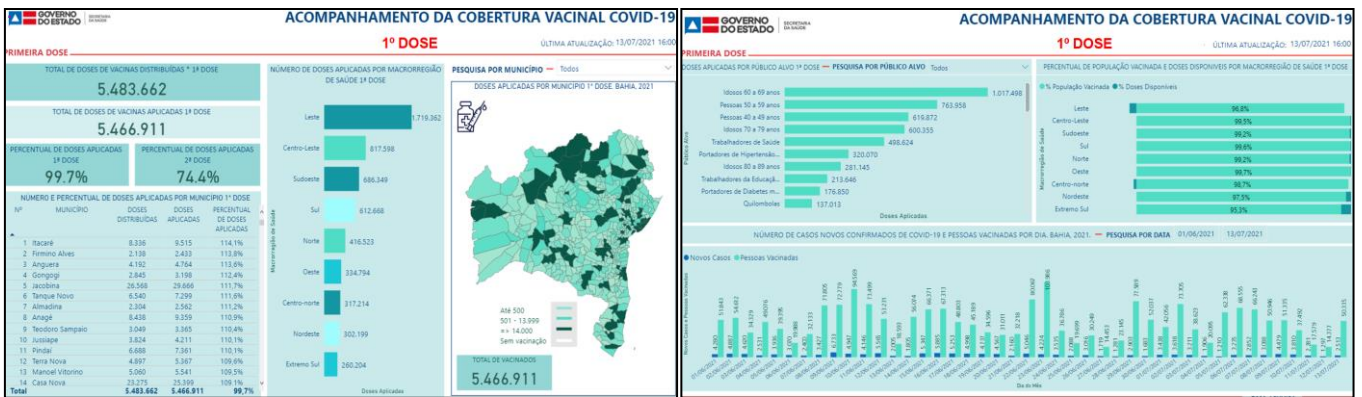
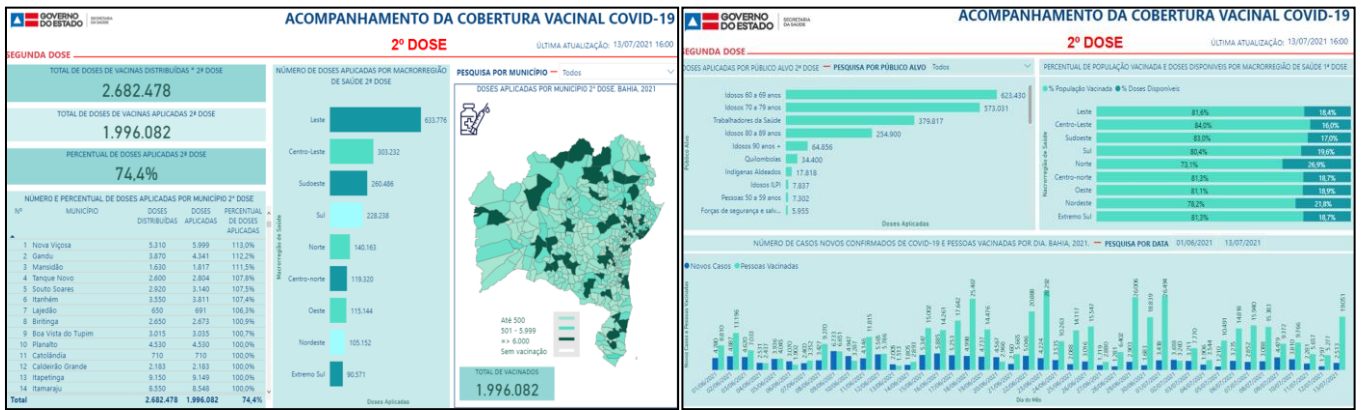


Aos quatorze dias do mês de julho do ano dois mil e vinte e um, na Sala de Reuniões do GASEC/SESAB, por vídeo conferência durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas-Boas Pinto, Secretário de Saúde do estado da Bahia e Coordenador da CIB, Stela Souza Presidente do COSEMS, Membro da CIB e Coordenadora Adjunta, Rivia Mary de Barros, Jacqueline Silva do Bomfim, Cássio André Garcia, Leonardo Silva Prates, e dos suplentes, Naia Neves de Lucena, Marcelo de Jesus Cerqueira, Geraldo Magela Ribeiro, Maria Alcina Romero Boullosa, Cláudio Soares Feres. Às 09 horas e 17 minutos, a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão, cumprimentando os Secretários Municipais de Saúde, os Membros da CIB, a Equipe da SUVISA e registrando as presenças do Prefeito de Miguel Calmon e do Vice-presidente da UPB. Às 09 horas e 17 minutos a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão, cumprimentando os Secretários Municipais de Saúde, os Membros da CIB, a Equipe da SUVISA e registrando as presenças do Prefeito de Miguel Calmon e do Vice-presidente da UPB. O Coordenador cumprimentou a todos dando boas-vindas a mais uma CIB sobre vacinação COVID-19 e relatando que ontem foi realizada uma reunião entre governadores e o Ministro da Saúde, em que muito se discutiu a antecipação de doses feita por alguns estados e chegaram à conclusão de que, independentemente do mérito da antecipação, estão em um processo progressivo de ruptura da Unidade Federativa junto ao que sempre foi único, que é o Plano Nacional de Imunização – PNI, fruto da condução implantada nos últimos meses, e cada estado saiu tomando decisões próprias, muitas vezes acertadas, outras nem tanto e o resultado disso é que estavam caminhando para uma situação em que não teriam mais um PNI, o que é muito ruim, porque, embora o Ministério centralize a aquisição e a distribuição, se cada estado adotar critérios, ou pior, se cada município os adotar, corram o risco de daqui para frente não conseguirem mais atingir as coberturas e a imunidade das populações como um todo no Brasil, haverá cada vez mais assimetrias, o que vai fragilizar o processo de imunização, que é muito mais que individual, é um processo coletivo e populacional, metade da imunização se deve ao fato de as pessoas estarem sendo imunizadas e metade se deve ao fato de não estarem contaminando outras pessoas, caso haja muitas assimetrias entre cidades e estados, não se conseguirá alcançar essa unidade populacional. Há uma preocupação muito grande em relação a isso e o Ministro fez um pleito para evitar progredir este processo de tomadas de decisão individuais e voltarem a pactuar nas reuniões de Tripartite, que são realizadas semanalmente com o CONASS e o CONASEMS, para manter o mínimo de unidade no Brasil. Colocou que um segundo ponto será discutido no momento adequado, quando o tema for trazido, sobre a questão técnica de se antecipar ou não as segundas doses, ressaltando que sua fala é no sentido de refletirem sobre o sentimento que existe hoje de tentar em ao máximo fugir do que está pactuado nacionalmente. Dando seguimento, a Coordenadora Adjunta iniciou a ordem do dia, passando para a pauta única da reunião: 1. GASEC/COSEMS: 1.1 Vacinação COVID-19. Rivia Barros, Superintendente da SUVISA e Membro da CIB, cumprimentou a todos e passou a palavra para Vânia Rebouças fazer a apresentação. Vânia Rebouças, Coordenadora de Imunização da DIVEP/SUVISA, cumprimentou a todos, iniciou a apresentação em slides, colocando que falaria um pouco sobre a operacionalização da campanha no estado da Bahia, que vem demonstrando capacidade de vacinação em tempo recorde, acompanhado pelos municípios nesse avanço a cada remessa de doses recebida. Relatou que as remessas que vêm chegando normalmente têm sido colocadas no território em um, dois dias, já receberam mais de nove milhões de doses do Ministério da Saúde, das quais cinco milhões, quatrocentas e sessenta e seis mil já foram aplicadas em D1 como início de esquema de vacinação, demonstrando o uso de aproximadamente 100% das doses recebidas e a maioria dos municípios hoje já não têm doses para darem continuidade à vacinação em seus territórios. Nos slides abaixo mostrou o desempenho das macrorregiões e das faixas etárias que já foram vacinadas e de cada um dos grupos prioritários, a grande maioria das macrorregiões com mais de 96% das doses recebidas já utilizadas.



Mostrou nos slides abaixo que quase dois milhões de baianos já estão com a D2, observando que essa diferença não significa atraso vacinal, mas do percentual total de doses aplicadas. Informou que na última estimativa levantada ontem, aproximadamente oitenta e quatro mil baianos estavam em atraso com os dados levantados, considerando que o ideal é que não tivesse ninguém com doses em atraso já que as vacinas estão disponíveis para isso, os demais estão ainda dentro do tempo oportuno. Mostrou também o percentual de doses em cada uma das macrorregiões, em relação às doses utilizadas. Lembrou que tem a DU da Janssen, fazendo um apelo para os municípios que a receberam para lançarem, porque o uso foi maior que 86% e alguns municípios ainda não fecharam o lançamento dessas doses, alguns ainda estão realizando estratégias de vacinação em instituições como as de população privada de liberdade ou pessoas em situação de rua e ainda estão lançando estes dados.



Em seguida passou aos pontos para discussão da pauta de hoje, o primeiro ponto é o que vem se discutindo agora no país, em relação à possibilidade de redução do intervalo entre D1 e D2 das diferentes vacinas que estão sendo oferecidas e chamou a atenção para que os municípios realizem a busca ativa dos faltosos, de acordo com os apazamentos preconizados. O segundo item para discussão - a revisão do ponto de corte das coberturas vacinais para distribuição das doses - a Bahia está com 51,2 % da sua população de dezoito anos ou mais vacinadas, então hoje o coeficiente dos municípios que têm cobertura de até 55% recebem o seu total de doses de acordo com a proporção da sua população, aqueles com 55,01% a 70% recebem metade do que receberiam, aqueles com 70% a 90% recebem 1/3 do que receberiam e os maiores que 90% não recebem vacinas, para que todos os municípios baianos possam avançar de maneira igualitária, daí o chamamento das faixas etárias estarem bem semelhantes nos quatrocentos e dezessete municípios baianos. Lembrou que a cobertura atual da Bahia é de 51,2% e a grande maioria dos municípios ainda não está com 55%, a exemplo da capital, que agora está de acordo com as estimativas e tinham pactuado na última CIB que estavam usando a estimativa híbrida de 2019 ou 2020, aquela maior, ilustrando com a capital, que está agora com 53% de cobertura vacinal e a grande maioria não tem essa perda de doses para rateio dos outros municípios. O terceiro ponto é a importância dos registros nos sistemas de informação, pois já tem uma diferença de mais de um milhão de doses que ainda não foram registradas no sistema nominal do SIPNI do Ministério da Saúde e é preciso que os municípios digitem nominalmente todos os dados. Estão recebendo muitas reclamações de municípios que vão lançar a D2 que foi realizada em outro município e o município que fez a D1 ainda nem tinha lançado, então, tem muitos municípios com atraso significativo no lançamento destas doses. Observou que quando se compara o BI - que é o sistema no estado de dados agregados, onde tem o consolidado total das doses aplicadas - com o sistema nominal, a diferença é de mais de um milhão de doses. Enfatizou também a importância dos registros dos eventos adversos pelos municípios no sistema oficial do SIAPV. O quarto ponto - a campanha de vacinação contra a Influenza - informou que foram recebidas mais de cinco milhões de doses para essa vacinação e apenas 51% das doses foram lançadas no sistema, significando que a Bahia está com a cobertura de 51%. Lembrou que na semana passada houve ampliação dos públicos prioritários, ou seja, a população deixou de estar restrita à vacinação dos grupos prioritários previamente definidos e passou a incorporar a população em geral com mais de seis meses de idade, agora todos podem se vacinar enquanto durarem os estoques dos municípios. Frisou que ainda assim é importante que o lançamento seja realizado no sistema de informação, porque é preciso comprovar as doses aplicadas, se a pessoa fizer parte de um grupo prioritário, essa dose deve ser lançada. Comentou que essa campanha de vacinação contra Influenza não tem o lançamento nominal, é de dose agregada, então é preciso lançar o total das doses agregadas em cada um dos grupos prioritários, se a pessoa não fizer parte do grupo prioritário será lançada em outros grupos, como na população em geral, mas de qualquer forma precisam lançar as doses recebidas no sistema oficial de utilização dessas doses. Relatou que vários municípios já estão pleiteando uma remessa extra de doses, ontem o Ministério encaminhou uma pequena remessa extra, é um percentual de doses recebidas que serão distribuídas para os municípios, mas vários dos que solicitaram ainda não lançaram as doses recebidas. Dessa forma, é preciso que todos os municípios façam estes lançamentos nos sistemas oficiais. Estes foram os quatro pontos trazidos para discussão de hoje. Em seguida, Stela Souza franqueou a palavra para quem quisesse se manifestar sobre os pontos apresentados por Vânia Rebouças. Leo Prates, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e Membro da CIB, cumprimentou a todos, concordando com o Secretário Fábio Vilas-Boas, pois em sua opinião um dos motivos que está rompendo com o pacto nacional é a descontinuidade da linha de atuação do Ministério, ponderando que durante essa pandemia e nestes dois anos na Secretaria Municipal de Saúde, já tinha convivido com quatro Ministros da Saúde, sem nenhuma crítica a eles, mas cada Ministro que entra monta sua equipe e tem essa descontinuidade, principalmente da vacinação COVID, os próprios fatos já comprometem a unidade nacional. Relatou ter visto ontem uma notícia do Governador Rui Costa sobre a desproporção da distribuição nos estados e o próprio Ministério assumindo um dado da CBN Nacional de que realmente errou em relação ao Distrito Federal. Então com certeza erraram várias vezes e na Bahia, inclusive Stela Souza fala muito isso da Bahia como um todo, então achava que já há uma ruptura com o pacto nacional com essa série de acontecimentos. Ponderou que na visão de Salvador tem um limitador para antecipação de vacinas, que é a dose, a bula da Pfizer recomenda vinte e um dias entre a primeira e a segunda doses, mas não tem como fazer isso nesse momento, porque nenhuma dose foi enviada à Bahia para segunda dose da Pfizer. Então não há condição nem de discutir o que tecnicamente a Pfizer recomenda, apesar de que há vários estudos mostrando o contrário, mas sempre preferia seguir a bula do fabricante, que diz muito, afinal, foi o laboratório que fez a vacina. Na questão da Coronavac, não via muito sentido diminuir a diferença entre as vacinas, porque são vinte e oito dias, é uma vacina com apazamento relativamente baixo, a Janssen é uma dose só, e indo ao ponto central dessa questão, que é a AstraZeneca/Oxford, tem uma série de estados antecipando suas vacinações, já são oito que anteciparam, preocupados com a variante Delta e com o baixo avanço das segundas doses, já que a Fiocruz/AstraZeneca passou a ser a grande vacina do Brasil e já é a mais utilizada. Indo para a bula, como estava defendendo, por coerência a da Oxford/AstraZeneca traz que pode tecnicamente ser feito entre quatro e doze semanas, o que modifica é a eficácia e para se

135 ater aos pontos do que a maioria tem feito, com oito semanas a eficácia da Oxford/AstraZeneca cai para 59,7%, com nove a  
136 onze semanas passa a 72%, com doze semanas 80%, uma eficácia geral maior do que a Coronavac e a Janssen. Assim, dando  
137 uma opinião pessoal e sem nenhuma crítica aos colegas de outros estados, essa antecipação para oito semanas lhe parecia  
138 uma semana muito cara, tem um preço e um custo de 12,3% na eficácia se anteciparem apenas uma semana, de nove para oito,  
139 que é o que a maioria dos estados fizeram e em seu entendimento é um equívoco. E sugeriu que constasse na resolução CIB o  
140 aprazamento entre nove e doze semanas, colocando o mínimo e o máximo, o que não fugiria do pacto nacional. Relatou que  
141 Salvador tem, nesse momento, graças a uma grande logística que a SESAB montou, sessenta mil segundas doses em espera  
142 para serem aplicadas, assim, colocaria esse piso e o máximo, porque em determinado momento pode não ter segundas doses  
143 para nove semanas, já que o Ministério mantém o aprazamento de doze semanas, pode ser que em determinado momento  
144 tenha que manter doze semanas por falta de doses. Em Salvador foi antecipado todo mundo para ontem, para hoje e para  
145 amanhã, que não terá primeira dose e tem segundas doses marcadas até domingo, então tinha feito isso dentro da décima  
146 segunda semana para otimizar o sistema de vacinação, porque muitas vezes vai ter vinte mil segundas doses em um dia, ou  
147 receberem doses no mesmo dia e não terem condição de aplicar quarenta mil primeiras doses e quarenta mil segundas doses  
148 dentro do seu sistema de vacinação, gerando aglomerações e problemas. Desse modo, quando o seu sistema está vazio na  
149 própria décima segunda semana, já vinha fazendo essa antecipação, porém, para uma antecipação mais robusta sugeria esse  
150 piso e o máximo. Isso no item um. No item dois, a Bahia já tem 51,2% de cobertura e ainda faltam muitas doses para serem  
151 lançadas no sistema, ou seja, essa é a taxa de cobertura da Bahia, porque muitos municípios não inseriram, nessa semana já  
152 deve estar 52% a 53%, sem contar a chegada de novas doses. Então sua defesa é que a faixa de corte suba para 60% como  
153 tinha feito todas as semanas, já que tem município com um delay grande e nessa faixa de corte a Bahia já pode ter alcançado  
154 55%. Vânia Rebouças comentou sobre dois pontos que Leo Prates abordou, em relação à cobertura da Bahia, que há um atraso  
155 importante no lançamento dos dados, não no BI, que normalmente os municípios têm se empenhado em lançar, por conta  
156 daquele corte de 85% das doses utilizados na remessa anterior, para se habilitarem para a próxima remessa, o que tem um  
157 delay importante no regime das doses é no SIPNI. O BI de hoje mostra que 99% das doses já foram aplicadas, então  
158 acreditavam que a cobertura com essa remessa recebia, em que a maioria dos municípios já fez o lançamento e não vai ter um  
159 aumento importante desse percentual do estado, a Bahia está com 51,2% na análise de cobertura vacinal para dezoito anos ou  
160 mais e acreditava que para essa remessa de doses distribuídas da última semana até hoje, não terá um incremento significativo  
161 nesse percentual. A grande maioria dos municípios está abaixo dos 55%, logo, aqueles que estão mais atrasados é que serão  
162 beneficiados com o rateio de doses, porque quando este coeficiente diminui pela metade para o que tem 55% ou mais e diminui  
163 para 1/3 quando tem 70% a 90%, o que o município deixa de receber é rateado entre os outros municípios. E este rateio não tem  
164 sido efetivo, alguns municípios estão vacinando na casa dos cinquenta e quatro, cinquenta e cinco anos, alguns reclamam da  
165 estimativa do IBGE, que está bem subestimada, mais especificamente quatro municípios no estado. E em relação a este ponto é  
166 importante sempre irem subindo, a ideia é irem avançando e a proposta dos 60% é pertinente, mas talvez não na análise dessa  
167 semana, deixarem estes 60% para a semana seguinte, porque agora basicamente já tinham o panorama da maioria dos  
168 municípios abaixo dos 55%. Argumentou que os que estão atrás precisam desse rateio de doses e a grande maioria dos  
169 municípios ainda está abaixo dos 55%, reiterando que, se fosse aprovado 60%, não seria para a distribuição desta semana e sim  
170 para a da semana seguinte. Stela Souza colocou que o ponto que trata da redução de intervalo está em discussão a nível  
171 nacional, Leo Prates citou a dificuldade de terem a vacina e considerava que ficar guardando vacina, em tendo eficácia, nesse  
172 período de nove e doze semanas, principalmente a AstraZeneca, é uma proposta boa e que seria de acordo com a  
173 disponibilidade de doses. Se pactuassem desta forma teriam mais segurança, tendo em vista que hoje a maioria dos municípios  
174 está fazendo segunda dose porque não tem D1 para fazer. Então esse intervalo entre D1 que chegou e acabou e a D2 que tem  
175 em estoque, nessa conta de nove a doze semanas fazerem essa antecipação, desde que tendo em estoque, considerou  
176 excelente, até porque, independentemente de o município ser pequeno, médio ou grande, fazer D1 e D2 no mesmo dia é  
177 complicado. Essa poderia ser uma proposta da pactuação, um encaminhamento, mas de acordo com a disponibilidade de doses,  
178 pois não podiam se comprometer com o que o Ministério é que tem que mandar, é o MS que diz se tem ou não. A questão do  
179 corte, considerando que estavam trabalhando com 55%, 70% e 90%, achava que o corte de 70% e 90% deve ser mantido, mas  
180 a proposta de passar dos 55% para 60% na próxima remessa, ou seja, na próxima semana, já poderiam deixar pactuada, para  
181 evitar ter CIB extraordinária a fim de discutirem somente isso. Achava necessário falar e não estava posto, que é muito  
182 complicado o que está saindo na mídia, os Secretários Municipais de Saúde, o Secretário de Saúde do Estado e toda a equipe  
183 de vacinação está passando muito aperto, então precisavam, enquanto Bahia, pensarem uma forma de ajudar os municípios a  
184 se encontrarem, porque as categorias estão cobrando, foi pactuado em CIB que os grupos prioritários seriam de 10% das doses  
185 recebidas e 90% por idade, foi excelente e se perguntarem hoje aos municípios se querem voltar atrás, fazerem somente o grupo  
186 prioritário e deixar idade, nenhum município vai querer. Com isso agilizavam a vacinação e evitavam muitos problemas, a fila da  
187 vacina anda rápido, ninguém fica com dose parada, porque o filtro é menor, pode ser carteira de identidade, cartão do SUS ou  
188 comprovante de residência, de acordo com cada município. Portanto, é preciso discutirem e traçarem uma estratégia, porque os  
189 grupos prioritários estão cobrando. E perguntou se vai se vacinar os bancários, se eles entrarão nos 10%, ponderando que é  
190 necessário trazer à tona o que estavam vendo na mídia. O Coordenador lembrou que os bancários foram incluídos pelo  
191 Ministério, então poderiam colocá-los nos 10%, já que são poucos. Rívia Barros confirmou que estes dois grupos foram incluídos  
192 no PNO, bancários e correios, mas o Ministério ainda não disponibilizou doses, então, como foi pactuado que 10% seria para os  
193 grupos prioritários, cabe ao município fazer sua estratégia, a depender do quantitativo de doses que estiver recebendo, se  
194 acharem que é importante, se no município tem muitos bancários e já fez todos os outros, colocar nos 10%. Essa é a sua  
195 posição, a de que é uma estratégia do município, ressaltando que os que não puderem têm como justificar, dizendo que o  
196 Ministério ainda não distribuiu doses para este grupo. Stela Souza concordou que deveriam manter os 10%, colocando que é de  
197 acordo com a disponibilidade das doses, porque se o Ministério não mandou nenhuma dose para bancários nem para correios,  
198 como tirariam de outros que já foram enviados pelo Ministério, perguntou. Então esses 10% é muito relativo e valia a pena  
199 pensarem sobre isso. O Coordenador ponderou que com os 10% já é uma limitação muito grande do quantitativo de pessoas dos  
200 grupos prioritários e não acreditava que trazer os bancários nesse momento – que não representam uma parcela substantiva da  
201 população – impactaria significativamente na diminuição de vacinação dos outros 90%. Argumentou que é um grupo muito

organizado, considerando que o potencial de desgaste é muito maior do que o malefício eventual que vá causar se os incluir antes do Ministério enviar as doses. Lembrou que já tinham conseguido avançar dessa forma com os professores, já tendo sido retirada esta categoria do horizonte do estado, entre outras e parecia que o único grupo organizado que tem o potencial para causar desgaste é o dos bancários, em sua opinião poderiam liberar a vacinação deles em todo o estado, mesmo antes do Ministério enviar essas doses. Stela Souza ressaltou que em nenhum momento tinha falado para não incluir, estava falando que, em não tendo, podiam justificar que o Ministério ainda não enviou, lembrando que tem várias categorias, a exemplo de construção civil que está chegando muito, então esses 10% terminam sendo muito poucos para atender a todos, desde quando não estavam recebendo, mas não é para retirar. O Coordenador argumentou que 10% não é um número mágico, foi definido 10%, mas pode ser 15% ou 20%. Stela Souza achou que deveriam manter os 10%, porque estavam avançando bastante por idade e já estavam alcançando esse público. O Coordenador reiterou que não é um número matemático, exemplificando que ao chegar um bancário em um determinado drive e já tiver ido dez bancários antes, ninguém dirá que não vai poder ser vacinado porque as dez doses que foram reservadas para aquele drive já foram usadas, não é assim que funciona, ninguém sai fazendo a contabilidade de quanto foi gasto no dia por categoria. Portanto, esse número de 10% é muito mais para garantir o acesso dentro de um funil estreito, do que saírem fazendo conta. Marcelo Cerqueira, Secretário Municipal de Saúde de Candeias e Membro da CIB, cumprimentou a todos, relatando que tem acompanhado o que está sendo discutido nesta CIB, mas apesar de sempre haver um apelo de Stela Souza, para que falem em nome de questões abrangentes a todos os municípios e antes da pauta seguir para o segundo tópico, falou sobre uma situação específica, que era a vacinação das pessoas em comunidade terapêuticas. Relatou ter recebido cópia de um ofício da SESAB ontem no e-mail da Secretaria Municipal, com um parecer técnico tratando de um pleito da Fundação Doutor Jesus, que é uma organização no Município Candeias, que atua com o acolhimento de dependentes químicos e tem uma população de aproximadamente mil pessoas de diversos municípios. Concordou com a nota técnica de orientação da SUVISA para que o município acolha os abrigados dessa comunidade terapêutica dentro dos grupos prioritários que estão previstos no PNO, mas a grande problemática é a vacina, pois são aproximadamente mil pessoas a serem vacinadas e não tinha como remanejar, tendo em vista que recebe calculado pela população do município e nessa unidade não tem apenas abrigados de Candeias, salvo engano, a maioria absoluta é de outras cidades, então deixava o pleito e a discussão com relação ao que pode ser feito para vacinar abrigados em comunidades terapêuticas, mesmo sendo uma questão específica de Candeias. No mais, estava contemplado com as demais discussões até agora, apenas sugeria que não voltassem a vacinar grupo prioritário, deixando como está, por idade, com o percentual para continuarem avançando nos grupos, já que está sendo muito satisfatório e estão conseguindo contemplar e avançarem muito na vacinação da população geral, que é o que mais interessa devido à pressão. Stela Souza agradeceu a Marcelo Cerqueira e sobre sua colocação quanto às comunidades terapêuticas, concordou que tem vários problemas semelhantes, citando Madre de Deus, que tem um porto onde nem 5% são pessoas com mais de dezoito anos moradores de lá, e são todos de fora e entram na conta geral como população do município, porque os portuários tiveram que ser vacinados. Caca Requião, José Ricardo Leal Requião, Prefeito Miguel Calmon, cumprimentou a todos e relatou que foi convocado pelo Presidente da UPB, Zé Cocá, Zenildo Brandão Santana, para participar desta CIB e entrou a tempo de ouvir parte da discussão em relação aos bancários, ponderando que em Miguel Calmon também tem essa demanda, lá estão vacinando a faixa etária de quarenta anos, vai baixar para trinta e sete na próxima semana, e as categorias estão sendo atendidas gradativamente. Concordou com a fala do Secretário, que realmente nas cidades pequenas o impacto é bem menor. Falou que em Miguel Calmon tem cerca de vinte bancários, logo, são poucas doses, é uma categoria que deste o início nunca parou e nem vai parar o trabalho, que é muito importante e nesse sentido se posicionava de forma favorável diante das demandas, principalmente dos municípios pequenos como o seu, que tem apenas quatro agências e mais ou menos vinte funcionários, com certeza isso se aplica em toda a Bahia, quase todos os municípios da sua região têm apenas uma agência, alguns não têm nenhuma agência bancária, e finalizou que esse foi o ponto que tinha conseguido ouvir e opinar, mas continuaria acompanhando a reunião e daria sua opinião conforme fosse interessante. Stela Souza agradeceu ao Prefeito, considerando importante essa participação - lembrando que há umas quatro semanas foi pactuado reuniões pela importância de os prefeitos participarem e acompanharem as discussões na CIB e ter também um representante da UPB nas reuniões é muito bom. Vânia Rebouças fez dois comentários ainda em relação ao primeiro ponto de discussão. Em relação ao intervalo que os estados têm discutido muito, chamou atenção que sociedades científicas têm se posicionado de acordo com o PNI, o Secretário fez uma fala inicial também concordando com a manutenção das doze semanas entre a primeira e segunda dose da vacina AstraZeneca/Fiocruz, enquanto o posicionamento de alguns estados foi baseado na antecipação de algumas remessas. Comentou que no mês passado foram recebidas quase quinhentas mil doses, todas destinadas para D2, se fossem tomar a decisão agora de antecipar para nove semanas, não tem remessas para adiantarem em nove semanas em relação às remessas em estoque, tem ainda duas na Central Estadual e normalmente estavam liberando para as regionais com uma semana, para que os municípios possam receber as vacinas na décima primeira semana. Considerou importante e bem estratégico para os municípios facultarem a antecipação nesta mesma semana, como Leo Prates falou, que é uma estratégia para os municípios e deve ser para todos, pois não adianta ter uma estrutura montada para vacinar e não ter vacinas. É o momento oportuno de fazer busca ativa dos faltosos, porque na Bahia tem aproximadamente oitenta e quatro mil pessoas que ainda não tomaram a D2 ou pelo menos essas doses ainda não foram lançadas no sistema e de repente facultar ao município essa antecipação nessa décima primeira semana, porque em condições normais não dispunham dessa antecipação pelo Ministério da Saúde em três semanas, às vezes tem de duas, tinham recebido na décima semana e enviado para os municípios, para ter essa flexibilidade para nove. E ao fazerem essa análise de eficácia, tem alguns estudos que falam também de a resposta ser mais duradoura quando tinham esse intervalo um pouco maior e preocupa também os municípios anteciparem tanto e o anseio da população em querer se vacinar com nove semanas, pois tem muita gente querendo fazer sua segunda dose, enquanto outros estão sem ter tomado a segunda dose do esquema. Lembrou que ainda estavam em um cenário epidemiológico que requer o aumento máximo de cobertura que pudessem ter, ainda estavam com 51% de cobertura para os maiores de dezoito anos, então é importante manter esse intervalo, porque também já sabiam dos benefícios entre a primeira e a segunda dose com doze semanas. E para a logística em relação ao recebimento destas doses, achava que pactuar nove é um pouco complicado, porque não vinham recebendo, com essa antecipação do Ministério só teria remessa para antecipar se fossem fazer isto hoje para dez semanas e ainda teriam que correr para fazerem a logística, porque senão já estariam

entregando para a décima primeira semana. Léo Prates considerou a proposição de Stela Souza a melhor, ficando pactuado como piso nove semanas e como teto doze semanas, vinculado à disponibilidade de doses. Caca Requião relatou que em Miguel Calmon nessa semana chegaram pouco mais de trezentas e poucas doses e zerou em um dia, na semana passada foram mil doses e zerou em um dia, geralmente está atendendo o teto em um dia de zerado, tem influenza e quinhentas doses D2, e perguntou se poderia fazer uma campanha com cinco, quatro ou três semanas após a primeira dose. Vânia Rebouças esclareceu que é importante obedecer a estes intervalos de acordo com o preconizado por conta da eficácia entre a primeira e a segunda dose. Relatou que a bula da vacina da Fiocruz informa que quando tem oito semanas de intervalo a eficácia cai, quando se faz com doze semanas, tem uma eficácia de 80%, quando vai para oito semanas, cai para 59%, uma diferença de 20% de eficácia. E aí se fizer uma análise disso na população e em uma grande população, como na Bahia, imaginassem que 20% das pessoas vacinadas não estão completamente protegidas, porque a eficácia cai em 20% quando se compara o intervalo entre oito e doze semanas; quando vai para o intervalo de nove a onze semanas, a eficácia de acordo com a própria bula é entre 72%, já cai em torno de 8%, é diferente de cair 20%; quando vai para três semanas é complicado ainda mais, até com a Pfizer, cujo laboratório autoriza fazer com esse intervalo a partir de três semanas, já tem estudos demonstrando a eficácia melhor e uma resposta mais duradoura quando se faz com um intervalo mais alargado. Enfatizou que, apesar de ter sido uma estratégia para os países que precisavam vacinar o quanto antes a maioria da sua população e no Brasil tem duzentos milhões, aqui na Bahia precisam ser vacinadas onze milhões de pessoas que estão na faixa etária acima de dezoito anos, cinco milhões e quatrocentas mil pessoas com a primeira dose, cobertura somente de 51%, precisavam realmente avançar e vacinar o maior número de pessoas. Esse intervalo é importante para garantir isso e para garantir a eficácia e resposta duradoura em relação a cada um dos imunizantes. Para a Coronovac o intervalo é menor, o laboratório informa que é vacina inativada e já pode fazer a D2 a partir de quatorze a vinte e oito dias entre a primeira e segunda dose. Na Bahia quando foi adotado o critério de vinte e oito dias e padronizado nos quatrocentos e dezessete municípios, também tinham avaliado a eficácia que com vinte e oito dias também traria uma resposta melhor do que com quatorze dias, por isso a opção naquela época, apesar de que agora ter um estoque D1 e D2 da Coronovac e estavam liberando para os municípios também, sempre com uma semana de antecedência.

Stela Souza reiterou que a AstraZeneca/Oxford, quando mais se avança, menor a eficácia e além de tudo há a preocupação da reposição por parte do Ministério, que se não enviar D2 não adianta, porque não vai ter para antecipar. Questionou se a área técnica discordava da proposta que foi encaminhada, de nove a doze semanas, pois tinha que ficar claro para fecharem aqui, e é preciso ouvir da parte técnica, científica, política ou se hoje não deveriam avançar, se manteriam do jeito que está, e que existem algumas antecipações na semana, se isso é permitido. Leo Prates ponderou que a área técnica embasaria se o Secretário Estadual colocasse o voto, porque a área técnica da Secretaria Municipal de Salvador é a favor, assim como outros municípios e questionou se o voto do estado estaria abrindo dissenso da proposta. Stela Souza ressaltou a importância de sempre ouvir a avaliação da área técnica da SESAB, que está sempre presente nas reuniões, por isso tinha feito a pergunta, mas claro que o poder de voto é dos representantes da CIB e, pelo que entendera, a área técnica não concorda que seja de nove a doze, assim pedia aos membros da CIB que se manifestassem sobre qual encaminhamento dar com relação a isso. Cássio Garcia colocou que a proposta da SESAB é para seguirem a orientação da área técnica, de manter nesse momento as duas semanas e estava aberta a discussão, entendendo os pontos de vistas diferentes colocados, inclusive a avaliação da área técnica de outros municípios, caso se mantivesse esta proposta de nove a doze, podia se fazer uma avaliação e deixar aberto também para criar o consenso. Leonardo Prates reiterou que a proposta de Salvador é para colocar em votação, pois nesse quesito concordava com a proposta de nove a doze semanas, com a condicionante de doses e se alguém não quisesse, poderia abrir dissenso. Stela Souza colocou em votação, lembrando que Leo Prates encaminhou a primeira proposta de nove a doze semanas, questionando se alguém daria dissenso, caso isso acontecesse seria necessária nova discussão. Cássio Garcia pediu um minuto, pois estavam discutindo internamente. Geraldo Magela, Secretário Municipal de Saúde de Ilhéus, Jacqueline Bomfim, Secretária Municipal de Saúde de Coribe, Cláudio Feres, Secretário Municipal de Saúde de Brumado, todos os Membros da CIB votaram por acompanharem o parecer da área técnica do estado. Stela Souza constatou que já estava dado o dissenso e trariam na próxima pauta a discussão novamente, enfatizando que isso significa que só podiam vacinar no dia que completasse as doze semanas, lembrando que está sendo feita muita antecipação e não poderão mais fazer, porque não foi aprovado. Nanci Salles registrou que foram feitas ponderações e questões no Q&A relacionadas aos bancários e comerciantes, sendo que uns concordam e outros discordam e alguns trazem outros grupos. Stela Souza pontuou o que acabaram de votar, que foi o ponto um, referente à redução do prazo da D2 e que não foi aprovado. O outro ponto, da prioridade, ainda não foi colocado em votação, apenas foi dito para incluir bancários e correios nos 10% que já tem colocado e 90% por idade, porque o Ministério já colocou no PNO. Chamou atenção de que não existe isso de concordar ou discordar, o Ministério da Saúde já incluiu e não tem como interferir, não estava sendo discutido isso, a preocupação é com os 10%, mas ficou combinado – não foi pactuação nem votação – que vão trabalhando nos 10%, como o Prefeito Caca Requião colocou. Nos municípios pequenos, por exemplo, não tem grande dificuldade, então está mantido que o grupo prioritário está nos 10%, incluindo correios e bancários, ou 12% ou 15%, dependerá do que o município definir. Sobre o ponto três, a digitação que Vânia Rebouças colocou, considerou importante reforçar a SIPNI e não só o BI, porque a nível nacional sabiam que é acompanhada a informação colocada no BI. Sobre a vacina Influenza, o percentual está baixo, mas parece que melhorou nos últimos dias, não sabia se foi na digitação ou na aplicação de doses, já estavam com 51% e quando se ampliou o público de vacinação. Falando sobre vacina, não apenas da Influenza, relatou ter recebido uma demanda do Ministério Público para o COSEMS, ou seja, envolvendo todos os municípios do estado, com relação às vacinas de rotina, cujos percentuais estão muito abaixo de cobertura e todos sabem que houve problema com a pandemia, que muitas vezes a população não tem ido às unidades com receio da contaminação e tudo isso tem prejudicado. Registrava que o COSEMS respondeu, buscando com a SESAB, já que não tinha o banco de dados do percentual de vacinação de cada município e a SESAB repassou, já foi encaminhado para o Ministério da Saúde e os apoiadores do COSEMS estão entrando em contato com os municípios que estão com a cobertura muito baixa para fazerem um movimento com estes municípios juntamente com a equipe de imunização da SESAB, pois não sabia qual será o encaminhamento dado pelos órgãos de controle. Citou que tem vinte municípios que estão com menos de 20% em vários tipos de vacina, três municípios que não têm nenhuma informação, estes municípios serão contactados individualmente pelo apoio do COSEMS. Vânia Rebouças

336 colocou um apelo aos municípios de que a vacinação de rotina continua, e relatou que no ano passado foram baixíssimas as  
337 coberturas vacinais, por conta do cenário da pandemia, que já era gritante nos últimos quatro anos, desde 2016 o estado e o  
338 país não alcançam a meta de nenhuma das vacinas do calendário básico da criança menor de idade, todas estão abaixo das  
339 metas preconizadas. No ano passado, com a pandemia, esse cenário piorou ainda mais, foram liberados insumos de seringas,  
340 vacinas e somente metade foi registrado no sistema, coberturas raramente ultrapassando 50%, quando a meta cobertura é 95%.  
341 Os insumos de rotina de 2021 foram liberados agora, pois todos os municípios tinham estoque porque não estavam utilizando,  
342 seringas e agulhas que deveriam ter sido consumidas no ano anterior que normalmente são liberados para todo o ano. Chamou  
343 atenção que com as baixas coberturas há um risco eminente do retorno de inúmeras doenças preveníveis, daí o apelo para os  
344 municípios vacinarem e lançarem oficialmente nos sistemas que acompanham os dados e que norteiam a gestão em relação às  
345 condutas e estratégias. Dessa maneira, além de vacinar é preciso registrar nos sistemas oficiais de informação que estão  
346 informatizados e precisam de internet para poderem fazer a ligação dos dados. Ressaltou que muitos municípios centralizam  
347 estes dados para digitação e não faz em tempo oportuno, vários perdem estes dados que ficam arquivados e acabam não sendo  
348 digitados, isso tem sido muito comum e é preocupante, diante desse cenário de baixíssimas coberturas vacinais para todas as  
349 vacinas de rotinas do Programa Nacional de Imunização. Enfatizou que são dezenas de vacinas oferecidas na rede pública de  
350 saúde e de repente essa sobra de vacinas, teve sobra de vacina CWY em que adolescentes de onze e doze anos são elegíveis  
351 para tomarem vacina HPV com meta de consumo mensal e ninguém quer tomar, vacinas chegando ao prazo de vencimento,  
352 sobra de vacinas de rotina porque não estão sendo aplicadas como deveriam. Reiterou o apelo aos gestores para que priorizem  
353 esse processo de vacinação, não somente de campanha, mas também nas vacinas de rotina para todas as faixas etárias, tem  
354 vacinas para crianças, adolescentes, gestantes, idosos, adultos, todas disponíveis na rede pública e insumos também  
355 disponíveis, alguns municípios ainda não fizeram a retirada de 2021 e para alguns estão sendo encaminhadas para as regionais,  
356 por conta do saldo. Stela Souza disse que o COSEMS entraria em contato para combinar uma estratégia, a fim de ajudar os  
357 municípios que estão com a cobertura muito baixa. Lembrou que ficou o ponto dos 60% que foi falado, mas que não foi  
358 encaminhado para aprovação e questionou se poderia ser o primeiro corte para 60% para a remessa da próxima semana, já que  
359 Vânia Rebouças propôs, tendo em vista que essa semana ainda não se alcançará o percentual de 55%. Houve consenso. Nanci  
360 Salles ratificou perguntas feitas no Q&A relacionadas aos correios e bancários, que já foi esclarecido e ficou acordado serem  
361 incluídos no grupo de prioritários nos 10%; perguntas sobre os professores, parecendo que há uma dúvida, porque alguns  
362 questionam que havia um entendimento para vacinar apenas por faixa etária, mas desde a última Resolução, a número 114,  
363 retomou-se a vacinação dos grupos prioritários em 10%; e também foi questionado se poderiam vacinar os que estão nas  
364 lotéricas, correspondentes bancários, funcionários de supermercados e advogados que não estão incluídos no grupo do PNO e  
365 que serão vacinados dentro da faixa etária normal. Cássio Garcia relatou que os trabalhadores de lotéricas são correspondentes  
366 bancários, mas estavam avaliando com a área técnica e a princípio seriam bancários e correios somente pelo PNO. Stela Souza  
367 argumentou que se colocarem bancários deviam colocar correspondente bancário também, porque o correspondente bancário  
368 também atende, inclusive tem a Caixa Econômica que atende os programas sociais e as lotéricas, tem municípios onde as  
369 lotéricas ficam mais cheias do que as agências bancárias. **Stela Souza colocou como encaminhamento e houve consenso.**  
370 **Reiterou que só seriam vacinados os grupos prioritários 10% no PNO e CIB conforme Resolução CIB nº 114/2021.**  
371 **Dando seguimento, passou para o próximo ponto de pauta: SUREGS/SAIS - Situação de leitos COVID,** lembrando que  
372 toda quarta-feira pela manhã acontece o GT CIB de leitos, onde se apresenta a situação de leitos COVID e como hoje  
373 aconteceria esta CIB extra, o ponto veio para esta pauta. Alcina Romero, Diretora da DAE e Membro da CIB, cumprimentou a  
374 todos e, apresentando a planilha na tela, observou que estavam em plena fase de desmobilização, esperando que não houvesse  
375 nenhuma nova mobilização, mas que houve uma alteração para mais no Hospital São Vicente, de Jequié. Comentou que a  
376 reunião está com duzentos e noventa e quatro participantes e para quem nunca acompanhou a CIB extraordinária das quartas-  
377 feiras, explicou que se trata dos leitos de regulação e agora também de vacina, sinalizado apenas em vermelho as alterações na  
378 planilha: alteração da ampliação de vinte leitos clínicos no Hospital São Vicente, em Jequié, contratualizado pela SESAB; em  
379 Salvador, a desmobilização de vinte leitos de UTI no Hospital Família Sagrada, que passa de sessenta para quarenta leitos de  
380 UTI; desmobilização total no Hospital de Campanha de Itapuá, o Centro de Iniciação Esportiva, é uma unidade que passa a não  
381 compor mais o plano de contingência, e já chamava a atenção da DICON, para a não autorização de financiamento na próxima  
382 competência. Jacqueline Bomfim observou a desativação dos leitos clínicos de Vitória da Conquista, porque tinham passado  
383 duas ou três reuniões do GT de leitos debatendo sobre o assunto e precisariam ver, sabendo que os números estão sendo  
384 reduzidos, com relação à desativação desses leitos de Salvador, que são muitos e seria importante também fazer uma discussão  
385 mais aprofundada no GT de leitos, é para que não passasse em branco. Alcina Romero concordou que é preciso ter uma  
386 condução única, fosse qual fosse o ente que estivesse desmobilizando, e lembrou que na semana passada já foram  
387 desmobilizados leitos de UTI e clínicos no ICON e no Ernesto Simões, o mesmo fez o Salvador, desmobilizando setenta leitos  
388 clínicos na semana passada e hoje a desmobilização da SESAB também está continuando, não se podendo tratar um a um, é  
389 preciso ter uma condução de como lidar com os processos de desmobilização, de informação a partir de agora, porque o fato é  
390 que esse é um movimento que não terá volta, inclusive hoje Salvador informou a desmobilização de três gripários, justificando  
391 que não se pode manter essas estruturas de contratos altos com terceirizadas e sem utilidade, já que o movimento, a procura e o  
392 número médio caiu de duzentos e poucos atendimentos por dia, para menos de quarenta, o que não justificaria ter vários  
393 gripários descentralizados. Então estão trabalhando por escala, esse é um movimento que terá que ser encarado daqui para a  
394 frente como já foi na primeira etapa. Naia Neves, Diretora da DICON e Membro da CIB, cumprimentou a todos colocando sobre  
395 a desmobilização, no que tange aos leitos de UTI de suporte ventilatório ou de UTI e considerando o financiamento do Ministério,  
396 disse que é preciso ter cuidado, porque só desabilitará com a solicitação do gestor, mediante ofício. Assim, se for leitos na  
397 gestão municipal, o ofício é do gestor municipal e se for gestão estadual é ofício do gestor estadual, só assim será possível fazer  
398 o encaminhamento para o Ministério, que publicam posteriormente. E citou um caso recente com os leitos de Salvador e pouco  
399 tempo após já foi publicada a portaria, falava somente para terem esse cuidado. Alcina Romero perguntou a Naia Neves se os  
400 leitos da Rede Própria ela mesma se encarregava ou teria que partir alguma formalização da SAIS. Naia Neves respondeu que  
401 sim, uma formalização da SAIS, da mesma forma que foi feito com o ICON e o Ernesto Simões, relatando que diante da CI que  
402 Alcina Romero lhe encaminhou já foi solicitado ao Ministério. Alcina Romero constatou que este é o processo que manteriam

403 para os hospitais da rede própria, lembrando que Salvador não desmobilizou nenhum leito de UTI, somente clínico e não precisa  
404 dar conta ao Ministério, é somente uma questão aqui da CIB. Assim, chamava atenção de Daniela Alcântara quanto à  
405 necessidade do ofício ao gestor estadual solicitando a não continuidade do financiamento dos leitos de UTI em determinado  
406 lugar. Stela Souza questionou se alguém tem algum questionamento sobre estas alterações dos leitos e Alcina Romero pediu  
407 para ver o ponto que Jacqueline Bomfim colocou, sobre a solicitação de desmobilização dos leitos de Vitória da Conquista, para  
408 o que foi feito todo aquele movimento e várias justificativas do gestor sobre o porquê de estarem desmobilizando. Pelo que tinha  
409 entendido, achava que este mesmo movimento e essa mesma discussão deveriam ter sido trazidos agora, com relação aos  
410 leitos do estado e de Salvador. Argumentou que não é viável a cada reunião de CIB discutirem uma ou outra desmobilização,  
411 porque será um movimento constante a partir de agora, já que as taxas de ocupação caíram e não tem como ficarem justificando  
412 a grande maioria de leitos contratados com empresas privadas, é preciso ter um tratamento único para trabalharem com isso de  
413 agora em diante e definirem como será o comportamento da CIB perante essas desmobilizações. Stela Souza citou uma  
414 entrevista do Prefeito de Salvador, dizendo que estava fechando alguns leitos, mas não significava desmobilizar totalmente, que  
415 ficariam prontos e, caso houvesse necessidade, poderiam ser reabertos imediatamente. Observou que desmobilizar a equipe  
416 para depois montar outra não é fácil e manifestou sua preocupação, para não acontecer uma grande desmobilização e a  
417 qualquer momento virem a precisar dos leitos e demorarem a dar resposta, comprometendo a recuperação das pessoas que  
418 precisam desses leitos. Quanto a Vitória da Conquista, achava que o que Jaqueline Bomfim quis colocar foi porque se  
419 desmobilizou para a região e não para o município, a região é que não tem mais acesso a estes leitos, então, como ficar com  
420 relação à quantidade de leitos que autorizariam toda desmobilização em CIB e questionou se, havendo algum problema da  
421 região e ficar desassistida se seria a CIB que responderia. Alcina Romero ponderou que não conseguiriam dar conta dessa  
422 situação nessa reunião, tinha até pensado em pedir que cada município que tem leitos apresentasse um plano de  
423 desmobilização, mas se perguntava qual seria o espaço para avaliarem isso, pois a estimativa de cenários futuros teria que ser  
424 avaliada frente a um cenário epidemiológico, pois da mesma forma que faziam estas considerações, não podia ser um espaço  
425 meramente de validação, mas também não podia ter alguma coisa estabelecida para estar no que foi apresentado, previsto,  
426 estabelecido, ou ficariam somente validando mesmo, porque não dispunham hoje de parâmetro para dizer a Salvador para não  
427 desmobilizar, ao estado para não desmobilizar o Ernesto, o que tinham de justificativa é a situação não COVID. Então, para  
428 hospitais que têm duplo perfil é bastante compreensível que à medida que se desmobiliza uma UTI COVID, que seja ofertada à  
429 rede, para uma situação não COVID, porém unidades que são exclusivamente COVID já não serviria mais a justificativa. E  
430 perguntou que parâmetro teriam, em que se baseariam para a CIB dar a validação da desmobilização. Considerou importante  
431 Jacqueline Bomfim trazer isso, que já era uma preocupação sua, portanto não sabiam se podiam trabalhar no cenário, talvez de  
432 percentual, por exemplo, a taxa de ocupação caiu em uma região 30% como um todo, assim, desmobilizar até 30% dos leitos,  
433 mas isso cairia naquela situação de que para os leitos de UTI, ou são 10% ou não é nada, não podendo desmobilizar sete e  
434 deixar três, ainda tem esta conta para fazer. Poderiam usar este parâmetro à medida em que a taxa de ocupação fosse caindo,  
435 este mesmo percentual a CIB validaria a desmobilização, fosse onde fosse. Portanto, a preocupação é em uma região de saúde  
436 onde tem leitos contratados do estado, leitos da rede própria e leitos do município, para enxergarem este parâmetro teriam que  
437 ter uma organização e uma pactuação entre todos os entes, porque o município pode informar que está desmobilizando 50%, já  
438 que a metade da ocupação caiu 50% e se o estado fizer a mesma análise, ao invés de desmobilizar 50%, desmobilizaria 100%,  
439 desse modo, isso também não é por si só um parâmetro que podiam se basear. Stela Souza sugeriu que, diante disso,  
440 pensassem a respeito e na próxima reunião do GT de leitos discutirem mais detalhadamente esse assunto. Alcina Romero  
441 concordou, considerando alguns critérios, como usar a taxa de ocupação, mas em primeiro lugar, ou prioritariamente, verem os  
442 contratados, entendendo que o gestor prestará conta do recurso por uma estrutura pouco utilizada. Por outro lado, pensarem em  
443 prioridade, quando esse hospital for duplo perfil, para que pudesse atender rapidamente as situações não COVID. Ficariam  
444 então com esse 'dever de casa' e o COSEMS também poderia ajudar e na próxima reunião, ou até durante a semana, para ser  
445 uma reunião mais assertiva, já trazerem alguma coisa, mas enquanto isso é preciso saber se está validada a desmobilização de  
446 Salvador. Stela Souza ponderou que a desmobilização, principalmente dos leitos que hoje estão sendo usados para COVID, mas  
447 que foi mudado, estão deixando de atender pacientes COVID, esse é o primeiro critério que deve ser usado, devolver os leitos  
448 para não COVID, porque os municípios bem sabem o que estão passando com os pacientes não COVID, sem encontrarem  
449 vaga, é o primeiro critério e o que está nessa planilha, então, em sua opinião teria que desmobilizar sim. Alcina Romero informou  
450 que o Família Sagrada é exclusivo COVID e o Hospital de Itapuã é um hospital de campanha exclusivo COVID, nenhum dos dois  
451 servirá para nenhuma outra linha do cuidado. Nanci Salles informou que Priscila, da Sala de Situação do COES, colocou que  
452 essa taxa de ocupação da macrorregião Sudoeste continua insistentemente acima de 85% e sugeriu pactuarem uma média de  
453 taxa de ocupação, além de outros indicadores do cenário epidemiológico para o processo de desmobilização. Alcina Romero  
454 afirmou que contava com a ajuda de Priscila para pensar nesses pontos para o embasamento técnico da CIB na validação de  
455 desmobilização entraria em contato para juntas pensarem em alguma coisa e apresentarem ao COSEMS, Salvador pode ajudar,  
456 outros municípios também e já poderiam trazer alguma coisa na quarta-feira, porque hoje não dariam conta disso. E lembrou que  
457 no momento teriam que resolver a situação de Salvador, inclusive se sentia pouco à vontade, porque não tem nenhum  
458 representante de Salvador na reunião. Então, considerando que Salvador está em uma situação ainda bastante confortável,  
459 desmobilizando o hospital de campanha é porque já teve tratativas inclusive com a empresa contratada para fazer isso. Proporia  
460 então aprovarem hoje, já colocando que a partir de agora todo movimento de desmobilização precisará ser avaliado em cima de  
461 parâmetros e para isso nem a SESAB, nem os contratados SUREGS, nem a rede própria, nem município, pode dizer na reunião  
462 que está desmobilizando sem ter uma avaliação sobre estes parâmetros que serão utilizados. Para isso é preciso correrem,  
463 porque o movimento de desmobilização é forte. Stela Souza considerou um bom encaminhamento e informou que Leo Prates  
464 está em deslocamento, por isso não tinha conseguido entrar ainda, e na oportunidade externou, em nome da CIB, os  
465 sentimentos a Zaida e familiares pela morte do filho. Alcina Romero informou que Daniela Alcântara havia feito o mesmo registro.  
466 Stela Souza agradeceu a presença do Secretário Fábio Vilas-Boas na inauguração na Galeria de Secretários do COSEMS, na  
467 quinta-feira passada, onde homenagearam Pablo Campos e registrou também a presença de Mauro, Secretário Executivo do  
468 CONASEMS e de Richard, Diretor Administrativo Financeiro, relatando que tinham tido uma reunião de diretoria e trazido  
469 algumas novidades que têm a ver com esse ponto. Os leitos de UTI que foram ampliados no Brasil serão revistos agora para sua

470 continuidade, não de todos, mas de alguns, será dado um percentual que não se lembrava quanto, mas já existia um déficit de  
471 leitos de UTI na Bahia, muitos leitos foram implantados na pandemia, para os leitos que estão em hospitais que não são leitos de  
472 hospitais improvisados de UTI, poderão ser dados continuidade, o Ministério da Saúde já está fazendo o mapa sobre a  
473 necessidade real de leitos de UTI. Com relação a leito clínico COVID, também já tem uma tratativa e na próxima semana já deve  
474 sair portaria em que será disponibilizado para os leitos clínicos COVID funcionando. Todos sabem que não tem financiamento  
475 para leitos clínicos, mas para os que estão ativos haverá recurso de três bilhões de reais, a Bahia parece que corresponde a 7%  
476 desse valor de um recurso extra para leito clínico. Com relação às UPA tem oitocentos milhões de reais que será também em  
477 parcela única. Existe também uma proposta daquela solicitação do SAMU em que tinham pedido recurso, tendo sido feita  
478 resolução, e encaminhada para o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, que levaram esta discussão para o  
479 Ministério e parece que foi acreditado a questão do SAMU, não somente para a Bahia, mas para o Brasil e colocarão um bilhão  
480 de reais para SAMU e tem ainda recurso para filantropia. Alcina Romero considerou que nessa perspectiva os municípios têm  
481 que avaliar bem a desmobilização, para que não desmobilizem e não tenham condição nem de ter um recurso. Stela Souza  
482 enfatizou que por isso achou pertinente trazer essa informação para a CIB, para que todos saibam que existe previsão de  
483 recurso e com certeza para o leito desmobilizado não se receberá nada, o Ministério receber uma resolução CIB informando que  
484 foram desmobilizados os leitos a, b, c, clínico ou UTI, com certeza não fará parte do processo. Relatou que no dia 28 estaria em  
485 uma reunião em Brasília e acreditava que até lá, ou antes disso, já tivesse saído a portaria com uma informação mais concreta.  
486 Com relação à desmobilização de hoje, Alcina Romero já colocou bem que a partir dos próximos teriam que fazer a análise de  
487 parâmetros, além dessa informação referente ao financeiro, muitos municípios bancaram esses leitos porque este ano não teve  
488 recurso COVID, é essa dificuldade que o estado e os municípios estão passando, porque para leito clínico não teve  
489 financiamento, mas houve portarias para COVID com recursos que ajudaram nesse processo, a exemplo da portaria nº 1.666 e  
490 outras, mas para esse ano 2021 não teve um real, então esse recurso será muito bem-vindo. Naia Neves observou que na  
491 questão do leito clínico provavelmente o Ministério, para identificar que o leito existe, criará uma tipologia exclusiva e não um  
492 leito clínico simples, que não tem como identificar se foi ocupado por algum paciente COVID, que não fosse pelo código que só  
493 se verificará no processamento do mês seguinte. Além da tipologia, com certeza devem atrelar algo a leitos de UTI, como o  
494 quantitativo necessário. Stela Souza argumentou que na planilha e na Resolução CIB semanal estão discriminados os leitos  
495 clínicos COVID e mesmo que o Ministério mude o nome para leito clínico COVID ou coloque COVID somente, o importante é que  
496 tem toda semana Resolução CIB informando quantos leitos, quanto reduziram também, na informação para o Ministério.  
497 Entretanto, por outro lado, tem também a taxa de ocupação que o MS pode dizer que não está sendo utilizado e realmente está  
498 aberto, mas não funciona. Alcina Romero reiterou que não ficou clara a situação do pedido de desmobilização de Salvador e  
499 questionou se estava validada ou não. Stela Souza ponderou que se para ela, como área técnica e membro da CIB havia dúvida,  
500 então achava que deveriam suspender a planilha de leitos. Alcina Romero argumentou que, enquanto área técnica, não teria a  
501 mesma colocação que teve com Vitória da Conquista, sua posição hoje com Salvador é completamente diferente, porque  
502 Salvador está com a taxa de ocupação menor do que 50% e estes leitos são para a região como um todo e a região está com  
503 essa queda de taxa de ocupação. O que colocara foi para a partir de agora, entendendo que este movimento será constante,  
504 precisaria que a CIB considerasse esse movimento e dissesse que teriam que trabalhar em uma lógica do plano, de  
505 desmobilização, de taxa de ocupação, fosse o que fosse. Deixou claro que entendia a necessidade de Salvador começar sua  
506 desmobilização pelos leitos do hospital de campanha, mas até pela ausência de Salvador na reunião, deveria ser feita essa  
507 proposta de validar hoje e não ser mais assim a partir de agora. Estava falando isso porque o tratamento não foi o mesmo na  
508 semana passada, quando desmobilizaram Salvador e o estado sem fazerem considerações, sendo que hoje Salvador continuou  
509 no mesmo processo. Então sua opinião é que mudassem o jogo a partir de agora, validassem essa desmobilização hoje e a  
510 partir da próxima semana procederem à análise de validação, entendendo que este movimento será constante e que é preciso  
511 dar um ordenamento a isso, traria a proposta de critérios para validação da CIB. Naia Neves concordou com Alcina Romero,  
512 porque o que for ajustado aqui nesse ordenamento também servirá para os leitos de suporte ventilatório, que em breve poderá  
513 começar a desmobilização. Assim, tem que ser um conjunto de ações que envolvem todas estas áreas e é muito importante a  
514 participação do COES e precisa que seja feito a partir de agora. Leo Prates não concordou com a colocação de Alcina Romero,  
515 argumentando que abrir os leitos é uma decisão exclusiva de Salvador e o problema não é meramente de saúde e sim de  
516 ausência de financiamento federal, Salvador só recebeu trinta e oito milhões de reais no primeiro semestre e do jeito que vai a  
517 prefeitura quebrará. Entretanto, aceitaria a proposta de Alcina Romero, caso o estado queira assumir o custo, pois o problema é  
518 financeiro, os hospitais estão sendo bancados praticamente todos com fonte zero, Salvador não tem mais dinheiro. Então se  
519 algum ente do estado da Bahia ou o próprio estado, para não dizer que estava politizando uma coisa que é meramente técnica,  
520 quisser assumir os leitos e esta é a proposta que o próprio Prefeito Bruno Reis já levou ao estado, Salvador aceita. Enfatizou que  
521 o problema é que no capitalismo infelizmente tem uma coisa chamada dinheiro e Salvador não tem mais dinheiro, esse é o  
522 grande problema e o grande drama de Salvador. Entendia o que todos estão falando, mas a sua decisão está sendo baseada  
523 em que é melhor terem os serviços de saúde já existentes e que bancavam, ou não terem nenhum serviço de saúde, porque o  
524 caixa da prefeitura não suporta mais, assim como muitos municípios da Bahia também não conseguiram colocar leitos porque  
525 não tinham dinheiro. Se a proposta de Alcina Romero incluir a possibilidade de o estado assumir o custo para Salvador, não tem  
526 problema, quanto mais equipamento de saúde, melhor. Alcina Romero colocou para Leo Prates que ele não tinha lhe entendido  
527 bem, talvez por não ter visto a discussão toda, pois tinha sido exatamente o contrário, estava defendendo a desmobilização de  
528 Salvador, quem colocou a necessidade de ter uma avaliação melhor foi Jacqueline Bomfim e a sua proposta, em cima do que ela  
529 e Stela Souza colocaram, foi para as próximas desmobilização, até em um entendimento de ordenamento disso, poderiam rever  
530 ou estabelecer alguma coisa, mas que hoje a desmobilização de Salvador deveria ser validada. Lembrou que essa é uma  
531 reunião para validação da planilha de leitos, não validação da ação, nem do município nem do estado e sim da planilha para ir ao  
532 Ministério, esclarecendo que o seu posicionamento hoje foi de validar a solicitação de Salvador e, diante da necessidade  
533 pontuada por Jacqueline Bomfim e de Stela Souza, que concordou também porque pode ser que em uma região de saúde tenha  
534 cinquenta leitos do município e cinquenta do estado e todo mundo resolva desmobilizar ao mesmo tempo, era isso que estava  
535 dizendo. Ponderou que hoje a situação de Salvador de taxa de ocupação é bastante confortável para que se valide essa  
536 desmobilização, assim como tinham validado a da semana passada sem nenhum problema, foram setenta leitos entre Salvador



537 e o estado, inclusive os leitos de UTI do estado - dez no ICON e dez no Ernesto- hoje já tem mais leitos para desmobilizar. O que  
538 ela tinha dito foi que esse movimento agora será irreversível e não podiam ficar discutindo toda semana, para que essa reunião  
539 não ficasse desgastante e cansativa. E já que tinham chegado nesse ponto hoje, se manter a regra do jogo e a partir da próxima  
540 reunião estabelecerem alguma coisa, isso somente para esclarecer. Leo Prates pediu desculpas a Alcina Romero, mas  
541 afirmando que defendia a manutenção da regra do jogo e contra qualquer mudança, porque o problema de Salvador é o mesmo  
542 que aflige outros municípios, não tem dinheiro, então não podia validar ou não validar, se não é o município ou o estado que está  
543 validando ou não validando que banca as contas, se bancasse as contas e os municípios fechassem os hospitais, tudo bem.  
544 Relatou que o Prefeito esteve com o Ministro Marcelo Queiroga, que falou que não pagará nem os retroativos dos hospitais do  
545 funcionamento desse ano, quer dizer, a perspectiva de Salvador é de um rombo imenso. No ano passado, quando puderam  
546 ajudar a fortalecer, assim fizeram, trabalharam seis meses praticamente sem aporte nenhum do governo federal, bancando  
547 esses hospitais, então o problema não é querer ou não querer, é que a situação financeira é crítica e não há hipótese de se  
548 manter e manter as finanças do município, ou seja, ou terão o problema agora que os dados estão baixos, como Alcina Romero  
549 colocou, ou terão lá na frente, comprometendo inclusive os serviços de saúde permanentes, porque não tem recursos, todos os  
550 municípios que estão ouvindo sabem a ausência do governo federal nesse ano em termos de aporte de recurso. Jacqueline  
551 Bomfim esclareceu que sua colocação levou em consideração que existe um GT de leitos e que todas as vezes que a planilha  
552 tem que ser atualizada é discutido no GT e o que tinha solicitado foi que fosse também apresentado e discutido, considerando o  
553 mesmo modelo e padrão que foram utilizados com Vitória da Conquista e que conversaram e viram onde era, até a título de  
554 informação, como é feito com todas as unidades no GT de leitos, lógico que no final das contas é o município que sabe o que  
555 paga, foi apenas uma questão, a título de informação, para que se consiga, inclusive, quando são cobrados em outras instâncias  
556 também, saberem de que forma colocar, inclusive falara da situação confortável de Salvador em relação à ocupação de leitos.  
557 Leo Prates argumentou que no capitalismo só pode cobrar de qualquer ente federado quem banca, o próprio governo federal só  
558 pode lhe cobrar se participar, se não está participando, não tem autoridade para cobrar nada. Argumentou que todos sabem que  
559 no primeiro semestre estavam com aquela autorização todo mês, se autorizava um, não se autorizava o outro e no final isso é  
560 um rombo nas contas de Salvador sem tamanho. Portanto, não estavam discutindo leitos, porque quanto mais unidades  
561 hospitalares para si ou para qualquer secretário municipal de saúde ou o secretário estadual, melhor para a população, o grande  
562 problema é que não se faz uma unidade de saúde sem aporte de dinheiro. Relatou que por lealdade, tinha se reunido com o  
563 Prefeito Bruno Reis e o Secretário Fábio Vilas-Boas, o Prefeito falou da sua dificuldade e da sua aflição, foi colocada a  
564 necessidade de Salvador, o Prefeito inclusive deu declarações de que não aguentaria além de 30 de junho e o Secretário pediu  
565 um pouco mais de parcimônia e Salvador está fazendo uma desmobilização menor do que imaginava, inclusive por solicitação  
566 do Secretário. Então queria dizer que para o município, diante da ausência de financiamento federal, não é uma opção abrir ou  
567 fechar, estava colocando realmente a situação crítica financeira do município de Salvador, eram essas as suas colocações e  
568 colocou para Jacqueline Bomfim que ficasse tranquila, pois as discussões assim como na CIB de vacina, sai em pessoa jurídica  
569 e não em pessoa física, reiterando que tinha o maior respeito e carinho por ela e por todos na CIB. Stela Souza lembrou que na  
570 semana passada, no GT de leitos houve desmobilização, taxa de ocupação da região caindo e leitos ociosos, isso que foi feito,  
571 na primeira situação era o contrário, taxa de ocupação alta e a região ficando desassistida, isso é o ponto de corte, não é  
572 somente a questão financeira e sim a questão da necessidade do leito. Se fosse o olhar financeiro, 100% dos municípios não  
573 fariam o que estão fazendo com seus centros COVID e outras despesas COVID que os municípios estão bancando, então se na  
574 semana passada validaram, deviam validar nessa também. Ponderou que deviam seguir como a linha de observação da taxa de  
575 ocupação da região, porque ao desmobilizar leito com a taxa alta prejudicaria a região, e tem que chamar o gestor para a CIB de  
576 leitos, seja estado ou município, como tinham feito para ampliação de leitos. Já são cento e oito reuniões de CIB de leitos, em  
577 muitas reuniões de implantação de leitos gestores foram chamados para conversar e todos os leitos que foram inseridos nessa  
578 planilha que consta no Plano Estadual de Contingência que foi aprovada e validada dentro do GT, nenhuma passou direto, até  
579 porque no caso do financiamento se não tivesse passado por aqui e essa planilha não fosse via Resolução CIB. **Em seguida**  
580 **colocou como encaminhamento a aprovação e validação da planilha que foi apresentada. Houve consenso.** E em  
581 segundo que se trouxesse, para validação de desmobilização, essa avaliação da taxa de ocupação da região, isso é importante,  
582 porque o leito é regional e tinham que discutir inclusive com relação a leito de UTI. Acrescentou a questão dos centros COVID,  
583 relatando que aquela informação que tinha passado do leito clínico, UPA, SAMU, leitos de UTI e centros COVID, a proposta do  
584 Ministério da Saúde na reunião da semana passada pelo CONASEMS foi de não fechar os centros COVID, fazendo o  
585 financiamento como pós COVID e dando continuidade aos centros que foram implantados, já está havendo alguma  
586 desmobilização com relação ao Ministério da Saúde e não se sabe como será. Leo Prates reiterou que sua crítica é ao sistema  
587 do Ministério e em nenhum momento a essa CIB ou ao GT de leitos, ressaltando que é muito fácil o MS falar em pós-COVID  
588 quando o financiamento é de um terço ou um quarto do que vale uma unidade dessas, por isso muitos municípios estão indo  
589 além, inclusive Salvador, que abriu mais uma UPA durante essa pandemia, quinze unidades básicas de saúde para darem  
590 suporte, está com toda estrutura permanente montada, o hospital municipal, tudo alinhado, mas o problema é dinheiro. Se o  
591 governo federal mandar o financiamento devido e não as parcelas quebradas, terão condições de montar, porque, além disso,  
592 tem o município de Salvador que usa a estrutura do estado, seiscentos milhões do teto MAC, não dá para pensarem em  
593 validação e homologação, se efetivamente não há contrapartida financeira, porque o município não terá condição nem de  
594 obedecer a este GT e a essa CIB, senão quebrará. Estava dando esse exemplo para mostrar o que está acontecendo em  
595 Salvador neste momento, que é o resultado do desfinanciamento destes seis meses. **Stela Souza reiterou sua explicação com**  
596 **relação à validação no GT, porque para cada mudança no plano estadual tem que publicar resolução CIB e em abril de**  
597 **2020 foi instituído este GT CIB de validação para publicação de resolução e encaminhamento ao Ministério,**  
598 **independentemente de receberem ou não e de brigarem para receber, só é possível com essa publicação, por isso tem**  
599 **que ter pactuação.** Leonardo Prates entendeu e reiterou que, para fechamento de leitos, Salvador se posicionava pela  
600 manutenção das regras do jogo que vinham sendo validadas até aqui, como Alcina Romero falou, então seria contra qualquer  
601 mudança. Naia Neves colocou, em relação aos leitos de suporte ventilatório, que tiveram uma ampliação de leitos no Município  
602 Conceição de Jacuípe, no Hospital Municipal Doutor Antônio Carlos Magalhães, que já possui quatro leitos autorizados e  
603 ampliaram dois leitos pela necessidade, tinham feito toda a contextualização, a equipe avaliou e trouxe hoje para inclusão,

604 sinalizado em azul na planilha, mais uma cor na legenda, onde vão serão indicados todos os casos de ampliação. **Observou**  
605 **que nesse caso foi o contrário, ninguém pediu desmobilização, tinha apenas essa solicitação de Conceição de Jacuípe,**  
606 **de ampliação de mais dois leitos e que será preciso encaminhar para autorização do Ministério,** mas da mesma forma que  
607 estavam tratando a desmobilização dos leitos de UTI e clínicos, também será preciso começarem a tratar a desmobilização dos  
608 leitos de suporte ventilatório, já que ambos são publicados na resolução e ambos são utilizados como parâmetro pelo Ministério,  
609 não houve nenhum caso ainda, mas podia ser que comessem a receber também estes pedidos de desmobilização. **Stela**  
610 **Souza colocou em aprovação e houve consenso.** Pontuou que toda semana tem sido feito um trabalho com relação a estes  
611 leitos de suporte ventilatório com o COSEMS, entrando em contato com os municípios, tem muitos leitos que ainda não estão  
612 sendo financiados, não saiu portaria e Luiza está fazendo contato juntamente com a DICON, para ajudar a resolver, pois muitos  
613 deles estão com diligência e o próprio município não sabe. Relatou que na reunião de quinta-feira tinham pedido e o  
614 CONASEMS está solicitando ao Ministério da Saúde a liberação do acompanhamento do SAIPS, para saberem o que o  
615 município tem de problema, para já entrarem junto com o município ajudando a resolver. Stela Souza considerou fechado este  
616 ponto e passou para o próximo ponto: 3. SAIS/DAE/GASEC/COSEMS: 3.1 emendas parlamentares. Alcina Romero lembrou que  
617 é preciso resolver qual será a atribuição das áreas técnicas da SESAB frente às análises das propostas de emendas  
618 parlamentares junto ao Ministério da Saúde, inclusive já havia colocado isso para alguns membros da CIB. Nanci Salles colocou  
619 que existem pleitos de Emendas Parlamentares e mostraria algumas portarias de consolidação que tratam disso. Citou a  
620 Resolução Tripartite nº 13 e duas portarias recentes que tratam de Transporte Sanitário e de outros pleitos de recursos por  
621 emenda parlamentar, a 1.263 e a 1.483, que trata especificamente de Ambulância tipo A, estas são as ferramentas legais. A  
622 Portaria 1.263 trata de recursos destinados para incremento de atenção especializada em atenção básica, financiamento de  
623 transporte de pacientes no âmbito do SAMU, da rede de cuidado de pessoas com deficiência, transporte sanitário eletivo,  
624 financiamento da rede de laboratórios, financiamento da unidade de vigilância de zoonoses, financiamento para coleira  
625 impregnada com inseticida para prevenção e controle de leishmaniose em cães, financiamento voltado para o controle de  
626 arboviroses e também para fomento à pesquisa e capacitações em vigilância. Essa Portaria estabelece que o município deve  
627 elaborar projeto técnico e submeter à CIB, especificando quantitativo de veículos e metodologia do cálculo considerando o  
628 planejamento das necessidades dos veículos de acordo com a realidade e a oferta de serviço existentes e previstos no  
629 planejamento do município e no PRI no futuro próximo. A análise deve ser feita pelo departamento da Saúde da Família do  
630 Ministério da Saúde e deve haver uma estrutura de regulação de atenção à saúde que faça a previsão e tenha como pré-  
631 requisito a implantação do transporte sanitário. É preciso colocar a Resolução CIB no site do Fundo Nacional de Saúde e os  
632 gestores têm prazo de três anos para solicitarem novos veículos, mas precisam aprovar em CIB o projeto de Transporte  
633 Sanitário. Já houve discussão em CIB anterior, mas traziam hoje porque as resoluções precisam ser de reunião, inclusive a  
634 Portaria reforça que a Resolução CIB tem que ser aprovada nos últimos seis meses ou, tendo sido ad referendum, tem que ser  
635 homologado no plenário subsequente, e como hoje teria CIB extra, tinha achado melhor trazer e já deixar o encaminhamento de  
636 aprovação para as próximas que virão. A Portaria 1.483, que é de Ambulância Tipo A, também faz a ressalva de que os  
637 municípios têm que fazer projeto e encaminhar para validar na CIB, então é preciso que os municípios se manifestem, pois ainda  
638 não tem projetos em relação à ambulância tipo A, até o momento as propostas relacionadas a Transporte Sanitário que já foram  
639 inclusive avaliados pela área técnica e já tem minuta de resolução são de Boninal, Brotas de Macaúbas, Rio de Contas, Santa  
640 Cruz Cabrália, Coaraci e Novo Horizonte. A intenção é aprovarem hoje, pois não pode ser uma resolução genérica e para os  
641 próximos que enviarem já deixarem acordado que, após passar pela área técnica, observando as recomendações da portaria,  
642 poderiam publicar a resolução, referindo a 22ª reunião extraordinária. Relatou ainda que continuavam recebendo propostas de  
643 construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos. Assim, estava trazendo para discussão para verem como fazer,  
644 porque nestes casos é o Ministério da Saúde que faz uma análise técnica e demanda várias questões em relação a isso e não  
645 há na legislação atual um detalhamento do que deve se analisar nessas propostas. O MS lista os equipamentos que tem e não  
646 tem prerrogativa do que se deve avaliar, como tem para Transporte Sanitário e Ambulância Tipo A, como o SAMU e os veículos  
647 para CER. **Então a proposta é que a CIB receba e valide, com minuta de resolução, aprovando o pleito ao Ministério da**  
648 **Saúde da proposta de Emenda Parlamentar de construção, reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos para**  
649 **unidade X do município X e no art.2º da resolução ficar claro que a análise técnica e o parecer final para aprovação da**  
650 **proposta cadastrada pelo município junto ao Plano Nacional caberá ao Ministério da Saúde. E para Ambulância Tipo A**  
651 **seguirem a mesma lógica do Transporte Sanitário, ou seja, encaminhar para a DAE avaliar os critérios e devolver para**  
652 **Secretaria Executiva da CIB com a minuta de resolução que será mais ou menos a mesma de Transporte Sanitário,**  
653 **referindo a 22ª reunião extraordinária aprovando esses pleitos.** Então seriam estas três situações, a minuta padrão que  
654 aprova o projeto de Transporte Sanitário dos que já estão prontos, referindo qual é o projeto do município que está cadastrando  
655 a emenda parlamentar para aquisição de veículos, estabelecendo alguns aspectos que a própria portaria traz, como constar no  
656 plano, ter regulação, enfim, esta seria a minuta de resolução que também vai constar para projeto de ambulância tipo A. As  
657 demais situações que chegarem e a questão da resolução geral para todo tipo de município que tiver projeto de aquisição,  
658 construção, reforma e ampliação o município enviar para CIB a proposta cadastrada no Fundo Nacional de Saúde, enviado o  
659 ofício e com essa documentação, gerariam a resolução padrão, referindo aprovação na 22ª reunião extraordinária e publicando  
660 no Diário Oficial se todos estiverem de acordo. Cássio Garcia colocou ter dúvidas em relação à construção, reforma, ampliação  
661 ou aquisição de equipamentos, concordando sobre a necessidade de se definir o papel da área técnica, para não aprovar tudo,  
662 dando um exemplo absurdo para não ser tão automático assim, como um tomógrafo para um município que não tem condição de  
663 ter, da mesma forma determinar o perfil de construção que podiam aprovar diretamente. Alcina Romero informou que não há  
664 nenhum parâmetro em qualquer legislação para aprovação de construção de hospital, às vezes a construção de hospital, pode  
665 ser para substituir uma estrutura defasada que já existe no município e estavam basicamente com duas situações agora, uma é  
666 de um município que já tem um hospital privado credenciado, tem comando único, tem um teto Mac bastante enxuto, teria que  
667 descredenciar um para financiar o outro e o que a área técnica teria para avaliar é o seu teto para custeio, a sua obrigatoriedade  
668 de se comprometer e descredenciar o privado para financiar esse público e mesmo assim ficavam às vezes em uma situação  
669 complicada. Exemplificou que um desses é para construir um hospital de pequeno porte, só que ele dizia que é pequeno porte  
670 porque aumentaria depois. Então como analisarem se vai aumentar ou não depois, porque os projetos são em cima do recurso

671 da emenda que conseguirem captar. Assim, se dessem um parecer desfavorável porque um hospital de pequeno porte não tem  
672 viabilidade financeira, ele pode dizer que já garantiu o custeio com o Ministério, que vai chegar dinheiro novo e realmente quando  
673 o Ministério quer faz isso, logo, não tem como a área técnica bloquear a construção de um hospital municipal público em  
674 detrimento de financiamento de um hospital privado. Outra situação, de um hospital em um município que nem é polo, só que a  
675 região precisa da alta complexidade, mas muito antes de ser alta complexidade ele precisa ter o hospital, porque a alta  
676 complexidade é um serviço que vai ter que cumprir todas as normas naquela unidade hospitalar, então achava muito difícil um  
677 município de médio porte, com cinquenta mil habitantes, conseguir custear um hospital de alta complexidade, porém, no  
678 parâmetro do que seria, por exemplo, alta complexidade do câncer, tem o Plano Estadual de Oncologia até 2023, que prevê a  
679 necessidade de mais um UNACON nesta macrorregião de saúde. O Plano Estadual de Saúde tem sua diretriz de ampliar o  
680 acesso e melhorar as condições da atenção especializada hospitalar, então não tem nenhum regimento para dizer sim ou não,  
681 quando a questão é estadual, o recurso é estadual, é outra coisa, é um recurso de convênio com o estado, a área técnica analisa  
682 todas essas questões, mas quando esse recurso é do Ministério, estavam ficando em uma situação de conflito com os próprios  
683 gestores, porque o recurso está captado. Desse modo, como dizer que não vai usar esse recurso para fazer um hospital público  
684 na sua região ou fazer um hospital para uma futura habilitação de alta complexidade que a região tem déficit, questionou. Era  
685 isso que queria colocar sobre o porquê dessa angústia com essa questão da ampliação. Cássio Garcia argumentou que talvez  
686 tivesse se explicado mal, concordava com Alcina Romero e manifestava sua preocupação apenas no sentido da CIB e não do  
687 parecer da área técnica, assim como tiveram a preocupação da CIB em abrir e aprovarem leitos, como foi na discussão anterior  
688 que Jacqueline Bomfim trouxe, com muita propriedade também, tinham que ter a preocupação na desmobilização e falava da  
689 CIB no sentido literal do absurdo, de como se daria, não estava querendo nem a validação da área técnica, estava trazendo  
690 apenas uma preocupação para deixar bem claro também. Alcina Romero pediu desculpas por não ter entendido, mas concordou  
691 que é preciso equacionar isso para proteger a CIB, lembrando que a resolução aprova o pleito para análise do Ministério e não a  
692 implantação. Cássio Garcia disse que não é contra nada, pelo contrário, é a CIB também e não ele, mas tem a CIB para dizer  
693 que não pode isso lá no município que conseguiu a emenda. Só queria trazer um ponto de reflexão para terem o cuidado de não  
694 aprovarem algo que é muito fora da linha, mesmo tendo recurso, não sabiam como seria esta avaliação mínima. Alcina Romero  
695 falou que, das experiências anteriores, ao negarem o pleito pertinente para determinado equipamento e um determinado  
696 princípio, tinha ficado bastante confortável e o Ministério da Saúde entendeu. Então, até que ponto a resolução CIB, a avaliação  
697 da área técnica, o Ministério consideraria ou não, pois, aquela situação ele não tinha esquecida nunca. Stela Souza colocou que  
698 já tinham passado por vários momentos e Cássio Garcia até citou o episódio de se colocar um mamógrafo em um município de  
699 10 mil habitantes, são situações esdrúxulas realmente e o Ministério da Saúde, ao dar o parecer porque nas portarias ministeriais  
700 fala-se de mínimo de população a ser atendida, dependiam muito do que o Ministério da Saúde aprova. Disse que em algumas  
701 coisas Alcina Romero tem toda razão, que tecnicamente sabiam que não funcionaria, mas o MS aprova e manda mesmo, às  
702 vezes tem até a própria resolução CIB. Já tinham tido problemas com todo mundo, lembrou de um incremento financeiro  
703 passado pelo Ministério da Saúde. Eles tinham vários problemas em 2013/14, com município que conseguia incremento no  
704 Ministério da Saúde, voltava porque sabia da resolução CIB e para isso o Ministério pede resolução, mas ele libera e já traziam  
705 até o valor de quanto receberiam e tinham discutido e feito planos, se lembrou que teve comissão para avaliar planos e foram  
706 muitos. Teve município que o plano foi, voltou e eles tinham vários problemas e para alguns municípios o Ministério da Saúde  
707 liberou sem planos, sem aprovação e sem resolução, achava que foi em 2015 ou 2016, esta CIB decidiu que aprovariam o pleito  
708 do município - estava falando com relação a esse incremento - aprovariam o pleito do município, publicariam a resolução e o  
709 município que estava resolvendo com o Ministério soltava ou não o recurso, de acordo com o teto, em que em uma hora tem teto  
710 para sair incremento em outra hora não precisa, então o mérito não é da CIB, nem da área técnica, nem do COSEMS. Tinha  
711 sugerido na conversa que fizessem a mesma coisa com equipamentos, tinham feito a resolução - achava que em novembro de  
712 2015 - e que fizessem o mesmo com construção, reforma e ampliação, porque o município que quer fazer e consegue um  
713 emenda para fazer uma reforma no seu município, obviamente tem que ter parecer, vai ser preciso para executar, vai precisar da  
714 Divisa para dar o alvará e liberação para o funcionamento da reforma, para contratação de obra, para a apresentação e outras  
715 coisas, não cabia a eles aqui dizer ao município que não pode fazer um HPP porque não tem viabilidade e financiamento, o  
716 município que vai construir um hospital onde vai ter alta complexidade, mas não pode ter porque o município é pequeno ou não é  
717 sede de macrorregião, nem sede de microrregião. Primeiro, no plano estadual da Oncologia, por exemplo, não consta se é na  
718 sede ou na referência, não está escrito que é para atender uma determinada região, portanto, o município vai bancar, porque  
719 não colocariam na resolução CIB que terá custeio, pois quando se propunha a construir uma unidade hospitalar é porque já  
720 sabia como custearia. Estava falando que é a favor de publicarem uma resolução em que esses pleitos e demandas de  
721 solicitação dos municípios já conste que se aprova o pleito do município. Precisa ser resolvido inclusive quando é referência  
722 macrorregional, porque tem um pleito que não é referência municipal, nem da região de saúde, é referência macrorregional, é o  
723 que está escrito no plano e as CIR já discutiram e já tem aprovação, todos têm ciência e perguntou se acabou a regionalização.  
724 Portanto, não via nada contra e era a favor realmente que esses pleitos, ou seja, o Município Salvador, o município pequeno, o  
725 município grande, ou o estado, fosse quem fosse solicitar, consegue emenda. E Cássio Garcia disse que aprovariam o pleito da  
726 emenda. Cássio Garcia falou que estão comtempladas as falas e a grande questão é o custeio, que não podiam atrelar  
727 logicamente a construção e que estão, diretamente, ao custeio. Stela Souza considerou fechado perguntando se alguém é  
728 contra, e colocou que tinha chegado ao seu conhecimento duas obras de dois municípios, podendo ter mais, porque é época de  
729 emendas, e citou Remanso e Campo Formoso, mas tem um terceiro que ela não estava conseguindo lembrar, portanto, seria  
730 para todos. Leonardo Prates disse que, como o Secretário Municipal de Saúde de Campo Formoso havia lhe ligado, perguntava  
731 a Stela Souza como ficou deliberado o pleito de Campo Formoso para dar uma resposta ao colega. Stela Souza lhe esclareceu  
732 que não estavam aprovando Campo Formoso, estavam aprovando que toda solicitação de emenda para reforma, construção e  
733 ampliação, assim como para equipamentos, aprovariam o pleito automaticamente, a CIB recebe, encaminha e passa para a área  
734 técnica para tomar conhecimento, mas não seria avaliado *ipsis litteris*. A proposta de Campo Formoso, por exemplo, é um pleito  
735 para hospital com alta complexidade e que inseriria Oncologia e o município relata que consta no plano estadual de saúde a  
736 necessidade de dois serviços de Oncologia para a região Norte e hoje existe somente um, este seria o segundo, pois já está  
737 pleiteado e buscaria recurso para manter e resolver a situação, mas não seriam eles que diriam aí município que não vai fazer.

738 Alcina Romero chamou a atenção que, antes da avaliação ser de alta complexidade ou não, lembrava que a alta complexidade  
739 são serviços dentro da unidade hospitalar sem ter critérios, o problema é porque o Ministério pode aprovar esse hospital para ser  
740 de alta complexidade, e no momento da habilitação o gestor pode não cumprir mais o requisito. Outra situação, se o município  
741 disser que conseguiu o recurso, ela podia ver o projeto, e ser construído, equipado, atender todos os mecanismos e requisitos de  
742 habilitação, e quando tem outras unidades no meio do caminho, que se estrutura e pede habilitação e aí não tinha mais  
743 parâmetro depois, para habilitar. Disse que isso tinha que ficar muito claro, porque já estavam com essa situação hoje na  
744 macrorregião norte, Paulo Afonso já pediu no seu hospital e nada de emenda, já está pedindo habilitação de um serviço de  
745 oncologia. Stela Souza falou que tem que estar nas portarias, não precisa deixarem claro pois as portarias são claras com o que  
746 precisam para habilitar o serviço. Já aconteceu com o TRS várias vezes, falavam que construiriam e chega alguém da região  
747 pronto para habilitar o que estava pronto. Alcina Romero replicou que não caracterizava uma reserva de mercado de dois, três,  
748 quatro que dissesse não, mas tinha. E a CIB deu parecer favorável, não estavam dando parecer favorável ao pleito e o Ministério  
749 da Saúde vai avaliar e definir e aqui eles continuariam trabalhando da mesma maneira, avaliando o que chegasse, cumprindo os  
750 requisitos que estiverem dentro dos parâmetros estabelecidos de alta complexidade. Stela Souza comentou que foi sempre  
751 assim, inclusive já teve serviços que entraram no plano de alta complexidade ou não, e se levou dois ou cinco anos e nunca  
752 andou. No meio do caminho apareceu um serviço já pronto e todo equipado, esse serviço foi pedido habilitação, porque cumpriu  
753 os requisitos da portaria, não da SESAB e nem da CIB, mas da portaria ministerial. Alcina Romero falou que é apenas  
754 descaracterizar que o primeiro pleito, é de construção de um hospital, e depois é que teria o pleito de habilitação da alta  
755 complexidade. Stela Souza concordou e perguntou se mais alguém queria se pronunciar. Nanci Salles disse que não, e só queria  
756 ratificar a sua fala, pois a proposta foi de aprovar uma resolução para cada gestor, à medida que fosse mandando os pleitos,  
757 mas, com base na sua fala, ela estava trazendo para ponderar com todos aqui se faziam uma resolução única aprovando os  
758 pleitos em geral, de construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos de unidades de saúde dos municípios do  
759 Estado da Bahia ao Ministério da Saúde e ser referido na resolução que para a análise das propostas e o parecer final caberá ao  
760 Ministério da Saúde. Desse modo, não precisariam ficar publicando várias resoluções, apenas os municípios comunicarem que  
761 fizeram o pleito ao Ministério da Saúde, e assim não precisaria publicar resolução para cada município, seria uma resolução  
762 única e perguntou o que acham. Stela Souza disse que são duas coisas, faziam uma resolução única, mas tinham que lembrar  
763 que cada pleito é uma resolução depois da publicação da resolução matriz. E a resolução mãe, que é essa que estavam  
764 aprovando e aí para cada pleito solicitado e será uma publicação individual, baseando-se do nesta resolução, porque é assim  
765 que faziam com equipamento, é assim que vinham fazendo com emendas. Jaqueline Bomfim disse que achava também que  
766 deve seguir assim, o município conseguir o recurso, segue com a proposta e as áreas técnicas do Ministério geralmente são os  
767 que criam as diligências para que pudessem responder e a partir daí dariam o encaminhamento, até para não criarem barreira de  
768 acesso de um recurso que está disponível e isso tem acontecido historicamente todos os anos com o Ministério da Saúde. Stela  
769 Souza lembrou que ficasse constado em Ata que a obra de reforma, construção, ampliação, não está atrelada a nenhum pleito  
770 de habilitação já aprovado, que não existe a garantia, a garantia é o serviço estar pronto e pedindo habilitação posterior para  
771 garantia, porque existe aquela vaga no plano, que não está pronto e apareceu outro e isso tem que ficar registrado em ata, para  
772 não dizerem que vão atrelar, pois é a preocupação de Alcina Romero coloca e que faz sentido e é importante ficar registrado.  
773 Cássio acrescentou que não apenas para habilitação de alta complexidade, mas também o custeio da média complexidade por  
774 parte do estado, para deixar bem claro. Cacá Requião agradeceu a oportunidade e aos colegas prefeitos, dizendo que já estava  
775 vacinado, com 55 anos, mas os colegas prefeitos estão pedindo para colocar na próxima pauta, pois hoje só tem apenas 60  
776 prefeitos na Bahia e então pedia se fosse possível, colocarem na próxima pauta a possibilidade de prefeito serem vacinadas,  
777 porque têm contato com o interior, andam muito e é um pedido da UPB para próxima pauta, se fosse possível. Stela Souza,  
778 disse que estava certo e agradeceu a participação e levariam o pleito e disse que queriam a UPB participando de todas as  
779 reuniões da CIB, para acompanharem o processo de discussão, que é bem difícil, mas no final conseguiam se adequar à  
780 necessidade do povo da Bahia. Em seguida Stela Souza e Cássio Garcia agradeceram a presença de todos, declarando  
781 encerrada a sessão e deixando em aberto a data para a próxima reunião. Não havendo mais o que tratar, após registro da Ata  
782 feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB (Rosiane Silva), e sua revisão pelo núcleo técnico (Fátima  
783 Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos  
784 Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 14 de julho de 2021.

785  
786 **Membros Titulares:**

787 Fábio Vilas-Boas Pinto \_\_\_\_\_

788 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_

789 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_

790 Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_

791 Leonardo Silva Prates \_\_\_\_\_

792 Jacqueline Silva do Bomfim \_\_\_\_\_

793 **Membros Suplentes:**

794 Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_

795 Naia Neves de Lucena \_\_\_\_\_

796 Marcelo De Jesus Cerqueira \_\_\_\_\_

797 Geraldo Magela Ribeiro \_\_\_\_\_

798 Claudio Soares Feres \_\_\_\_\_