou se tinha alguém no momento para
1780 explicar, se não tivesse e como não está na pauta, que depois passassem a resposta para o COSEMS. **Cássio Garcia**
1781 informou que o sistema foi hackeado, a equipe técnica já está trabalhando, mas ainda sem conseguir recuperar. **Stela Souza**
1782 falou que a próxima reunião - de setembro - não acontecerá por causa do período eleitoral, mas como tinha sido prorrogado
1783 mais um mês, foi mantida a reunião deste mês. Como em todo período eleitoral, só haverá reunião em dezembro, depois da
1784 eleição, que é em novembro. **Denise Mascarenhas, SMS de Feira de Santana**, se referindo a uma informação recebida que a
1785 tinha deixado mais uma vez horrorizada com o Ministério, relatou que seu hospital não foi habilitado, o MS devolveu
1786 informando que não está no 'Notifica SUS' e, tanto Naia Neves como ela tinham checado e estão atualizados. Observou o
1787 prazo para responder algo, que é totalmente fora do contexto, o estado está recorrendo, inclusive tinha mostrado todos os
1788 relatórios do Notifica SUS atualizados. **Stela Souza lembrou que já tinha sido pactuado nesta reunião que mandariam um**
1789 **documento da CIB para o Ministério e sugeriu a Nanci Salles fazer um print de algumas páginas da notificação da**
1790 **unidade, Naia e Denise também tinham como fazer isso, anexarem ao Ofício e inclusive a devolutiva do Ministério do**
1791 **próprio SAIPS. Naia Neves, Diretora da DICON e Membro da CIB**, lembrou da situação parecida ocorrida também com
1792 Salvador, tendo sido três tentativas, cada uma com uma resposta que não condizia. Assim, reforçava a inclusão destas
1793 questões de Salvador e Feira de Santana, problemas que têm estarrecido a todos, porque há todo um critério com que já
1794 trabalham nesses meses todos e nesta inclusão dos novos critérios de habilitação pelo Ministério, onde se notifica e é o
1795 principal, tem sido feito um trabalho em conjunto com Priscila Macedo, a pessoa responsável no COES por este
1796 acompanhamento e durante a semana ela manda, duas, três vezes toda atualização. Então, quando chega uma situação
1797 dessa era de estarrecer a todos, porque não condiz com o que o sistema apresenta e o Ministério checa, pelo menos
1798 imaginavam que fosse checado pelo técnico antes de diligenciar e devolver uma proposta com este tipo de justificativa. **Stela**
1799 **Souza reiterou que já foi aprovado o encaminhamento de enviar o documento referente a todas as unidades que estão**
1800 **funcionando e que foi solicitado a habilitação e que cumpriu com todos os requisitos, e realmente tem que anexar ao ofício o**
1801 **que está sendo dito que não estão fazendo**. Reiterou que não haverá reunião, mas podendo ser necessárias algumas
1802 resoluções *ad referendum*, colocava, assim, como encaminhamento, que, havendo necessidade de uma CIB extraordinária

1803 teriam que deixar aqui em aberto, caso houvesse essa necessidade, para convocarem esta reunião e continuarem também
1804 fazendo as resoluções *ad referendum*, principalmente quanto aos leitos, para darem continuidade, pois é o período eleitoral,
1805 mas também não podiam parar. Questionou se todos concordavam com os encaminhamentos: resoluções *ad referendum* caso
1806 fosse necessário e, em caso de uma grande emergência, convocarem uma CIB extraordinária. **Cássio Garcia** concordou,
1807 lembrando que já tinham falado isso na CIB de leitos e considerava importante deixar isso já referendado nesta CIB, porque
1808 podia acontecer, estavam em pandemia ainda e esperavam que não fosse necessário, mas para não serem tomados de
1809 surpresa, se tivessem que se reunir até o final do mês, ou em uma data necessária. **Houve consenso.** Em seguida **Cássio**
1810 **Garcia e Stela Souza** agradeceram a presença de todos, declarando **encerrada a sessão** e desejando uma boa eleição, que
1811 Deus lhes protegesse e das demandas com encaminhamentos saídos aqui, esta semana teria reunião da SESAB com o
1812 Ministério Público e tudo seria repassado posteriormente. Não havendo mais o que tratar, após revisão do registro da Ata feito
1813 pelo núcleo administrativo (Silvana Salume) e corrigida por Maria de Fátima Valverde Dreyer, eu, Nanci Nunes Sampaio Salles,
1814 Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada.
1815 Salvador, 10 de setembro de 2020.

1816 Membros Titulares:

1817 Stela dos Santos Souza _____

1818 Ivonildo Dourado Bastos _____

1819 Cássio André Garcia _____

1820 Rivia Mary de Barros _____

1821 Leandro Gomes Lobo _____

1822 Membros Suplentes:

1823 Naia Neves de Lucena _____

1824 Maria Alcina Romero Boullosa _____

1825 José Cristiano Sóster _____

1826 Júlio Jorge Musse Calzado _____

1827 Denise Lima Mascarenhas _____

1828 Geraldo Magela Ribeiro _____

1829 Ana Ofélia Matos Marques _____

1830 Raul Moreira Molina Barrios _____