

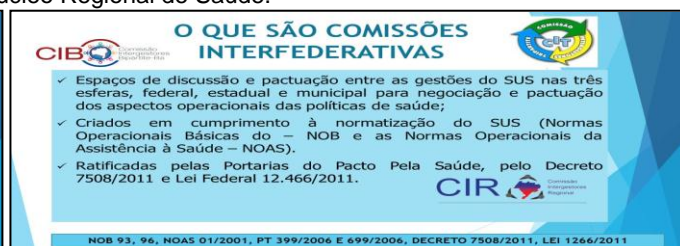
Aos trinta dias do mês de março do ano dois mil e vinte e um, na sala de reuniões do GASEC/SESAB, por vídeo conferência, durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB, Fábio Vilas-Boas Pinto, Secretário de Saúde do estado da Bahia e Coordenador da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Ivonildo Dourado Bastos, Cássio André Garcia, Rivia Mary de Barros, Leonardo Silva Prates, Cláudio Soares Feres, e dos suplentes Naia Neves Lucena, Maria Alcina Romero Boullosa e Geraldo Magela Ribeiro. Às 09 horas e 30 minutos o Coordenador declarou aberta a sessão, colocando em aprovação as **Atas da 283ª Reunião Ordinária e da 1ª Reunião Extraordinária de 2021**, que foram encaminhadas por e-mail aos membros da CIB, sendo **aprovadas à unanimidade**.

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
023/2021	23/02/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
030/2021	03/03/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
033/2021	11/03/2021	Aprova a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
035/2021	13/03/2021	Aprova ad referendum o protocolo do remanejamento intraestadual de recursos do limite financeiro da média e alta complexidade (Teto MAC) sob gestão dos municípios e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).
037/2021	18/03/2021	Aprova a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
038/2021	18/03/2021	Aprova ad referendum o repasse integral dos valores financeiros contratualizados pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), suspendendo a obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas.
039/2021	20/03/2021	Aprova ad referendum a revogação da Resolução CIB nº 038/2021.
042/2021	25/03/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos anexos 2 e 3 referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID e do anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.

**Stela Souza** submeteu aos membros a ratificação das resoluções ad referendum e, como não houve nenhuma manifestação, foram **ratificadas à unanimidade**. Dando continuidade, **Nanci Salles** informou de pauta solicitada pelo **Coordenador**, e iniciou pela **Pactuação: 1. SUVISA/GASEC/COSEMS: 1.1 Vacinação COVID**. **Fábio Vilas-Boas** informou a assembleia do CONASS para tratar de um movimento que vem acontecendo no Brasil de forma descoordenada, sobre a vacinação de profissionais de segurança e professores, em que o governo do estado de São Paulo iniciou a vacinação de professores e profissionais de segurança sem alinhar com o resto dos secretários estaduais e isso levou a uma grande pressão dos demais estados pela antecipação da vacinação destes grupos. Para preservarem algum grau de unanimidade do PNI, foi decidido autorizar a vacinação destes profissionais quando atingisse a vacinação da população com mais de sessenta anos em todo o estado, limitado a 10% do total de doses naquele lote, o que foi submetido à Câmara Técnica do Ministério da Saúde e hoje será submetido à CIT. Ponderou que ao longo dos últimos dias e principalmente com o que aconteceu na Bahia no **último** domingo, a pressão das polícias militares nos estados se elevou de forma significativa, então uma forma de minimizar ou diminuir esta pressão é anunciar a vacinação dos policiais da PM, nada em desacordo ao que será aprovado hoje na CIT, estavam propondo que os profissionais da Polícia Militar com mais de cinquenta anos e na ativa pudessem ser vacinados já a partir de amanhã. Em tese a aprovação para professores e todos os policiais resultará hoje à tarde na CIT, valerá para a faixa abaixo de sessenta anos e acontecerá na próxima semana. Comentou que, na velocidade que estavam caminhando, isso não representaria nenhuma ameaça às pessoas que estão sendo vacinadas, a sugestão é de serem utilizadas as doses referentes aos 5% de reserva para perdas que o estado vem sempre mantendo, isso minimizaria ainda mais o uso das doses de pessoas com mais de sessenta anos e, com isso, conseguiriam distensionar um pouco a relação com a polícia, que se tornou um problema de segurança nacional, não só na Bahia, mas em todo o Brasil, é um movimento coordenado nacionalmente, de pessoas ligadas a grupamentos políticos, estão querendo criar o caos e jogar a polícia contra os governos. Assim submetia este pleito para que já pudessem distribuir hoje para os municípios, ainda não tinham a distribuição pelos municípios, mas são três mil quinhentos e quarenta e dois policiais com mais de cinquenta anos e na ativa e agora não vacinariam professores, policiais mais jovens, assim, se aprovado, já providenciaríamos encaminhar a resolução CIB para o Secretário de Segurança comunicar à tropa. **Leonardo Prates, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e membro da CIB**, se colocou de acordo, mas solicitou que o mesmo critério de mais de cinquenta anos de idade utilizado com a PM, pudesse ser utilizado para a Guarda Civil Municipal, que está fazendo inclusive a escolta das vacinas, e para a Transalvador, já que são considerados também forças de segurança de área e que tem ajudado nessa questão, assim, fazia esse pleito no que tange a Salvador, por receio de ficar sem esses profissionais na vacinação. O **Coordenador** perguntou sobre o quantitativo dos mesmos e **Leo**

38 **Prates** disse que ainda não tinha a definição do público, mas utilizariam a mesma cota, poderiam até fazer cinquenta e nove,  
39 cinquenta e oito anos e irem decrescendo, conforme as doses, poderiam se planejar, porque não tinha os números ainda, mas  
40 daria prioridade também à PM. O **Coordenador** quis saber se tem outro município com guarda municipal na Bahia e **Stela**  
41 **Souza** ressaltou que quando se fala em policial militar são três mil quinhentos e quarenta com mais de cinquenta anos na ativa  
42 no Estado da Bahia, então serão todos os policiais do estado, não só os de Salvador. Argumentou que se fosse para colocar  
43 guarda civil não seria só de Salvador, pois a maioria dos municípios tem segurança, que ou é guarda civil ou é  
44 superintendência de segurança, algo assim. Então, como se trata de um público que é do estado todo, é preciso fazer o  
45 levantamento e pensar nos quatrocentos e dezessete municípios, para não ser criado um conflito. **Leo Prates** comentou que  
46 teria um conflito bem maior, porque tem contado com o apoio da PM e da Guarda Civil na vacinação. **Stela Souza** ressaltou  
47 que essa é a realidade de todos os municípios e não há um levantamento sobre a disponibilidade de vacinas, e se Salvador  
48 vacinasse a Guarda Civil teriam problema nos outros municípios, no caso da PM os 5% da reserva de vacina daria, nesse  
49 momento, para os três mil quinhentos e quarenta da Bahia. Estava defendendo os municípios, lembrando que o município  
50 menor também tem, proporcionalmente, guarda civil, e poderia dar problema. **Leo Prates** sugeriu para redigir apenas o  
51 contingente, por exemplo, Salvador poderia vacinar guarda civil acima de cinquenta e oito anos, o **Coordenador** interferiu,  
52 lembrando que seu pedido representa a antecipação de uma semana de vacinação, na próxima semana, com base, não? no  
53 que seria pactuado hoje à tarde na CIT, todos os profissionais das forças de segurança, forças armadas, guarda civil municipal,  
54 todas as polícias, Transalvador, profissionais de educação, todos os que tiverem 60 anos de idade serão vacinados, isso seria  
55 feito com baseado em uma resolução nacional. E neste momento estavam antecipando exclusivamente pela convulsão interna  
56 na tropa, motivada pelo fato ocorrido, motivo por que estava pedindo, para distensionar a relação com a polícia, se não fosse  
57 assim não estaria pedindo antecipação, pois ele tinha sido quem mais defendeu que o país caminhasse unido, dentro do que  
58 está definindo no PNI, só que vários estados estão sendo pressionados pela polícia militar, não é pela polícia civil, nem  
59 guardas municipais. **Rivia Barros, Superintendente da SUVISA e membro da CIB**, reiterou que, se votado na CIT e ficasse  
60 tudo ok para os 10% do que viesse de doses, podiam encaminhar para esse público. Assim, chegariam nessa semana e  
61 podiam fazer outra CIB para contemplar os outros grupos solicitados dessa mesma faixa etária e irem decrescendo até  
62 completar o grupo, Salvador também seria completado rapidamente. **Leo Prates** ressaltou que jamais negaria algo, ainda mais  
63 um apelo importante do Secretário de Saúde e do Governo do Estado, pela parceria que tinham estabelecido, então para ele  
64 estava aprovado sem nenhum problema a vacina para a PM, dentro do critério colocado, apenas colocava que poderiam ter  
65 problemas muito sérios, na escolta de vacinação, mas se não fosse possível fazer alguma coisa em direção aos guardas civis e  
66 a Transalvador - que fosse um critério ainda maior acima de cinquenta e oito anos por exemplo, não sabia em outros  
67 municípios, mas aqui já um sente um sentimento da Guarda Civil, vamos dizer assim, de marginalização em relação à PM, eles  
68 já têm essa espécie de sentimento de diferenciação – então tudo bem, mas reiterando que para Salvador a Guarda Civil e a  
69 Transalvador são tão importantes na vacinação quanto a PM. **Stela Souza** reforçou que os municípios têm guarda municipal e  
70 superintendência de trânsito e considerava válido encaminhar sobre a vacinação da PM, informando que haverá uma reunião  
71 extraordinária da CIB para incluir alguns estudos que estão sendo feitos e valia a pena tentarem fazer um levantamento e  
72 talvez estabelecerem como **Leo Prates** estava colocando. O **Coordenador** colocou como encaminhamento: pactuarem guarda  
73 municipal e polícia civil, escalonando e, a partir de amanhã, fazerem a vacinação para os policiais militares e na quinta-feira,  
74 com a chegada do novo lote, comecem a vacinar a polícia civil e guardas municipais, daria tempo de pedirem para todos os  
75 municípios fazerem o levantamento e mandarem os quantitativos. **Stela Souza** concordou, fazendo um apelo para fazer esse  
76 encaminhamento, pois trabalham com números, as vacinas são contadas, então, que se pactuasse aqui fazerem primeiro o  
77 levantamento, levarem à CIB extraordinária e hoje ser pactuada a vacinação da PM, que são três mil quinhentos e quarenta na  
78 Bahia toda. O **Coordenador** enfatizou que essa questão transcende o aspecto técnico e que é preciso distensionar isso, então  
79 que pactuassem começar com a polícia militar, na quinta-feira, e com o próximo lote começar com a polícia civil e guardas  
80 municipais e demais forças de apoio como Transalvador, e na CIB Extraordinária quantificarem essas doses, mas na resolução  
81 da CIB de hoje já sinalizassem isso para toda a Bahia, na faixa etária de 50 anos e, se quisessem começar todo mundo junto,  
82 já poderiam programar, porque hoje é terça-feira, se fosse o caso poderiam anunciar todo mundo junto para quinta-feira, os  
83 municípios receberiam as doses para a polícia, poderiam montar um posto de vacinação nos quartéis. **Leo Prates** relatou que  
84 na semana passada tinha conversado com Paulo Coutinho e, assim que terminasse a reunião ligaria para ele, a fim de  
85 combinarem as estratégias de vacinação. Comunicou que o público de profissionais de saúde ativos já avançou bastante,  
86 suspenderia amanhã e entraria com toda a estrutura que era dos profissionais de saúde para a PM e informou que apenas  
87 ontem tinham vacinado quase nove mil profissionais de saúde - auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, auxiliares  
88 de saúde bucal. Compartilhou que estava com um problema grande com as doulas, que são trinta e oito na cidade toda, então  
89 é muito pouco, quanto aos cuidadores de idosos, o problema é para combater fraudes e ainda não sabia como iria fazer e  
90 perguntou como os municípios estão fazendo. **Stela Souza** perguntou a Nanci Salles se tinha alguma pergunta sobre a pauta e  
91 **Nanci Salles** colocou o questionamento de **Lenilson Ribeiro, Secretário de Saúde de Dias D'Ávila**, em relação à inclusão  
92 dos pacientes com doença renal crônica em tratamento de hemodiálise, se os que estão em diálise peritoneal ou  
93 transplantados devem ser vacinados e **Stela Souza** esclareceu que este ponto iria para a pauta da CIB extraordinária e pediu à  
94 Nanci Salles que incluísse este ponto. O **Coordenador** fechou o encaminhamento de aprovação da vacinação para polícia civil  
95 e militar, guardas municipais e equivalentes em todo o estado da Bahia, ao longo do dia de hoje, a partir de amanhã os  
96 municípios enviarem os quantitativos de cada uma dessas categorias e, para não haver contratempo, ficar marcado para todos  
97 os municípios comecem na quinta-feira pela manhã, estratificada para mais de 50 anos. Ponderou que, diluindo dois mil e  
98 quinhentos por quatrocentos municípios, grosso modo teria em torno de cinquenta profissionais por município, então Salvador  
99 teria quatrocentas e cinquenta doses e não vacinaria todos os policiais no mesmo dia, logo, criariam algum critério para  
100 vacinarem uma parte na quinta-feira, outra na sexta-feira e outra no sábado, podendo comecem com cinquenta e cinco anos  
101 na quinta-feira, e com menos de cinquenta e cinco até cinquenta anos na sexta-feira. Reforçou que é preciso fazer as contas  
102 hoje e amanhã, para conhecerem qual é o cenário de vacina de cada município de acordo com o quantitativo de vacina que  
103 precisar e ajustarem em função das doses que tiverem, e assim ganhariam esse tempo. **Leo Prates** colocou que tinha  
104 mandado estratificar todos os públicos de Salvador, porque às vezes tem intercessão dos públicos, por exemplo, uma pessoa

105 idosa vacinada como trabalhadora da saúde e, então, muitas vezes sobra algum quantitativo do público-alvo, de quatrocentas  
 106 doses da última remessa para essa última que tinha chegado e tinham ficado com duzentas doses, sem saberem ao certo o  
 107 que fariam, então essa vacinação é realmente um quebra-cabeça. O **Coordenador** chamou atenção que bombeiro é policial  
 108 militar e legista é polícia civil, então na resolução tinha que constar estes adendos. **Stela Souza** lembrou que bombeiro já tinha  
 109 entrado antes como 'Salvar', achava que no extrato 2 ou 3, inclusive já era para terem sido vacinados pelo que já foi pactuado.  
 110 O **Coordenador** questionou se todo bombeiro é 'Salvar' e **Stela Souza** confirmou. **Leo Prates** chamou atenção que não foi  
 111 todo o Corpo de Bombeiros, apenas o 'Salvar', sendo isso o que o Secretário Fábio Vilas Boas estava falando, inclusive ele  
 112 mesmo só tinha vacinado o 'Salvar'. **Alcina Romero, Diretora da DAE e membro da CIB**, confirmou que nem todo bombeiro é  
 113 'Salvar' - que é só um grupamento de salvamento, talvez tenha havido uma falta de comunicação. **Cláudio Feres, Secretário**  
 114 **Municipal de Saúde de Brumado e membro da CIB**, perguntou se guarda de trânsito também entra nesse público e **Leo**  
 115 **Prates** disse que sim, pela Transalvador, sendo isso o que ele tinha pedido ao Secretário Fábio Vilas Boas. **Stela Souza**  
 116 ressaltou que estava trazendo este assunto para os municípios, para não haver uma interseção de identificação, colocando  
 117 que em Salvador se chama Transalvador, em outros municípios podendo se chamar superintendência de trânsito. Em seguida  
 118 perguntou se tinha mais alguma pergunta e **Nanci Salles** leu um questionamento sobre o policial, se seria vacinado no  
 119 município de residência ou no município onde trabalha e informou que as outras perguntas são referentes a pessoas com  
 120 doenças crônicas e com condição clínica especial, que serão tratadas na CIB Extraordinária. Observou que trânsito e guarda  
 121 municipal são do próprio município, mas no caso do policial, tanto civil como militar, podia ser que tivessem plantão em um  
 122 município e retornassem para sua residência, em outro município, então, estavam perguntando onde eles seriam vacinados.  
 123 **Rivia Barros** disse que o ideal seria conseguirem a lista de lotação deles com o setor de RH da Secretaria de Segurança,  
 124 porque precisariam disso para encaminharem as doses extras destes policiais militares que começam a ser vacinados amanhã,  
 125 a lista é necessária para se saber quantos são em cada município, para não ficar nem a mais nem a menos, e estavam  
 126 tentando obter essa planilha ainda hoje. **Stela Souza** concordou com a colocação de Rivia Barros de que, o RH do governo do  
 127 estado com certeza tem a informação de onde cada um está lotado, tanto polícia civil quanto militar e seria bom conseguirem  
 128 isso. O **Coordenador** argumentou que essa demanda surgiu ontem ao final da tarde, para imaginarem como estão as coisas na  
 129 Secretaria de Segurança e só tinham conseguido mandar o quantitativo, e logo chegaria as planilhas, por município. **Rivia**  
 130 **Barros** lembrou que agora que mandariam doses, para ficar claro, não usariam critério de 85%, mandariam as doses já  
 131 estabelecidas para este público, para todos os municípios que tiverem efetivo e com relação encaminhada pela Secretaria de  
 132 Segurança, mandariam o quantitativo de doses para os municípios por meio dos Núcleos - que têm uma reserva, arrumariam  
 133 isso e o Núcleo que não tivesse mais reserva seria encaminhado urgentemente, para distribuírem com os municípios. **Stela**  
 134 **Souza**, esclarecendo sobre uma pergunta, disse que todo mundo receberá, assim que a DIVEP passar essa informação seria  
 135 encaminhada para todos os municípios e para os Núcleos, cada município saberá sua quantidade para o policial civil e o  
 136 militar. **Nanci Salles** perguntou sobre duas questões, uma relacionada à segunda dose de vacina e outra à reposição de  
 137 vacinas para os públicos-alvo que já tinham sido encaminhadas, se seriam colocadas também para discussão na reunião  
 138 extraordinária. **Stela Souza** confirmou e recomendou a Nanci Salles anotar e colocar como pontos de pauta, lembrando que o  
 139 ponto de vacina hoje é apenas para a força de segurança, que foi **aprovada à unanimidade**, e que outras questões de vacina  
 140 fossem levadas para a pauta e repassadas para Rivia Barros. Parabenizou a força de segurança que, segundo ela, merece  
 141 muito, como todos, ressaltando que grandes discussões ainda virão, como a de Síndrome de Down e doenças crônicas, que  
 142 serão tratadas na próxima CIB extraordinária. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes  
 143 encaminhados para **Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB/DAE: 1.1 Apresentação sobre Comissões**  
 144 **Intergestores do SUS**. A **Secretária Executiva da CIB** colocou que tinham lhe solicitado uma breve apresentação sobre as  
 145 comissões intergestores, reforçando o caminhar da CIB de forma transparente e participativa, mesmo com este momento de  
 146 pandemia, em que as reuniões precisam ser feitas via *web*. Iniciou a apresentação em *slides*, resgatando a definição das  
 147 comissões interfederativas do SUS: espaços constituídos pelas gestões do SUS nas três esferas - federal, estadual e municipal  
 148 - para negociação, discussão e pactuação dos aspectos operacionais das políticas de saúde. Foram criadas em cumprimento à  
 149 normatização do SUS (Normas Operacionais Básicas do - NOB e Normas Operacionais da Assistência à Saúde - NOAS) e  
 150 ratificadas pelas portarias do Pacto Pela Saúde, pelo Decreto 7508/2011 e pela Lei Federal 12.466/2011, que instituiu as  
 151 comissões intergestores, assim como os órgãos de representação dos secretários estaduais - CONASS, secretários municipais  
 152 - CONASEMS e secretários municipais de cada território estadual - COSEMS. Acrescentou que estas instâncias são de  
 153 caráter deliberativo, e não deliberam por voto, mas por consenso entre os pares. Mostrou no *slide* que segue as comissões  
 154 interfederativas: no âmbito nacional - Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde e do  
 155 CONASS; no âmbito estadual - Comissão Intergestores Bipartite (CIB), composta, na Bahia, por representações da SESAB e  
 156 do COSEMS; e no âmbito regional - Comissões Intergestores Regionais (CIR), constituídas pelos gestores municipais de cada  
 157 região de saúde e pelos representantes dos estados, que são os membros regionais do nível central no nível regional e o  
 158 coordenador, que de modo geral é o próprio coordenador do Núcleo Regional de Saúde.



Essas instâncias têm a finalidade de pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços no Sistema Único de Saúde em redes de atenção: no âmbito nacional - pela Tripartite, pensando as diretrizes macro organizacionais; no âmbito estadual - pela Bipartite, pensando a perspectiva de organização desta rede no estado; e no âmbito regional - pelas CIR, pensando na organização desta rede de atenção para o conjunto dos municípios.

## QUAIS SÃO AS COMISSÕES INTERFEDERATIVAS

Âmbito nacional - Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Estadual pelas Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Regional – Comissão Intergestores Regionais (CIR)

DECRETO 7508/2011 E RESOLUÇÃO CIB Nº 011/2015.

## FINALIDADE DAS COMISSÕES INTERFEDERATIVAS

Pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde

CIT – Em âmbito nacional.

CIB – Em âmbito estadual.

CIR – Em âmbito regional, para o conjunto dos municípios correspondentes às Regiões de Saúde da sua abrangência.

DECRETO 7508/2011 E RESOLUÇÃO CIB Nº 011/2015.

No *slide* abaixo apresentou as competências das comissões interfederativas, que devem pactuar aspectos não apenas operacionais, mas financeiros e administrativos, bem como as diretrizes gerais sobre as regiões, discutindo e definindo as diretrizes da organização das redes de atenção em âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, bem como a responsabilidade de cada ente nesta rede de atenção e as referências que devem existir entre estados e dentro do próprio estado, para atender ao princípio da integralidade da assistência. No *slide* seguinte, uma linha do tempo de estruturação das Comissões Intergestores na Bahia: em 1993 - aprovada e instituída a CIB; em 2005/2006 - discutida a instituição, por Regimento, de comissões intergestores bipartites macrorregionais na Bahia e as reuniões de CIB macrorregionais passaram a acontecer com representações do estado e de municípios; com o Pacto pela Saúde - instituídos os colegiados de gestão regionais e, no caso da Bahia, os colegiados de gestão microrregionais, em função do desenho do Plano Diretor de Saúde – PDR no estado em microrregiões de saúde, e passam então a funcionar nas diversas regiões de saúde do Estado e com a participação de todos os gestores municipais; com a Resolução CIB nº 089/2013 - instituídas as CIR, mas, com o Decreto 7508 já tinha a definição desta instância em âmbito nacional, que é a Comissão Intergestora Regional. Assim, foi em 2013 que ficou estabelecida essa relação CIB/CIR na Bahia.

## COMPETÊNCIAS DAS COMISSÕES INTERFEDERATIVAS

**As Comissões Intergestores pactuarão:**

- I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS;
- II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde;
- IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde; e
- V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

DECRETO 7508/2011.

## LINHA DO TEMPO DAS COMISSÕES INTERGESTORES NA BAHIA

1993 - CIB

2006 - CIB MACRORREGIONAIS

2007 - CGMR

2011 - CIR

Site da CIB/BA e Observatório Baiano de Regionalização.

Mostrou nos *slides* que seguem a organização e o funcionamento das instâncias - CIB e CIR - plenários constituídos pelas representações do estado e municípios, com uma secretaria executiva em ambas, a câmara bipartite e grupos de trabalho vinculados. As reuniões são abertas ao público, porém apenas os membros têm poder de deliberação. Na Bahia, ao longo da história, vem sendo construída a discussão de forma participativa, que vem sendo fortalecida com a inclusão de gestores e técnicos para falas e ponderações, tanto do estado como dos municípios, e estes representantes dos municípios e do estado têm sido fundamentais nas decisões tomadas pelos membros da CIB. No estado da Bahia vem ocorrendo reuniões desde 2001, tendo começado no antigo Auditório João Torres, localizado na sede da Secretaria de Saúde do Estado, com a participação de outros gestores de saúde, além dos membros da CIB, e de técnicos, dando subsídio às deliberações dos membros da CIB. Em 2008 esta participação foi ampliada ainda mais e as reuniões tiveram que acontecer em grande parte no Auditório da UPB ou da Assembleia Legislativa que, devido às capacidades maiores, a participação variava de trezentas a trezentas pessoas a mais. Em 2020, devido à pandemia, as reuniões passaram a acontecer por web conferência, inicialmente pelo Telessaúde, com a possibilidade de fala de setenta e cinco pessoas, mas garantindo acesso às perguntas pelo *chat*. Neste ano 2021 as reuniões passam a acontecer pelo Zoom, com a participação ampliada, optando-se fazer por 'webinar', para organizar as falas e as questões, porque muitas pessoas que podem acessar. Assim, desde a décima reunião extraordinária da CIB foi aberta a fala aos gestores municipais não membros para questionamentos e ponderações, via mensagens escritas.

## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA CIB/BA E CIR/BA

A CIB e as CIR são constituídas por:

- I - Plenário;
- II - Secretaria Executiva da CIB-BA;
- e III - Câmara Técnica da Bipartite - CT: a) Grupos de Trabalho - GT.

As reuniões da CIB-BA e CIR são abertas ao público, porém só os membros têm poder de deliberação, que deve ser por consenso.

ENTRETANTO - OS GESTORES E TÉCNICOS MUNICIPAIS TEM ACESSO À FALA, PONDERAÇÕES E QUESTÕES QUE NORTEIAM AS DECISÕES CONFORME SEGUE NO HISTÓRICO DE REUNIÕES.

RESOLUÇÃO CIB Nº 011/2015.

## REUNIÕES DA CIB/BA 2001-2021

2001 - REUNIÕES REALIZADAS NO AUDITÓRIO JOÃO TORRES - PARTICIPAÇÃO DE OUTROS GESTORES, ALÉM DOS MEMBROS REPRESENTADOS PELO COSEMS E ESTADO;

2008 - REUNIÕES REALIZADAS NO AUDITÓRIO DA UPB OU ASSEMBLEIA LEGISLATIVA - CAPACIDADE PARA 300-374 PESSOAS;

2020 - REUNIÕES REALIZADAS POR WEBCONFERÊNCIA PELO TELESSAÚDE, EM FUNÇÃO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS, - 75 PESSOAS COM FALA, MAS COM ACESSO AOS DEMAIS POR CHAT.

2021 - REUNIÕES REALIZADAS POR WEBCONFERÊNCIA PELO ZOOM, EM FUNÇÃO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS - 750 PESSOAS, POR WEBINAR PARA ORGANIZAÇÃO DAS FALAS E QUESTÕES - DESDE A 10ª REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA - FALA AOS GESTORES MUNICIPAIS PARA QUESTIONAMENTOS E PERGUNTAS.

RELATÓRIOS CIB/BA - SITE SESAB.

No *slide* seguinte foi mostrado o quantitativo de participantes das reuniões da CIB no período de 2001 a 2021, tendo havido uma participação de oitenta e vinte pessoas de 2001 a 2019. Em 2020 chegou a duzentas e cinquenta pessoas, depois ampliada para trezentas e setenta e quatro pessoas, realizadas também no auditório da UPB e na Assembleia Legislativa. Hoje, com as reuniões por webconferência, a participação está sendo cada vez mais ampliada e em 2021 já chegou a mais de seiscentas pessoas. Ressaltando que este é a intenção deste espaço, mostrou algumas fotos com auditórios cheios, evidenciando a importância da participação dos atores, técnicos e gestores de saúde no processo de negociação e pactuação

239 da CIB. Acrescentou que contam também com a divulgação e a participação de membros de conselhos e representações de  
 240 órgãos de controle em diversas reuniões da CIB como o Ministério Público, bem como do Conselho Estadual de Saúde. E  
 241 finalizou a apresentação com uma frase de Lígia Bahia: "Considero que o SUS nos tornará mais humanos e, portanto, mais  
 242 brasileiros, na medida em que nos convenceremos que a saúde é necessariamente um bem coletivo, tal como deve ser a  
 243 educação e outras políticas sociais."

244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274

**N. PARTICIPANTES DAS REUNIÕES DA CIB/BA  
2001-2021**

**REUNIÕES PRESENCIAIS 2001 A 2019**

AUDITÓRIO JOÃO TORRES – 80-120 PESSOAS  
AUDITÓRIO UPB – 150 A 374 PESSOAS

**REUNIÕES POR WEBCONFERÊNCIA 2020-2021**

2020 – 100 A 250 PESSOAS  
2021 – 150 A 600 PESSOAS

RELATÓRIOS CIB/BA – SITE SESAB.



CIB



**REFERÊNCIAS**

Bahia. Resolução CIB Nº 011/2015. Aprova o Regimento da CIB e CIR do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado. Poder Executivo. Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: [http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com\\_content&view=article&id=290&Itemid=75](http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/index.php?option=com_content&view=article&id=290&Itemid=75). Acesso em 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. NOB 1993. Portaria n. 545 de 20 de maio de 1993. Brasília. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1993. ou Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. NOB 1996. Portaria n. 2203 de 05 de novembro de 1996. Brasília. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set.1996. ou Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. NOAS 01/2002. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://www.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: outubro de 2013.

**REFERÊNCIAS**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o pacto pela saúde. consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 23 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, de 03 de abril de 2006. Brasília. Disponível em: <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=302>. Acesso em: Janeiro de 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011 (A). Brasília. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 junho 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: outubro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011 (B). Brasília. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 agosto 2011.

Dando continuidade, passou para o próximo ponto de **Informes: 2.1 Comunicado sobre Credenciamentos solicitados ao MS:**

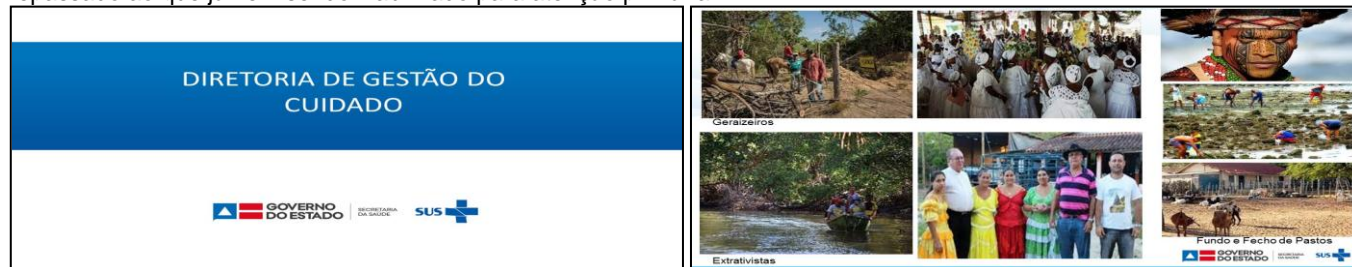
CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF	Serra Preta
	01 ESF	Teixeira de Freitas
	01 ESF	Tucano
	02 ESF	Marauá
	03 ESF	Esplanada
	08 ESF	Feira de Santana
	20 ESF	Luís Eduardo Magalhães
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Esplanada
	02 ESB Modalidade I	Conceição do Jacuípe
	03 ESB Modalidade I	Serra Preta
	04 ESB Modalidade I	Santa Bárbara
	05 ESB Modalidade I	Tucano
	10 ESB Modalidade	Luís Eduardo Magalhães
EAB – Equipe de Atenção Básica	01 EAB	Cardeal da Silva
	02 EAB	Pedrao
ACS – Agente Comunitário de Saúde	12 ACS	Tucano
	13 ACS	Paratinga
	17 ACS	Esplanada
	100 ACS	Luís Eduardo Magalhães
Gerente de Saúde da Família	01 Gerente	Pedrao
	01 Gerente	Cardeal da Silva
	08 Gerentes	Serra Preta
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Esplanada
	01 UOM	Serra Preta
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família	01 NASF-AB	Serra Preta

275 **2.2 Tutorial com instruções para que as CIR definam os componentes e fluxos da linha do cuidado às pessoas com**  
 276 **HTLV.** Informou que será disponibilizado para o COSEMS e Secretarias Executivas de CIR. **Cássio Garcia** chamou atenção  
 277 que esses credenciamentos estão sendo trazidos em todas as reuniões de acordo com o novo fluxo, ou seja, apenas como  
 278 informe, assim, solicitava a Cristiano Sóster que trouxesse um mapa sobre isso, considerava importante apresentar um cenário  
 279 do estado como um todo e também conversarem um pouco sobre as experiências da atenção básica com a COVID, ficando

então a sugestão como um ponto de pauta da próxima CIB, se a área técnica tiver condições de fazer a tempo, ou assim que fosse possível, pois os municípios estão sempre credenciando e é bom ter um mapa atualizado com as coberturas por regiões de toda a Bahia, etc. Próximo ponto de **Informes: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 3.1 SINASC e SIM. Márcia São Pedro, Diretora da DIVEP**, ressaltou que, de acordo com as Portarias 47 e 116, é extremamente importante os municípios manterem a alimentação atualizada dos SIM, SINAN e SINASC, porque vai impactar em recurso, que é descentralizado para o município e isso é acompanhado também pelos sistemas de produção SISNET e SINANET. E deve haver uma regularidade, os municípios devem atingir a meta de 80% do volume esperado das notificações realizadas, devendo ser transferidas em sessenta dias após encerramento do mês corrente. Relatou que são emitidos alertas para os municípios por parte da área técnica, pois isso gera impacto no recebimento de recurso vinculado tanto à atenção básica como à vigilância à saúde. O informe é, então, para chamar atenção de que estes sistemas precisam ser alimentados em tempo oportuno para não gerar um corte do recurso que é transferido. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** passou à leitura dos expedientes encaminhados para **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE: 1.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Euclides da Cunha	Hospital Português - Unidade Municipal Antônio Carlos Magalhães	2401231	15.166.416/0012-04	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Caem	Hospital Municipal Dra. Josefa Monteiro	4023463	13.913.348/0001-11	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) – Tipo 1
Andorinha	Centro de Atenção Psicossocial Grigório Viana da Silva	9666397	16.448.870/0001-68	CAPS I
Fátima	Centro de Atenção Psicossocial Josefa Geruza	9524185	13.393.152.0001-43	CAPS I

**1.2 Habilitação do Centro de Parto Normal – CPN intra-hospitalar da Maternidade Professores José Maria de Magalhães Neto (MPJMMN) no PAR da Região Metropolitana de Salvador – RMS; 1.3 Expansão da frota do SAMU Regional de Alagoinhas, contemplando os municípios da Região de Saúde de Ribeira do Pombal – Antas, Banzaê, Cicero Dantas, Cipó, Coronel João Sá, Fatima, Heliópolis, Nova Soure, Novo Triunfo, Paripiranga, Ribeira do Amparo, Ribeira do Pombal e Sítio do Quinto e Adustina; 1.4 Ampliação da frota do SAMU Regional de Alagoinhas, contemplando o município de Pedrão com uma Unidade de Suporte Básico – USB; 1.5 Termo de Compromisso de Funcionamento da UPA do Palame, do município de Esplanada, Porte I, sob gestão municipal com opção de custeio I; 1.6 Aprovação do detalhamento do componente de Atenção Domiciliar da Rede de Atenção às Urgências do município de Inhambupe. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1 Plano Estadual de Chagas.** Informou que este plano também será direcionado aos membros da CIB por e-mail e grupo de WhatsApp, para validação. Na sequência **Cássio Garcia** colocou em apreciação, houve consenso e os itens de homologação foram **aprovados à unanimidade. Ana Cláudia Fernandes, Coordenadora da CODTV**, cumprimentou a todos e relatou que em 2019 tinham recebido esse recurso do Ministério da Saúde, por conta da pandemia não tinham conseguido executar em 2020, sendo então elaborado este Plano. Disse que dois municípios já receberam quatrocentos e cinquenta mil reais, verba essa que é para ser utilizada apenas para Chagas, mas tem dois municípios que vão utilizar também essa verba para Leishmaniose. Foi utilizado como critério de seleção os municípios com maior incidência de casos e a Bahia foi contemplada com sessenta e três municípios para utilizarem este recurso para Doença de Chagas, sendo que o objetivo é diminuir a suspensão de recurso e informou que serão utilizados como eixos a Vigilância Epidemiológica, a Atenção Básica e o Controle Vetorial, para tentarem diminuir a morbimortalidade da Doença de Chagas no estado. **Cássio Garcia** perguntou se isso foi enviado a todos os municípios que contemplados e **Ana Cláudia Fernandes** respondeu que todos estão cientes, pela Portaria nº 3775, de 24 de dezembro de 2019. **Cássio Garcia** orientou que a comunicação fosse reforçada com os municípios, para que todos conseguissem implementar suas ações de acordo com o Plano, utilizando o recurso e que conseguissem melhorar os indicadores em relação a estas duas doenças. Em seguida **Nanci Salles** passou à leitura dos expedientes encaminhados para **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE: 1.1 Portaria GM/MS nº 3.396, de 11 de dezembro de 2020: Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde, considerando o cadastro de povos e comunidades tradicionais. Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC**, iniciou a apresentação em *slides*, explicando que se trata de uma portaria publicada em dezembro de 2020, que já foi compartilhada, mas, considerando o processo de vacinação que estão vivendo, e ao ser feito o levantamento dos povos e comunidades tradicionais, especificamente de Quilombolas e Ribeirinhos, que foram inclusos no PNI, surgiu a necessidade de colocar na pauta da CIB, porque, caso houvesse, em algum momento, a necessidade de inclusão de outros, já teriam essa ferramenta, considerando o cadastramento das comunidades tradicionais. Mostrou nos *slides* seguintes a Portaria de Consolidação da Atenção Primária dos municípios, considerando povos e comunidades tradicionais estabelecidos pelo Decreto 6040, de 7 de fevereiro: anrobeiras, agroextrativistas, ciganos, geraizeiros, marisqueiros, povos indígenas, povos quilombolas, povos de terreiros/matriz africana, ribeirinhos e outros. Informou que o incentivo financeiro que esta portaria traz será transferido para os municípios em uma parcela única, considerando o quantitativo de equipes que possuam esses usuários no seu território. Apresentou a seguir o mapa com estratificação e a legenda populacional, e os municípios que têm esse público contemplado na referida Portaria, a nº 57, e que não serão beneficiados com a portaria. Mostrou também os valores dos incentivos financeiros: dois mil e oitocentos reais por equipe de saúde da família; dois mil e cem reais por equipe de atenção primária, modalidade tipo II, de 30 horas; mil e quatrocentos reais, por equipe de atenção primária, modalidade tipo I, de 20 horas. Ou seja, é um acréscimo que será repassado ao que já vem sendo viabilizado para atenção primária.



334  
335  
336

337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403

**PORTARIA GM/MS Nº 3.396, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020**

Dispõe sobre a transferência de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações de equidade na Atenção Primária à Saúde considerando o cadastro de povos e comunidades tradicionais.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos I e II, da Constituição Federal; e

Considerando o disposto no Anexo 1 do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a necessidade de ampliar e qualificar o acesso dos povos e comunidades tradicionais aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de garantir a universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde;

Considerando o componente da capitação ponderada do Programa Previne Brasil e a importância da qualificação do cadastro da população assistida e acompanhada pelas equipes e serviços da APS e reconhecendo os municípios e Distrito Federal que aprimoraram a identificação e cadastro de povos e comunidades tradicionais nos territórios;


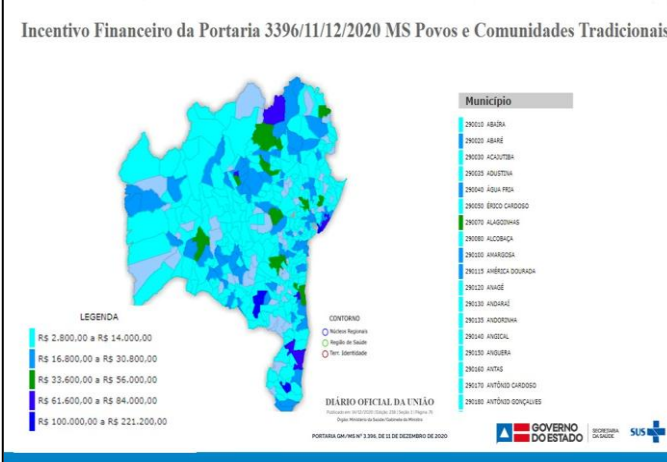


**PORTARIA GM/MS Nº 3.396, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020**

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considerou-se por povos e comunidades tradicionais o estabelecido no inciso I do art. 3º do Decreto 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, observado o cadastro no SISAB de:

I. Anirobeiras; Agroextrativistas; VIII. Ciganos; IX. Geraizeiros; XVI. Marisqueiros; XX - Povos Indígenas; XXI- Povos Quilombolas; XXII - Povos de terreiros/matriz africana; XXV- Ribeirinhos e...

Art. 4º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria será transferido aos municípios e Distrito Federal, em parcela única, considerando o quantitativo de equipes que possuem cadastro de usuários pertencentes ao conjunto de populações descritas no art. 2º desta Portaria, e corresponderá aos seguintes valores:

**PORTARIA GM/MS Nº 3.396, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2020**

Art. 4º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria será transferido aos municípios e Distrito Federal, em parcela única, considerando o quantitativo de equipes que possuem cadastro de usuários pertencentes ao conjunto de populações descritas no art. 2º desta Portaria, e corresponderá aos seguintes valores:

I - R\$ 2.800,00 (dois mil e oitocentos reais) por equipe de Saúde da Família (eSF);

II - R\$ 2.100,00 (dois mil e cem reais) por equipe de Atenção Primária - Modalidade II 30h; e

III - R\$ 1.400,00 (mil e quatrocentos reais) por equipe de Atenção Primária - Modalidade I 20h.


§ 1º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria será transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais e Distrital de Saúde, de forma automática e em parcela única, considerando o quantitativo de equipes credenciadas e homologadas pelo Ministério da Saúde, que cumpriram o estabelecido no caput, de acordo com o Anexo a esta Portaria.

§ 2º A definição das equipes de que trata este artigo foi realizada considerando dados de cadastro extraídos do SISAB com atualização até a competência agosto de 2020, de acordo com as regras de validação de cadastro da capitação ponderada do Programa Previne Brasil, disponíveis em Nota Técnica Explicativa - Relatório de Cadastro constante no SISAB.

§ 3º A transferência do incentivo financeiro de que trata esta Portaria dispensa a necessidade de solicitação de adesão.

Art. 5º A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos de que trata esta Portaria será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) do ente federativo beneficiado.

Link acesso a Portaria 3.396, de 11/12/2020: <https://www.in.gov.br/enfweb/dou/-/portaria-gm-ms-n-3-396-de-11-de-dezembro-de-2020-293859218> - texto-Dispõe sobre a transferência de povos e comunidades tradicionais



Acrescentou que o repasse é automático, em parcela única e, para a definição da equipe de que trata o artigo é considerado o cadastro do SISAB, daí a importância da atualização do SISAB para garantir o repasse dos recursos. Chamava atenção porque, além desta transferência de incentivo, que não vai precisar de adesão, existe a prestação de contas, que será efetivada através do Relatório Anual de Gestão, por isso a apresentação desta portaria. E falou que é importante ficarem atentos, pois pode ter município que já alimentou o SISAB e ter recebido esse aporte de recurso e sem tê-lo identificado ainda. Finalizou a apresentação deixando o contato da Diretoria, o e-mail e o link onde tem todas as informações necessárias.

**Diretoria de Gestão do Cuidado**

Email: [dgc.diretoria@saude.ba.gov.br](mailto:dgc.diretoria@saude.ba.gov.br)

Telefone: (71)-3115-8390

<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/saude-de-todos-nos/diretoria-de-gestao-do-cuidado/>




**Cássio Garcia** agradeceu a Liliene Mascarenhas e perguntou se tinha alguma dúvida ou questionamento sobre isso no chat e **Liliane Mascarenhas** informou ainda que a DGC encaminhou um levantamento, junto com o COSEMS, e até ontem sessenta e quatro municípios não haviam passado as informações e reforçou a necessidade de apresentar todos os dados referentes a quilombolas e ribeirinhos, pois, conforme tinha colocado na última reunião extraordinária, existe uma fragilidade dessa fonte, por isso que este formulário foi encaminhado, conjuntamente com o COSEMS, para ser preenchido e está em aberto, a equipe da SUVISA precisa do fechamento desses dados para poderem garantir a vacinação destes povos. Assim, pedia encarecidamente aos sessenta e quatro municípios que preenchessem o formulário, para que a área técnica pudesse se reportar ao Ministério da Saúde. **Stela Souza** comentou que são poucos municípios e que o apoio do COSEMS vem solicitando, inclusive ela tinha pedido um esforço para tentarem terminar este levantamento hoje, para Liliene Mascarenhas poder encaminhar ao Ministério da Saúde. **Liliane Mascarenhas** agradeceu a Stela Souza pelo empenho nessa ação conjunta, bastante positiva, já que não tinham os dados fidedignos. Dando seguimento, **Cássio Garcia** passou para o próximo ponto de **Apresentação**, ressaltando que é um momento muito delicado da pandemia e falou da reunião CIB de leitos, que acontece todas as quartas-feiras, para tratar dos avanços e planejamentos em relação à abertura de leitos para o enfrentamento da COVID. **1.2 Apresentação da Situação de Leitos para enfrentamento à COVID-19 na Bahia. Alcina Romero, Diretora da DAE**, esclareceu que a evolução de leitos é constante e diária, e hoje já tinham novidade quanto aos leitos. Iniciou a apresentação em slides com os parâmetros para a estimativa de necessidade de leitos realizada em fevereiro, considerando 1% da população baiana infectada por macrorregião de saúde, com a evolução desde o início, quando a rede hospitalar foi pensada para ser organizada em uma lógica macrorregional, entendendo as limitações de boa parte das regiões de saúde em ampliar leitos. Dessa forma, foi feito um cálculo de 1% da população infectada, chegando a uma estimativa de quatro mil, cento e vinte e cinco leitos no total, sendo mil, seiscentos e setenta leitos de UTI. Dos quatro mil cento e vinte e cinco leitos estimados, hoje tem planejados três mil, quatrocentos e cinquenta e, destes, três mil e oitenta e um leitos estão ativos, ou seja, hoje tem 72% dos leitos planejados em atividade, o que ela considerava um número muito bom, poucos estados no Brasil conseguiram planejar baseado em uma estimativa conceitual e conseguiram ativar a quantidade de leitos planejados.

404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470

## Rede Assistencial COVID 19

30.03.2021



### ESTIMATIVA DE NECESSIDADE DE LEITOS

**Parâmetros**

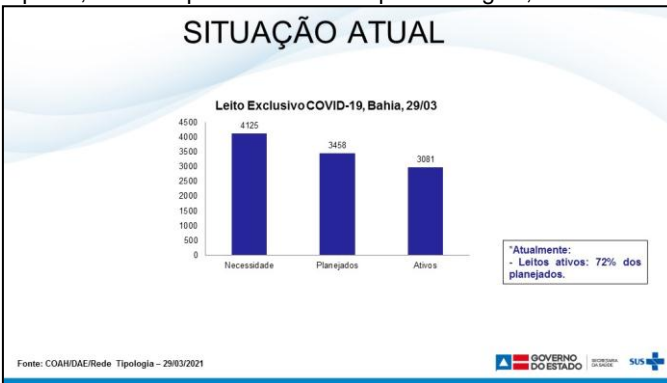
- Projeção de 1% da população baiana infectada.
- Crescimento médio diário de 7% em novos casos de infecção.
- Necessidade de internação em 15% dos casos confirmados, sendo 7% em UTI e 8% em leitos clínicos.
- TMP de 07 dias na UTI e 14 dias em leitos clínicos (parâmetro OMS).
- Tempo médio de duplicação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

Macrorregião	UTI	Leito clínico	TOTAL
Leste	735	964	1699
Centro-Leste	167	249	416
Nordeste	62	106	168
Centro-Norte	50	77	127
Norte	91	144	235
Oeste	110	187	297
Sudeste	177	293	470
Sul	192	298	490
Extremo-Sul	86	137	223
<b>TOTAL</b>	<b>1670</b>	<b>2455</b>	<b>4125</b>

Fonte: COAHIDAE

OBS: sem alterações significativas, mesmo com a atualização sistemática dos dados!

Mostrou a evolução destes leitos ao longo do tempo e relatou que em 1º de abril de 2020 eram trezentos e vinte e cinco leitos disponíveis para a rede COVID SUS, com uma evolução que chegou a dois mil, quinhentos e cinquenta e quatro em agosto e, à medida que as taxas de ocupação e o número de casos ativos e de demanda para a Central de Regulação foram caindo, começou o movimento de desabilitação ou descontinuidade de parte destes leitos, chegando, no dia 9 de dezembro, a mil setecentos e cinquenta e oito leitos. A partir daí, no acompanhamento diário feito pela SESAB e semanalmente junto com o COSEMS, começaram a observar um aumento do número de casos e da pressão de serviços pré-hospitalares para a regulação de pacientes. Começava novamente a mobilização para a ativação de leitos, chegando hoje, dia 29 de março, a três mil e oitenta e um leitos ativos disponíveis para esta rede, ou seja, hoje já são mais de quinhentos leitos além do que havia no pico da primeira onda, em agosto do ano passado. Entre dezembro de 2020 e março de 2021 os leitos que tinham em dezembro foram ampliados em 67%, naquele pico menor de leitos, dos mil oitocentos e quarenta e sete, tendo sido com muita rapidez, tanto na piora do cenário epidemiológico, como na ativação destes leitos.



Nos slides seguintes mostrou que, dos leitos hoje ativos, mil quatrocentos e sessenta e nove são leitos de UTI, mil seiscentos e doze são leitos clínicos, o que corresponde, do total, a 51% de clínicos e 47% de UTI, uma proporção que não trabalhavam no início, achavam que precisariam mais de leitos clínicos do que de UTI, tendo sido uma estimativa que não se apresentou como real. Hoje continua uma necessidade maior de leitos de UTI e ainda tem cinquenta leitos de suporte ventilatório - número de ontem. A partir da publicação da portaria que permite o financiamento pelo Ministério da Saúde, hoje já tem muito mais leitos de suporte ventilatório na Bahia em praticamente todas as unidades pré-hospitalares, incluindo UPA, qualquer pronto atendimento, hospitais de pequeno porte, serviços de emergência e hospitalares em geral, cresceu muito o número de leitos de suporte ventilatório, mas todos dependendo basicamente de avaliação e aprovação pelo Ministério da Saúde para financiamento. Quanto à gestão, mil e oitenta e cinco leitos de UTI estão na estadual, trezentos e oitenta e quatro na gestão municipal. Dos leitos clínicos, mil e oito na gestão estadual, seiscentos e quatro na municipal e o total é de dois mil e noventa e três leitos na gestão estadual e novecentos e oitenta e oito na gestão municipal. Assim, hoje 63% dos leitos ativos estão na gestão estadual, seja em unidades da rede própria, seja em unidades privadas contratualizadas ao SUS, ou até em hospitais municipais, mas com credenciamento pela Secretaria Estadual. Dando seguimento aos slides, mostrou, quanto à natureza dos leitos ativos da gestão estadual - os 63% citados - que 78% estão em hospitais da rede própria, isso mostra a importância e o peso que a rede própria estadual está tendo no contexto da assistência hospitalar na pandemia. E 22% em hospitais privados, lucrativos ou não, ou filantrópicos.



Continuando com os slides falou do monitoramento da taxa de ocupação hospitalar, que começou a ser feito em abril de 2020, com a parceria dos gestores municipais que têm seus leitos contratados, por municípios com a sala de situação, que monitora

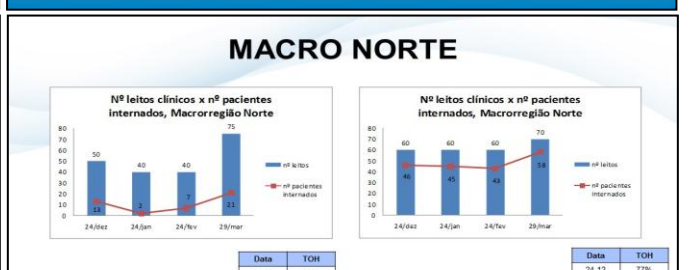
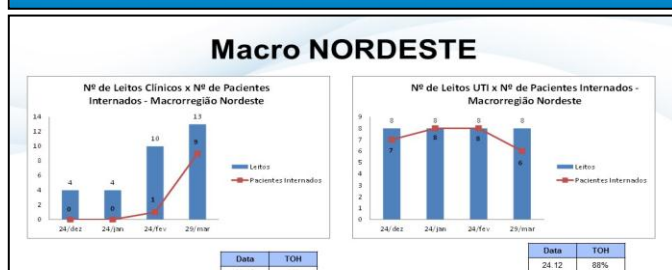
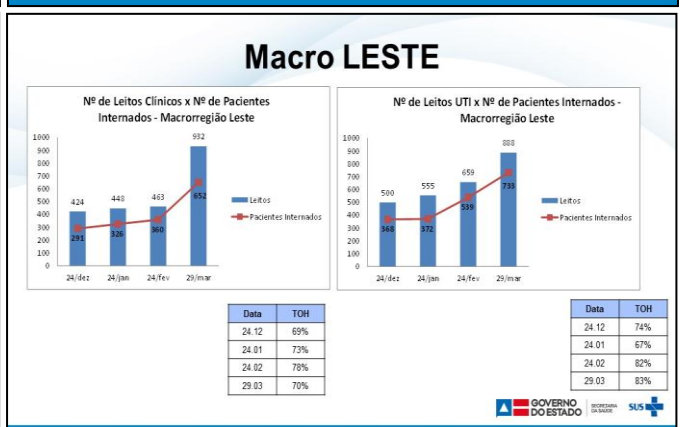
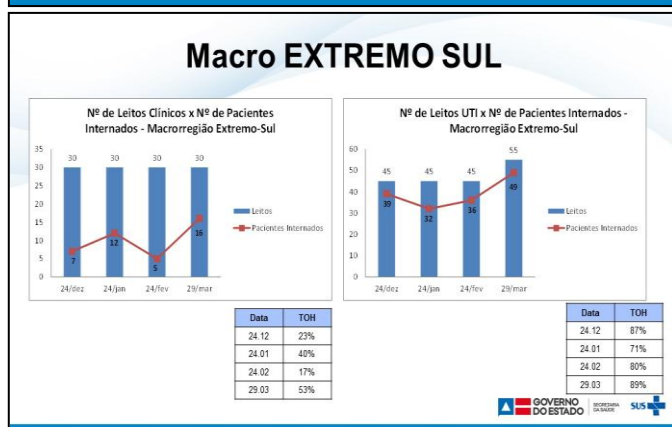
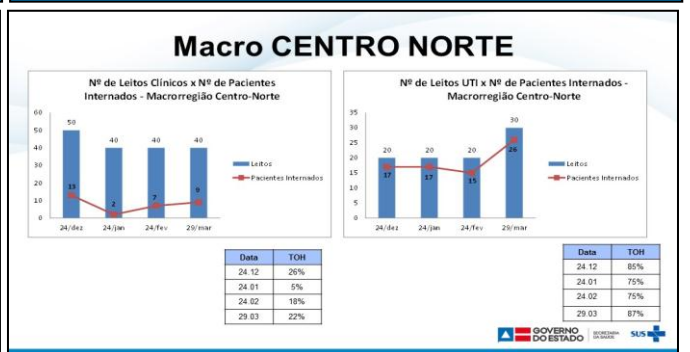
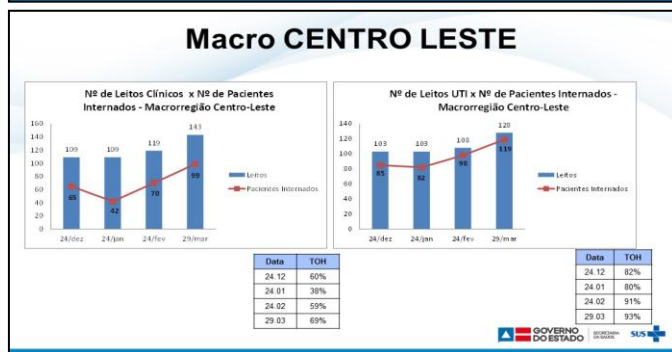
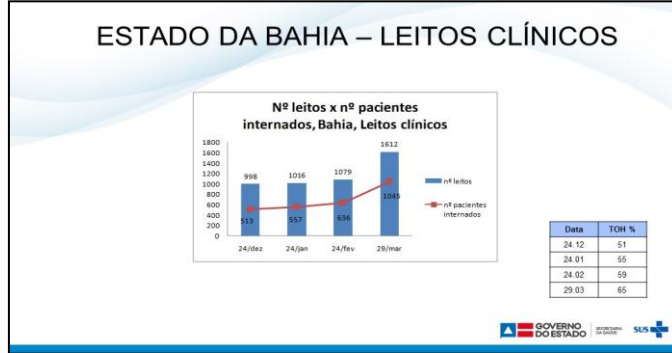


471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537

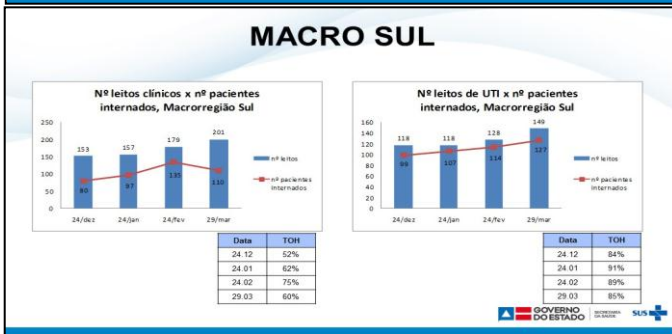
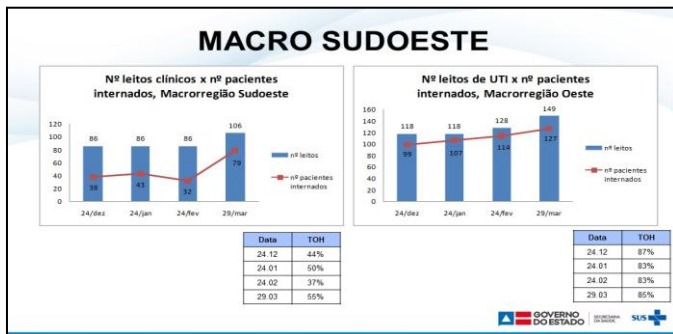
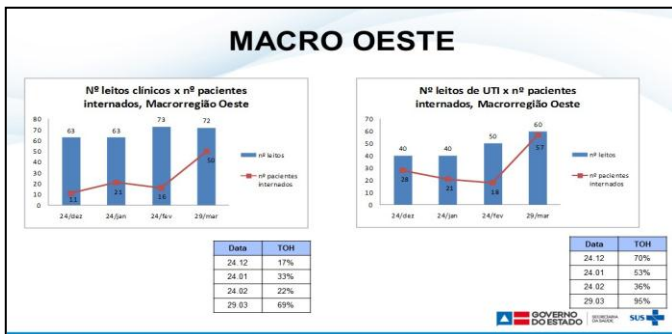
e lança estes leitos no sistema que é público, e com a SUREGS, que lança esta ocupação dos leitos contratados, através da DICON, diariamente, de domingo a domingo, e com a DAE, que faz o acompanhamento dos hospitais da rede própria. Esse é um trabalho que vem sendo feito diariamente, desde abril, e hoje tem a credibilidade de todos, porque é feito com um acompanhamento muito sistemático com todos estes entes envolvidos.



Mostrou nos slides a seguir, número de leitos versus número de pacientes internados na Bahia e, no dia 24 de dezembro, dos novecentos e noventa e oito leitos clínicos, quinhentos e três estavam ocupados e isso foi numa progressão, então, mesmo com mais leitos, esta taxa de ocupação se mantém em torno de 59, 60, 75% e, no outro, a mesma coisa com os leitos de UTI, sempre com uma demanda maior, pressionando mais o sistema e a solicitação à Central de Regulação. No dia 29 de março, dos mil quatrocentos e setenta e nove leitos disponíveis de UTI, mil duzentos e cinquenta e nove estavam ocupados, o que se traduziu em uma taxa de ocupação de 85%. Os próximos slides mostram a situação por macrorregião de saúde, ressaltando que esse acompanhamento é feito no sistema SVI, que é o sistema público por macrorregião de saúde e é muito importante na tomada de decisão gestora sobre onde está precisando mais de leito, e esse acompanhamento é feito por unidade e por macrorregião de saúde:



538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604



Obrigada!!



[sais.dae@saude.ba.gov.br](mailto:sais.dae@saude.ba.gov.br)  
Telefone: (71) 3115.4215



Ponderou que sempre há alguma macrorregião de saúde mais pressionada que outra, sempre os leitos de UTI são mais pressionados do que os clínicos e isso é importante, já está havendo uma discreta mudança nesse padrão, com a implantação dos leitos de assistência respiratória, que são leitos clínicos com um cuidado mais qualificado em termos de fisioterapia respiratória e outros dispositivos de assistência ventilatória, para se otimizar mais os leitos de UTI. Então já há uma mudança no padrão, com uma melhor utilização dos leitos clínicos e com isso se espera também uma otimização dos leitos de UTI, porque a capacidade de abertura de leitos de UTI é limitada. Finalizou informando que a apresentação estaria disponível para quem se interessasse e colocou-se à disposição, caso alguém quisesse tirar dúvidas. **Cássio Garcia** agradeceu a Alcina Romero e perguntou se algum membro tinha algum questionamento ou comentário. **Naia Neves, Diretora da DICON e membro da CIB**, colocou que ratificava mais uma vez o instrutivo CIB e COSEMS, publicado após a 10ª Reunião Extraordinária da CIB, de 19 de março, tratando do fluxo para solicitação de autorização dos leitos de suporte ventilatório, conforme Portaria nº 471, de 17 de março de 2021. Reiterou que a portaria amplia várias tipologias para estes leitos, com essas possibilidades de autorização pelo Ministério da Saúde, que agora está substituindo o termo habilitação por autorização, tanto para leitos UTI quanto para leitos de suporte ventilatório e mais uma vez reforçava a necessidade da manutenção desse fluxo, para não perderem de vista as solicitações dos municípios. Lembrou que, quando foi pactuado, foi disponibilizado um e-mail para que todos os escritórios dos gestores municipais pudessem ser encaminhados apenas para aquele endereço para que, a partir da recepção dos ofícios, fossem feitos os encaminhamentos internos e devolvidos o Ofício GASEC assinado pelo Secretário Estadual, bem como a Resolução CIB com a atualização dos leitos de referência do Plano de Contingência da Bahia aos gestores municipais, que são as exigências do Ministério da Saúde. Entretanto tem chegado solicitações de diversas fontes, através de vários e-mails, de vários setores da SESAB, então pedia o apoio de todos, pois a equipe da Coordenação de Controle é pequena e está nesta luta com várias habilitações, porque agora, até o Ministério rever essas primeiras portarias lançadas, é tudo mensal. Assim, gostaria de contar com o apoio de todos para encaminharem as solicitações de autorização de leito de suporte ventilatório apenas para o e-mail que está no roteiro instrutivo: [dicon.cocon@saude.ba.gov.br](mailto:dicon.cocon@saude.ba.gov.br). **Nanci Salles** informou que a maioria das perguntas no chat são sobre vacina e seriam repassadas à DIVEP, e duas perguntas mais específicas, uma do Secretário de Iraquara - como fazer para credenciar leitos COVID, e outra do Secretário do Dom Basílio - sobre leitos de suporte ventilatório. Em seguida ela informou que os municípios foram contemplados na Resolução CIB nº 042, do Plano Estadual de Contingência, que trata dos leitos de suporte ventilatório pulmonar, mas a planilha que ficou disponível no site da CIB, onde os gestores podem visualizar essa informação, não consta no Diário Oficial. **Cássia Garcia** comentou que Naia Neves já tinha esclarecido o fluxo dos leitos de suporte ventilatório e, dando continuidade, passou ao próximo ponto de **Apresentação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP/CIVED/CODTV/COAGRAVOS: 2.1 Situação Epidemiológica das Arboviroses no Estado da Bahia.** Ana Cláudia Fernandes iniciou a apresentação em slides, mostrando os dados de 2021 e informando que estão na décima terceira semana epidemiológica e

605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671

com seis mil e vinte casos notificados para Dengue, em cento e noventa municípios, com coeficiente de incidência de 40,5. Em comparação a 2020, houve uma redução de 61,10% dos casos de Dengue. Para Chikungunya, mil oitocentos e setenta e seis casos, em oitenta e sete municípios, com coeficiente de incidência de 12,6. Para Zika, cento e cinquenta e oito casos notificados, em quarenta municípios, com coeficiente de incidência de 1,1. Observou a redução de 58,81% para Chikungunya, em comparação a 2020, e de 77,93 para Zika, lembrando que em 2020 foi um ano epidêmico no estado da Bahia para as arboviroses e quase 50% dos casos de Chikungunya no Brasil foram notificados na Bahia. Relatou que vem tendo reunião semanal com as bases regionais, para verificarem os criadouros e tratarem, a fim de diminuir os casos em 2021.



### MONITORAMENTO SEMANAL DAS ARBOVIROSES RESUMO DADOS ARBOVIROSES\* – BAHIA 2021\*\*

	DENGUE			CHIKUNGUNYA			ZIKA		
	CASOS	CI	%	CASOS	CI	%	CASOS	CI	%
TOTAL	6020	40,5	100,0	1876	12,6	100,0	158	1,1	100,0
MUNICÍPIOS COM NOTIFICAÇÃO	190			87			40		

DENGUE  
REDUÇÃO DE 61,10%

CHIKUNGUNYA  
REDUÇÃO DE 58,81%

ZIKA  
REDUÇÃO DE 77,93%

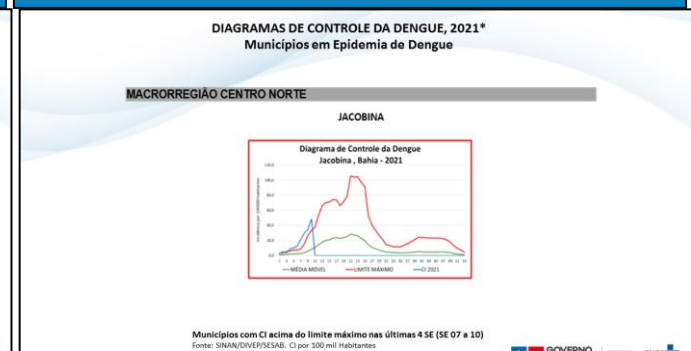
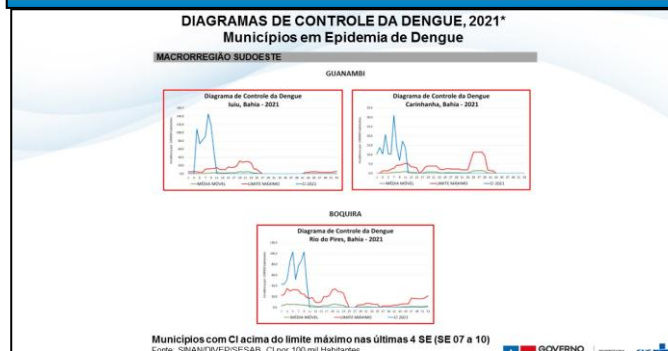
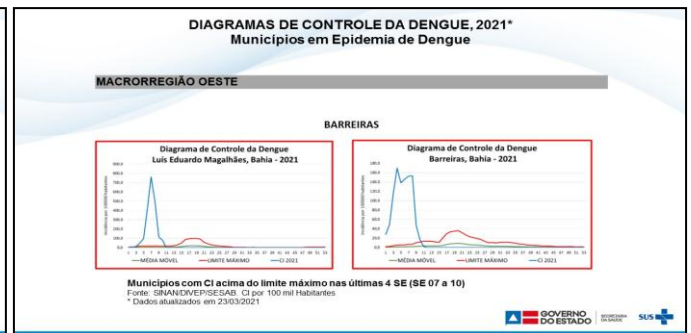
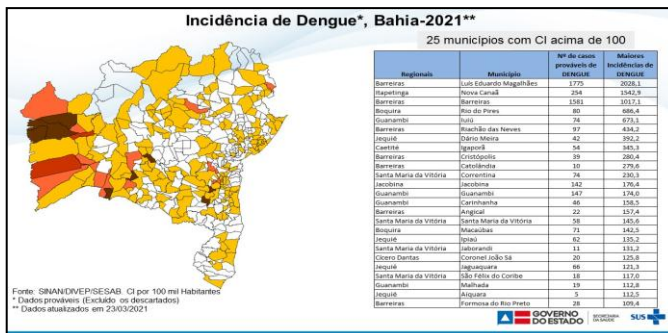
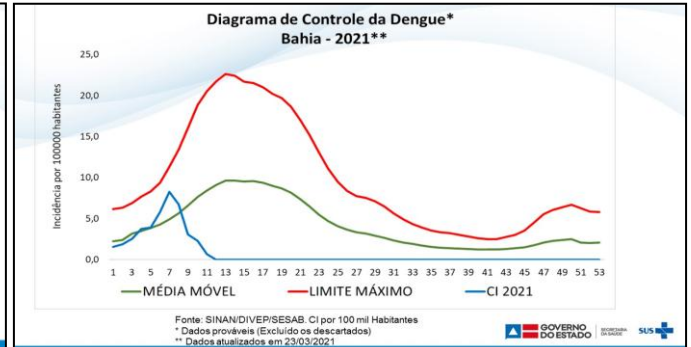
Fonte: SINAN/DIVEP/SESAB. – CI POR 100.000 HABITANTES.  
\*Dados prováveis (excluindo os descartados).  
\*\*Dados atualizados até a SE 11 (Dengue, Chikungunya e Zika atualizados em 23/03/2021).

No próximo slide mostrou os casos prováveis e o coeficiente de incidência das Arboviroses por macrorregião de saúde, e ressaltou que em 2021 as regiões oeste e sudoeste são as que mais preocupam no momento, devido ao aumento do coeficiente de incidência nestas regiões. Em seguida mostrou o Diagrama de Controle dos municípios destas regiões que estão em epidemia, observando, no gráfico: a linha verde - da média móvel - que é o que se espera do número de casos; a linha vermelha, que é o limite máximo. Então, quando se ultrapassa esta linha verde dá para ver que os casos estão acima do esperado e tendo então que intervir para tentarem reduzir e achatar essa curva de casos. Mostrou que na 'semana sete' houve o pico das arboviroses de Dengue no estado da Bahia. Seguiu com os slides e mostrou, no mapa de incidência de Dengue, vinte e cinco municípios com coeficiente de incidência acima de cem, as regiões oeste e sudoeste são as que mais preocupam, Luís Eduardo Magalhães, Nova Canaã, Barreiras e Rio do Pires são os municípios com maior incidência de Dengue no momento, dados atualizados no dia 23, sexta-feira, e o coeficiente de incidência a cada cem mil habitantes. Informou que já foi feita aplicação de carro UBV em Luís Eduardo Magalhães, Barreiras e Rio do Pires. Continuando os slides, mostrou o gráfico do coeficiente de incidência, observando que a linha azul deveria chegar até a linha verde e já extrapola o limite máximo da semana mostrada anteriormente, que é sétima semana, que está tendo um pico maior das Arboviroses. Na macrorregião Oeste, no caso de Barreiras, a Dengue, e tanto para Luís Eduardo Magalhães quanto para Barreiras, quando se analisa esse diagrama de controle, se vê a curva fora do limite esperado. Depois destes slides apresentou da região de Guanambi, os municípios: Iuiu, Carinhanha e Rio do Pires. Da centro-norte, Jacobina, que extrapola o limite máximo, também na 'semana epidemiológica nove'. Seguindo com os slides, os onze municípios com coeficientes acima de cem para Chikungunya: Rio do Pires, que já estava elevado em notificação de Dengue; Central; Nova Canaã; e Riachão das Neves. E falou que no momento a região Oeste está bastante acometida com Arboviroses. Em seguida, apresentou a incidência de Zika que, nas semanas de 01 a 13, teve cento e cinquenta e oito casos, com Rio do Pires apresentando um coeficiente de incidência acima de cem e notificado acima também para Dengue, Zika e Chikungunya, tendo sido feita ação no município e articulação com a regional para melhorarem esses dados.

### CASOS PROVÁVEIS E COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA DAS ARBOVIROSES POR MACROREGIÃO, BAHIA - 2021\*

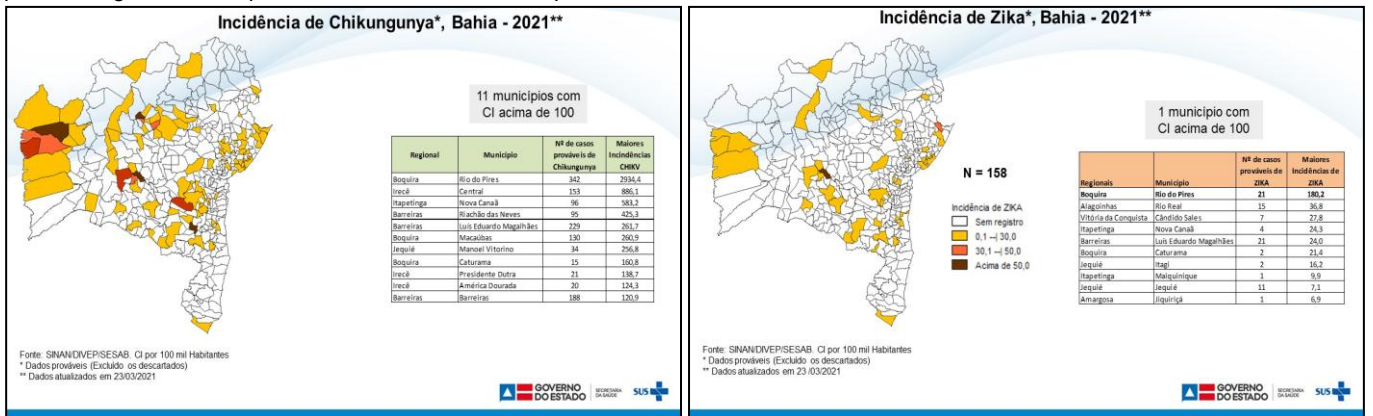
MACROREGIÃO	DENGUE			CHIKUNGUNYA			ZIKA VÍRUS			TOTAL		
	n°	CI	%	n°	CI	%	n°	CI	%	n°	CI	%
CENTRO-LESTE	183	8,2	3,0	26	1,2	1,4	3	0,1	1,9	212	9,6	2,8
CENTRO-NORTE	247	30,6	4,1	277	34,4	14,8	6	0,7	3,8	530	65,8	6,6
EXTREMO SUL	31	3,7	0,5	1	0,1	0,1	1	0,1	0,8	33	4,0	0,4
LESTE	254	5,3	4,2	122	2,8	6,5	30	0,6	19,0	406	8,5	5,0
NORDESTE	81	9,4	1,3	90	7,0	3,2	19	2,2	12,0	190	18,5	2,0
NORTE	82	5,7	1,0	4	0,4	0,2	1	0,1	0,6	87	6,2	0,8
OESTE	3770	383,4	62,6	541	56,5	28,8	27	2,8	17,1	4338	452,7	83,9
SUDOESTE	930	53,1	15,4	691	39,5	36,8	54	3,1	34,2	1675	95,7	20,8
SUL	462	28,9	7,7	154	9,6	8,2	17	1,1	10,8	633	39,6	7,9
<b>TOTAL</b>	<b>6020</b>	<b>40,5</b>	<b>100,0</b>	<b>1876</b>	<b>12,6</b>	<b>100,0</b>	<b>158</b>	<b>1,1</b>	<b>100,0</b>	<b>8054</b>	<b>54,2</b>	<b>100,0</b>

Fonte: SINAN/DIVEP/SESAB. – \*Dados atualizados até a SE 11 (Dengue, Chikungunya e Zika atualizados 23/03/21).

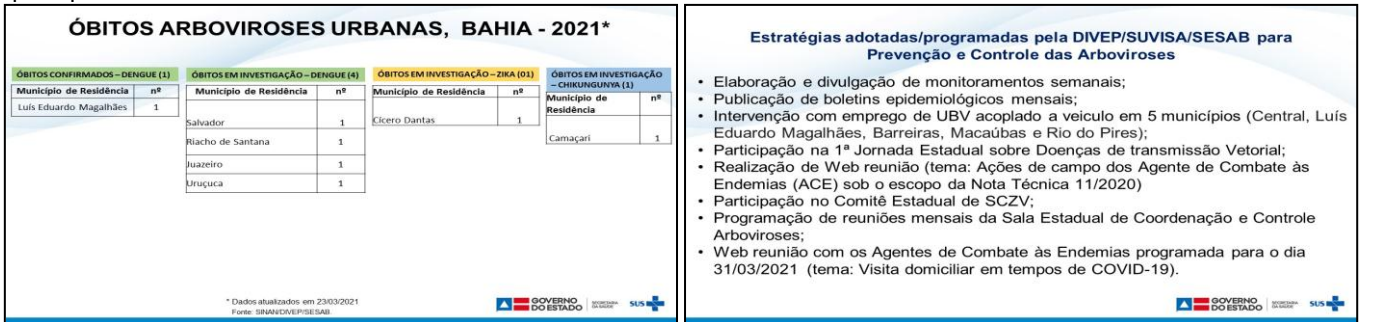


672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738

Com relação aos óbitos, mostrou nos slides que em 2021 foi confirmado apenas um óbito por Dengue, notificado em Luís Eduardo Magalhães, um óbito para Zika e um óbito para Chikungunya, e quatro óbitos ainda em investigação. Em seguida mostrou o que tem sido feito até o momento, com a elaboração de boletins epidemiológicos a cada quinze dias e intervenção com emprego de UBV em cinco municípios: Central; Luís Eduardo Magalhães; Barreiras; Macaúbas; Rio do Pires. Comunicou que em fevereiro ocorreu a '1ª Jornada Estadual sobre Doenças de Transmissão Vetorial', quando foram abordadas todas as doenças transmitidas por vetores como Chagas, Leishmaniose, Malária, Arboviroses e Leptospirose. Relatou que na semana passada fizeram uma web reunião sobre a Nota Técnica nº 11/2020, com as ações de campo dos agentes de combate às endemias, e comunicou que amanhã acontecerá outra reunião, sobre visita domiciliar em tempos de COVID, que é o tema da referida Nota Técnica, pois, por ter havido muitas dúvidas, tinham achado interessante refazerem esta apresentação apenas para as regionais, e depois transmitirem aos municípios.



Informou que contaram com a participação do 'Comitê Estadual de SCZV' e com a programação de reuniões mensais da 'Sala Estadual de Coordenação e Controle das Arboviroses'. Finalizando a apresentação, lembrou que o Plano das Arboviroses de 2021 a 2023 foi homologado no ano passado e agora está sendo colocado em prática, e colocou-se à disposição para quaisquer esclarecimentos.



Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde - SUVISA  
Riviva Barros

Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP  
Marcia São Pedro Leal Sousa

Coordenação de Doenças Transmitidas por Vetores  
Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva

Equipe Técnica GT Arboviroses  
Énio Soares, Maiane Ferreira, Fabiola Souza, Julio Barboza, Marcelo Brandão e Sarah Senna

Equipe Técnica GT Entomologia e Controle Vetorial  
Edie Carvalho, Jailton Batista e José Melo

Cássio Garcia agradeceu a apresentação dos dados atualizados e, abrindo a reunião para questionamentos e comentários dos membros, comentou que, ao ver os dados da Zika, tinha voltado quatro anos ao passado, quando os casos começaram, na época parecia uma pandemia, assustou muita gente e ainda assustava quando se vê casos. Então, olhando para trás, com a pandemia de agora e ainda tendo casos de Zika, ficava refletindo que na época estavam lutando com algo novo e desconhecido, mas que infelizmente ainda está presente, não foi erradicado, gostariam que já tivesse sido, mas é importante trazerem isso para refletirem e reverem as ações em todos os territórios. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de

pauta: **2.2 Ampliação de Testagem Rápida para Sífilis. Márcia São Pedro, DIVEP/SUVISA**, iniciou a apresentação em slides, sobre a ampliação da testagem rápida para Sífilis, Hepatites e HIV nos serviços de saúde do Estado, considerando extremamente importante dizer que, mesmo em meio à pandemia e às questões relacionadas à vacina, os outros agravos de saúde pública ainda continuam acontecendo e precisam ter um olhar diferenciado, para conterem essas outras doenças. Ressaltou que esta ampliação está vindo como estratégia de prevenção secundária, propõe um rastreamento precoce dos casos positivos, para que se possa garantir um tratamento oportuno, conseqüentemente, uma redução da morbimortalidade e do risco de transmissão destes agravos no território, a fim de prevenir também a transmissão vertical. Ressaltou que a ampliação desta testagem tem o objetivo de identificar, tratar precocemente e reduzir a morbimortalidade, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, da OPAS e da Organização Mundial de Saúde, e é uma prioridade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

**Ampliação da testagem rápida para Sífilis, Hepatites e HIV nos serviços de saúde do Estado da Bahia**

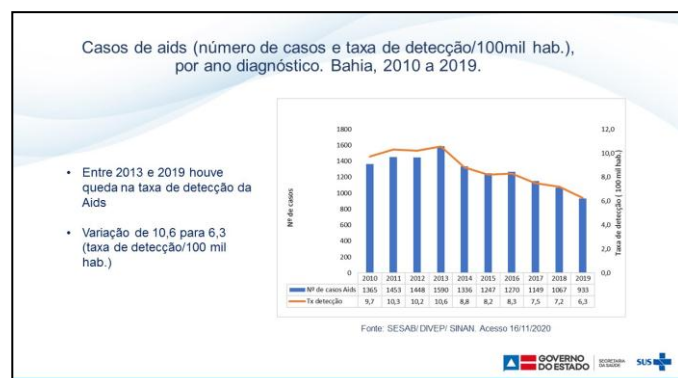
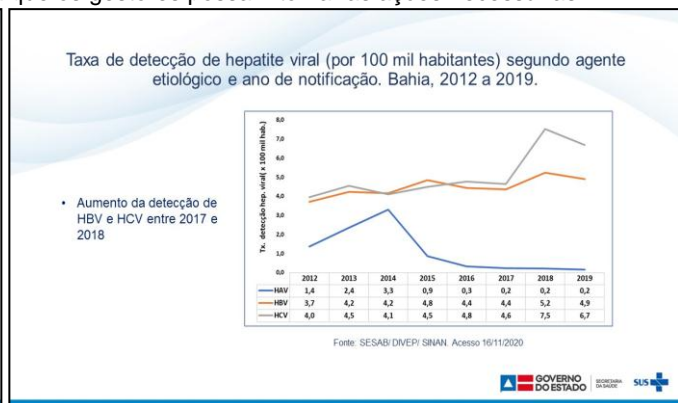
Eleuzina Falcão  
Coordenadora de Agravos (COAGRAVOS / DIVEP)

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

A ampliação da testagem rápida para Sífilis, Hepatites e HIV, enquanto estratégia de prevenção secundária, propõe rastrear precocemente os casos positivos para tratamento oportuno, reduzir a morbimortalidade, o risco de transmissão destes agravos no território e prevenir a transmissão vertical, sendo uma prioridade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em conformidade com as diretrizes do MS, OPAS e OMS.

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Mostrou nos slides seguintes, primeiramente o gráfico da taxa de incidência de sífilis adquirida e a taxa de incidência de sífilis em gestante e de sífilis congênita, acompanhando uma série histórica de 2012 a 2019, onde se observa um aumento progressivo da detecção de sífilis adquirida em gestante e congênita, e um decréscimo desta detecção entre 2018 e 2019. Lembrou que a pandemia começou em 2020, então nem tudo pode estar atribuído à pandemia, sendo necessário ter um olhar diferenciado para que esta detecção não diminua, é preciso detectar cada vez mais, em tempo oportuno para intervir, pois não faltou insumo nem medicamento, e reforçou que é realmente preciso o olhar diferenciado para detectar e tratar. No outro slide, o gráfico com a taxa de detecção das Hepatites Virais segundo agente etiológico e ano de notificação, onde se observa, nas linhas laranja e cinza, que há um aumento da detecção, tanto de Hepatite B quanto da Hepatite C, entre os anos de 2017 e 2018, evidenciando que esta detecção vem crescendo. Seguindo a apresentação, o slide dos casos de AIDS, levando em consideração o número de casos e a taxa de detecção por cem mil habitantes e se observou que, entre 2013 e 2019, houve uma queda na taxa de detecção e é algo que chama atenção, não podiam perder tempo nesta detecção. E comentou que essa variação acontece, cai de 10,6 por 6,6 por cem mil habitantes, então esses casos precisam ser detectados na assistência do SUS. Depois, o slide com o quantitativo disponível de testes, dados relativos ao fechamento, em dezembro de 2020, os testes rápidos estão em todas as unidades do Estado, não houve nenhum momento de desabastecimento desses testes, então tem estes testes disponíveis e precisam ser utilizados, o objetivo é ampliar essa testagem para garantirem uma detecção precoce, um tratamento oportuno e, com isso, uma redução nas taxas. Enfatizou que há um problema de notificação, então todo caso precisa ser notificado, porque a notificação é que dá a ideia do cenário atual, assim, com a notificação bem feita e em tempo oportuno é possível transformar este dado em informação, para que os gestores possam tomar as ações necessárias.



Quantitativo de Testes Rápidos disponíveis, Bahia, dezembro de 2020.

Testes Rápidos - TR	Disponível dez/2020.
HIV - Teste 1 (Vol.40/Cx. 20)	97.640/
HIV - Teste 2 (Vol.27/Cx. 10)	8.940
HIV - Fluido Oral (Vol.27/Cx. 10)	11.270
Sífilis (Vol.40/Cx. 25)	124.225
Hepatite B (Vol.40/Cx. 25)	86.550
Hepatite C (Vol.40/Cx. 20)	60.320

Saldo disponível em: 10/12/2020

GOVERNO DO ESTADO | SECRETARIA DE SAÚDE | SUS

Apresentou os slides com a proposta - ampliar a oferta de testagem rápida para simples Hepatites Virais e HIV nos serviços de todo o estado da Bahia - e para isso é recomendada a realização desta testagem rápida para diagnóstico de HIV, Sífilis e

Hepatites Virais a todos os usuários, durante o atendimento nos serviços de saúde, garantindo o sigilo das informações e os resultados evidenciados de forma segura ao usuário. A periodicidade desta testagem rápida é recomendada no segmento de rastreamento de IST contidas no 'Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis', e entendendo por serviços de saúde todos os pontos de atenção à saúde que compõem a rede de saúde do estado e que são distribuídos pelos quatrocentos e dezessete municípios baianos: Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família; Serviços de Atenção Especializada; CAPS; Unidades de Pronto Atendimento; Consultórios de Rua; Policlínicas; Rede Hospitalar; Unidades de Saúde do Sistema Prisional; Clínicas de Hemodiálise; e Instituições de Longa Permanência.

**Proposta**

- Ampliar a oferta de testagem rápida para Sífilis, Hepatites Virais e HIV nos serviços de saúde do Estado da Bahia.
- Recomenda-se a realização da testagem rápida para diagnóstico de HIV, Sífilis e Hepatites Virais a todos usuários durante atendimento nos serviços de saúde, garantindo o sigilo das informações e resultados evidenciados de forma segura ao usuário.
- A periodicidade da testagem rápida recomendada é a do seguimento de rastreamentos às ISTs contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

GOVERNO DO ESTADO SUS

**Proposta**

Entende-se por serviços de saúde, todos os pontos de atenção à saúde que compõe a rede de saúde do Estado, distribuídos por 417 municípios baianos, são eles:

- Unidades Básicas de Saúde(UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF)
- Serviços de Atenção Especializada (SAE / CTA)
- Unidades de Pronto Atendimento (UPAS)
- CAPS
- Consultórios de Rua
- Policlínicas
- Rede Hospitalar
- Unidades de Saúde do Sistema Prisional
- Clínicas de Hemodiálise
- Instituições de Longa Permanência

GOVERNO DO ESTADO SUS

Nos slides próximos apresentou as ferramentas que serão utilizadas para habilitação e execução da testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais: SISLOG - Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais; e TELELAB - Programa de educação permanente do Ministério da Saúde. Haverá uma oferta obrigatória para Sífilis, Hepatites Virais e HIV na faixa etária a partir de 12 anos de idade, por meio dos kits já disponibilizados para serem utilizados por todo e qualquer profissional da saúde, com o início imediato do tratamento dos casos positivos, conforme 'Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das IST' mencionadas em resolução, convocação de parcerias para testagem como estratégia, acompanhamento, seguimento e monitoramento dos protocolos e garantindo, com esta testagem, a identificação, o tratamento oportuno e a efetiva notificação no SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. E ela fazia, então, uma ponte com o informe que já tinha dado, de que, se estes sistemas não estiverem notificados com 60 dias do mês corrente, os municípios podem ser penalizados, e isso é para qualquer agravo, pois precisavam deixar esses sistemas de informação alimentados por completo para ~~podem~~ viabilizar essa proposta e conseguirem ver o cenário, o perfil do agravo, mas também garantirem o retorno do recurso, senão teriam problema de repasse de recurso. Os laboratórios, mediante resultados reagentes às IST, realizarem o encaminhamento seguro à unidade de saúde da família, unidade de atenção básica e/ou serviços especializados, para início imediato de tratamento. Independentemente do ponto que for acessado na rede para testagem, todo usuário reagente que tiver positividade para o teste deve ser encaminhado à Atenção Básica para acompanhamento, tendo garantido seu processo de referência e contrarreferência de atendimento. Em algum momento este fluxo pode estar sujeito a alguma alteração técnica, porque isso depende das notas técnicas e das orientações recebidas do Ministério da Saúde.

**Proposta**

- Ferramentas utilizadas para habilitação e execução da testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites Virais:
  - SISLOGLAB - Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
  - TELELAB - Programa de educação permanente, do Ministério da Saúde.
- Oferta obrigatória da testagem para Sífilis, Hepatites e HIV na faixa etária a partir de 12\* anos de idade, através dos kits já disponibilizados, por todo e qualquer profissional de saúde.
- Início imediato de tratamento dos casos positivos conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das IST mencionadas nesta resolução.
- Convocação de parcerias para testagem.
- Acompanhamento, seguimento e monitoramento conforme protocolos.
- Garantir efetiva notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

GOVERNO DO ESTADO SUS

**Proposta**

**Laboratório**

- Mediante resultados reagentes às ISTs, realizar o encaminhamento seguro à Unidade de Saúde da Família/ AB e/ou Serviços Especializados para início imediato de tratamento dos casos positivos conforme PCDT, convocação de parcerias e garantir efetiva notificação do caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação por meio da Vigilância Epidemiológica local.
- Independente do ponto acessado na rede para testagem, todo usuário com testagem reagente deve ser remetido à AB para acompanhamento, garantindo o processo de referência e contrarreferência.
- Este fluxo está sujeito a alterações decorrentes das atualizações técnicas voltadas ao enfrentamento dos agravos em questão, e das mudanças observadas em todo o cenário epidemiológico, considerando as constantes atualizações disponibilizadas pela OMS e MS.

GOVERNO DO ESTADO SUS

Finalizou colocando que o grande desafio é garantir o registro desses testes rápidos realizados e possíveis perdas do Sistema de informação, com o objetivo de melhorar o gerenciamento de insumos por meio de captação para os profissionais de saúde realizarem a testagem rápida nas unidades de saúde, com ênfase no registro de informação, estabelecer o fluxo de diagnóstico e tratamento dos casos positivos na rede de assistência à saúde, buscar para investigação e tratamento, quando necessário, na rede de transmissão associada ao caso positivo. Frisou da importância dessa cadeia, não dava para tratar apenas o indivíduo, precisavam saber quem é que faz parte dessa cadeia e garantirem esse tratamento, e outro grande problema é o déficit de recursos humanos na rede assistencial, por estarem em meio a uma pandemia, o que realmente dificulta, essas coisas ocorrem em conjunto, mas é preciso ter um olhar diferenciado para isso.

**Desafios**

- Garantir o registro dos testes rápidos realizados e possíveis perdas no Sistema de Informação, para melhor gerenciamento do insumo, por meio de capacitação para os profissionais de saúde para realizar a testagem rápida nas unidades de saúde, com ênfase no registro da informação.
- Estabelecer o fluxo de diagnóstico e tratamento dos casos positivos na rede de assistência à saúde.
- Buscar para investigação e tratamento, quando necessário, a rede de transmissão associada ao caso positivo.
- Déficit de recursos humanos na rede de assistência.

GOVERNO DO ESTADO SUS


**Cássio Garcia** agradeceu a Márcia São Pedro pela apresentação, dizendo que estão em pandemia, mas que os agravos continuam e sendo preciso estarem atentos, monitorando, para implementarem as medidas e tinha lhe chamado atenção a

873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899  
900  
901  
902  
903  
904  
905  
906  
907  
908  
909  
910  
911  
912  
913  
914  
915  
916  
917  
918  
919  
920  
921  
922  
923  
924  
925  
926  
927  
928  
929  
930  
931  
932  
933  
934  
935  
936  
937  
938  
939

queda na detecção dos casos de AIDS, e novamente voltava no tempo trinta, quarenta anos atrás, quando a AIDS apareceu no mundo todo, era quase uma sentença de morte e hoje já está de certa maneira banalizada, inclusive até na sua detecção. Ressaltou que tem um trabalho grande com os municípios, em parceria com o COSEMS e informou que esta apresentação ficará disponível para todos, a fim de conseguirem efetivar logo e ampliarem a testagem. Questionou se havia alguma pergunta, comentário ou dúvida e, como não houve, finalizou o ponto, reiterando que monitorariam a implementação destas ações para a melhoria da testagem de Sífilis, Hepatites e AIDS. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de pauta: **3. ACESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – APG/COPLAN:**

**3.1 DigiSUS. Maria Aparecida dos Santos, Coordenadora da COPLAN,** cumprimentou a todos, explicou que a apresentaria o panorama do DigiSUS, com atualização até fevereiro deste ano, o cenário dos municípios e que a capacitação está sendo elaborada pela APG/COPLAN, a partir de um recurso do Ministério da Saúde e será oferecido aos municípios. Iniciando a apresentação em *slides*, falou do DGMP – DigiSUS, que é o Módulo Planejamento, instituído pela Portaria GM nº 750, de 29 de abril de 2019, em substituição aos antigos sistemas de gestão: SISPACTO, que trazia os indicadores de pactuação interfederativa; o SARGSUS, onde se lançava a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e os demais instrumentos de planejamento. Informou que é obrigatório o uso do DigiSUS pelos gestores municipais de saúde, estaduais e federal, para o registro das informações referentes ao Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, além da elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), todas essas informações serão incorporadas neste novo sistema.

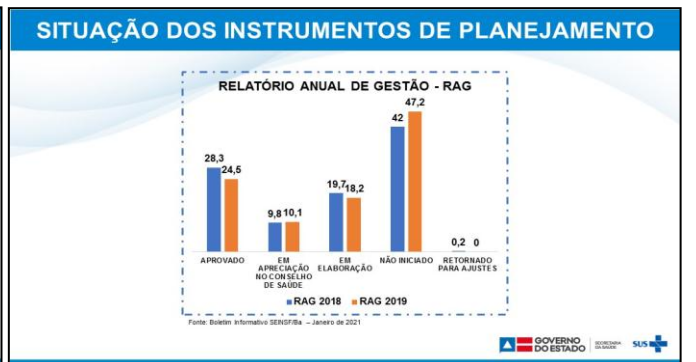
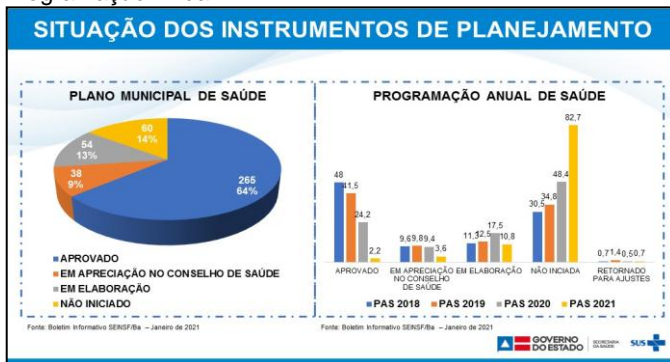
**DIGISUS**  
**MÓDULO PLANEJAMENTO**



**DGMP - DIGISUS**

- O DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento foi instituído pela Portaria GM nº 750 de 29 de abril de 2019, em substituição aos antigos sistemas de gestão SISPACTO e SARGSUS.
- É obrigatório o uso do DigiSUS pelos gestores de saúde municipais, estaduais e federal para o registro das informações referentes ao Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores, além da elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e Relatório Anual de Gestão (RAG) para que seja enviado para apreciação dos respectivos conselhos de Saúde.

No *slide* a seguir, a situação dos instrumentos de planejamento: o Plano Municipal de Saúde (PMS) - duzentos e sessenta e cinco municípios lançaram os planos que foram aprovados; trinta e oito estão em apreciação pelos Conselhos Municipais de Saúde; cinquenta e quatro ainda em elaboração; e sessenta nem iniciaram. Ou seja, 14% dos municípios não lançaram o PMS no sistema DigiSUS, e o lançamento nesse sistema começou em 2018, 2019 e 2020. A Programação Anual de Saúde (PAS), o que tem de aprovado e em apreciação pelo CMS, em elaboração e não iniciado, observou que em 2021 já subiu o número de PAS não iniciados, ainda não tem praticamente nada, mas, ainda assim, tem um quantitativo bem expressivo de não iniciados, de 30% em 2018, 34,8% em 2019, 48,4% em 2020 e em 2021 ainda poucos municípios lançados. Ressaltou que estão em uma nova fase, um novo ciclo de gestão municipal, seja para os novos gestores, seja para os que estão dando continuidade. Além disso é um desafio muito grande adequar o planejamento do município ao atual cenário pandêmico, no início dessa pandemia houve uma deliberação do Ministério da Saúde para os municípios adequarem PMS e PAS, colocando uma meta ou um objetivo de COVID, com transparência às ações COVID, tanto por parte do estado, quanto por parte dos municípios, sendo importante lembrar, porque os municípios viverão isso a partir de 2022, este ano começam a construir um novo Plano, que já tem que estar com a estratégia e a visão de médio prazo, e incluindo também a COVID. Nos *slides* seguintes, a situação do Relatório Anual de Gestão, apenas de 2018 e 2019, porque no momento está sendo mais cobrado pelo Ministério da Saúde que os municípios lancem esse RAG, observando que ainda tem um número muito grande de municípios que não iniciaram. Nos próximos *slides*, a situação dos instrumentos de planejamento por região de saúde e relatou que mandam esse encaminhamento para os municípios e não falaria especificamente, observando, no Quadro 1: as regiões a Norte e Centro-Norte, com o número mais elevado de Planos de Saúde aprovados; na região Sul, número ainda muito baixo de aprovados; na Oeste, um número expressivo de planos em apreciação pelos CMS; na Centro-Leste e na Sul, número grande de municípios com planos em elaboração; e na região Extremo-Sul, numeração expressiva de municípios não iniciados no Sistema. No Quadro 2, o percentual de municípios segundo situação da Programação Anual de Saúde 2018, 2019, 2020 e 2021, chamando atenção que já estão quase no cenário de construção da PAS 2022. Assim, considerava importante lembrar que todos estes instrumentos já foram elaborados e estão na situação de lançamento no Sistema. Observou que, com planos aprovados, as regiões Nordeste, Centro-Leste e Centro-Norte têm volume alto, e em outras regiões como a Extremo-Sul e a Sul, o número ainda está muito pequeno, então são duas macrorregiões que precisavam reforçar com todos os municípios para que lancem seus Planos e a Programação Anual.



**SITUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO POR REGIÃO DE SAÚDE**

Quadro 1: Situação da inserção do Plano de Saúde 2018-2021 no DGMP, em % de municípios, por Macrorregião de Saúde, Bahia.

% Plano de Saúde	Centro Leste	Leste	Extremo Sul	Sudoeste	Sul	Centro Norte	Nordeste	Norte	Oeste
Aprovado	68,1	63,8	47,6	66,2	44,1	89,5	66,7	82,1	50,0
Em apreciação pelo CMS	1,4	14,9	0,0	6,8	13,2	0,0	0,0	7,1	38,9
Em elaboração	19,4	2,1	9,5	14,9	22,1	5,3	15,2	3,6	8,3
Não iniciado	11,1	19,1	42,9	12,2	20,6	5,3	18,2	7,1	2,8

Fonte: DGMP, consulta em 04/01/21.

**SITUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO POR REGIÃO DE SAÚDE**

Quadro 2: Percentual de municípios segundo situação da Programação Anual de Saúde 2018, 2019, 2020 e 2021 no DGMP, por Macrorregião de Saúde, Bahia.

Macrorregião	% Aprovado				% Em apreciação pelo CMS				% Em elaboração				% Não iniciada				% Retornado para ajustes			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Centro Leste	55,6	48,9	31,9	31,9	4,2	4,2	2,8	0,0	8,3	11,1	16,1	3,7	31,9	36,1	47,2	84,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Leste	44,7	42,6	29,8	2,1	14,9	12,8	10,6	2,1	14,9	10,6	12,8	6,4	23,4	31,9	42,6	89,4	2,1	2,1	4,3	0,0
Extremo Sul	23,8	19,0	0,0	0,0	4,8	9,5	9,5	0,0	19,0	9,5	4,8	4,8	52,4	61,9	85,7	85,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Sudoeste	47,3	39,2	17,6	0,0	8,1	5,4	5,4	1,4	12,2	17,6	25,7	12,2	32,4	35,1	51,4	86,5	0,0	2,7	0,0	0,0
Sul	25,0	25,0	13,2	2,9	8,8	4,4	5,9	2,9	19,1	17,6	16,2	8,8	45,6	45,6	64,7	85,3	1,5	4,4	0,0	0,0
Centro Norte	78,9	68,4	47,4	0,0	2,6	7,9	2,6	0,0	7,9	18,4	13,2	10,5	15,8	31,6	86,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Nordeste	48,5	42,4	30,3	0,0	3,0	3,0	3,0	0,0	6,1	9,1	12,1	18,2	42,4	45,5	54,5	81,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Norte	17,4	53,6	28,6	3,8	3,8	14,3	17,9	7,1	7,1	21,4	17,9	17,9	25,0	32,1	71,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oeste	44,4	38,1	16,7	2,8	38,9	41,7	41,7	25,0	2,8	11,1	16,7	8,3	11,1	11,1	25,0	55,6	2,8	0,0	0,0	8,3

Fonte: DGMP, consulta em 04/01/21.

940  
941  
942  
943  
944  
945  
946  
947  
948  
949  
950  
951  
952  
953  
954  
955  
956  
957  
958  
959  
960  
961  
962  
963  
964  
965  
966  
967  
968  
969  
970  
971  
972  
973  
974  
975  
976  
977  
978  
979  
980  
981  
982  
983  
984  
985  
986  
987  
988  
989  
990  
991  
992  
993  
994  
995  
996  
997  
998  
999  
1000  
1001  
1002  
1003  
1004  
1005  
1006

Nos *slides* que seguem, a situação dos relatórios trimestrais, também por região, RAG 2018 e RAG 2019, com valores altos de não iniciados também na Extremo-Sul e Sul, sendo preciso colaborar com estes municípios. E falou que a APG/COPLAN disponibilizou técnicos para atenderem, orientarem e que estão sempre fazendo capacitação. No outro *slide*, a importância do registro das informações no DigiSUS, que tanto a Lei Complementar nº 141/2012, como a Lei nº 8429/1992, trazem as condições e a legalidade do lançamento desses instrumentos de planejamento de gestão no sistema de acompanhamento do governo federal, e dispõe sobre a obrigatoriedade de elaboração de Relatórios de Gestão (anual e trimestrais) e sua apresentação ao respectivo Conselho de Saúde, no período legal em audiência pública na Casa Legislativa.

SITUAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO POR REGIÃO DE SAÚDE									
Quadro 3: Situação da inserção do Relatório Anual de Gestão de 2018 no DGMP, em % de municípios, por Macrorregião de Saúde, Bahia.									
% RAG 2018	Centro Leste	Leste	Extremo Sul	Sudoeste	Sul	Centro Norte	Nordeste	Norte	Oeste
Aprovado	29,2	25,5	0	27,0	13,2	39,5	33,3	53,6	41,7
Em apreciação pelo CMS	6,9	17,0	9,5	5,4	8,8	5,3	12,1	3,6	25,0
Em elaboração	23,6	17,0	19,0	21,6	13,2	36,8	6,1	17,9	19,4
Não iniciado	40,3	38,3	71,4	45,9	64,7	18,4	48,5	25,0	13,9
Retornado para ajustes	0	2,1	0	0	0	0	0	0	0
Quadro 4: Situação da inserção do Relatório Anual de Gestão de 2019 no DGMP, em % de municípios, por Macrorregião de Saúde, Bahia.									
% RAG 2019	Centro Leste	Leste	Extremo Sul	Sudoeste	Sul	Centro Norte	Nordeste	Norte	Oeste
Aprovado	23,6	21,3	0,0	21,6	11,8	44,7	33,3	35,7	36,1
Em apreciação pelo CMS	5,6	21,3	4,8	5,4	8,8	2,6	12,1	10,7	25,0
Em elaboração	23,6	14,9	23,8	20,3	13,2	28,9	0,0	21,4	16,7
Não iniciado	47,2	42,6	71,4	52,7	66,2	23,7	54,5	32,1	22,2
Fonte: DGMP, consulta em 04/01/21.									

IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NO DIGISUS
<ul style="list-style-type: none"> <li>Lei Complementar nº 141/2012 – dispõe sobre a obrigatoriedade de elaboração de Relatórios de Gestão (anual e trimestrais) e apresentação no período legal em audiência pública na Casa Legislativa ao respectivo Conselho de Saúde. Cabendo ao conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas dispostas nesta Lei Complementar.</li> <li>Lei nº 8.429/1992 – Em situações em que houver ausência de prestação de contas, trata como ato de improbidade administrativa que atenta contra os princípios da administração pública qualquer ação ou omissão que viole os deveres de honestidade, imparcialidade, legalidade, e lealdade às instituições, e notadamente: VI - deixar de prestar contas quando esteja obrigado a fazê-lo.</li> </ul>

Nos próximos *slides* apresentou os prazos legais de entrega dos instrumentos de planejamento pelos gestores, conforme LC 141/2012 e Portaria 2.135/2013, e lembrou que o Plano de Saúde tem que ser compatível com o Plano Plurianual – PPA, os municípios começam a elaborar, o prefeito deliberará sobre a elaboração do PPA do município e o gestor de saúde começa também a deliberar sobre a elaboração do Plano Municipal de Saúde. Enfatizou a necessidade de expor que o município agora terá também outro aspecto a ser construído, que é a realização das Conferências Municipais de Saúde, para uma elaboração mais organizada e mais consolidada do PMS. A Conferência precede, mas todos sabem que estão em um momento complexo, mas tanto o PPA como o PMS têm que ser elaborados pelo gestor de saúde e o prefeito do município, então são dois instrumentos que devem ser elaborados neste ano, para serem implementados a partir do próximo ano. Em seguida vem a Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão, os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior – RDQA e a Pactuação Interfederativa, que é outro ponto importante. Informou que o sistema tem o módulo de pactuação, ou seja, os municípios pactuam uma meta programada do indicador 17 ao 21 de um conjunto de indicadores e que estão disponíveis, tanto no Observatório - site da SESAB, como no próprio DigiSUS. Os municípios devem consultar quais são os indicadores, qual a meta estabelecida para aquele ano e devem acompanhar aqueles indicadores para depois lançarem o resultado. Reiterou a importância de lançarem o resultado, lembrando dos indicadores da AIDS e da vacina, que requerem registro, assim como outros indicadores, para se conhecer a situação e o cenário de cada município. Então é fundamental o lançamento dos indicadores no sistema de saúde e seu acompanhamento, os municípios precisam ter isso bem claro para ajudarem a equipe do estado e o governo federal a terem um olhar sobre a região, sobre o município e poderem fazer política pública para a saúde de forma adequada.





IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NO DIGISUS
Na oportunidade, ressaltamos os prazos legais de entrega dos instrumentos de planejamento pelos gestores, conforme LC 141/2012 e Portaria 2.135/2013.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Plano de Saúde (PS): compatível com os prazos do PPA, deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo e disponibilizado em meio eletrônico;</li> <li>Programação Anual de Saúde (PAS): elaboração e envio para aprovação do respectivo Conselho de Saúde antes da data de encerramento da LDO do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público; execução no ano subsequente;</li> <li>Relatório Anual de Gestão (RAG): enviado ao respectivo Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo, por meio eletrônico;</li> <li>1º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): deve ser apresentado até final de maio (quadrimestre janeiro-abril) em audiência pública na Casa Legislativa;</li> <li>2º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): deve ser apresentado até final de setembro (quadrimestre maio-agosto) em audiência pública na Casa Legislativa;</li> <li>3º Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA): deve ser apresentado até final de fevereiro (quadrimestre setembro-dezembro) em audiência pública na Casa Legislativa;</li> <li>Pactuação interfederativa (definição de metas para os indicadores): até 31 de março de cada ano (Resolução CIT nº 8/2016), exceto em 2020, prorrogado até 31 de julho (Ato nº 11, de 27 de maio de 2020, relativo à Decisão Ad referendum da Comissão Intergestores Tripartite).</li> </ul>

IMPORTÂNCIA DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES NO DIGISUS
Como esclarecimentos adicionais, fazemos considerações às legislações que referenciam a suspensão de recursos diante a não apresentação dos instrumentos de gestão, a saber:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Artigo 2º da Lei Complementar 141/2012 condiciona suspensão de recursos caso o Ente não possua plano de saúde (...);</li> <li>Artigo 2º do Decreto nº 1.232/1994 acrescenta que a transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde fica condicionada à apresentação de plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde (...); e</li> <li>Artigo 4º da Lei nº 8.142/1990 condiciona o recebimento de recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde a existência do plano de saúde e dos relatórios de gestão (...)</li> </ul>

Em seguida passou a apresentar *slides* sobre o curso de capacitação de gestores municipais, comunicando que a APG/COPLAN recebeu uma proposta do governo federal, por meio da Portaria nº 1.812, de 22 de julho de 2020, para receber um recurso destinado a algumas atividades, e um pouco deste recurso está sendo destinado à capacitação dos municípios para a elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde e as pactuações interfederativas. Assim, estão desenvolvendo essas atividades para os quatrocentos e dezessete municípios, oportunizando ao município a indicação de no mínimo um



técnico ou um gestor da área de saúde para esta capacitação, que é certificada conjuntamente pela Escola de Saúde e a UFBA e, provavelmente, na próxima reunião da CIB, poderão trazer mais detalhes deste curso, que tem como objetivo qualificar a gestão municipal para o planejamento e a gestão em saúde na elaboração dos instrumentos de planejamento e nas pactuações interfederativas, promovendo o uso do sistema de informação nacional, DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP). Esperava que ao final do curso o município consiga pelo menos dar os indicativos ou elaborar seus próprios planos e depois usar a ferramenta. Informou ainda que está sendo construído um manual de apoio à elaboração de planejamento em saúde para disponibilização, em que, além da parte teórica, trará a parte prática, o passo a passo dessa construção, para que o gestor ou o técnico indicado possa dar as linhas gerais de elaboração do plano, a fim de ser o mais bem elaborado possível. O curso será realizado nas nove macrorregiões de saúde do estado, contemplando os gestores e técnicos dos quatrocentos e dezessete municípios, além de três conselheiros do estado, um técnico de cada Base e Núcleos. Assim, Bases e Núcleos terão um técnico de planejamento capacitado para ser depois multiplicador do município e em algum momento do curso entrarão conselheiros municipais, para entenderem o processo de planejamento em que, quando recebem a informação, precisam analisar e aprovar no sistema.

<p><b>CURSO DE CAPACITAÇÃO DE GESTORES MUNICIPAIS</b></p> 	<p><b>•PORTARIA Nº 1.812, DE 22 DE JULHO DE 2020</b></p> <p>•Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.</p> <p>•O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE INTERINO, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, resolve:</p> <p>•Art. 1º Fica instituído, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio aos Estados e ao Distrito Federal que apresentarem projetos destinados ao aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde - RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</p> <p>•Art. 2º O incentivo financeiro de que trata esta Portaria terá o valor de até:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- I - R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), para o Distrito Federal ou para Estados</li> <li>- com até 200 municípios; ou</li> <li>- II - R\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais), para Estados com mais de 200 municípios.</li> </ul> <p>•Parágrafo único. O incentivo financeiro será transferido, na modalidade fundo a fundo, para os Estados e Distrito Federal, em parcela única, após a publicação da portaria de homologação do projeto.</p> 
<p><b>PRODUTO DO PROJETO</b></p> <p>➤ <i>Qualificar a gestão municipal para o planejamento e gestão em saúde, na elaboração dos instrumentos de planejamento e nas pactuações interfederativas, promovendo o uso do sistema de informação nacional – DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP).</i></p> 	<p><b>PROPOSTA DA QUALIFICAÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Disponibilização do Manual de Apoio à elaboração de Planejamento em Saúde para os municípios;</li> <li>➤ O curso será realizado nas 9 macrorregiões do estado da Bahia, contemplando os gestores e técnicos municipais municipais de saúde dos 417 municípios.</li> </ul> 

Finalizou, colocando que esse cenário do DigiSUS, que rotineiramente encaminham para os municípios, para as regiões e conselheiros e que desejava concluir tudo para começarem o curso em maio ou junho. **Stela Souza** agradeceu a **Maria Aparecida dos Santos** pela apresentação e colocou que, como gestora e como membro da Diretoria do COSEMS e da CIB há alguns anos, estava muito preocupada com o que tem sido feito durante todos esses anos, que foram inúmeras as discussões sobre instrumentos de gestão, vários movimentos já foram feitos e hoje questionava a si mesma, trazendo uma reflexão para todos, sobre o que de verdade foi feito para contribuir para que esses instrumentos fossem realmente realizados nos municípios, qual o fortalecimento que COSEMS, SESAB e CIB fizeram e onde estaria o erro. Ressaltou que lhe incomodava ver municípios ainda sem Plano Municipal de Saúde, quando o Plano de 2021 já é para estar pronto e já estarem fazendo o próximo, por isso se questionava sobre o que tinha sido feito em todo esse período, mas não queria resposta, estava se fazendo esta pergunta. E como é que se assume um município que não tem Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, desde 2018, não se sabendo o que aconteceu no município, este é seu momento de se questionar, frente a esse processo de alguns anos, sobre o que foi feito para que realmente isso acontecesse, pois só apresentar em CIB e em reunião de COSEMS não fazia sentido, há um percentual muito grande de municípios que não têm um planejamento sendo preciso refletir sobre isso, se é curso, capacitação, que movimento fazer, é preciso achar um caminho que realmente lhes fizesse entender o que é preciso para isso acontecer. Afirmou que é muito ruim, inclusive tinha ligado para Maria Aparecida dos Santos algumas vezes, porque o gestor chega no município e não encontra absolutamente nada! Dizia isso por ter passado por essa situação, o que fez com que ela refletisse sobre quantos gestores estão assumindo município dessa forma e sobre como o cuidado com essas populações está sendo planejado, daí a necessidade de repensar o fazer dos gestores, pois estão à frente, representando toda a população baiana, e questionarem se a técnica que estão utilizando está sendo efetiva. E repetiu que não queria que ninguém comentasse, talvez estivesse questionando a si mesma, o que tinha feito durante todos esses anos, para que os municípios realmente entendessem o planejamento, a importância de programarem o que fazer, que os gestores municipais e suas equipes, os conselhos municipais de saúde realmente atuassem como Conselhos, em vez de dizerem que, como não tinham recebido, também não tinham nada a ver com isso, nem satisfação a darem. Argumentou que a responsabilidade dos conselhos municipais, do Conselho Estadual e do Conselho Nacional é muito grande, não sabia até que ponto valia a pena penalizar, pois quem está penalizada mesmo é a população, essa nova programação sem planejamento nenhum significa que a população não foi olhada em suas necessidades e ela não estava fazendo discurso vazio, estava dizendo a si mesma e passando o questionamento para todos os seus pares que estão ouvindo, se estavam no caminho certo ou se tinham que mudar o fazer e a forma de levarem para as pessoas, os gestores, os conselhos e para todos, de que não se trata apenas do cumprimento de um rito e sim que, se não fizessem, prejudicaria a população do município. Pediu desculpa pelo desabafo, mas gostaria que ficasse registrado na ata da CIB que, como Presidente do COSEMS, Secretária do Município Madre de Deus e Coordenadora Adjunta da CIB, sugeria reverem como fazer para isso não acontecer, o que poderia ser feito, lembrando que não é agora, na pandemia, 2018 é o PMS de 2017 para 2018, e de 2018 a 2021 também não foi feito e não tinha pandemia, então não adiantava dizerem que foi a pandemia que fez isso, essa é sua sugestão e seu apelo, para repensarem. **Maria Aparecida dos Santos** ressaltou que a apresentação trouxe a entrega do RAG aos conselhos de saúde, para os municípios

1074 que têm RAG, e a Pactuação Interfederativa também, o lançamento da meta do ano é feita no último dia para fazer esse  
1075 lançamento no sistema DigiSUS. **Stela Souza** perguntou qual gestor não pode acessar o DigiSUS, porque é uma sequência,  
1076 se o gestor que chegou no município em 2021 e não encontrando 'o passado', não estando no conselho de saúde, não tendo  
1077 sido lançado no Sistema, não estando em nenhum lugar, então perguntava como alimentar o DigiSUS, se não tem o passado  
1078 para colocar. **Maria Aparecida dos Santos** respondeu que já estão questionando o Ministério da Saúde quanto a isso, pois  
1079 sabiam muito bem como os municípios estão sofrendo neste momento, quando encontram quase nada da gestão e é preciso  
1080 essa responsabilidade do gestor municipal em entender que não são apenas questões legais, mas é uma resposta à própria  
1081 população. Quando ele faz um PMS, sabe que aquilo respalda o município diante dos demais municípios do estado, do  
1082 governo federal e diante da sua população, tem essa importância, e o gestor que entra com esta consciência e encontra  
1083 a situação como Stela Souza havia encontrado, é realmente muito difícil lidar com isso. Infelizmente ainda não tinha resposta do  
1084 Ministério da Saúde, que tinha ficado de dar uma posição sobre os municípios que se encontram nesse cenário. Então é de  
1085 extrema relevância o que Stela Souza trouxe e uma das coisas nessa capacitação, concomitantemente com o COSEMS e a  
1086 CIB é de verificarem, até o final deste ano, se todos os quatrocentos e dezessete municípios estão com o Plano Municipal de  
1087 Saúde pronto e para quem não estiver, teriam que tomar outras providências, já que minimamente o Plano tem que estar  
1088 pronto e lançado, porque aí fica a história e não se perde mais. **Sela Souza** propôs como encaminhamento uma resposta oficial  
1089 aos municípios, porque os prazos vão encerrar e o município não tem como atuar sem PMS e ninguém inventaria um plano  
1090 para alimentar o Sistema. Assim, solicitou à APG que desse uma resposta aos municípios que estão nessa situação, pois todos  
1091 estarão impedidos. **Cássio Garcia** concordou plenamente com Stela Souza, lembrando que são ferramentas de planejamento  
1092 e da legislação do SUS, e é realmente preocupante, tinham que buscar a resposta, cobrarem novamente ao Ministério da Saúde  
1093 para trazerem aqui e não deixarem isso somente como uma apresentação, mas seguirem acompanhando e monitorando.  
1094 Agradeceu à APG pela apresentação e disse que não podiam deixar isso passar, é preciso trazerem respostas para os  
1095 municípios. Dando continuidade, lembrou que a primeira pauta de **Pactuação** tinha sido sobre vacinação COVID - SUVISA e  
1096 com muitas perguntas no Q&A, mas, com a chegada de novas vacinas amanhã ou na quinta-feira, deverá ter uma CIB  
1097 extraordinária, que é só de vacinação, que costuma ser realizada a cada remessa de vacina do Ministério, quando  
1098 responderiam essas dúvidas com mais profundidade. Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2.**  
1099 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 2.1 Mudança na opção de financiamento**  
1100 **da UPA de Senhor do Bonfim.** **Alcina Romero** relatou que é uma mudança de opção de financiamento solicitado pela  
1101 gestão municipal, uma UPA com um financiamento, uma opção de custeio, que prevê um médico de dia e um de noite, e o  
1102 município está solicitando uma mudança de opção, para ter dois médicos de dia e dois de noite, apenas uma questão cartorial.  
1103 **Cássio Garcia** agradeceu a Alcina Romero pelo registro, ressaltou que esta pactuação seguiu todos os fluxos e colocou em  
1104 apreciação. **Houve consenso.** Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2.2 Alocação de recurso**  
1105 **financeiro no âmbito da Portaria GM/MS nº 3712/2021.** **Alcina Romero**, dizendo ser para ficar mais rápido e mais fácil  
1106 de entenderem, apresentou a minuta da resolução, lembrando que estavam tratando da Portaria 3712, de 22 de dezembro de  
1107 2021, em que o Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar no mínimo 30% da produção de procedimentos diagnósticos e  
1108 terapêuticos relacionados às linhas de cuidado do câncer de mama e de colo de útero, aportou um valor para cada estado,  
1109 através de uma metodologia bem complexa, fazendo umas faixas de desempenho por estado e estabelecendo um prazo até o  
1110 dia 31 de março, ou seja, amanhã, para encaminharem ao Ministério da Saúde um plano de ação para aplicação deste recurso,  
1111 bem como a Resolução CIB com a distribuição do recurso, por executor. Relatou que desde o início foi criado um grupo de  
1112 trabalho bipartite para entenderem a portaria, pensarem em uma metodologia e este GT foi coordenado por Fátima Rocha,  
1113 Coordenadora de Rede, com a participação de Cristiane Macedo e Manoela Baqueiro, da APG, Olga Sampaio, da  
1114 Coordenação por Ciclo de Vida e Gênero, e Cristina Gomes, da DGC, com a colaboração de Maria Luiza Campelo, Secretária  
1115 Executiva do COSEMS, Jacqueline Bonfim, Secretária de Saúde de Coribe e Cristina Fuezi, representante da Secretaria  
1116 Municipal de Saúde de Salvador. E efetuou a leitura da minuta da resolução CIB: "aprova o Plano de Ação e a distribuição de  
1117 recurso de incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações de rastreamento, detecção precoce  
1118 e controle do câncer de mama e do colo do útero no Estado da Bahia, considerando a Portaria GM/MS nº 3.712, de 22 de  
1119 dezembro de 2020, que institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso  
1120 às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde". Fez o adendo de  
1121 que este recurso, da ordem de nove milhões de reais, seiscentos e setenta e seis mil, setecentos e setenta e quatro reais e  
1122 setenta e sete centavos para o estado da Bahia não está incorporado ao teto MAC e foi dividido em duas situações, de acordo  
1123 com a metodologia do Ministério Saúde: para as ações de diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero - um milhão,  
1124 quinhentos e trinta e dois mil, quinhentos e quarenta e quatro reais; e para o câncer de mama - oito milhões, cento e quarenta e  
1125 quatro mil, duzentos e trinta reais e setenta e sete centavos. O GT entendeu que o melhor seria aprovar a distribuição de  
1126 recurso em eixos: eixo 1 - ampliação da produção de procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos no câncer de no mínimo  
1127 30%, tomando por base a produção de 2019, então o compromisso é ampliar em 30%; eixo 2 - capacitação de profissionais da  
1128 atenção básica para coleta de Papanicolau, o que foi unânime, sendo trazido inclusive pelo COSEMS a necessidade de  
1129 capacitar profissionais da atenção básica na coleta do Papanicolau, identificado isso como um dos limitantes para que  
1130 pudessem aumentar a produção de citopatológico do colo do útero no estado; e o eixo 3 - um aporte em unidades da rede  
1131 própria da SESAB, com o compromisso que estará estabelecido no plano de ação - em Anexo na resolução - de mais ações  
1132 terapêuticas e diagnósticas, entre elas ultrassonografia mamária, punção aspirativa por agulha grossa, por agulha fina - que  
1133 são um dos grandes gargalos do estado e tiveram o desempenho bem abaixo do esperado - e o anatomopatológico dessas  
1134 biópsias e no citopatológico, no colo de útero seria para as biópsias também de colo de útero e as cisões de zonas de  
1135 transformação, que o desempenho do estado também não foi bom. Para não pulverizar este recurso, tinham entendido que  
1136 deveriam ter uma ação mais coordenada e centralizada, porém com oferta para os quatrocentos e dezessete municípios,  
1137 aportando recursos para ser feito em unidades da rede própria, em sistema de mutirão, ou mesmo em sistema de programação  
1138 mensal, mas separadamente do que já se faz hoje. A meta para ampliação da produção de procedimentos diagnósticos ou  
1139 terapêuticos será de 30% a mais, em relação a 2019. Leu o Artigo 3º: "aprovar a distribuição de recurso para incentivo  
1140 financeiro federal de custeio para o fortalecimento das ações integradas, por eixos e por executor, conforme o Anexo III da

1141 resolução. Em seguida falou dos anexos. O Anexo I - o Plano de Ação construído pela CRAE, um plano robusto, que estará  
1142 anexo por não caber no corpo da resolução e é o que será encaminhado ao Ministério, que quer, além do Plano de Ação, a  
1143 distribuição do recurso, por executor. O Anexo II - os eixos relatados. Os nove milhões, seiscentos e setenta e seis mil reais,  
1144 foram assim distribuídos: 1. para ampliação da produção de procedimento de câncer de mama - na gestão municipal, dois  
1145 milhões, duzentos e quarenta mil reais e na gestão estadual, dois milhões quatrocentos e doze mil reais, isso tudo baseado na  
1146 produção de 2019, seguindo exatamente o mesmo percentual de execução, para executores municipais e estadual; 2. para  
1147 ampliação da produção dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos do câncer de colo de útero - na gestão municipal, um  
1148 milhão, seiscentos e oitenta e quatro mil reais e quatrocentos e oitenta e nove mil reais e na gestão estadual, dois milhões  
1149 cento e setenta e quatro mil, novecentos e sessenta e seis reais e setenta centavos; 3. para a capacitação de profissionais - na  
1150 gestão estadual, novecentos e sessenta e sete mil, seiscentos e setenta e sete reais e quarenta e oito centavos, e informou  
1151 que toda a metodologia desta capacitação para a cobertura dos quatrocentos e dezessete municípios da Bahia será feita  
1152 através da Escola Estadual de Saúde Pública, sendo parte presencial e parte EAD, e esperavam que na próxima CIB já desse  
1153 para apresentarem este curso, para que todos pudessem compreender melhor; 4. para as ações terapêuticas do enfrentamento  
1154 do câncer de mama para melhorar o desempenho do estado em ações em que percebiam que os prestadores têm dificuldade  
1155 em fazer, como a biópsia de colo de útero, a punção por agulha grossa e o anatomopatológico - no teto estadual, um milhão,  
1156 oitocentos e oitenta e dois mil reais. Assim, 41% do recurso foi para a gestão municipal, 59% para gestão estadual, totalizando  
1157 os 100%. No Anexo III, ainda considerando a produção de 2019 e seguindo essa lógica de ampliação de 30% de procedimento  
1158 de mama e colo de útero, este Anexo diz respeito aos dois eixos, ampliação da produção de procedimento de câncer de mama  
1159 e de câncer de colo de útero, estão no Anexo III, por eixo, considerando tudo que foi produzido em 2019. Então os dois estão  
1160 incluindo a capacitação e o recurso do procedimento diagnóstico. Comentou que a princípio tinham achado que seria mais fácil  
1161 fazer por mutirão e a seguir todos os municípios executores de ações, cada um no seu eixo, os municípios que têm  
1162 procedimentos de mama e colo de útero - tem municípios que tem apenas um ou outro - e que fosse feita a portaria com essa  
1163 distribuição do valor total de recursos que está sendo encaminhado pelo Ministério pois, afinal de contas são nove milhões,  
1164 seiscentos e setenta e seis mil reais e toda a distribuição de recurso. Finalizou colocando-se à disposição para tirar dúvidas.  
1165 **Cássio Garcia** agradeceu a Alcina Romero pelo trabalho, disse que é realmente complexo fazer esta distribuição e que foi  
1166 contemplado quase tudo na área, desde a atenção básica, com qualificação, até a execução dos procedimentos. Gostariam  
1167 que o recurso fosse maior, mas é o que tinham, parcela única e cabendo à CIB a responsabilidade de fazer esta pactuação  
1168 para enviar ao Ministério da Saúde, com ampla participação do COSEMS, municípios e área técnica. **Alcina Romero** orientou  
1169 a todos para acessarem o *site* a fim de verem o Plano de Ação e colocou que, caso se fizesse necessário, seria feito um  
1170 instrutivo para os gestores. **Cássio Garcia**, considerou que foi bastante discutido e bem construído e que agora é os  
1171 municípios acessarem o plano de ação e colocarem em prática e trazendo também a possibilidade da qualificação sinalizada  
1172 por Alcina Romero para a próxima CIB. Como não houve manifestações contrárias, **foi aprovado. Nanci Salles** esclareceu a  
1173 pergunta do Secretário de Saúde de Dom Basílio, sobre onde ficaria disponível o Plano apresentado por Alcina Romero, de que  
1174 estará no *site* da CIB, como Anexo I da resolução. Dando seguimento, **Cássio Garcia** passou para o próximo de pauta: **3.**  
1175 **DICON/SUREGS/ GASEC/COSEMS: 3.1 Portaria nº 3641, de 21 de dezembro de 2020, que define a estratégia de acesso**  
1176 **aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS. Naia Neves, Diretora da DICON e membro da CIB**, solicitou a  
1177 Nanci Salles a tela de apresentação da minuta da resolução para otimizar sua fala, tendo em vista que já havia sido  
1178 apresentado no GT, e informou que a portaria trata da estratégia da política para 2021 e manteve as mesmas regras de 2020,  
1179 sem absolutamente nenhuma alteração no fluxo, procedimentos, faixas de AIH ou APAC, tem o mesmo rito de 2020, a  
1180 diferença foi o valor financeiro, que em 2020 foi dezessete milhões e setecentos mil reais para o estado da Bahia e agora teve  
1181 o acréscimo, ultrapassando vinte e quatro milhões de reais para o estado e este aumento se deve também ao aumento de  
1182 produção no estado, considerando a base de 2019, e por isso este recurso em 2021, mas a estratégia foi mantida, como foi  
1183 em 2020, não trazendo nenhum tipo de novidade. Como falara na reunião do GT, achava complicado trazer uma estratégia  
1184 nova, algo diferente, pois vários gestores, assim como o estado, têm vontade de trazer para cirurgias eletivas, até o próprio  
1185 Ministério da Saúde tentou também trazer algo novo, na oficina em 2019, especialmente para as áreas mais críticas como  
1186 urologia e ortopedia, mas o momento ainda não está favorável. Acrescentou que tem uma Nota Técnica do COES estadual,  
1187 com indicação de suspensão de cirurgias até o dia primeiro de abril, exceto os casos de emergência, e é o que tem acontecido  
1188 nos registros, a maior parte, pelo menos nas unidades sob gestão estadual, são cirurgias relacionadas a situações  
1189 emergenciais e, neste momento do pico da pandemia, com equipes voltadas ao atendimento da COVID, com problemas  
1190 relacionados a medicação - especialmente anestésicos - não via outra possibilidade a não ser tratarem o ano de 2021 da forma  
1191 como tinham feito em 2020, uma vez que o prazo para encaminharem a pactuação de recurso ao Ministério é até amanhã. Em  
1192 seguida mostrou a minuta da resolução, com as mesmas considerações, tendo por base o ano 2019, os anexos foram  
1193 mantidos, com os valores distribuídos, mudando somente a parte financeira, os valores distribuídos por município, por região  
1194 de saúde. Houve também algumas alterações de gestor, algumas CIR que tinham encaminhado como gestão municipal no final  
1195 de 2019 e início de 2020, e que passaram para a gestão estadual, algumas alterações desse tipo. Colocou que a proposta é  
1196 manter exatamente a lógica do trabalho das eletivas de 2020 e, ao longo do ano, irem acompanhando como vão se comportar  
1197 em relação à pandemia, se haverá possibilidade de um retorno e de possível repactuação, lembrando que o prazo de  
1198 encaminhamento da resolução publicada ao Ministério é até amanhã e o Ministério manteve não majorar os procedimentos  
1199 oftalmológicos e o restante da majoração, conforme os percentuais de 20%, 70%, de acordo com o pactuado também na última  
1200 resolução. **Cássio Garcia** agradeceu a Naia Neves por todas as considerações debatidas no GT e abriu a palavra para  
1201 dúvidas, lembrando o prazo já no limite, estavam praticamente repetindo a resolução do ano passado, a mesma metodologia,  
1202 sem algo novo, até pela situação do momento pior que o ano passado, com a pandemia, então sem novidade nem grandes  
1203 alterações e não poderia ser diferente, inclusive quando o Ministério lançou essa portaria, no final do ano passado, o momento  
1204 era outro, estavam relativamente bem, comparando com agora, então tem os prazos para cumprirem, e por isso estavam aqui  
1205 para fazerem a pactuação. Como não houve nenhum comentário e nenhum questionamento, colocou em aprovação e **houve**  
1206 **consenso** para a resolução ser enviada ao Ministério amanhã. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de pauta: **3.2**  
1207 **Transferência do recurso do UNACON de Santo Antônio de Jesus. Naia Neves** lembrou que já houve uma apresentação

1208 de Alcina Romero em CIB anterior, sobre essa manifestação do município em transferir o recurso do UNACON de Santo  
1209 Antônio de Jesus, do Hospital e Maternidade Luís Argolo, e que já ocorreram reuniões na inter-regional sobre isso. Explicou  
1210 que a unidade é contratualizada pelo estado, tem leitos de UTI na Rede de Urgência, leitos de retaguarda, leitos para materno  
1211 infantil e o estado tem um contrato ativo com eles. Além disso o estado está também na fase de repactuação de contrato, de  
1212 aditivo e como essa manifestação já vinha desde o início do ano, quando o Secretário do município esteve aqui, tinha  
1213 conversado com ela e com Alcina Romero sobre isso, e houve também reuniões com o Prefeito. Assim, considerava que este é  
1214 o momento de pactuarem, já que estavam em negociação com o prestador, já tem esta contratualização de longa data  
1215 trazendo o recurso para a gestão estadual, para poderem fazer o aditivo de contrato e iniciarem as atividades. Chamou atenção  
1216 que o acesso, o fluxo, é do município e da região, o UNACON de Santo Antônio de Jesus é para atender tanto a região de  
1217 Santo Antônio de Jesus como a de Cruz das Almas, isso precisava ficar claro, é uma questão municipal para o regional, mas o  
1218 estado entra como gestor do recurso, mediante a contratualização que já tem com a unidade e considerando que, desde a  
1219 habilitação, as negociações, as reuniões já têm meses, então é o momento de pactuarem, para já poderem iniciar as tratativas.  
1220 Ressaltou que a vinda deste recurso seria de forma retroativa, porque aí tem alguns impactos financeiros que precisam ser  
1221 vistos e colocados no aditivo, por isso viria de forma retroativa e, a partir da publicação, já iniciarem as tratativas sobre o  
1222 acesso com a unidade, o município e com a região de saúde junto a área técnica da DAE, esta é a proposição. **Stela Souza**  
1223 colocou que a Secretária de Saúde de Amargosa, a Coordenadora da CIR, tinha avisado ontem que é preciso tratar deste  
1224 assunto do UNACON e inclusive ela já tinha pedido fala na reunião. **Rosângela Oliveira, Secretária Municipal de Saúde de**  
1225 **Amargosa e Coordenadora da CIR**, cumprimentou a todos e relatou sobre esta, pauta tratada na primeira reunião ampliada  
1226 da CIR deste ano com a presença de Alcina Romero e que visto que tinham recebido a informação de que o município havia  
1227 disponibilizado o recurso do UNACON Regional para a gestão estadual, tinha ficado pactuada uma reunião extraordinária, a fim  
1228 de tratarem exclusivamente desta pauta, em que o município apresentaria o estudo do impacto financeiro da proposta, os  
1229 fluxos de encaminhamento, a garantia dos exames complementares, que seriam de teto MAC, sabendo que mexeriam com o  
1230 teto da região, dos municípios e seria então encaminhado à CIB. Infelizmente a reunião não aconteceu no dia 25 de março,  
1231 fizeram contato com o secretário de saúde e a área técnica de Santo Antônio de Jesus, sem retorno, acontecendo o mesmo  
1232 com a Coordenadora da CIR, que tinham marcado outra reunião para o dia 8 de março, esperando que o município trouxesse o  
1233 que tinha sido pactuado na reunião anterior, e houve quórum nas duas regiões. Adiantou que desde dezembro o recurso  
1234 financeiro já está sendo aportado no fundo do município executor e este recurso existe inclusive para ser garantido na extensão  
1235 do contrato, mas como Coordenadora da CIR, trazia aqui a palavra de toda a região de que não houve ainda este momento, o  
1236 município não apresentou e ela não(?) estava aqui como região, como Coordenadora de CIR, sem querer ou impedindo isso,  
1237 porque é lógico que é interesse de todos, sabia da importância, mas foi uma luta das duas regiões, um processo que caminhou  
1238 por muito tempo, Cássio Garcia e Alcina Romero acompanharam a execução e tem também essa manifestação do município,  
1239 junto com o prestador. Relatou que essa reunião aconteceu na SESAB, município e prestador, que levou essa manifestação de  
1240 interesse da gestão estadual assumir o UNACON da região de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, e que Naia Neves  
1241 participou da última reunião, com a presença também de Alcina Romero e de Ivonildo Dourado, mas as reuniões posteriores  
1242 que tinham ficado pactuadas ainda não aconteceram e o município de Santo Antônio de Jesus se fez silencioso diante do  
1243 pactuado. Ontem ela sinalizara para Stela Souza que é muito importante, não podiam, enquanto região, deixarem e não  
1244 pactuarem juntos, já que a proposta e o pedido do UNACON de Santo Antônio foi um pedido regional e não uma decisão  
1245 municipal. **Stela Souza** sugeriu que fosse pactuado primeiramente com a região porque, pelo que estava entendendo das  
1246 colocações da Coordenadora, isso tinha sido uma pauta na região, tinham ficado de discutir novamente e sem ser feita a  
1247 discussão, então era impossível trazer agora e particularmente não se sentia à vontade de fazer o encaminhamento de  
1248 aprovação, enquanto não ocorresse a discussão na região, porque quando se aprovou o UNACON de Santo Antônio de Jesus,  
1249 tinha sido na condição de cuidar dos pacientes e da região, então está muito incerto, a não ser que Alcina Romero, Naia Neves  
1250 ou Cássio Garcia tivessem algum outro esclarecimento. **Cássio Garcia** concordou com o encaminhamento sugerido por Stela  
1251 Souza e perguntou se Naia Neves tinha outra questão. **Naia Neves** colocou que tinha conversado com Ivonildo Dourado de  
1252 que este é o momento, até porque estavam na pactuação com a unidade, então, pelo tempo, queria aproveitar este momento  
1253 para isso e porque ela já estava vendo outras coisas como fazer contrato e aditivo, toda a burocracia, estão tramitando de uma  
1254 forma muito lenta no MS, então seria bom aproveitarem o momento. Em sua opinião estava ok, poderia ter se equivocado, mas  
1255 concordava com a Secretária que, se não houve esse momento, é preciso acontecer e poderiam colocar em pauta novamente  
1256 na próxima reunião. **Stela Souza** colocou que faria o encaminhamento, até porque, segundo a SESAB, tem um recurso que  
1257 está sendo aportado desde o ano passado e não está sendo utilizado, é recurso do UNACON e tem que ser aplicado lá,  
1258 lembrando que tempos atrás tinham passado por um problema com o SAMU de Vitória da Conquista tendo sido meses nessa  
1259 luta. Argumentou que a CIB aprova, quer levar o serviço para a região, mas quando o recurso entra tem que ser aplicado, é  
1260 fato que tem uma deficiência de serviço de Oncologia no estado, então seu encaminhamento: fazerem a reunião com a região,  
1261 importante Naia Neves e Alcina Romero participarem, se precisassem do COSEMS estaria também junto, mas que lá tem  
1262 membros da Diretoria do COSEMS e Coordenadores de CIR. Então, fazerem a reunião e já deixarem pactuado aqui que, se  
1263 tudo acontecesse a contento, ao resolverem a situação e tendo chegado toda a documentação, ser publicada uma resolução  
1264 CIB em ad referendum, para não perderem tempo esperando a próxima reunião da CIB. **Alcina Romero** concordou com o  
1265 encaminhamento de Stela Souza e lembrou que na semana passada ocorreria uma reunião da CIR, este tema estava na pauta,  
1266 mas que não teve quórum. **Rosângela Oliveira** explicou que Santo Antônio de Jesus não se fez presente na reunião, tendo  
1267 sido então marcada outra reunião, para o dia 8 de março, mantendo a mesma pauta, pois tanto a Secretária Executiva da CIR  
1268 de Cruz das Almas como a Secretária Executiva da CIR de Santo Antônio de Jesus, fizeram contato com o município, ela  
1269 mesma também tinha feito contato, mas sem retorno. Relatou que tudo que foi proposto na última reunião, em que Alcina  
1270 Romero estava presente, ficou pactuada a reunião para ocorrer no dia 18 de março, mas como aconteceu a CIB, tinha sido  
1271 transferida então para o dia 25, mas, como Santo Antônio não se fez presente, não tinham tido como dar encaminhamento.  
1272 **Alcina Romero** ressaltou a necessidade de fazerem um esforço junto ao município de Santo Antônio de Jesus e solicitou apoio  
1273 do COSEMS, porque é preciso resolver isso, pois já são três competências, indo para a quarta, sem executarem nada, será  
1274 muito complicado executar esse teto este ano, tentarão fazer a compensação, mas é preciso agilizar isso o mais rápido

1275 possível, porque tem que tramitar ainda o ajuste no contrato da SESAB com a Santa Casa, que também não é imediato.  
1276 **Rosângela Oliveira** afirmou que este é o anseio da região, mas é preciso pactuar isso juntos e mostrar o que será feito,  
1277 enfatizando que não estão se opondo à decisão do executor - que é Santo Antônio de Jesus – se decidiu passar para a gestão  
1278 estadual, a região inteira não está se opondo a isso, inclusive poderia falar por Cruz da Almas, porque tinha conversado com  
1279 Thiago hoje pela manhã, então estava falando de reconhecerem, entenderem e pactuarem tudo o que é necessário, para o  
1280 serviço vir a acontecer, a passagem do recurso também implica em execução de serviço e é isso que precisavam garantir, por  
1281 isso que tinham tentado algumas vezes esta pauta, para que o município se apresentasse. **Alcina Romero** pediu a Rosângela  
1282 Oliveira para, caso entendessem como importante, passarem o *link* para que ela e Naia Neves participassem da reunião. **Stela**  
1283 **Souza** manifestou outra preocupação, além dos trâmites da contratação do estado com a unidade, quanto à data de  
1284 encaminhamento de teto, se mandassem, por exemplo, agora em abril, só cairia no mês de junho, então tem algum tempo,  
1285 mas se até o dia de ser enviado o teto não ocorrer CIB, podiam fazer resolução em *ad referendum*, não podiam perder mais  
1286 tempo e precisava ficar amarrado. **Alcina Romero** chamou atenção sobre o que é executar 100% deste recurso e terem 50%  
1287 de tempo, e ainda considerando o período de pandemia, então, quanto mais tempo demorassem, menos possível seria  
1288 executar este recurso no estado. **Stela Souza** concordou com Alcina Romero, mas argumentou que não poderiam concordar  
1289 que não tivesse sido negociado entre os pares, as demandas que vêm das CIR, discutidas e aprovadas com a área técnica,  
1290 não podiam passar por cima da decisão da região, dizendo que não houve discussão e encaminhamento. Desta forma, a CIB  
1291 pode convocar o Secretário Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus para participar da reunião e não prejudicar toda a  
1292 região. E perguntou se o encaminhamento podia ser assim. **Naia Neves** concordou com este encaminhamento e reiterou as  
1293 colocações de Alcina Romero e Stela Souza, afirmando que também faria contato pessoalmente com o gestor e a unidade  
1294 contratualizada, pois é atribuição da Superintendência de Regulação, a DICON acompanha, a fim de poderem participar da  
1295 reunião do dia 8 e saírem de lá com uma definição. E, após definido na região, que saísse uma resolução *ad referendum*, por  
1296 conta do tempo. **Stela Souza** considerou que nenhum membro seria contra, só precisando definir a região. **Leo Prates**,  
1297 **Secretário de Saúde de Salvador**, solicitou esclarecimento da CIB, relatando ter recebido e encaminhado para Rivia Barros  
1298 uma comunicação do estado sobre a situação dos médicos veterinários em defesa sanitária, e exemplificou com a ADAB, e  
1299 perguntou se a CIB já definiu ou não para serem vacinados e, se necessário, realizarem uma CIB extraordinária para definirem  
1300 sobre algumas categorias que ainda não foram definidas, para terminarem os trabalhadores da saúde, como nutricionistas,  
1301 psicólogos, biomédicos, técnicos de laboratório, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais, pois estas categorias notificaram a  
1302 Secretaria Municipal de Saúde e gostaria de uma posição, porque Salvador praticamente já terminou a vacinação dos  
1303 trabalhadores da saúde em atividade, dentro das recomendações estabelecidas para estas categorias, mas não foi colocada a  
1304 situação dos autônomos. Ratificou sua admiração pela liderança e condução de Stela Souza, lembrando que foi combinado  
1305 que definiriam um oitavo grupo prioritário e já estavam praticamente terminando, então pedia autorização para Salvador  
1306 inverter a pauta em relação a cuidadores e doulas, pois Salvador já tem um levantamento completo das doulas, são cerca de  
1307 trinta e oito em atividade, um número pequeno. E consultava também a CIB e a Stela Souza, que está acompanhando a  
1308 realidade de outros municípios, sobre como foi evitada a fraude para vacinação de cuidadores, quais os critérios, porque isso  
1309 tem sido fruto de muito debate na Secretaria Municipal de Saúde e não se chegou a uma equação para a vacinação de  
1310 cuidadores de idosos. **Stela Souza** colocou que não só a Secretaria Municipal de Salvador foi notificada, como o COSEMS  
1311 também, estão notificando o COSEMS até sobre o que os municípios fazem ou não fazem, e informou que nesta semana terá  
1312 uma reunião com o jurídico, para verem como dar conta desta demanda, porque há denúncia de que o município dos oito  
1313 grupos, o oitavo passou na frente e foi colocado no lugar do segundo, sem ter sido realizada ainda a vacinação do terceiro, do  
1314 quarto, do quinto, do sexto e do sétimo, e o Ministério Público Federal, as associações, a Associação Brasileira de Pessoas  
1315 com Síndrome de Down, os pacientes oncológicos cobrando, e várias demandas que estão chegando, isso falando de todos os  
1316 municípios. Ressaltou que talvez na quinta-feira houvesse uma CIB Extraordinária, dependendo da pauta que chegasse do  
1317 Ministério, se mandassem amanhã, a reunião seria amanhã, e lembrando que a pauta é um informe técnico, sobre a  
1318 quantidade de vacinas que o Ministério manda, e quando manda significa que na madrugada ou no outro dia pela manhã  
1319 chegaria vacina e então acontece a CIB Extraordinária. Por algumas informações, as vacinas devem chegar na quinta-feira e  
1320 então, receberiam com certeza vacina, a maior ou a menor. Assim, que aguardassem para ver se isso seria trazido para a  
1321 pauta amanhã. Pediu a Nanci Salles que todos os questionamentos de hoje sobre vacina fossem os primeiros pontos a serem  
1322 apresentados na Reunião Extraordinária de vacina, porque cada secretário que colocou seu questionamento no Q&A merece  
1323 resposta, podendo ser importante também para outros municípios. E pediu a Leo Prates que aguardasse a CIB Extraordinária  
1324 para trazerem esta pauta. **Leo Prates** concordou, mas perguntou a Stela Souza, como liderança maior, se a CIB já tinha  
1325 decidido se é para vacinarem ou não os médicos veterinários em defesa sanitária e se já foi definido um protocolo sobre os  
1326 cuidadores, pois ele estava realmente meio perdido. **Stela Souza** pediu a alguém da DIVEP para esclarecer, mas disse que,  
1327 até onde sabia, ainda não tem um protocolo, ressaltando que a questão dos cuidadores é muito difícil, pois o que se pode  
1328 cobrar é o cuidador que tem vínculo de cuidador, que é muito frágil quando se apresenta um documento sobre para quem é o  
1329 cuidado, porque toda família tem um idoso, um acamado ou não, mas toda família tem parentes que fazem revezamento para  
1330 cuidar e, se fossem trabalhar nessa lógica, vacinariam quase toda a população e não teriam vacina, porque o problema não é  
1331 não vacinar e sim ter vacina, então isso não foi definido ainda. **Rivia Barros** confirmou que esta é mesmo a dificuldade que  
1332 estão enfrentando em todas as categorias e continuariam enfrentando, e em algumas teriam que tomar uma decisão, assim,  
1333 acreditava que deviam manter a oficialização do cuidador, porque é a única forma de controlar, não existindo outra forma. **Leo**  
1334 **Prates** questionou sobre o que tinha passado para ela, a respeito dos médicos veterinários em defesa sanitária, se tinha ou  
1335 não sido definido e **Rivia Barros** respondeu que as doses recebidas são para os médicos veterinários que trabalham nas  
1336 unidades de saúde, até agora não veio doses separadas para médicos veterinários que trabalham em Pet Shop ou em hospital  
1337 veterinário. **Leo Prates** argumentou que não é em Pet Shop e sim em defesa sanitária como, por exemplo, a ADAB, no caso do  
1338 governo do estado e **Rivia Barros** respondeu que a ADAB não é unidade de saúde, apesar de trabalharem em defesa  
1339 sanitária, e exemplificou: o veterinário vai vacinar o gado em uma fazenda contra aftosa ou outra coisa, para as pessoas não  
1340 consumirem a carne contaminada e ficarem doentes, então a lógica é cuidar dos animais para o humano não adoecer. E, pelo  
1341 que consta no PNI, são os veterinários que estão trabalhando em unidade de saúde, então ficava complicado, porque a ADAB

1342 faz parte de outro sistema que não é da SESAB, nem da Secretaria Municipal de Saúde, além disso não tem doses de vacina,  
1343 a vontade é de vacinar todos. **Leo Prates**, para esclarecer seu problema, lembrou a Rívia Barros uma comunicação da SESAB  
1344 encaminhada para o CRMV - Conselho Regional de Medicina Veterinária, informando que a vacinação de médicos veterinários  
1345 em defesa sanitária já tinha sido autorizada, por isso estava fazendo essa consulta. **Rívia Barros** argumentou que quem  
1346 escreveu 'defesa sanitária' tinha se equivocado e **Leo Prates** reiterou que o CRMV está acionando a SESAB, que respondeu  
1347 exatamente o que Rívia Barros está falando, mas o que ele não queria é que ficasse parecendo que os municípios estão com  
1348 má vontade de vacinar médico veterinário, pois o Conselho é que tinha lhe passado a comunicação oficial da SESAB,  
1349 informando que os 'em defesa sanitária' deviam ser vacinados. **Stela Souza** relatou que tinha acabado de receber o  
1350 comunicado e estava lendo, e **Leo Prates** ressaltou que é uma troca de cartas entre a CRMV e a SESAB, o CRMV já tendo  
1351 notificado a ele sobre esta carta. **Rívia Barros** reforçou que tinha ocorrido um equívoco, porque a palavra "sanitária" é usada  
1352 em vários contextos e às vezes o pessoal da saúde desconhece que tem o uso do termo 'defesa sanitária' também na  
1353 agricultura, na pecuária, que é um ato da saúde, mas não é dentro da saúde, o restante está correto, lembrava que defesa  
1354 sanitária não é nem da área da saúde, mas da área da agricultura. **Leo Prates** relatou que ele é também o Secretário de  
1355 Proteção Animal de Salvador e a Diretoria Animal também é tratada por ele, então precisava muito dos veterinários, para ele  
1356 seria um privilégio e uma honra, mas o que não queria é que isso ficasse na sua conta, porque do jeito que está colocada a  
1357 narrativa, parece que ele é que não quer vacinar os médicos veterinários. **Rívia Barros** pediu um tempo a Leo Prates para ver  
1358 como que tinha sido a nota e se isso consta na Nota Nacional. Comentando também sobre o problema que houve com a  
1359 contagem das doses 1 e 2 de Salvador, falou que ontem tinha conversado bastante com Vânia Rebouças, que não se  
1360 encontra nesta reunião da CIB por ter ido a uma reunião no Ministério da Saúde, para discutir também este problema, porque o  
1361 Ministério obteve a informação no sistema nacional, não sabia a partir de quando, e quando o estado recebe doses é com uma  
1362 nota do Ministério, o estado lança uma nota para cada município, informando que vai receber 'X' vacinas, tendo que lançar  
1363 antes no sistema, porque são quatrocentos e dezessete municípios e precisam de um tempo para lançarem no sistema, assim,  
1364 entre o momento de receberem as doses e o que o sistema do Ministério computa que o município está com este quantitativo  
1365 'X' de doses, no momento que lança que recebeu as doses, dessa forma, o MS, computando que o município está com 'X'  
1366 doses, faz a conta para identificar qual município está vacinando mais ou menos. Qual tinha sido sua surpresa, por causa do  
1367 caso de Leo Prates, foi identificado que o sistema registra não é quando o município informa que está recebendo - e que,  
1368 segundo ela, é o correto - mas pega a informação no momento que o estado lança que fará a entrega e, assim, podendo ser  
1369 um, dois, três dias, uma semana antes. Relatou que ontem Vânia Rebouças já tinha conversado com Patrícia XXX, do MS,  
1370 sobre erro no sistema, como está sendo feita a contagem e ela tinha ficado de dar uma resposta sobre o que poderia ser feito,  
1371 porque o correto é levantar os dados quando o município informa que recebeu. **Leo Prates** esclareceu, para que todos  
1372 pudessem compreender esta discussão com Rívia Barros, que os indicadores de Salvador e da Bahia poderiam estar bem  
1373 melhores, era para o estado estar em uma posição melhor e Salvador estar em primeiro lugar em vacinação entre as capitais  
1374 do Brasil, mas o governo federal lançou antes de Salvador receber as segundas doses, e isso está diminuindo o indicador.  
1375 Enfatizou que seu desejo, assim como o do Coordenador da CIB, que foi quem tinha lhe chamado atenção sobre este sistema,  
1376 é de mostrarem o trabalho que todos estão fazendo aqui e não serem colocadas doses que ainda não mandou no sistema, ou  
1377 seja, Maceió - que hoje é o estado que compete com o nosso pelo primeiro lugar, proporcional em vacinação no Brasil, e está  
1378 bem melhor do que Salvador - não lançou porque o indicador para proporcionalidade, que é o número de doses de vacinados  
1379 sobre o total de doses recebidas, tanto na primeira dose quanto na segunda, se aumenta o denominador diminui a proporção,  
1380 ou seja, diminui o indicador e Rívia Barros está ajudando muito nisso. E agradeceu à SESAB, ressaltando que isso é uma  
1381 injustiça, porque já era para Salvador ser a capital que mais vacina no Brasil. **Cássio Garcia** observou que Leo Prates trouxe  
1382 uma questão importante e que ele sinalizou uma resposta da SESAB à ADAB - disse que Rívia Barros está investigando sobre  
1383 o uso do termo 'defesa sanitária' e relatou que o Gabinete tem recebido inúmeras solicitações de diversas categorias e  
1384 associações, pedindo para serem incluídos na vacinação. Assim, podia acontecer mesmo um erro desse em uma equipe como  
1385 a DIVEP, já reduzida e sobrecarregada com a pandemia, e não poderiam deixar de responder. Então, que combinassem aqui  
1386 que essas respostas fossem baseadas no que está valendo na Resolução CIB, conforme pactuado, assim ficaria uniforme e  
1387 fácil para Leo Prates e para todos os municípios responderem, para evitar esse tipo de coisa, que nesse caso é  
1388 intergovernamental, duas secretarias, mas podia acontecer de alguma palavra ser mal interpretada e causar esse ruído e que  
1389 causou realmente um problema para Leo Prates e para a Sesab, e são as Resoluções CIB que estão valendo mesmo, por isso  
1390 que estavam tentando ter esse cuidado e, a cada nova remessa, fazendo a pactuação, incluindo categorias profissionais,  
1391 enfim, o que é possível, de acordo com o quantitativo que chega de vacina. **Stela Souza** concordou com Cássio Garcia e  
1392 colocou que o texto deixa realmente uma palavra solta, não conhecia essa resposta porque não tinha recebido, foi  
1393 encaminhada para quem de direito e lhe preocupava terem respondido ao órgão e não darem conhecimento para todos, porque  
1394 ficavam sem saber o que está sendo definido. Então, tinham que seguir o que está na resolução e, se no seu corpo tem uma  
1395 palavra que caracteriza que serão todos e, não sendo todos, que fosse feita uma retificação, até para assegurar, não apenas  
1396 para Salvador, como para todos os municípios, pois são pessoas de todos os municípios que ajudam na segurança das  
1397 vacinas e dos locais onde estão vacinando, tinham que pensar no todo. Comentou que, lendo agora, tinha entendido que não  
1398 tem uma afirmação, realmente deixa dúvida, então solicitava a Rívia Barros uma retificação, para encaminharem o mais rápido  
1399 possível ao Conselho, com cópia para a CIB porque, como Leo Prates já tinha recebido, logo o COSEMS também receberia e  
1400 teriam que responder pelos municípios, para que pudessem ter ciência de até onde irem, mas, até o momento, valendo o que  
1401 está na CIB, inclusive mudando a terminologia, porque até hoje se trabalhou com a recomendação e amanhã pensariam como  
1402 estabelecer isso na CIB Extraordinária. **Cássio Garcia** perguntou a Leo Prates se amanhã teria vacinação de profissionais de  
1403 saúde, porque tinha ouvido falar que talvez fosse interromper para vacinarem os policiais militares, essa era uma dúvida sua e  
1404 Leo Prates respondeu que talvez parasse mesmo, porque hoje a vacinação de trabalhador da saúde está praticamente nula,  
1405 por isso tinha pedido para ver as últimas categorias do escalonamento, que já estava terminando e não queria ficar com a  
1406 estrutura praticamente em desuso. Então estava pensando em deixar os trabalhadores da saúde para segunda e terça-feira e,  
1407 no restante dos dias, darem andamento aos demais, lembrando que agora só ficavam faltando cuidadores, doulas e as  
1408 categorias que ainda não foram escalonadas pela CIB, de resto Salvador já caminhou bem e ontem foram vacinados mais ou

1409 menos três mil trabalhadores da saúde. **Cássio Garcia** e **Stela Souza** agradeceram a presença de todos, declarando  
1410 **encerrada a sessão** e confirmando a próxima reunião para o dia 22 de abril de 2021, às 14 horas. Lembrou que praticamente  
1411 toda semana tem CIB Extraordinária de Vacinação, possivelmente teria amanhã e esclareceu que de vez em quando  
1412 convocavam de última hora para a reunião, por ser quando o Ministério avisa que está mandando vacina. Não havendo mais o  
1413 que tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB (Silvana Salume) e revisão feita  
1414 pelo núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata,  
1415 que será assinada pelos senhores membros, após lida e aprovada. Salvador, 30 de março de 2021.

1416 Membros Titulares:

1417 Fábio Vilas-Boas Pinto \_\_\_\_\_

1418 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_

1419 Ivonildo Dourado Bastos \_\_\_\_\_

1420 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_

1421 Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_

1422 Leonardo Silva Prates \_\_\_\_\_

1423 Claudio Soares Feres \_\_\_\_\_

1424 Membros Suplentes:

1425 Naia Neves Lucena \_\_\_\_\_

1426 Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_

1427 Geraldo Magela Ribeiro \_\_\_\_\_