

Aos vinte dias do mês de maio 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, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Rívia Mary de Barros, Leonardo Silva Prates, Jacklene Mirne Gonçalves Santos, João Rodrigues de Góes Júnior, Jacqueline Silva do Bomfim, e dos suplentes, Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Naia Neves de Lucena, Raul Moreira Molina Barrios, Marcelo de Jesus Cerqueira, Geraldo Magela Ribeiro, Silvia Alves Ferreira Carneiro e Claudio Soares Feres. Às 09 horas e 35 minutos, a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão informando que o Senhor Coordenador e Cássio Garcia justificaram que estavam em uma demanda urgente, mas logo estariam chegando. Em seguida passou a palavra para Nanci Salles, para efetuar a leitura das Resoluções publicadas *ad referendum* para ratificação dos membros da CIB. **Nanci Salles** cumpriu a todos e procedeu à **leitura das Resoluções *ad referendum***:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
078/2021	06/05/2021	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 Leitões de Suporte Ventilatório Pulmonar do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
081/2021	11/05/2021	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).
083/2021	14/05/2021	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 Leitões de Suporte Ventilatório Pulmonar do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.
084/2021	15/05/2021	Aprova ad referendum a atualização do levantamento da necessidade de D2 da vacina contra a Covid-19 dos municípios do Estado da Bahia, para solicitação de reposição ao Ministério da Saúde.

Em relação à Resolução nº 084/2021, esclareceu que, como já havia sido recebido uma parte das D2, o Ministério solicitou à CIB que atualizasse essa resolução para que pudesse encaminhar o restante de D2 que estava devendo ao estado. Em seguida, **Stela Souza** submeteu aos membros a **ratificação das Resoluções *ad referendum***, como não houve nenhuma manifestação, foram **ratificadas à unanimidade**. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **Informes: 1. Comunicado sobre Credenciamentos solicitados ao MS:**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF	Mucuri
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Boninal
	01 ESB Modalidade II	Guanambi
	01 ESB Modalidade II	Cruz das Almas
ACS – Agente Comunitário de Saúde	02 ACS	Boninal
ECR – Equipe de Consultório na Rua	01 ECR Modalidade III	Camaçari

**2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC: 2.1 Termo de Referência de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM) como ponto do Componente da Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT) segundo a Portaria MS/GM nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017 e Portaria MS/SAS nº 544, de 07 de maio de 2018, enquanto estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados.** **Nanci Salles** esclareceu que esse Termo de Referência foi adequado para atender a estas Portarias porque anteriormente o fluxo era feito diretamente com o Ministério, sem mais necessidade de Resolução CIB, mas agora o Ministério retomou essa necessidade e a Área Técnica disponibilizou esse Termo para orientar um pouco mais o fluxo aos municípios e às CIR, a fim de poderem seguir as recomendações em relação à documentação e ao passo a passo para solicitação de Equipe de AMENT e o Termo estará disponível também no *site* da CIB, para o COSEMS divulgar também para os municípios. **Liliane Mascarenhas, Diretora da DGC**, cumpriu a todos e reforçou que esse dispositivo vem fortalecer a Atenção Básica, porque se agregará ao cuidado integral e é importante pensar sempre em trabalhar na perspectiva de rede, de territorialização, a fim de garantir esse cuidado no território e repetiu que tinha colocado toda orientação à disposição. Informou que até ontem várias demandas chegaram para serem analisadas pela área técnica, então, considerando que após a área verificar que a documentação está toda apta, avaliassem a possibilidade de ser aprovada resolução em *ad referendum*, para os municípios poderem fazer todas as tramitações junto ao Ministério da Saúde. Dando seguimento, **Nanci Salles** continuou a leitura dos expedientes encaminhados para **Informes: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 3.1 Capacitação em Manejo Clínico e Vigilância Epidemiológica da Tuberculose para Atenção Básica, em municípios da Bahia com a maior carga da Tuberculose; 3.2 Projeto de Capacitação em Hanseníase em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Eleuzina Falcão, Coordenadora da Coordenação de Doenças e Agravos Transmissíveis da DIVEP**, cumpriu a todos lembrando todo o efeito devastador da pandemia nos indicadores das doenças transmissíveis, particularmente na Tuberculose e Hanseníase. Relatou que a área técnica fez um levantamento da situação, principalmente dos indicadores que acompanham mais diuturnamente - indicador de cura, indicador de contatos – e que em 2018 e 2019 tiveram uma queda preocupante. Relatou que em fevereiro e março deste ano tinham feito uma aproximação com todas as coordenações, regionais e municipais - porque teve mudanças

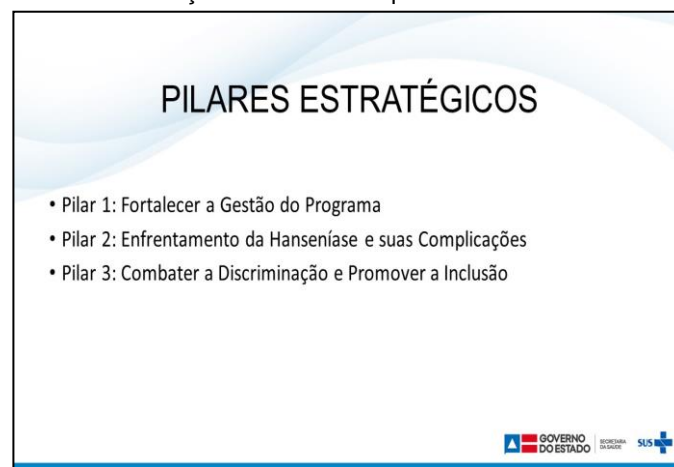
nas equipes dos municípios - e um dos problemas detectados foi a mudança das referências técnicas, tanto na área de Hanseníase como na de Tuberculose. Informou que, para Tuberculose, estão promovendo uma capacitação para as referências na Atenção Básica e solicitou que os municípios a repassassem para toda a área técnica. Assim, nesse momento, a referência municipal está sendo capacitada e é importante que seja replicada no território, pois estão acompanhando esses indicadores. Com relação a Hanseníase, está sendo feito um trabalho em parceria com o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Dermatologia e, nessa proposta, foram eleitos municípios para acompanhamento mais de perto, principalmente os que apresentam maiores taxas de detecção, se é que nesse momento se podia falar sobre essa maior taxa de detecção, considerando a queda também na detecção nesse período. E colocou a necessidade de pactuarem com os secretários municipais para terem um olhar diferenciado sobre esses dois agravos com capacitação no território. Dando prosseguimento, **Nanci Salles** passou para a 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
Maracás	Hospital Municipal Dr. Álvaro Bezerra	2600854	13.910.203/0001-67	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Vitória da Conquista	Policlínica Regional de Saúde Vitória da Conquista	9866035	31.550.540/0001-72	1902 – Vasectomia
Ibipitanga	Centro de Atenção Psicossocial – Tipo I	01857878	11.500.259/0001-18	CAPS I
Gongogi	Hospital Municipal Edésia Rocha Neves	3023036	12.769.464/0001-46	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – e-MAESM Tipo 2

A **Secretária Executiva** lembrou que as documentações para equipes de AMENT foram encaminhadas por outras CIR e, ao ser procurada por Liliane Mascarenhas, a sua sugestão tinha sido de considerarem as equipes que encaminharam até ontem, para a área técnica analisar e, estando tudo ok, encaminharem a minuta de resolução para publicação ad referendum e, assim, não terem que aguardar a próxima reunião da CIB. Próximo ponto de **Homologação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 2.1 Plano de Enfrentamento da Hanseníase - biênio 2021/2022.** **Eleuzina Falcão** falou que, com base nos indicadores avaliados de 2020 e do primeiro trimestre de 2021, a equipe técnica tinha sentido necessidade de revisitar o Plano para o quadriênio 2019-2022, à luz da situação pandêmica vivenciada. A proposta neste momento para o plano é trabalharem com maior intensidade nas áreas endêmicas, acompanharem virtualmente o trabalho das equipes e em alguns casos presencialmente, e redirecioná-lo para tentarem resgatar as perdas nos indicadores de acompanhamento e indicadores de cura nesse período de 2021 e 2022, esse é o objetivo do plano. Iniciou a apresentação em *slides*, colocando que o Plano para Enfrentamento da Hanseníase no Estado da Bahia 2021-2022 é embasado na Estratégia Nacional para o enfrentamento da Hanseníase e define as estratégias estaduais para melhoria na detecção de cura dos casos, incentivando que as atividades de controle estejam disponíveis e acessíveis a todos os indivíduos no contexto da pandemia.



Mostrou o *slide* dos três Pilares Estratégicos com que estão trabalhando: o fortalecimento da gestão do programa; o enfrentamento da Hanseníase e suas complicações; e o combate à discriminação, promovendo a inclusão dos pacientes e familiares. No *slide* com o coeficiente de detecção, observou uma variação negativa para todas as regiões e é disso que se trata quando falam do impacto da pandemia nesses indicadores, o que é uma preocupação, sendo necessário chamar atenção disso e se debruçarem sobre essa questão.



98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164

No *slide* com o coeficiente de detecção de casos novos, em 2020 teve diversas regiões sem detecção, mostrando que houve uma parada da avaliação no acompanhamento dos indicadores e a necessidade de voltarem a mapear a situação dentro dos territórios, porque sabiam do impacto de dois anos sem atividades em áreas endêmicas para Hanseníase. O *slide* seguinte mostra queda significativa na proporção de contatos examinados, o que é muito preocupante, inclusive são indicadores de resultado e, além das quedas muito altas dos indicadores, chamava atenção que, entre as regiões, somente a de Irecê apresentou um indicador positivo e por esta razão estavam mantendo contato com a região para tratarem das estratégias lá utilizadas, como estão conseguindo esse resultado diferentemente de todo o território, para tentarem resgatar esse indicador de contatos examinados.

**Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos e variação percentual segundo Região de Saúde, Bahia, 2019 e 2020**

Região de Saúde	2019	2020	Variação no coeficiente de detecção (%)
Faixa de Santarém	1,49	0,00	-100,0
Ilheus de Itapicuru	2,29	0,00	-100,0
Sentor do Bonfim	1,21	0,00	-100,0
Beauregard	2,03	0,00	-100,0
Vila Rica de Conquista	3,05	0,00	-100,0
Ilhéus	1,84	0,00	-100,0
Ilhéus	1,48	0,00	-100,0
Valença	2,21	0,00	-100,0
Boqueirão	6,79	1,70	-75,0
Serra	4,02	1,15	-71,4
Ilhéus	1,94	0,31	-84,0
Campaias	6,02	1,41	-76,9
Ilhéus	2,78	0,24	-91,4
Barragem	6,94	0,08	-98,6
Ilhéus	2,75	1,38	-50,0
Ilhéus	3,24	1,87	-42,3
Santo Antônio de Jesus	1,73	0,86	-50,0
Alagoinhas	2,73	1,87	-31,5
Santa Maria da Vitória	4,81	2,41	-50,0
Ilhéus	3,31	1,56	-53,0
Ilhéus	2,47	1,24	-50,0
Sentor	2,80	1,30	-53,6
Ilhéus	3,02	0,80	-73,5
Ilhéus	1,70	1,70	0,0
Cruz das Almas	0,00	0,00	0,0
Ribeira do Pontal	0,00	0,00	0,0
Ilhéus	0,00	0,00	0,0
Suape	0,00	0,00	0,0
Bahia	3,71	1,24	-66,6

Parâmetros:  
Baixa < 0,50/100.000 hab  
Média 0,50 a 1,49/100.000 hab  
Alta 1,50 a 4,99/100.000 hab  
Muito Alta 5,00 a 9,99/100.000 hab  
Hipertensão > 10,00/100.000 hab

**Proporção de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e variação percentual por Região de Saúde, Bahia, 2019 e 2020**

Região de Saúde	2019	2020	Variação (%)
Valença	20	0,0	-100,0
Beauregard	207	24,3	-88,3
Cruz das Almas	403	33,3	-91,7
Jacobina	278	65,1	-76,9
Alagoinhas	62	31	-50,0
Sentor	82	73,3	-11,0
Sentor	74	68,8	-6,9
Barragem	81	74	-8,4
Sentor	91	86	-5,8
Jacupira	86	81,7	-5,7
Sentor	90	87,4	-3,1
Santa Maria da Vitória	20	19,7	-1,5
Ilhéus	83	82,4	-0,6
Vila Rica de Conquista	21	21	0,0
Valença	12	12,1	0,0
Boqueirão	77	77	0,0
Sentor do Bonfim	87	87,9	0,5
Sentor	84	86	2,4
Santo Antônio de Jesus	76	78,2	4,1
Sentor	84	84,8	0,5
Faixa de Santarém	36	38,3	6,1
Sentor	84	85,8	1,4
Ilhéus	81	82,8	2,3
Campaias	50	51,4	2,8
Ribeira do Pontal	11	11,9	8,2
Ilhéus	40	42,2	5,5
Sentor	28	28,8	2,9
Bahia	75	76,5	2,0

Parâmetros:  
Baixa < 50%  
Regular: 75 a 85,9%  
Precário: > 75%

Nos *slides* que seguem: a proporção de cura da Hanseníase, muito preocupante também e apenas a região de Paulo Afonso apresentou uma melhora neste indicador, com relatos entre 2019 e 2020, e para todo o restante do estado são resultados negativos, sabiam do período da pandemia, com desabastecimento de medicação, não tendo ficado um período longo porque tinham remanejado medicamento. Assim, hoje essa situação está pacificada, mas é um indicador que preocupa muito e estavam revisitando caso a caso. No outro *slide*, as ações propostas no **Pilar 1 – Fortalecer a gestão do Programa nos municípios**: apoiar os municípios na elaboração dos planos de enfrentamento - já foi concluído; realizar capacitação sobre ações de vigilância na Hanseníase; identificar referência técnica para acompanhamento do agravo no município; capacitar, em parceria com o Ministério da Saúde, os profissionais da Atenção Básica em manejo clínico e prevenção de incapacidades de Hanseníase; capacitar profissionais de referência nos municípios para o Sistema de Informação, porque existe um grave problema de notificação; realizar ações para o alcance dos indicadores de detecção de casos, detecção em menores de 15, e ampliar proporção dos contatos e proporção de cura; promover ações que favoreçam o diagnóstico precoce. E enfatizou que na situação que estavam vivendo, precisavam se dedicar pelo menos a esses quatro indicadores, muito embora, dentro da proposta do Programa Estadual, o elenco fosse superior a doze indicadores.

**Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes e variação percentual por Região de Saúde, Bahia, 2019 e 2020**

Região de Saúde	2019	2020	Variação (%)
Valença	75	33,3	-55,0
Beauregard	71	33,3	-53,4
Cruz das Almas	64,3	33,3	-48,2
Ribeira do Pontal	61,4	47	-23,1
Alagoinhas	74,8	54,2	-27,3
Ilhéus	61,0	48,7	-21,2
Vila Rica de Conquista	68,1	54,3	-20,3
Ilhéus	48,0	37,1	-22,9
Boqueirão	81,1	74,3	-8,3
Sentor	79,3	70,0	-12,3
Faixa de Santarém	61,2	61,4	0,3
Ilhéus	80,9	81,3	0,5
Tombador	76,8	73,3	-4,6
Santa Maria da Vitória	72,8	70,4	-3,3
Ilhéus	78,2	75,7	-3,2
Ilhéus	80,9	80,9	0,0
Beauregard	82	81,8	-0,2
Campaias	86,7	87,0	0,3
Sentor do Bonfim	86,7	87,0	0,3
Jacupira	75,8	76,3	0,7
Jacupira	81,9	82,7	0,9
Santo Antônio de Jesus	74,1	77,8	4,9
Paulo Afonso	88,2	90,2	2,3
Ilhéus	88,8	87,9	-1,1
Barragem	75	80,4	6,8
Ilhéus	67,8	78,7	14,8
Ilhéus	81,2	81,2	0,0
Sentor	77,5	79	1,8
Bahia	77	78,7	2,2

Parâmetros:  
Baixa < 50%  
Regular: 75 a 90%  
Precário: > 75%

**Ações Propostas**

- **Pilar 1: Fortalecer a Gestão do Programa nos municípios**
  - ✓ Apoiar Municípios na elaboração dos planos de enfrentamento – **concluído**
  - ✓ Realizar capacitação sobre ações de vigilância na hanseníase – **concluído**
  - ✓ Identificar referência técnica para acompanhamento do agravo no município.
  - ✓ Capacitar os profissionais da Atenção Básica em Manejo clínico e Prevenção de Incapacidades de Hanseníase
  - ✓ Capacitar os profissionais de referência para o agravo nos municípios no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – **em andamento**
  - ✓ Realizar ações para alcance dos indicadores de: detecção de casos, detecção em menores de 15 anos, ampliar proporção dos contatos examinados e proporção de cura.
  - ✓ Promover ações que favoreçam o diagnóstico precoce

Nos próximo *slide*, as ações propostas nos Pilares 2 e 3. No **Pilar 2 - Enfrentamento da Hanseníase e suas complicações**: avaliar e monitorar o SINAN, com elaboração de relatório das incompletudes e inconsistências; apoiar os municípios na descentralização dos serviços de Hanseníase para as unidades básicas de saúde; orientar quanto ao exame para todos os contatos domiciliares e sociais de Hanseníase; assegurar a dispensação de medicamentos; assegurar as consultas de acompanhamento e as visitas, principalmente nesse momento, para tentar minimizar a situação dos indicadores; realizar a busca de faltosos. E no **Pilar 3 – Combater a Discriminação e Promover a inclusão**: mobilizar organizações não governamentais, entidades civis e religiosas para redução do estigma e discriminação contra as pessoas com Hanseníase e suas famílias. E finalizou sua apresentação lembrando que este plano está delimitado para 2021/2022, com base na avaliação dos impactos da pandemia no território para os indicadores de Hanseníase.

**Ações Propostas**

- **Pilar 2: Enfrentamento da Hanseníase e suas Complicações**
  - ✓ Avaliar e monitorar o SINAN com elaboração de relatório das incompletudes e inconsistências.
  - ✓ Apoiar os municípios na descentralização do serviço de hanseníase para as Unidades Básicas de Saúde
  - ✓ Orientar o exame de todos os contatos domiciliares e sociais de hanseníase
  - ✓ Assegurar a dispensação de medicamentos
  - ✓ Assegurar as consultas de acompanhamento
  - ✓ Realizar busca de faltosos
- **Pilar 3: Combater a Discriminação e Promover a Inclusão**
  - ✓ Mobilizar organizações não governamentais, entidades civis e religiosas para redução do estigma e discriminação contra as pessoas com hanseníase e suas famílias

Secretaria de Saúde do Estado  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação de Agravos  
GT Hanseníase

Contato: 3116-0051  
E-mail: divsep.coagravos@saude.ba.gov.br  
divsep.hanseníase@saude.ba.gov.br

165 **Stela Souza** agradeceu a Eleuzina Falcão e retornou ao ponto **2.1 dos Informes**, observando que na Pauta desta reunião este  
166 ponto consta como Informe, mas a Diretora da Gestão do Cuidado, Liliane Mascarenhas, propôs, para os planos das propostas  
167 que foram encaminhados até ontem, que fossem aprovados após análise e avaliação da área técnica, pois é preciso aprovar  
168 em CIB e como não estava no ponto de pauta de Pactuação, considerava importante reverem isso para que fossem aprovados  
169 e, após a avaliação da área técnica, serem publicadas as resoluções em *ad referendum* e os planos serem encaminhados ao  
170 MS. **Liliane Mascarenhas** acrescentou que algumas CIR estão mandando todos os processos, então não queriam perder esse  
171 movimento dos municípios. **Stela Souza** reforçou que o ponto está como **Informe**, tendo que ser transformado em **Pactuação**.  
172 **Nanci Salles** esclareceu que são duas coisas diferentes: consta como **Informe** o Termo de Referência que Liliane  
173 Mascarenhas vai publicizar, orientando o município sobre como pleitear a equipe de AMENT junto à CIR e à CIB para depois  
174 ser encaminhado ao Ministério. Outra coisa é que ela colocou no momento da **Homologação** apenas Gongogi, pleiteando  
175 equipe de AMENT mas, como nas duas últimas semanas os municípios tinham enviado projetos por meio das CIR e não tendo  
176 havido tempo hábil para serem inseridos na pauta, ela estava propondo que a CIB considerasse esses projetos encaminhados  
177 até ontem para que, estando de acordo com as recomendações da Portaria, serem publicadas como resoluções *ad*  
178 *referendum*. **Stela Souza** submeteu a aprovação dos itens encaminhados para **Homologação** aos membros, incluindo a  
179 solicitação de Liliane Mascarenhas, para os planos serem publicados *ad referendum* nas condições supracitadas e como não  
180 houve nenhuma manifestação, foram **aprovadas à unanimidade**. **Cristiano Sóster, Diretor da DAB e membro da CIB**,  
181 cumprimentou a todos e colocou, em relação ao Plano da Hanseníase, sua preocupação com a sobrecarga da Atenção Básica,  
182 quando é na perspectiva de pauta, várias ações de todas as áreas direcionadas ao mesmo tempo para execução da atenção  
183 básica, e quando é na perspectiva financeira a Atenção Básica sempre é preterida. Relatou que na última reunião da Câmara  
184 Técnica do CONASS junto com o CONASEMS, ele tivera a má surpresa de que não houve previsão orçamentária federal com  
185 a ampliação da atenção básica, muito triste o que está acontecendo. Em sua opinião todos os planos deveriam prever a  
186 capacidade instalada, porque hoje é muito difícil exigir de uma equipe em que os enfermeiros acabam assumindo a maioria das  
187 ações, de prevenção, promoção, todas as ações de rastreio, acompanhamento das doenças crônicas, que afetam 70% da  
188 população atendida na saúde da família e há um nível de exigência para se fazer busca ativa, notificações, registros, enfim,  
189 para implementar todas as políticas possíveis e imagináveis na atenção básica. Argumentou que só em ficar na gestão ele já  
190 ficava estressado, imaginassem enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde e profissionais de saúde da ponta, é  
191 impossível o que está sendo proposto para a atenção básica. Disse que na referida reunião ele tinha proposto uma discussão  
192 sobre qual o modelo assistencial que se quer para o Brasil, porque a equipe mínima não dá conta do que está sendo proposto  
193 entre uma priorização e outra, e hoje é a vacinação. Ponderou que infelizmente algumas pessoas achariam dura sua fala, que  
194 exclui as ações de várias outras áreas, mas infelizmente é algo que necessita urgentemente de uma discussão. **Stela Souza**  
195 concordou plenamente com Cristiano Sóster, achando que ninguém discordaria, pois, além de estar muito difícil, hoje a equipe  
196 é mínima mesmo, a pandemia aumentou um problema já existente, que é a falta do profissional médico na atenção básica.  
197 Observou que ninguém mais discute isso, não existe nenhum movimento para resolver essa situação, os municípios estão  
198 realmente perdendo os médicos porque nesse momento de pandemia há uma necessidade maior de médicos na assistência  
199 ao paciente COVID, muitos serviços abriram e são os mesmos médicos, ou seja, não aumentou o número de médicos para  
200 comporem as equipes que estão nas unidades e elas precisam estar lá, para atenção ao paciente COVID. Ressaltou que esse  
201 movimento na atenção básica não foi discutido sequer pelo Ministério da Saúde, nem pelos municípios e é preciso trazer essa  
202 discussão para o Estado. Lembrou que tem profissionais adoecendo, apesar de o número de casos ter caído bastante porque  
203 quase todos já foram vacinados, mas é muita atividade, muitas situações, tem o 'Previne Brasil', com uma cobrança enorme e  
204 não estão dando conta, a prova estando nos relatórios. Reforçou que houve um corte de recursos e a situação está gravíssima,  
205 a unidade, ou está vacinando, ou está ajudando a fazer visita, acompanhamento, monitoramento de paciente COVID, tem a  
206 gestante, o pré-natal, está difícil mesmo e cada dia com mais ações. Enfatizou que estavam realmente preocupados com a  
207 saúde mental da população e colocou a necessidade de incrementarem serviço e, diante das dificuldades, fazerem de uma  
208 'lima uma limada'. **Eleuzina Falcão** concordou com Cristiano Sóster e disse que entendiam, apoiavam e endossavam a sua  
209 fala, porque se trata de um problema que é sentido muito de perto pela área de vigilância. Argumentou que hoje a área de  
210 vigilância também convive com uma sobrecarga muito grande, no nível central ou no território, e justamente por conta dessa  
211 sobrecarga estavam trazendo essa proposta de reavaliarem o plano no cenário da pandemia, porque é um exercício que  
212 precisavam fazer para todas as doenças e todos os agravos. Ponderou que é um olhar sobre o que é possível e o que não  
213 pode deixar de ser feito, enfatizando que não estavam trazendo um componente novo ou pactuação nova, é o fazer, mas  
214 dentro das possibilidades. Assim, sentiam essa necessidade porque viam a dificuldade no território, onde estão conversando  
215 diuturnamente com as equipes e vendo o que é e não é possível. E, do conjunto de doze indicadores operacionais, tinham  
216 focado em quatro, por entenderem ser possível e ser necessário, assim, esta lógica que está sendo aplicada para a política  
217 estadual de controle da Hanseníase está sendo aplicada também para Tuberculose e os demais agravos. **Cássio Garcia**  
218 cumprimentou a todos, parabenizando a DIVEP sobrecarregada em pandemia, na pessoa de Eleuzina Falcão, por trazer essa  
219 discussão e sua fala tinha sido muito boa. Concordou com Cristiano Sóster e Stela Souza, que não podiam deixar de trazer  
220 essa discussão e como esta é uma pauta latente no Conselho Estadual de Saúde – CES, pediu a Eleuzina Falcão que  
221 apresentasse no CES, que inclusive já tinha solicitado. Observou que isso demonstra a responsabilidade de todos em fazerem  
222 as discussões, mesmo com toda dificuldade desse momento, então, que continuassem discutindo, pois Cristiano Sóster está  
223 certo, a atenção básica está sobrecarregada e tinham que trazer esses pontos latentes. Lembrou que faziam sempre a  
224 discussão do SISPACTO, isso tinha diminuído, ele sempre falava sobre isso, então é importante trazerem esta discussão dos  
225 indicadores, os municípios estão monitorando, retomando ações, enfim, criando estratégias. **Silvia Carneiro, Secretária**  
226 **Municipal de Saúde de Mairi e membro da CIB**, colocou que o cuidado continuado com o paciente crônico será sempre um  
227 desafio, não podendo deixar de ser pautado e de se montar estratégias, então é preciso fazer algo de certa forma transversal e  
228 paralelo, COVID junto com Tuberculose já que é um paciente crônico, com a comorbidade que tanto se discute aqui na CIB  
229 sobre a prioridade desses pacientes, exatamente por conta disso. Então as estratégias, como Cássio Garcia falou, têm que ser  
230 pautadas e estar sempre em discussão como efetivar essa prática. **Stela Souza** chamou atenção de que ninguém estava  
231 discutindo sobre não ter estratégia e foi reforçada a fala de Cristiano Sóster sobre o fortalecimento da atenção básica, porque

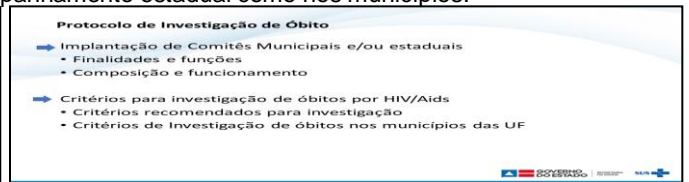
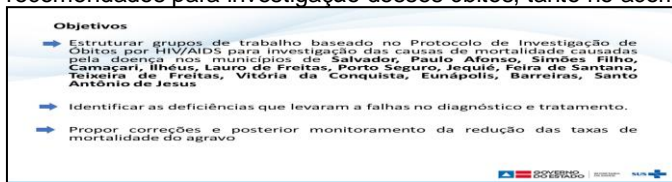
232 está realmente sufocada, não está dando conta e precisavam encontrar estratégias para isso. **Jacqueline Bomfim, Secretária**  
233 **Municipal de Saúde de Coribe e membro da CIB** cumprimentou a todos, disse que não estavam falando em deixar de  
234 discutir, trazer esses indicadores, fazer todo o trabalho que sempre foi feito na Atenção Básica, lembrando da interface com a  
235 vigilância em saúde e não podiam esquecer que no cenário atual não adiantava trazer novas discussões e ações, além das  
236 que já estão sendo implementadas nas unidades por necessidade imediata, em virtude da pandemia. Argumentou que a  
237 equipe da unidade já passou a fazer parte do planejamento de imunização, pelo menos neste ponto toda a equipe já avançou,  
238 e tanto se falava que a vigilância acabaria se tornando sala de vacina na unidade que agora já existe essa integração com a  
239 sala de vacina, as questões que envolvem as endemias estão juntas com a vigilância à saúde. Perguntou, remetendo ao que  
240 Cristiano Sóster falou, como essa interface seria criada, de que forma esse fortalecimento seria feito, mas sem criar demandas  
241 para a equipe. Comentando que indicadores é um dos assuntos que vêm sendo discutidos no GTAB Nacional, disse que na  
242 reunião de ponto de apoio ela passaria ao GTAB Estadual algumas questões que já vêm sendo pontuadas, avaliadas e os  
243 indicadores discutidos. Relatou que tem recebido alguns pedidos de colegas para trazer para a pauta, mas não podiam trazer  
244 para a pauta algo que já está sendo discutido no Senado, então tinham que seguir a linha de discussão do Senado, Cristiano  
245 Sóster está também na Câmara Técnica de Atenção Básica, juntamente com o CONASS e o CONASEMS, para, a partir dessa  
246 discussão, serem feitos os alinhamentos e os contrapontos. Contou que os estados responderam uma pesquisa a nível  
247 nacional para darem continuidade às ações do GTAB Nacional com relação ao financiamento, e tinham observado que hoje  
248 tem equipes nos municípios que precisam ser ampliadas, mas não conseguem ampliar porque tem os tetos de agentes  
249 comunitários de saúde e o cenário já não é mais o mesmo de dez anos atrás. Ressaltou que Cristiano Sóster tem colocado  
250 sobre pensar na leveza com a DAB e observou que é preciso nesse momento de tratarem dos afazeres da Atenção Básica,  
251 porque é um cenário que acaba sendo frustrante para todos. E complementou que se hoje se programasse uma ação e dali a  
252 uma semana o boletim epidemiológico mostrasse o crescimento de COVID em determinada região, teriam que mudar o  
253 planejamento. E reforçou que são muitos passos para se avançar, porque não conseguiriam voltar ao estágio que estavam em  
254 2019, é preciso organizar, estabelecer e programar esse fortalecimento a partir de várias vertentes e não dizer apenas que a  
255 atenção básica não está fazendo, porque faz, só que no meio disso tudo tem a pandemia cruel. Então é preciso saber de que  
256 forma falar nesse enfrentamento, para não parecer que todo mundo está parado e só pensando na pandemia. Acrescentou,  
257 como informe, que os indicadores do 'Previne' estão em discussão no GTAB Nacional e tem algumas novidades que serão  
258 publicizadas depois de ser discutido no GTAB Estadual. Outras questões estão sendo discutidas, inclusive a do agente de  
259 saúde com relação às escolas, à preceptoría, entre outras, também alguns pontos relacionados a incentivos da última portaria  
260 para alguns grupos estratégicos da atenção primária à saúde, então é preciso não perderem muito de vista que é a atenção  
261 básica que faz tudo e que acaba fazendo mal, tinham que ver essa interface da vigilância em saúde com a própria atenção  
262 básica nessas ações nos municípios. **Rívia Barros, Superintendente da SUVISA e membro da CIB**, cumprimentou a todos e  
263 colocou que em nenhum momento foi falado sobre implementar novas atividades, mas sim rever o que é possível nesse  
264 momento de pandemia. Ressaltou que os municípios vêm trabalhando muito bem na Vigilância e na Atenção Básica e  
265 historicamente são duas áreas que estão há muito tempo relegadas quanto ao número de pessoas trabalhando, no município  
266 ou no estado, e claro que nessa pandemia isso se agravou, porém precisavam verificar juntos de que forma avançar em alguns  
267 casos e em outros não conseguiriam mesmo, então é preciso ter critérios e é o que Eleuzina Falcão trazia, alguns critérios para  
268 serem repensados, e que essas áreas que lá na frente não fossem negligenciadas também, pois, juntamente com a pandemia,  
269 podia trazer graves prejuízos à saúde da população. **Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de Muritiba e membro da**  
270 **CIB**, cumprimentou a todos, pediu desculpas por não ter participado da CIB Extraordinária do dia 18, por ter ido dar posse ao  
271 novo Conselho Municipal de Saúde e agradecia em público a colaboração do Conselho Estadual de Saúde. Falou para Rívia  
272 Barros que o problema não é trazerem novos compromissos, pois a CIB é espaço de compromissos mesmo, mas todos sabiam  
273 que depois da pandemia a atenção básica e toda a matriz que tinham de planejamento se esfacelou, tendo que se adequar a  
274 esse novo tempo e, antes de pactuarem mais obrigações e compromissos, tinham que começar a fazer um trabalho. Enfatizou  
275 que é preciso começarem a discutir o novo modelo assistencial partindo da atenção básica, fazerem o GT da atenção básica,  
276 levando uma proposta. Reconheceu que a equipe da vigilância é muito cobrada, mas lembrava que o alicerce da vigilância está  
277 na atenção básica, que agora tem tido cada vez mais baixas e tinham que ver de que forma fazer novos compromissos,  
278 podendo ser colocado aqui que tinham que discutir indicadores novamente, mas com o compromisso de enviar esforços.  
279 **Stela Souza** clamou para tratarem desse assunto mais de perto, porque as questões de vigilância, atenção básica, integração,  
280 precisam ser tratadas realmente em conjunto, com o GT da atenção básica convidando a vigilância para conversarem sobre  
281 essas necessidades, pois não podiam ficar também sem acompanhar os pacientes, a demanda está grande demais e estavam  
282 apagando incêndio e não cumprindo as ações que tinham que estar fazendo com mais detalhamento, como antes tinham  
283 condições de fazer. **Cristiano Sóster** colocou que, para qualquer tipo de serviço, só se amplia a capacidade instalada para ter  
284 maior oferta, agregar profissionais, tecnologia, adequar procedimentos essas são três bases que precisavam pensar, pois é  
285 impossível não pensarem na capacidade instalada. Informou sobre o 'TeleHansen', voltado para a Hanseníase, uma das coisas  
286 que estavam negociando com o Ministério da Saúde para agregar tecnologia, a fim de se conseguir ter diagnóstico mais  
287 rapidamente, trazia isso para terem em mente que não é trazendo mais médicos que ampliarão a capacidade instalada,  
288 resolveria o problema de não ter médico, mas o da capacidade instalada teriam que agregar outros profissionais. **Stela Souza**  
289 concordou com Cristiano Sóster e disse que médico é um dos grandes problemas e continuaria existindo, não sabia se todos  
290 estavam entendendo como ela, considerava importante a discussão da atenção básica com a vigilância e a representação da  
291 atenção básica do COSEMS, revisitarem o GT da atenção básica desde que conseguissem trazer, com essa avaliação  
292 colocada por Cristiano Sóster, com a mesma capacidade instalada que se tem, o que será necessário, se precisará ou não  
293 melhorar, pois todos tinham consciência de que a ação precisa ser executada. **Eleuzina Falcão** manifestou total acordo com  
294 Stela Souza, considerando necessária esta discussão e sua preocupação, como vigilância epidemiológica, é que tem um plano  
295 de quatro anos que hoje, diante do cenário, não é possível executar e não o visitar, e ao final de quatro anos cada gestor  
296 municipal ter que justificar porque não fez. Então nesse momento é preciso visitar, ver o que é possível, e essa proposta vem  
297 justamente numa revisão nesse contexto. **Stela Souza** considerou melhor fazerem juntos uma visita porque, apesar de um  
298 bom entendimento, não só da vigilância como da atenção básica, essa discussão com a DIVEP fortaleceria. **Jacqueline**

299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
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

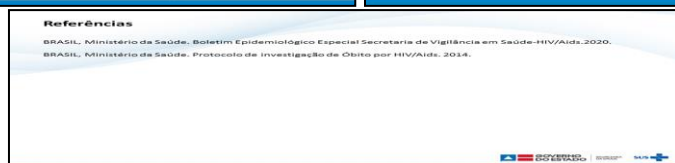
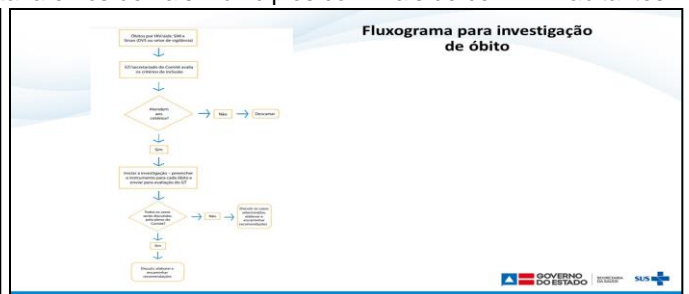
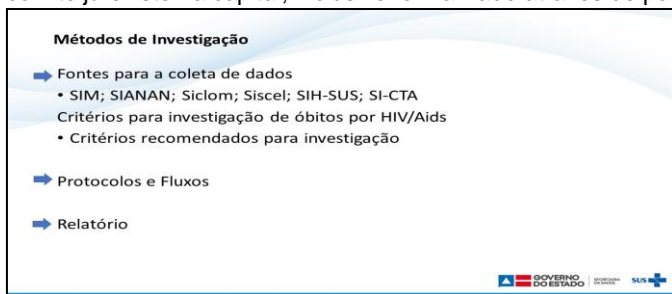
Bomfim relatou que ela e Cristiano Sóster já estavam encaminhando um encontro presencial para a próxima semana com Eleuzina Falcão e o pessoal do GT. **Eleuzina Falcão** concordou com o encaminhamento e reforçou que não estavam introduzindo nenhum indicador novo, pelo contrário, a proposta é de reduzirem e trabalharem com os indicadores macro. **Nanci Salles** ratificou que os **pontos de Homologação foram aprovados**, assim como o **Plano de Enfrentamento da Hanseníase Biênio 2021/2022**. Além da aprovação do plano foi sugerida discussão no GT da atenção básica com a vigilância, sobre estratégias para aperfeiçoar o trabalho, o papel e a capacidade instalada da atenção básica. Em seguida **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP: 1.1 Implantação do Protocolo para Investigação de Óbito por HIV/AIDS**. **Eleuzina Falcão** iniciou a apresentação em *slides*, informando que este Protocolo está na documentação do programa do Ministério da Saúde e lembrando que a sobrevida de um paciente com HIV/AIDS em tratamento é semelhante ao da população em geral, mas no último boletim epidemiológico a taxa de detecção de casos novos em 2019 aumentou para 12,8/100.000 habitantes, associada à elevada taxa de mortalidade, de 4,1. Relatou que quatro municípios da Bahia estão no *ranking* brasileiro das maiores taxas de mortalidade pela doença: Ilhéus, Itabuna, Juazeiro e Porto Seguro. Assim, nessa situação, sabendo do trabalho e da história do estado com o enfrentamento dos casos de HIV/AIDS, e numa tentativa de conter este avanço com a redução da taxa de mortalidade, a proposta é que os grupos de trabalho, o Comitê de Investigação das Causas de Mortalidade, incluam a vigilância da mortalidade por HIV/AIDS. Esclareceu que estes comitês já existem nos municípios com mais de cem mil habitantes e na capital já fazem investigação de casos de doenças, pelo menos metade já tem o comitê aprovado em portaria e funcionam regularmente. Assim, estavam propondo que a vigilância do óbito por HIV passasse a ser investigada, a fim de se conseguir detectar e identificar quais os fatores determinantes do aumento, tanto do número de casos, quanto do número de óbitos.



A seguir mostrou o *slide* com os objetivos da proposta: estruturar esses grupos de trabalho baseados no Protocolo de Investigação de Óbitos que já investigaram óbito materno, óbito infantil, óbito fetal, óbito por causas mal definidas e incluir a Vigilância do Óbito por HIV/AIDS nesse leque, para tentarem conter esse avanço; identificar as deficiências que levaram às falhas no diagnóstico e no tratamento; propor correções e posterior monitoramento da redução as taxas de mortalidade do agravo. E mostrou o *slide* do Protocolo de Investigação de Óbito: implantação dos comitês municipais e/ou estaduais, lembrando que essa implantação está colocada pelo Ministério da Saúde porque em alguns estados não existe para a capital e municípios com mais de 100.000 habitantes e no estado da Bahia esses comitês já existem; definir quais os critérios recomendados para investigação desses óbitos, tanto no acompanhamento estadual como nos municípios.

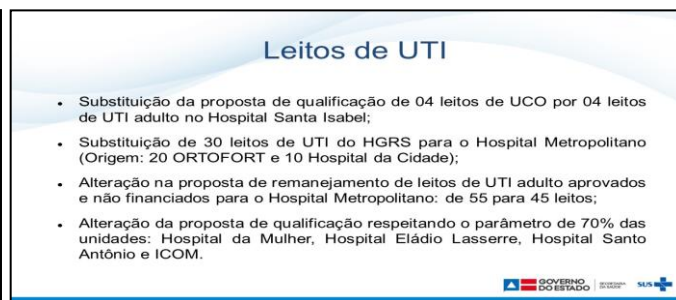


Continuando com os *slides*, mostrou os métodos de investigação dos demais óbitos, como a utilização dos SIM, SINAN, Siclom, Siscel, SIH-SUS, SI-CTA. E outros critérios recomendados, de acordo o avanço do trabalho, protocolos e fluxos estão sendo definidos e, como os demais óbitos, trazendo sempre essa informação mais consolidada da informação e resultado dessa investigação, a cada final do Relatório de Gestão. No próximo *slide*, o fluxograma, informando que os óbitos por HIV/AIDS serão avaliados no comitê dos municípios com mais de cem mil habitantes e será avaliado se os municípios atendem ou não a esse critério, inicia o processo de investigação e então constará na câmara que o município já trabalha com os demais atestados de óbitos, a discussão, elaboração, encaminhamento e recomendações. Finalizou reforçando que esse comitê já existe na capital, inclusive formalizado através de portaria e nos demais municípios com mais de cem mil habitantes.



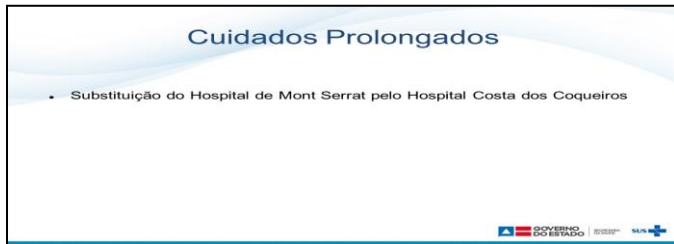
365 **Nanci Salles** chamou atenção que este ponto entrou como **Apresentação**, logo, embora não tivesse a prerrogativa de  
366 aprovação em CIB, Eleuzina Falcão tinha pontuado que, caso os membros da CIB aprovassem, seria importante publicar uma  
367 resolução aprovando o Protocolo de Investigação. **Raul Molina** comentou que se já existisse um protocolo desse teriam que  
368 revogar o anterior para aprovarem este e **Eleuzina Falcão** esclareceu que tem protocolo para investigação de óbitos por outras  
369 causas. Assim, foi colocado em aprovação e não houve manifestação contrária, sendo **aprovado**. Em seguida **Nanci Salles**  
370 passou à leitura dos expedientes encaminhados para **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À**  
371 **SAÚDE – SAIS/DGC/DAE: 1.1 Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020 que institui, em caráter excepcional e**  
372 **temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede**  
373 **de Atenção Psicossocial (RAPS).** **Liliane Mascarenhas** lembrou que tinha trazido esta Portaria na CIB passada, e ficou  
374 pactuado que o estado viabilizaria o repasse desse recurso para os municípios que estão sob gestão estadual e foi  
375 encaminhado um ofício ao Ministério da Saúde solicitando que a portaria fosse republicada com a exclusão dos municípios que  
376 não estão sob gestão do estado, mas o MS informou a impossibilidade de fazerem essa retificação. Dessa forma, trazia para  
377 esta pauta, a fim de ser pactuada uma resolução CIB para viabilizar a Secretaria de Saúde do Estado fazer o repasse desse  
378 recurso aos municípios que não estão sob o comando do estado e, mediante essa resolução, sairia uma portaria do Secretário  
379 do estado autorizando o FESBA a efetivar isso. Acrescentou que existe um anexo, pois a portaria já define quais os municípios  
380 que têm CAPS, porque esse recurso é para municípios com CAPS habilitado, é o incremento, considerando a pandemia, por  
381 isso trazia para pactuarem, para dar uma segurança maior, tanto aos municípios como ao estado, por se tratar de recurso  
382 COVID para a Saúde Mental. **Stela Souza** solicitou alguns esclarecimentos a Liliane Mascarenhas, situando que a portaria foi  
383 publicada em dezembro, o recurso já liberado e no estado, estão aguardando como resolver, a demora tinha sido porque  
384 dependia também da devolutiva do Ministério e queria saber quantos municípios estão nessa relação e que têm CAPS, não  
385 têm comando único, apenas para ficar registrado em ata. E acrescentou que seria importante, ao publicarem a resolução, além  
386 de fazer a referência, talvez encaminhar também uma orientação para esses municípios sobre a execução desse recurso, pois  
387 recurso COVID tem prestação de contas em separado no Relatório de Gestão, precisando esclarecer, tem as ações colocadas  
388 pela Portaria, e o COSEMS também publicará a relação dos municípios, para todos terem ciência de quem receberá e como  
389 podem executar. Falou também que, normalmente, quando o município recebe recurso extra COVID tem que publicar um  
390 decreto extraorçamentário. **Liliane Mascarenhas** esclareceu que são trinta e nove municípios, o valor por município é de vinte  
391 e oito mil, trezentos e cinco reais, perfazendo um total de um milhão, cento e três mil, oitocentos e noventa e cinco reais. **Stela**  
392 **Souza** lembrou que se trata de um recurso do município que está parado e o município precisa receber para executar ações  
393 COVID na saúde mental, nos CAPS e colocou em aprovação. Como não houve manifestação contrária foi considerado  
394 **aprovado**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 1.2 Desenho Regional da Linha do Cuidado da**  
395 **Pessoa com HTLV – RS de Saúde de Vitória da Conquista e Guanambi.** **Alcina Romero** colocou que há um compromisso  
396 com o grupo de HTLV em conformar a Linha do Cuidado dos pacientes de HTLV, desde a atenção básica até a alta  
397 complexidade, e citou uma portaria estadual fixando um prazo para as CIR regionais apresentarem e encaminharem sua Linha  
398 do Cuidado para a área técnica, que já venceu em maio e foi providenciada nova portaria prorrogando por mais 90 dias.  
399 Ressaltou que foi um momento muito difícil para as CIR trabalharem com isso, mas fazia um apelo para a sua importância,  
400 porque a ideia é que o tipo de trabalho dessa Linha do Cuidado HTLV possa ser replicado para outras linhas do cuidado.  
401 Estavam fazendo um modelo e mostraria a minuta da resolução, com todos os componentes da Linha do Cuidado que foram  
402 pactuados. No Componente Serviço de Atenção Especializada e os Centros de Testagem, na Região de Vitória da Conquista -  
403 ficou o Centro de Atenção e Apoio à Vida Doutor Capistrano Filho, que pode ser de abrangência municipal, regional ou  
404 estadual e, no caso de Vitória da Conquista, este centro ficou para abrangência regional e o CTA de Vitória da Conquista para  
405 abrangência municipal. No ambulatório especializado - o CEMAE de Vitória da Conquista como referência regional, com  
406 consultas especializadas, principalmente infectologia e nas principais especialidades para as comorbidades que atingem mais  
407 ou que têm maior incidência na pessoa com HTLV, e a Policlínica Regional de Vitória da Conquista e de Itapetinga, ambas de  
408 referência regional, assim, terão especialidades no CEMAE e especialidades na Policlínica. No Componente Urgência e  
409 Emergência - 100% dos municípios da região são cobertos pelo Samu 192, como sempre o pré-hospitalar móvel ficou de  
410 responsabilidade do SAMU e ainda tem fixo, como referência, a UPA 24 horas de Vitória da Conquista, a UPA 24 horas de  
411 Poções, o PS Pronto Atendimento do Hospital São Vicente de Paulo, para abrangência municipal; o Hospital UNIMEC também  
412 abrangência municipal; o HGVC, de referência regional, além do Hospital São Lucas, de Poções, para abrangência municipal,  
413 isso no caso da urgência pré-hospitalar fixa. O Hospital Municipal Távila Oliveira, de Anagé, José Maria de Magalhães Netto,  
414 de Barra do Choça, Vicentina Vieira, de Belo Campo, Hospital Municipal de Bom Jesus da Serra, Deputado Luís Eduardo  
415 Magalhães, de Cândido Sales, José Cardoso dos Apóstolos, de Condeúba, Joaquim Mutti de Carvalho, de Cordeiros, Milton  
416 Rocha, de Encruzilhada, ou seja, todos os hospitais, mesmos os HPP, ficam como a primeira referência da urgência, seja ele  
417 apenas para a população local, ou para a população loco-regional. No Componente da Atenção Hospitalar, e aqui já  
418 trabalhando na lógica de internação hospitalar, são referências para Vitória da Conquista: o Hospital São Vicente de Paulo; o  
419 HGVC para a região; UNIMEC; e o Hospital São Lucas. No Componente Reabilitação, lembrando que o HTLV tem a história  
420 natural da doença que traz um comprometimento importante na função motora, ficaram como referência: o Centro Municipal  
421 Especializado em Reabilitação Física e Auditiva de Vitória da Conquista, como referência regional; a Clínica Municipal de  
422 Reabilitação Doutor Sebastião Castro, em Vitória da Conquista, de abrangência municipal; a Policlínica Municipal de Anagé; o  
423 Serviço de Fisioterapia de Barra do Choça; a UBS de Belo Campo; o Centro de Fisioterapia de Caetanos; a Policlínica de  
424 Caraíbas; o Ambulatório do Hospital de Condeúba; a Clínica de Fisioterapia de Cordeiros; o Centro de Fisioterapia do Hospital  
425 Municipal de Encruzilhada; a Unidade de Saúde da Família de Maetinga; o Centro de Fisioterapia de Mirante; a Policlínica  
426 Municipal de Piripá; o Centro de Reabilitação de Poções; o Centro de Reabilitação de Presidente Jânio Quadros; o Centro de  
427 Fisioterapia de Ribeirão do Largo; o Centro de Saúde de Tremedal. Ficou o Hospital Municipal Esaú Matos como referência  
428 para gestação de alto risco, considerando o HTL uma gestação de alto risco e lembrou que o HTL tem a transmissão vertical e  
429 na Linha do Cuidado tinham trabalhado junto com a DIVEP e a DGC - Área Técnica de Saúde da Mulher e da Criança. Com  
430 relação a Guanambi, informou que o parecer da CIR ainda precisa de ajustes, então estavam agora na fase de orientação à  
431 CIR de Guanambi, para ajustes na proposta da linha do cuidado, e aprovariam aqui nesta CIB apenas Vitória da Conquista.

432 **Stela Souza** comentou como é bom pelo menos ter fluxo e cada um fazendo sua parte, e perguntou se a DIVEP teve  
 433 capacitação ou está organizando, lembrando que está sendo proposto noventa dias para que as outras regiões pudessem  
 434 trabalhar e ressaltou a importância de toda a rede ser capacitada para que tivesse esse fluxo, porque tinham muita dificuldade  
 435 com HTLV. **Alcina Romero** admitiu a preocupação com a Região de Saúde de Salvador, a que tem a maior incidência de  
 436 HTLV e falou que centrariam esforços para uma sensibilização com a CIR de Salvador a fim de verem o que conseguiam  
 437 avançar. Quanto à capacitação na DIVEP, respondeu que tem um grupo que trabalha muito bem, inclusive com a capacitação  
 438 da atenção primária, já tendo sido feitas web aulas sobre o diagnóstico precoce, que é bastante demorada para a suspeita do  
 439 HTLV, o que faz com que o paciente precise de um suporte melhor em uma fase inicial, embora sendo uma doença crônica, de  
 440 longo curso, que ainda não tem cura. E são preocupantes também a capacitação e a sensibilização dos profissionais das  
 441 maternidades, tinham tido um pouco de dificuldade para elaborarem um protocolo de atendimento à gestante, principalmente  
 442 no trabalho de parto e assim eles precisariam continuar desenvolvendo ações mais corriqueiras. **Stela Souza** colocou em  
 443 aprovação a proposta da região de Saúde Vitória da Conquista, com a exclusão de Guanambi, que ainda tem ajustes. Como  
 444 não houve manifestação contrária foi **considerado aprovado**. **Alcina Romero** parabenizou os gestores de Vitória da  
 445 Conquista, que desde o início demonstraram um interesse imenso em fazer esse trabalho e tinha sido muito legal trabalhar  
 446 com eles. **Stela Souza** também os parabenizou, observando que foi um trabalho com detalhamento bem elaborado, importante  
 447 nesse momento difícil e tinha havido muita discussão para chegarem a isso. Dando seguimento, passou para o próximo ponto  
 448 de **Pactuação: 1.3 Componente Hospitalar do PAR da RUE Macrorregião Leste**. **Alcina Romero** relatou a saga da  
 449 aprovação da atualização do Plano da Macrorregião Leste pelo Ministério da Saúde, lembrando que já é a terceira alteração do  
 450 componente hospitalar para a aprovação na CIB. Informou que não há nenhum questionamento do Ministério da Saúde com  
 451 relação aos SAMU, UPA e Atenção Domiciliar, mas, como já era esperado, é o segundo relatório/parecer técnico que o  
 452 Ministério solicita correções/adequações no componente hospitalar. Desta forma, como todas essas planilhas do componente  
 453 hospitalar foram aprovadas com Resolução CIB, se tem alguma alteração, obrigatoriamente é preciso retornar à CIB. Em *slide*  
 454 mostrou o que mudou, da última planilha aprovada pela CIB, lembrando que na última Resolução CIB foi aprovada a  
 455 solicitação de qualificação de quatro leitos de Unidade Coronariana e relatou que Salvador solicitou alteração e ela tinha  
 456 discutido com o município que não poderiam ter solicitado qualificação de leito de Unidade Coronariana, desde quando o  
 457 município nunca teve Unidade Coronariana habilitada pelo SUS na lógica da Rede de Urgência, só se qualifica na proporção  
 458 dos leitos pré-existentes ou da ampliação, por conseguinte, como nunca houve habilitação, não poderia se tratar de  
 459 qualificação. E no primeiro ofício encaminhado, o município solicitava transformar isso em qualificação de quatro leitos de UTI  
 460 adulto. Da mesma maneira, foi discutido também com Salvador que teria que ter ampliado leitos de UTI, para qualificar. Desde  
 461 2012, quando foi aprovado a primeira etapa do Plano da Rede de Urgência, o Hospital Santa Isabel não ampliou leito de UTI  
 462 SUS, sempre foram dezessete leitos para tudo, tanto para a alta complexidade que do hospital, quanto para todo o resto,  
 463 assim, não poderiam qualificar a UTI Adulto do Santa Isabel. Entretanto ela tinha feito uma proposta para Salvador, porque em  
 464 2019 foram ampliados vinte leitos de UTI no Hospital Municipal e como o Hospital Metropolitano é novo, nunca teve  
 465 qualificação referente a esta ampliação deste Hospital, porque é novo, então tinha proposto ao município para manter a  
 466 qualificação de quatro leitos de UTI Adulto do Santa Isabel e já deixando claro no Plano que se trata de uma solicitação  
 467 considerando a ampliação de leitos de UTI do Hospital Municipal e qualificando quatro no Santa Isabel, ou seja, não seria uma  
 468 qualificação, na própria unidade, porém em uma unidade do mesmo gestor - município, e isso dependeria muito de o Ministério  
 469 da Saúde aceitar ou não. Outra substituição: trinta leitos de UTI do Hospital Roberto Santos, que de acordo com a planilha  
 470 anterior, aprovada em 2020, constava a necessidade de substituir vinte leitos de UTI da ORTOFORT e dez leitos do Hospital  
 471 da Cidade, por serem contratos encerrados que não foram renovados pela SUREGS. E como aumentaram alguns leitos de UTI  
 472 no Roberto Santos, apresentavam a proposta de substituir estas unidades pelo Roberto Santos. O Ministério não acatou, por  
 473 achar que os leitos do Roberto Santos já estão financiados e solicitou mudança para outro hospital. Assim, como já tem o  
 474 Hospital Metropolitano previsto no Plano, não de imediato, mas para que, ao ser aberto, entrasse na Rede de Urgência. E  
 475 como o hospital já está funcionando, estavam propondo substituir esses leitos da ORTOFORT e do Hospital da Cidade por  
 476 leitos do Hospital Metropolitano, neste momento sem nenhum impacto financeiro, na medida em que este hospital já está  
 477 financiado como UTI COVID. Outra alteração: na proposta de remanejamento de leitos de UTI aprovados e não financiados  
 478 para o Hospital Metropolitano, lembrando que na proposta anterior, de 2012, tinham previsto cinquenta e cinco novos leitos de  
 479 UTI, mas, como só tinham conseguido ampliar alguns, tinham pedido mais, achava que cento e sessenta e oito, mas não  
 480 tinham atingido o total de leitos previstos em 2012 e não queriam perder, já que em 2012 tinham aprovado esse quantitativo de  
 481 leitos de UTI, entendendo como necessários para a retaguarda da Rede de Urgência. Agora que já tem o Hospital  
 482 Metropolitano, estavam solicitando quarenta e cinco leitos novos na Rede de Urgência, também sem impacto, dessa forma,  
 483 estavam usando os setenta e cinco leitos previstos para o Hospital Metropolitano, 100% deles na Rede de Urgência, sendo  
 484 trinta substituindo os já existentes financiados e quarenta e cinco novos. A outra alteração: com relação ao número de leitos  
 485 que estavam solicitando qualificação para as UTI do Hospital da Mulher, do Eládio Lasserre, do Santo Antônio e do ICOM,  
 486 porque a Área Técnica considerou equivocadamente um parâmetro de 80% de possibilidade de qualificação e na verdade o  
 487 parâmetro seria 70%, então tinham corrigido o número de leitos.





499 Em seguida mostrou em outro *slide* - Cuidados Prolongados, lembrando que na última proposta foi aprovado o Hospital Monte  
 500 Serrat, com cinquenta e cinco leitos de cuidados prolongados. Esclareceu que o Monte Serrat é o antigo Hospital Couto Maia,  
 501 que continuavam perseguindo o objetivo de adequar sua estrutura física para transformá-lo em um hospital de cuidados  
 502 paliativos. Entretanto, com a pandemia, ao longo de 2020, este projeto teve que ser suspenso, mas tem o Hospital Costa dos  
 503 Coqueiros, que hoje é um hospital COVID, mas também com perfil para cuidados prolongados. Estavam então substituindo  
 504 também nesse momento, sem nenhum impacto financeiro, entendendo que está como COVID.



514 Finalizou a apresentação, colocando que a resolução CIB será publicada com todas as planilhas anexas e, para os  
 515 componentes UPA, SAMU e Atenção Domiciliar, são as mesmas planilhas aprovadas na última Resolução CIB, nº 168/2020.  
 516 Relatou que essa proposta de Salvador foi discutida com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, especificamente a  
 517 Diretora de Regulação, Daniela Alcântara e a Coordenadora Cristina Fuezi. **Stela Souza** colocou em aprovação, como não  
 518 houve manifestação contrária foi **considerado aprovado**. Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 1.4**  
 519 **Ampliação do SAMU Regional de Serrinha, com a inclusão das Bases Descentralizadas de Teofilândia e Barrocas.**  
 520 **Alcina Romero** colocou que o SAMU de Serrinha tinha sido uma grata surpresa e não se cansava de elogiar o Secretário  
 521 Alexandre e o Coordenador do SAMU, Adriano, pois é muito gostoso trabalhar e contar com toda a colaboração dos gestores  
 522 da região, interessadíssimos, participando de todas as reuniões, agregando, contribuindo e parabenizou os gestores da região  
 523 de Serrinha, a **Ana Ofélia Matos Marques**, apoiadora do COSEMS, que participou das reuniões e ajudou muito. Informou que  
 524 o SAMU já está habilitado, a Central está habilitada e qualificada, e assim como a base de Serrinha, a base de Monte Santo já  
 525 está habilitada, andou muito rápido, inclusive a habilitação. Tem ainda algumas bases que estão aprovadas, aguardando o  
 526 recurso financeiro do Ministério, ou seja, não é mais problema de adequação de documentação, eles agiram muito rapidamente  
 527 para adequarem tudo e havia alguns municípios que não tinham base descentralizada, mas a empolgação tomou conta dos  
 528 gestores, todos resolveram pedir a ampliação do SAMU e o documento do detalhamento técnico foi repassado hoje por  
 529 Adriano, Coordenador do Samu, às 1:40 da manhã, evidenciando que trabalhou bastante, com a inclusão - além de Teofilândia  
 530 e Barrocas - de Lamarão, Valente e Conceição do Coité. Relatou já ter analisado de manhã cedo, assim como a área técnica,  
 531 na pessoa de Ana Rita, da Coordenação de Urgência, e havia lhe informado que o detalhamento técnico atende plenamente ao  
 532 objetivo. Agora falta apenas inserirem no SAIPS, publicarem a resolução CIB e mandarem para o Ministério. Colocou que o  
 533 SAMU de Feira de Santana está andando a passos largos para a regionalização e precisa também ter um detalhamento  
 534 técnico com ampliação de bases. Disse que a CIR de Feira de Santana aprovou por consenso o detalhamento técnico, que foi  
 535 construído conforme prevê a legislação e assinado pela Coordenadora-Geral do SAMU Regional de Feira de Santana, Dra.  
 536 Maísa, porém como só tinha chegado às 16 horas de ontem, não houve tempo de pautar para esta reunião CIB. Relatou que já  
 537 tinham olhado o documento, atende perfeitamente e solicitava inclusão também na pauta para aprovação do detalhamento  
 538 técnico de Feira de Santana, que informa as bases descentralizadas do SAMU Regional de Feira: Feira de Santana, Amélia  
 539 Rodrigues, Baixa Grande, Conceição do Jacuípe, Coração de Maria, Iará, Ipirá, Nova Fátima, Riachão do Jacuípe, Santa  
 540 Bárbara e Santo Estevão. **Stela Souza** comentou que são duas regiões que há tempos percebiam o interesse, mas não  
 541 conseguiam caminhar e, de repente, essas duas notícias boas. Parabenizou o colega de Serrinha, lembrando o quanto correu  
 542 para criar a Central de Regulação e colocar o SAMU para funcionar, também Ana Ofélia **Matos Marques**, que se envolveu  
 543 muito como Secretária e agora como apoiadora do COSEMS, está acompanhando todos os municípios, e as duas regiões -  
 544 Feira de Santana e Serrinha - estão de parabéns. Ponderou que são poucas, mas ainda tem algumas regiões precisando e  
 545 Alcina Romero tem se esforçado com sua equipe, o COSEMS também ajudando, participando de reuniões, fazendo até  
 546 movimentos com o Ministério da Saúde e o que tinham podido fazer, para ajudarem as regiões com interesse, como Serrinha e  
 547 Feira de Santana, que já há um tempo resolveram ampliar o serviço e colocarem para funcionar e isso lhes deixava gratificados  
 548 em verem que, diante de tantos problemas, os colegas estão se empenhando. Ressaltou ter feito uma referência do SAMU a  
 549 apoiadores, coordenadores e gestores no seu WhatsApp e estava recebendo o agradecimento de todos. **Alcina Romero** falou  
 550 também sobre Ribeira do Pombal, que foi aprovado na reunião passada, era um grande desafio, deixando todos muito felizes e  
 551 aproveitava para fazerem um apelo ao Secretário de Itaberaba e à Secretária de Seabra e agora só restaram eles dois.  
 552 Observou que hoje quase 90% dos municípios da Bahia estão cobertos pelo SAMU 192 e Seabra e Itaberaba já estão com o  
 553 projeto aprovado pelo Ministério, assim, estava oferecendo todo o apoio para que pudessem deslançar com o SAMU. **Stela**  
 554 **Souza** enfatizou que na próxima CIB seria com certeza Seabra e Itaberaba. **João Rodrigues, Secretário Municipal de Saúde**  
 555 **de Itaberaba e membro da CIB**, relatou que ocorreu uma CIR ampliada, o município já construiu a base e está na finalização  
 556 para poderem avançar, e a implantação do SAMU na região é um compromisso pessoal seu. Em seguida, **Stela Souza**  
 557 colocou em aprovação a ampliação do SAMU Regional de Serrinha, com a inclusão das Bases Descentralizadas de Teofilândia  
 558 e Barrocas e do detalhamento técnico do SAMU Regional de Feira de Santana. Como não houve manifestação contrária, foi  
 559 **considerado aprovado**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2. SESAB/GASEC/COSEMS: 2.1**  
 560 **Situação dos Leitos clínicos, de UTI e Leitos de Suporte Ventilatório COVID.** **Alcina Romero**, para contextualizar a  
 561 planilha, lembrou que essa atividade é feita normalmente, todas as quartas-feiras, porém, como a CIB seria hoje tinham  
 562 preferido trazer para esta reunião CIB e já é a segunda ou terceira vez que a discussão e a validação dos leitos da Rede SUS  
 563 exclusiva COVID é tratada na Reunião Ordinária da CIB. Explicou que, como sempre, trazia toda a planilha, mas se detinha  
 564 apenas em fazer referência ao que tivesse de alteração da semana anterior, e ficava satisfeita ao ver a participação maciça na  
 565 CIB. Com a planilha na tela, pontuou que é do conhecimento de todos o aumento preocupante nas taxas de ocupação, lhes

566 fazendo ligar de novo um sinal vermelho na busca de aumento da capacidade instalada que tem um limite, então já estavam  
567 esticando a corda. Informou que o Instituto Couto Maia adaptou mais uma área na unidade, ampliando dez leitos de UTI  
568 COVID - eram setenta e oito e aumentou para oitenta e oito leitos de UTI COVID já ativos -ajudando então com a taxa de  
569 ocupação. Diferentemente, para o Hospital Vicentina Goulart - hospital regional de Jacobina - o município informou que  
570 reduziram dez leitos clínicos, por baixa taxa de ocupação - de quarenta para trinta leitos. O Hospital Geral de Vitória da  
571 Conquista também é uma das unidades da rede própria buscando a ampliação da capacidade instalada, já tendo uma área  
572 prevista, mas está em estruturação, ainda precisando adquirir equipamento e arrumarem equipe, então entra no plano como  
573 ampliação em estruturação. O Hospital São José/Maternidade Santa Helena - Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus - oficializou  
574 à SESAB o recebimento de dez ventiladores do Ministério da Saúde e a adequação de uma área já pronta na unidade, dispõe  
575 de usina de oxigênio para implantação de dez leitos de UTI, já tinham solicitado uma vistoria do Núcleo Regional a fim de  
576 formalizarem o processo e mandarem para análise da DICON. O Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães, de Itabuna,  
577 reduziu quinze leitos clínicos, também por baixa taxa de ocupação e algum problema estrutural, o município oficializou menos  
578 quinze leitos. Então hoje tem, no total, mil setecentos e quarenta e dois leitos clínicos ativos: sessenta e sete pediátricos  
579 clínicos; mil quinhentos e noventa e oito leitos de UTI adulto; mais de trezentos leitos de UTI acima do que havia no pico da  
580 primeira onda - agosto de 2020 - um esforço gigantesco para conseguirem estruturar tantos leitos de UTI adulto em pouco  
581 tempo. Comentou que seria uma coisa bem interessante fazerem um comparativo com a implantação e oferta de leitos de UTI  
582 em outros estados, porém é muita coisa para assumirem. Continuando com o quantitativo de leitos, disse que são trinta e seis  
583 leitos de UTI pediátrica e ainda tem vinte e dois leitos clínicos e sessenta e um de UTI adulto previstos para implantar. Então  
584 hoje são esses vinte leitos, sendo dez no HGVC, dez novos agora no Maternidade Santa Helena e já tinha quarenta e um  
585 previstos da Santa Casa de Valença, que não sabia se já concluiu a implantação, havia uma proposta de mais de dez leitos,  
586 mas reveriam tudo isso. Tem Cachoeira para adequação principalmente de oxigênio, de gases, está pronto, mas preocupava,  
587 pois, para dez leitos de UTI COVID o consumo de oxigênio tem que ser muito bem garantido e tem ainda os oito leitos da  
588 Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana, inclusive ouvira na mídia que já estão inaugurados, vinha fazendo  
589 solicitações recorrentes ao município para oficializar se esses leitos já estão disponíveis, mas sem terem ainda resposta, então  
590 continua como 'leitos em planejamento'. **Stela Souza** lembrou que já trataram desses leitos de Feira de Santana em duas  
591 reuniões, e que é importante serem inseridos, mas o município precisa oficializar que estão funcionando. Comentou que toda  
592 semana acompanha o que aumenta ou não, em termos percentuais, lembrando que naquele pico, em agosto do ano passado,  
593 tinha chegado a mil seiscentos e vinte e sete leitos clínicos adultos - por enquanto só falaria dos adultos - e hoje já está em mil  
594 setecentos e quarenta e dois leitos, tinham chegado a mil cento e noventa e seis leitos de UTI adulto e hoje estão com mil  
595 quinhentos e noventa e oito. E um detalhe que precisa sempre estar sendo lembrado é que, quando era quantidade bem  
596 menor desses leitos, a taxa de ocupação era muito menor do que hoje, que se estabilizou com taxa alta já há algum tempo.  
597 Assim, mesmo abrindo novos leitos, continuava com a taxa alta e ressaltou que acompanhava isso tudo de perto desde o dia 8  
598 de abril, em um mapa com todas as planilhas, e informou que o COSEMS mantém essa memória para que, amanhã ou depois,  
599 se precisassem colocar alguma resposta ou para algum estudo científico, já terem isso arquivado. Então saía de mil cento e  
600 noventa e seis leitos, no maior pico de leitos de UTI, em agosto de 2020, e hoje estando com mil quinhentos e noventa e oito, e  
601 não é suficiente, e como Alcina Romero colocou, em aumento de número de leitos, a capacidade instalada já reduziu bastante,  
602 é preciso continuar com as medidas protetivas, porque a contaminação está ampliando muito, não sendo apenas leitos de UTI  
603 nem leitos clínicos que resolveriam, não teriam mais tantos leitos, o que que tem de previsão de leito para abrir é muito pouco,  
604 não tem mais onde instalar e nem tem mais equipes. Além disso, às vezes se consegue até abrir o leito, o problema é ter a  
605 equipe, então todos que estão aqui nesse momento, sem exceção, precisam pensar realmente em como reduzir a  
606 contaminação que só está ampliando, tem regiões no estado com muitas medidas, até *lockdown*, porque a situação está grave  
607 e a população se revoltando, quando vão para um leito de suporte ventilatório, um covidário, uma unidade básica de saúde,  
608 enlouquecem os gestores municipais, que estão sendo culpados pela população que não segue as orientações e o serviço  
609 está explodindo, não aguentariam, não dariam conta e isso tinha que ficar bem claro. Referindo-se a uma entrevista com o  
610 Secretário que ela tinha gostado muito, em que ele falou que é ótimo estar com a mãe, mas as pessoas se juntaram e fizeram  
611 alimentação sem uso de máscara, começando aí a contaminação e agora estava aí o resultado, e que viria São João, em que  
612 as pessoas vão para suas casas e fariam isso porque não acreditam, só acreditam quando alguém próximo está grave e então  
613 culpam o Secretário, lhe dando empurrão, ameaçando até de morte. Relatou reunião dos coordenadores de CIR, que são  
614 secretários municipais das regiões e a fala geral foi que a situação está muito difícil, não é apenas leito que vai resolver, leito é  
615 um dos componentes, então é bom às vezes essa pauta de leitos vir para a CIB, para todos verem e entenderem como está o  
616 encaminhamento, que é uma luta diária. Parabenizou toda a equipe de Alcina Romero e Naia Neves, que estão envolvidas  
617 diariamente, e a Cássio Garcia, que liga para as regiões e os municípios, e o movimento que todos estão fazendo. **Alcina**  
618 **Romero** fez uma correção na planilha, por solicitação de Salvador, referente à mudança do nome do Hospital Santa Clara, que  
619 agora passa a se chamar Hospital Clara Santa e a mudança do número de CNES. **Raul Molina** solicitou que Alcina Romero  
620 repetisse a situação do município Cachoeira e **Alcina Romero** relatou que foi solicitada a implantação de leitos de UTI há  
621 algum tempo, tanto pela Secretária de Saúde, Maria José, como pelo Hospital São João de Deus e já foi comprovado que tem  
622 área, equipamentos, mas ao que ela tinha conhecimento, restando ainda pendente a usina de oxigênio, e Cássio Garcia talvez  
623 tivesse alguma notícia mais esclarecedora. **Raul Molina** colocou que a princípio queriam inaugurar sem ter leitos, depois  
624 quiseram inaugurar sem ter tomógrafo, ar-condicionado, a CIR de Cruz das Almas criou uma comissão para fazer visita ao  
625 local e, pelo informado por Alcina Romero e pelo que estavam vendo hoje, o único impedimento existente para Cachoeira é a  
626 usina de oxigênio e perguntava por que tem um convite para inaugurar estes leitos amanhã, então precisavam saber disso e  
627 democratizar essa informação. **Stela Souza** falou que, pelo que consta na planilha, a não ser que tivesse chegado alguma  
628 novidade, e pelo colocado por Alcina Romero, para lá existe a previsão de implantação de dez leitos de UTI, até o momento  
629 não regularizada com a área técnica para posterior aprovação na CIB. **Naia Neves, Diretora da DICON e membro da CIB**,  
630 esclareceu que, como é um hospital contratualizado na Superintendência, inclusive tinham acompanhado desde o início, e a  
631 manifestação de implantação desses dez leitos foi da unidade junto à SESAB/Gabinete - Cássio Garcia participou muito disso -  
632 para se conseguir estruturar essa UTI em um espaço existente, na verdade é um pleito bem antigo que acabou 'morrendo' e

633 agora, com a COVID, foi resgatado. Tem fotos da unidade já montada, com leito, monitor, ventilador, não está ativo ainda de  
634 fato por uma questão de gases, mas até onde sabia, já poderia estar sendo resolvido até amanhã e fechando um item de  
635 escala pela dificuldade de profissional, principalmente médico, que já é de conhecimento de todos, tanto que avançaram com a  
636 contratualização e esse processo já se encontra em análise da Secretaria da Fazenda para retornar à SESAB, e se a  
637 Secretaria da Fazenda desse ok em relação a orçamento, já encaminhariam para publicação. **Cássio Garcia** informou que  
638 começa a funcionar no máximo dia primeiro, mas estavam querendo antecipar, então estava dando a data do dia primeiro de  
639 junho, o prestador esteve ontem na SESAB, Naia Neves já deu todos os esclarecimentos, o contrato está bem encaminhado,  
640 tem um problema com a Coelba e o Secretário ligou ontem mesmo e vão resolver. Então no máximo dia primeiro de junho  
641 começa a funcionar, conseguindo montar a equipe e resolvendo o problema da Coelba já inicia o funcionamento de Cachoeira.  
642 **Raul Molina** ressaltou que os colegas da região estão lembrando que a princípio ocorrerá a CIB de leitos na próxima semana e  
643 já deve ter novidade, e a pauta de Cachoeira já poderia entrar. **Cássio Garcia** concordou com Raul Molina, dizendo que, se na  
644 quarta feira já tivessem conseguido colocar como leito ativo, levariam para a reunião CIB de leitos. Quanto ao financiamento  
645 federal, **Naia Neves** esclareceu que as habilitações - hoje tratadas pelo Ministério como 'autorização' - nos últimos dois meses  
646 avançaram bastante com as tratativas junto ao Ministério, por meio de ação movida no STF pelo estado da Bahia e mais quatro  
647 estados e hoje tem garantidos quase mil e duzentos autorizados. Na planilha somam, com os dez novos, mil quinhentos e  
648 noventa e oito, mas hoje tem dos leitos que são possíveis de autorização - lembrando que na planilha tem leitos que já são  
649 habilitados em outras Redes, como Rede de Urgência, Rede Cegonha - apenas três leitos, mas o Ministério não autoriza, pois  
650 o mínimo para autorização é de cinco leitos. Então já houve um grande avanço com o Ministério, tendo chegado a quase mil e  
651 duzentos e com as ampliações que vão ocorrer, inclusive os últimos que foram abertos, essa autorização também já está  
652 aprovada no Ministério para a próxima competência. Enfatizou o avanço desse financiamento em relação a leitos de suporte  
653 ventilatório, que é o que estão buscando agora. Chamou atenção quanto ao cadastramento do CNES, porque tem uma  
654 divergência entre o que é leito existente, ou seja, o que a unidade cadastra na sua FCES - na sua ficha local - e o que o estado  
655 tem de leito SUS, relatando que hoje sua Coordenação de Cadastro trabalha buscando algumas unidades que não estão mais  
656 ativas para o COVID, mas que continuam com seus leitos cadastrados, não alteraram sua FCES e algumas unidades que, por  
657 exemplo, cadastraram um leito de UTI e que, no seu entendimento, talvez devesse ser leito de suporte ventilatório e não de  
658 UTI. Argumentou que ninguém abriria uma UTI com apenas um leito, a equipe com médico, enfermeiro, fisioterapeuta, então  
659 estavam tentando trazer o máximo possível do que é número de leito existente, leito COVID, o cadastro do número 51 ou 52  
660 adulto pediátrico, ou o que de fato tem de autorização de leito SUS. Assim, em breve entraria em contato com alguns  
661 secretários para verificarem estes leitos que estão sendo cadastradas nos municípios como de terapia intensiva e que talvez  
662 fossem suporte ventilatório, a fim de buscarem outro financiamento. **Cristiano Sóster** opinou, na perspectiva da sobrecarga de  
663 leitos e na impossibilidade de avançarem na implantação de leitos, que cada gestor precisa começar a se questionar sobre o  
664 que está realizando, além de solicitação de regulação, de implantação de leitos, ressaltando que isso é extremamente  
665 importante, porque o leito é uma ação paliativa e não resolverá a situação da pandemia. Referiu-se a todos os estudos  
666 apontando o que tem impacto na redução da contaminação, em primeiro lugar a vacina, o uso de EPI, a higienização  
667 adequada dos ambientes, a não aglomeração, é nisso que precisavam começar a pensar. Outra coisa é pensar de forma muito  
668 estratégica, que é poder monitorar, isolar as pessoas, continuar o monitoramento dessas pessoas e é preciso voltarem a  
669 discutir sobre isso, porque não se vê mais essas estratégias sendo implementadas, com exceção da vacinação, então, ou se  
670 começava a pensar no que fazer para que as pessoas não tenham contato com o vírus, ou não suportariam, infelizmente.  
671 Pontuou que não tem mais lastro para ampliação de leitos e isso é muito complicado, e hoje tem uma notícia na internet sobre  
672 bairros extremamente populosos, onde 50% dos exames realizados são positivos, então a tendência agora é ter uma  
673 sobrecarga nos gripários e nos pronto atendimentos e o perfil da população que busca esse atendimento também mudou, é  
674 uma população mais jovem e isso aponta para uma dificuldade que também vai existir, porque se a pessoa mais nova precisar  
675 de um leito de UTI vai ficar mais tempo no leito, porque tem maior resistência à doença, vai lutar mais tempo contra a doença.  
676 Argumentou que isso é muito preocupante, precisariam de mais oxigênio, trabalhadores, ou começavam a agir no que pode ser  
677 feito para as pessoas não terem contato com o vírus ou, infelizmente, ficaria impossível suportar isso, a terceira onda já está aí,  
678 alguns estudos do Instituto de Métrica de Washington apontam para o início da terceira onda no final de maio, com pico no final  
679 de junho a início de julho, então é preciso estarem muito atentos a esse tipo de situação, porque a única forma de não colapsar  
680 é fazer com que as pessoas não tenham contato com o vírus. **Stela Souza** lembrou o colocado em uma das reuniões, sobre a  
681 dificuldade de vários municípios com leitos de suporte ventilatório e que Naia Neves apresentou um número muito alto dos que  
682 constam na planilha, mas que não têm financiamento e o estado não tem acesso ao SAIPS como os municípios. Dessa forma,  
683 ficou combinado que o COSEMS faria contato com os municípios que têm esse serviço, para ajudar nessa movimentação com  
684 Naia Neves e sua equipe, orientando o município como fazer, e assim foi feito. Então antes de Naia Neves apresentar a  
685 situação de leitos de suporte ventilatório, pedia a Luiza Campello para colocar como o COSEMS agiu nessa proposta de  
686 viabilizar, orientar e ajudar os municípios a resolverem essa questão. **Maria Luiza Campello, Secretária Executiva do**  
687 **COSEMS**, relatou ter recebido de Naia Neves uma planilha com cinquenta e sete municípios que tinham pendências, o leito  
688 funcionando teoricamente, mas ainda sem habilitar, então precisavam saber se estão realmente ativos e se têm cadastro no  
689 SAIPS. Nesse levantamento foram identificados dois municípios na planilha sob gestão estadual e já foram eliminados, e nesse  
690 processo oito municípios foram habilitados pelo Ministério, com portaria. Assim, dos cinquenta e sete municípios ficaram  
691 quarenta e sete, sendo duzentos e sessenta e cinco leitos nesses municípios. Dos quarenta e sete municípios foi realizado  
692 contato com quarenta e cinco (não tinham conseguido contato com Cícero Dantas e Canudos). Dos quarenta e cinco  
693 municípios, dezessete não deram retorno e vinte e oito sim, todos com os leitos ativos. Desses vinte e oito municípios, dezoito  
694 estão com propostas no SAIPS e dez não conseguiram cadastrar neste Sistema, sendo constatado que os principais motivos  
695 para não conseguirem foram não conhecerem o SAIPS e/ou não saberem utilizá-lo. Foi então articulado com Naia Neves para  
696 equipe técnica dar suporte nesse trâmite documental aos municípios que ainda estão aguardando resolução CIB, e poderem  
697 finalizar a proposta no SAIPS, e estão nesse movimento, vinha falando com Naia Neves diariamente e tinha buscado os  
698 dezessete municípios que faltam dar retorno, bem como os que foram habilitados e estão pedindo ajuda da SESAB sobre  
699 como vão fazer a produção desses leitos, também já tinha conversado com Naia Neves e articulariam e dariam suporte a esses

700 municípios. **Naia Neves** ponderou que foi um trabalho em conjunto muito bom, precisava ser feito realmente, Luíza Campello  
 701 tem ajudado muito e agora estavam conseguindo entender o porquê dessa disparidade entre o número de leitos solicitados na  
 702 planilha e o número de leitos efetivamente financiados, sendo o que tinha começado a chamar atenção. Já sabia que, com a  
 703 Portaria 471 ampliando a tipologia de unidades para ter esses leitos financiados, teria um crescimento, mas não está sendo um  
 704 crescimento com o número também de portaria de autorização, como tem acontecido nos leitos de UTI, quando a portaria nova  
 705 da UTI foi publicada, tinham conseguido esse 'boom', chegando a quase mil e duzentos. Relatou que, para os municípios com  
 706 dificuldade repassado por Luiza Campello, já estão montando uma estratégia web para um treinamento, a fim de poderem  
 707 ajudar, porque por telefone às vezes é complicado, não conseguem falar, a pessoa que atende não é quem faz isso.  
 708 Acrescentou que têm tido uma certa dificuldade no Ministério com relação aos municípios que lá estão, inclusive Nanci Salles  
 709 também ajudou, porque os técnicos do Ministério estão tratando o envio de documentos de forma diferenciada - o ofício do  
 710 gestor municipal, o do gestor estadual, as declarações - uns entendem que a assinatura tem que ser no mesmo documento,  
 711 outros entendem que não, enfim eles estão também com uma certa divergência de análise, mas ela estava conseguindo  
 712 conversar com os técnicos para eles entenderem que sempre foi assim, enquanto tinha ficado com a sua equipe a ação de  
 713 inserção no SAIPS e que, em termos documentais, não mudou absolutamente nada, apenas o fluxo de quem cadastra. E  
 714 lembrou que eles têm dito nos próximos dias seriam publicadas várias portarias pelo e assim esperavam. Em relação à  
 715 atualização de hoje, falou do Hospital de Campanha do Centro de Iniciação Esportiva de Salvador, que compõe a planilha de  
 716 ocupação de leitos de UTI, mas, conforme a portaria, hospital de campanha não tem autorização para leitos de UTI, consta na  
 717 portaria 471, de autorização de leito de suporte ventilatório, e como este hospital precisa constar nesta planilha a fim de que o  
 718 Ministério verifique e o considere no Plano de Contingência, e com a resolução aprovada foi feita esta inclusão, para Salvador  
 719 fazer depois o cadastramento desses leitos. Além de Salvador, teve a inclusão da Unidade de Controle do COVID de Luís  
 720 Eduardo Magalhães, com seis leitos, que também já está com tudo 'ok' e aguardavam essa atualização hoje, assim como o  
 721 Hospital Municipal São Geraldo, com dois leitos, no município Malhada, para publicação da resolução e devolução aos  
 722 municípios, conforme fluxo já estabelecido para eles cadastrarem as suas propostas. E chamou atenção para os municípios  
 723 que têm dificuldade e os novos que entraram, se tiverem dificuldade, que a DICON e sua equipe está à disposição para  
 724 qualquer auxílio e orientação necessária. **Stela Souza** colocou em aprovação a situação dos leitos clínicos de UTI e leitos de  
 725 suporte ventilatório COVID, como não houve manifestação contrária, foi **considerado aprovado**. Dando seguimento, passou  
 726 para o próximo ponto de **Pactuação: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVEP E**  
 727 **SAFTEC: 3.1 Hepatites Virais – Transferência das medicações do componente especializado para o componente**  
 728 **estratégico. Franciane Guedes, Técnica da Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica,**  
 729 cumprimentou a todos e disse que faria uma breve apresentação do resultado da transferência do Programa de Hepatites  
 730 Virais feita pelo Ministério, que na verdade é o fornecimento de medicamentos que anteriormente estavam vinculados ao  
 731 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e agora passa a ser do fluxo de fornecimento do Componente  
 732 Estratégico. Relatou que o financiamento continua sendo do Ministério da Saúde, mas a lógica de organização, o fluxo de  
 733 acesso de alguns documentos necessários e as unidades que vão fazer atendimento foram modificados, sendo isso que  
 734 mostraria. As Hepatites Virais é o único item acompanhado pela vigilância epidemiológica que não estava dentro do  
 735 componente estratégico, assim como HIV Aids, Tuberculose e Hanseníase, então o Ministério, após reunião também da CIT -  
 736 onde foi feita essa pactuação - fez esse ajuste para incluir no rol dos medicamentos do componente estratégico. Mostrou em  
 737 *slide* a portaria de 2020 e uma Nota Técnica com orientações sobre a organização das farmácias, o que é necessário e quais  
 738 as sugestões mínimas do Ministério para organização desse serviço.

Transferência dos medicamentos para o tratamento das hepatites virais do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)  
 287ª REUNIÃO DA CIB  
 20.05.2021

Diretoria de Assistência Farmacêutica (DAF)  
 Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde (SAFTEC)  
 Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP)  
 Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA)

Franciane Souza Guedes

**Marco Regulatório da Mudança**

- Portaria nº 1.537 de 12 de junho de 2020 - inclui os medicamentos do Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- Nota Técnica nº 319 de 29 de setembro de 2020 – CGAHV/DCCI/SVS/MS - dispõe sobre a estrutura e organização das farmácias que dispensarão medicamentos do Programa Nacional de Hepatites Virais, bem como o acesso aos medicamentos, ao sistema de informação, envio de dados, programação de medicamentos, período de transição e cronograma

749 Mostrou no *slide* seguinte a proposta de resolução que estabelece a rede de farmácias que viabilizará o acesso a esses  
 750 medicamentos no estado e define o uso do Sistema de Controle Logístico – SICLOM, um sistema do Ministério da Saúde.  
 751 Nesta proposta a parceria DASF/DIVEP identificou a utilização da mesma rede existente atualmente para HIV Aids, que já tem  
 752 farmácias que fazem a dispensação dos medicamentos para HIV distribuídas no estado da Bahia e em geral no serviço de  
 753 atenção especializada nos municípios, e eles também já utilizam o sistema SICLOM HIV e agora estariam incorporando o  
 754 SICLOM Hepatites Virais, então a proposta é utilizar essa mesma estrutura. Informou que essa Rede de Farmácias está sendo  
 755 chamada de rede porque estão todas unidas no mesmo protocolo de Hepatites Virais, utilizando o mesmo sistema, o desenho  
 756 atual é: atualmente já tem uma estrutura na Bahia que funciona, envolvendo bases regionais de saúde e a SIMEB, em  
 757 Salvador, onde tem atualmente uma única unidade que faz esse atendimento e tem unidades municipais que também fazem  
 758 esse atendimento. A proposta é fazer a migração desse componente, que está atualmente no especializado, para o  
 759 estratégico, tem todo um processo de validação de documentos que gera APAC e faturamento para o componente estratégico  
 760 e isso será feito por etapas, porque envolve não só as unidades que estão atendendo os pacientes, para que utilizem o  
 761 sistema, como também a incorporação de novas unidades de atendimento, principalmente na capital e na região metropolitana.  
 762 Serão incluídas unidades de Camaçari, Simões Filho e Lauro de Freitas, para atendimento dos pacientes de Hepatites Virais  
 763 no fornecimento de medicamentos, e na capital a inclusão de uma unidade do município, o UDM Comércio - Unidade  
 764 Dispensadora de Medicamentos do Comércio e o SEDAP Unidade do Fígado, que agora passa também a atender os  
 765 pacientes, com o fornecimento dos medicamentos. Na segunda etapa haverá inclusão das outras unidades para operação do  
 766 sistema SICLOM, atendendo prontamente a lógica do componente estratégico. Nesse processo de transição haverá unidades

767 que utilizam SICLOM, dados os moldes estratégicos, e outras unidades que já vinham atendendo os pacientes e que, à medida  
 768 que forem atendendo pacientes e renovarem a receita serão incorporadas ao fluxo do componente estratégico para não haver  
 769 descontinuidade da assistência aos pacientes.

770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777

**RESOLVE:**

- Estabelecer a rede de farmácias que fornecerá acesso aos medicamentos para as hepatites virais no Estado da Bahia.
- Definir uso do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos – SICLOM Hepatites como o sistema de informação para o gerenciamento logístico dos medicamentos antivirais para as hepatites no estado da Bahia.

**Sobre as Farmácias do Programa de Hepatites Virais**

- A rede atual de farmácias dispensadoras de medicamentos para as Hepatites Virais é composta por unidades estaduais e municipais (Anexo I).
- A rede de farmácias dispensadoras de medicamentos para as Hepatites Virais está em processo de implantação conforme transcorre o processo de migração do Componente Especializado para o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e está organizada de acordo com as seguintes etapas:
  - Etapa 1: Inclusão de 05 novas unidades, e implantação do SICLOM Hepatites em 11 unidades, totalizando 16 unidades utilizando a ferramenta
  - Etapa 2: Inclusão de 16 unidades, com utilização do SICLOM Hepatites, totalizando 32 unidades na rede de farmácias.

779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798

Nos próximos slides mostrou que as unidades de farmácia deverão ter uma estrutura adequada, e já foi feito contato com os SAIS que estarão nessa primeira etapa e com as farmácias da capital que farão esse atendimento, tendo que ter um espaço adequado para fazer também atendimento dos pacientes que precisarão de um seguimento, se o paciente que já estiver crônico, mas com Hepatite C, tem data de entrada e de saída do atendimento. Acrescentou que para fazer esse atendimento é obrigatória a presença do profissional farmacêutico e de computador com acesso à internet, porque a dispensação é feita mediante utilização do sistema do Ministério da Saúde, que possibilita também a programação ascendente mensal que terão que realizar. Falou das farmácias das Bases Regionais de Saúde que estão vinculadas ao Componente Especializado, que farão esse atendimento no processo de transição e só poderão encerrar as atividades de dispensação dos pacientes com a sinalização da SAFTEC. Assim, farão o atendimento dos usuários que já estão lá cadastrados e, à medida que forem renovando as prescrições - que agora é um novo formulário – os pacientes serão designados para a unidade que substituirá aquela Base Regional, porque o preferencial é que a farmácia para a unidade de fornecimento de medicamento esteja vinculada a um serviço que já faz o atendimento do paciente. Foram escolhidas preferencialmente as farmácias do interior do Estado e da capital vinculadas a um serviço especializado, que fecha a cadeia de atendimento dos pacientes. É importante utilizar o medicamento de fornecimento do Ministério da Saúde, então, na lógica que estavam acompanhando também do HIV, o paciente pode escolher onde fazer a retirada dos medicamentos para Hepatite, levando em consideração o sigilo, então ele pode sim, optar por retirar o medicamento e isso não gerará impacto no fornecimento dos outros medicamentos que estão pactuados, porque os de Hepatite têm financiamento do Ministério da Saúde. Não estava falando sobre a pactuação em relação à consulta, procedimento, nem exame, mas a respeito da farmácia, por exemplo, não teria impedimento fazer o atendimento de um paciente de Lauro de Freitas na capital, pois, com a questão do sigilo, o paciente pode até opinar, mas aí orientá-lo para utilizar na rede e a indicação de unidade mais próxima da sua residência.

799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807

**Sobre as Farmácias do Programa de Hepatites Virais**

- As unidades de farmácia deverão apresentar infraestrutura adequada às atividades desenvolvidas, dispondo de espaço para a realização das ações inerentes à assistência farmacêutica, de acordo com a legislação sanitária vigente.
- É obrigatório a presença do profissional farmacêutico.
- A farmácia deve contar, preferencialmente, com área destinada ao atendimento individual, com estrutura e material adequados à dispensação dos medicamentos de maneira orientada por profissional farmacêutico.
- A farmácia deve dispor de computador, com acesso à internet, para realização do registro da dispensação no sistema SICLOM Hepatites, no momento do atendimento do usuário.

**Sobre as Farmácias do Programa de Hepatites Virais**

- As farmácias das Bases Regionais de Saúde vinculadas ao Componente Especializado só poderão encerrar as atividades de dispensação dos medicamentos das Hepatites virais após sinalização da área técnica da DASF, a fim de evitar vazios assistenciais nas regiões.
- As farmácias dispensadoras municipais serão designadas considerando, preferencialmente, a vinculação a um serviço especializado que realize atendimento aos pacientes acometidos por Hepatites Virais.

808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824

A aquisição e o fornecimento desses medicamentos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e compete ao estado fazer o alinhamento da programação, que é ascendente, ou seja, o município fará a programação da unidade municipal, a SAFTEC consolidará e enviará essas informações ao Ministério da Saúde. Dessa forma é importante que a unidade faça o uso da ferramenta SICLOM, principalmente na dispensação, porque a SAFTEC flexibilizou - não é mais do componente especializado, que tinha uma série de procedimentos que muitas vezes engessava o acesso do paciente - mas, embora tendo flexibilizado neste aspecto, o protocolo para tratamento de hepatites é o mesmo, então precisavam garantir que o paciente seja tratado adequadamente, em função da fase em que ele se encontra. E para não haver dúvidas, o ideal é fazer a dispensação no SICLOM, porque o sistema faz a crítica quanto ao medicamento prescrito, se é ou não adequado ao estágio em que se encontra o paciente. A programação de medicamentos, o controle de estoque e a dispensação aos usuários, conforme protocolo estabelecido, será responsabilidade da farmácia e será agregada a esta rede, utilizando o sistema SICLOM. Foram realizadas duas capacitações com os farmacêuticos para uso da ferramenta SICLOM, em parceria com o Ministério da Saúde e existe a proposta de fazer outras capacitações, nesse momento tudo via *web*, o que facilita bastante a participação dos farmacêuticos, já que exclui uma limitação grande para as capacitações, que é o deslocamento, e haverá outras turmas à medida que mais farmácias utilizando o SICLOM forem sendo agregadas. Informou também que planejando capacitação sobre o protocolo da doença, mas, de maneira geral, a responsabilidade por capacitação é bipartite, não impedindo que o município, o SAIS CPA, faça capacitações internas, o protocolo está disponibilizado para fazer alinhamento do fluxo de fornecimento na sua unidade.

825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832

**Sobre as Farmácias do Programa de Hepatites Virais**

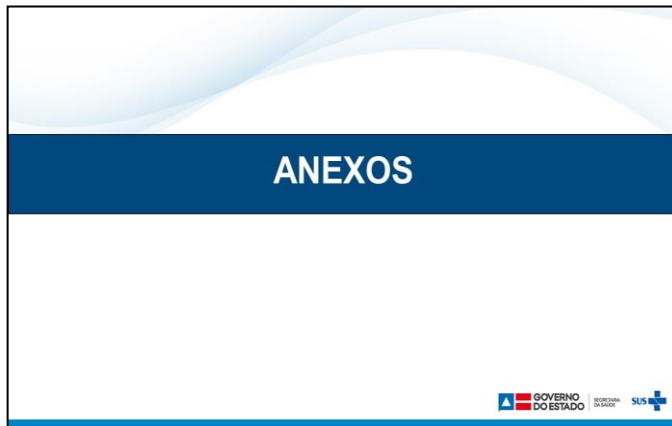
- A aquisição e fornecimento dos medicamentos para tratamento das Hepatites Virais, conforme protocolo estabelecido, é responsabilidade do Ministério da Saúde.
- Compete ao Estado o apoio logístico e orientação para acesso aos medicamentos para tratamento das Hepatites Virais.
- Compete ao Estado o gerenciamento do cadastro dos profissionais farmacêuticos que realizarão as dispensações dos medicamentos no SICLOM Hepatites.

**Sobre as Farmácias do Programa de Hepatites Virais**

- A programação de medicamentos, controle de estoque e dispensação aos usuários, conforme protocolo estabelecido, é de responsabilidade das farmácias dispensadoras de medicamentos, e devem ser realizadas utilizando a ferramenta SICLOM Hepatites.
- A capacitação, atualização e treinamento das equipes acerca dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de hepatites virais, bem como dos fluxos operacionais, é de responsabilidade tripartite e pode ter iniciativas de todas as esferas de gestão.

833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
841  
842  
843  
844  
845  
846  
847  
848  
849  
850  
851  
852  
853  
854  
855  
856  
857  
858  
859  
860  
861  
862  
863  
864  
865  
866  
867  
868  
869  
870  
871  
872  
873  
874  
875  
876  
877  
878  
879  
880  
881  
882  
883  
884  
885  
886  
887  
888  
889  
890  
891  
892  
893  
894  
895  
896  
897  
898  
899

Nos outros slides, os anexos que constarão na Resolução CIB: no Anexo I, o cenário atual por macrorregião, são trinta e duas unidades, envolvendo já alguns SAIS CPA e muitas bases regionais de saúde que fazem o atendimento. A proposta é fazer o processo de transição onde, além das bases que fazem atendimento, estruturar o que consta no Anexo II, incluindo as dezesseis unidades que nessa fase utilizarão a ferramenta SICLOM exclusivamente para fazer atendimento do Programa de Hepatites e terão aproximadamente vinte unidades que são bases e que continuarão o atendimento dos pacientes que ainda não deixarão de fazer assistência. Na segunda etapa, que é a final, terá o desenho do Anexo III, com todas as unidades sendo preferencialmente SAIS CPA, a não ser onde não tiver isso, algumas regiões ainda não têm, a SAFTEC está em discussão também com a DIVEP para fazerem essa ampliação, lembrando sempre de olhar no desenho onde que já existe para HIV, para aproveitar a estrutura e a 'expertise' dos profissionais que trabalham nesses serviços. Assim, a ideia é que seja mais perto, o fluxo em si vai se tornar mais leve, mas nem por isso menos importante, já que o protocolo é o mesmo, a proposta é facilitar o acesso ao paciente e evitar que ele venha a fazer o uso de um medicamento de maneira equivocada, por isso a obrigatoriedade de utilizar o sistema para fazer dispensação. Finalizou, deixando o contato das áreas envolvidas: Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica – CAFAB, onde trabalha; e do Programa Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais que está em parceria no desenvolvimento dessas ações vinculadas ao Programa.



**ANEXO I - RELAÇÃO ATUAL DE FARMÁCIAS DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE HEPATITES VIRAIS**

MACROREGIÃO	UNIDADE	MACROREGIÃO	UNIDADE
CENTRO-LESTE	C.R. MUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS DE FEIRA DE SANTANA	NORTE	CDHA - CENTRO DE INFORMAÇÕES EM DST/HIV/AIDS - JUAZEIRO
	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE ITABERABA		CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE SEXUAL DE SR. DO BONFIM
	BASE REGIONAL DE SAÚDE ITABERABA 138 DIRES		BASE REGIONAL DE SAÚDE PAULO AFONSO 359 DIRES
CENTRO-NORTE	BASE REGIONAL DE SAÚDE SERRINHA 139 DIRES	OESTE	BASE REGIONAL DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM 289 DIRES
	BASE REGIONAL DE SAÚDE IRECE 139 DIRES		CTA/SAE EDGARDO PITA - BARREIRAS
	BASE REGIONAL DE SAÚDE JACOBINA 139 DIRES		BASE REGIONAL DE SAÚDE BRUMADOURO 359 DIRES
EXTREMO-SUL	SAE ED AQUINO - PORTO SEGURO	SUDESTE	BASE REGIONAL DE SAÚDE SANTA MARIA DA VITÓRIA 369 DIRES
	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE TEIXEIRA DE FREITAS		CENTRO DE ATENÇÃO E APOIO À VIDA DRI DAVID CAPISTRANO FILHO - CAUV - VITÓRIA DA CONQUISTA
	BASE REGIONAL DE SAÚDE EUANAPOLIS 39 DIRES		BASE REGIONAL DE SAÚDE ITAPETINGA 149 DIRES
LESTE	BASE REGIONAL DE SAÚDE TEIXEIRA DE FREITAS 99 DIRES	SUL	BASE REGIONAL DE SAÚDE VITÓRIA DA CONQUISTA 209 DIRES
	CENTRO DE REFERÊNCIA DE PREVENÇÃO E ESPECIALIZADO DA BAHIA - CIMES - SALVADOR		BASE REGIONAL DE SAÚDE BOQUIRA 239 DIRES
	BASE REGIONAL DE SAÚDE SANTO ANTONIO DE JESUS 49 DIRES		BASE REGIONAL DE SAÚDE GUANAMBI 309 DIRES
NORDESTE	BASE REGIONAL DE SAÚDE AMARGOSA 239 DIRES		CENTRO DE REFERÊNCIA DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS - LUÍSULS
	BASE REGIONAL DE SAÚDE CRUZ DAS ALMAS 34 DIRES		SEMPAT-CENTRO DE REFERÊNCIA EM PREV. ASSIST. E TRATAMENTO ESPECIALIZADO CATÉ - BIQUE
	BASE REGIONAL DE SAÚDE ALAGÓINHAS 34 DIRES		CENTRO DE ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO ESPECIALIZADO CATÉ - BIQUE
	BASE REGIONAL DE SAÚDE CICERO DANTE 139 DIRES		BASE REGIONAL DE SAÚDE SANZU 39 DIRES

**ANEXO II - RELAÇÃO DE FARMÁCIAS DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE HEPATITES VIRAIS - ETAPA 1**

MACROREGIÃO	UNIDADE	MACROREGIÃO	UNIDADE
CENTRO-LESTE	C.R. MUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS DE FEIRA DE SANTANA	NORTE	CDHA - CENTRO DE INFORMAÇÕES EM DST/HIV/AIDS - JUAZEIRO
	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE ITABERABA		CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE SEXUAL DE SENHOR DO BONFIM
EXTREMO-SUL	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE TEIXEIRA DE FREITAS	OESTE	CTA/SAE EDGARDO PITA - BARREIRAS
	SAE ED AQUINO - PORTO SEGURO		CENTRO DE ATENÇÃO E APOIO À VIDA DRI DAVID CAPISTRANO FILHO - CAUV - VITÓRIA DA CONQUISTA
LESTE	CIMES - CENTRO DE REFERÊNCIA E ESPECIALIDADES EM SAÚDE - CAMAÇARI	SUL	CENTRO DE REFERÊNCIA DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS - LUÍSULS
	SAE/CTA LAURO DE FREITAS		SEMPAT-CENTRO DE REFERÊNCIA EM PREV. ASSIST. E TRATAMENTO ESPECIALIZADO CATÉ - BIQUE
	UOM COMÉRCIO - SALVADOR		CENTRO DE ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO ESPECIALIZADO CATÉ - BIQUE
	CEADAP - UNIDADE FÍGADO - SALVADOR		
	SAE/CTA SIMÕES FILHO		

**ANEXO III - REDE DE REFERÊNCIA DE FARMÁCIAS DISPENSADORAS DE MEDICAMENTOS DO PROGRAMA DE HEPATITES VIRAIS - ETAPA 2**

MACROREGIÃO	UNIDADE	MACROREGIÃO	UNIDADE
CENTRO-LESTE	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE SERRINHA	NORDESTE	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO - CTA ALAGÓINHAS
	C.R. MUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS DE FEIRA DE SANTANA		BASE REGIONAL DE SAÚDE CICERO DANTE
	BASE REGIONAL DE SAÚDE DEABARA		CDHA - CENTRO DE INFORMAÇÕES EM DST/HIV/AIDS - JUAZEIRO
CENTRO-NORTE	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE ITABERABA	OESTE	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE SEXUAL DE SR. DO BONFIM
	SAE SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO HEC		CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE SEXUAL DE BOM JESUS SALVA
	SAE/CTA DE JACOBINA		CTA/SAE EDGARDO PITA - BARREIRAS
EXTREMO-SUL	SAE EUANAPOLIS	SUDESTE	SAE/CTA SANTA MARIA DA VITÓRIA
	CTA CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE ITABERABA		CENTRO DE ATENÇÃO E APOIO À VIDA DRI DAVID CAPISTRANO FILHO - CAUV - VITÓRIA DA CONQUISTA
	SAE ED AQUINO - PORTO SEGURO		SAE/CTA ITAPETINGA
LESTE	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DE TEIXEIRA DE FREITAS	SUL	SAE/CTA GUANAMBI
	POLICLÍNICA MUNICIPAL DE AMARGOSA		CENTRO DE REFERÊNCIA DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS - LUÍSULS
	BASE REGIONAL DE PREVENÇÃO E ESPECIALIZADO DST/AIDS - CACHOEIRA		SEMPAT-CENTRO DE REFERÊNCIA EM PREV. ASSIST. E TRATAMENTO ESPECIALIZADO CATÉ - BIQUE
	CTA/SAE VILAS VIDA - SANTO ANTONIO DE JESUS		
	SAE/CTA DE LAURO DE FREITAS		
	UOM COMÉRCIO - SALVADOR		
	SEMPAT-CENTRO DE REFERÊNCIA E ESPECIALIDADES EM SAÚDE - CAMAÇARI		
	SAE/CTA SIMÕES FILHO		
			CTA/SAE BEM ME QUEB - VALENÇA

**Contatos**

- **Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica - CAFAB**  
[cafab@saude.ba.gov.br](mailto:cafab@saude.ba.gov.br)  
 Tel: 71 3115-4328
- **Programa Estadual de IST, Aids e Hepatites Virais**  
[divep\\_istaidahepatites@saude.ba.gov.br](mailto:divep_istaidahepatites@saude.ba.gov.br)  
 Tel: 71 3116-0013 / 0039

**GOVERNO DO ESTADO** SECRETARIA DA SAÚDE

Stela Souza parabenizou Franciane Guedes pela apresentação, comentando que apenas mudou o componente especializado para o estratégico e que de qualquer forma já tem unidade que vai dispensar, então não haveria prejuízo. Solicitou que ela encaminhasse esta apresentação para ser postada no site da CIB e para o COSEMS, a fim de repassarem aos gestores e eles localizarem onde conseguem unidade de dispensação. Em seguida colocou em aprovação a situação dos leitos clínicos, de UTI e leitos de suporte ventilatório COVID, como não houve manifestação contrária foi **considerado aprovado**. **Eleuzina Falcão** agradeceu a Franciane Guedes e equipe, elogiou o avanço apesar de todas as dificuldades enfrentadas nesse contexto, pois dentro das infecções sexualmente transmissíveis e do grupo do elenco de medicamentos esse é o que estava fora do Componente Estratégico e isso é muito importante, porque, a partir dessa nova modelagem melhora o acesso, facilita e melhora as condições de vida do paciente, então hoje, com os medicamentos de hepatite, fechavam todo o elenco no Componente Estratégico e com certeza todos ficaram muito satisfeitos com essa movimentação. **Alcina Romero** complementou, informando que a DAE tem um grupo de trabalho com a DIVEP, a Área Técnica de Nefrologia e a Sociedade Brasileira de Nefrologia/seção Bahia, em um projeto chamado 'Hepatite Zero' nas clínicas de hemodiálise e que é um trabalho que está sendo muito bem realizado, com muito empenho dos participantes e com certeza teriam avanços para zerar as

900 hepatites virais provenientes de procedimentos dialíticos, que é talvez um dos maiores veículos de transmissão da hepatite,  
901 então tudo isso se junta agora a essa questão da medicação. Falou também sobre a Unidade de Fígado do SEDAP, que foi  
902 incluído no rol da DASF e que será um avanço. **Stela Souza** comentou que não estava dando conta de algumas solicitações  
903 que os colegas enviaram no seu WhatsApp, porque está chegando muita demanda individual. Dando seguimento, passou para  
904 o próximo ponto de **Pactuação: 4. COSEMS: 4.1 Regulação de leitos e remoção de pacientes com COVID-19**. Chamou  
905 atenção que é uma pauta que está muito complicada em todas as regiões do estado e relatou que, diante de tantos problemas  
906 e tanta cobrança, o COSEMS fez uma reunião com os coordenadores de CIR das vinte e oito regiões de saúde, se não estava  
907 enganada apenas na macrorregião Extremo Sul - região de Porto Seguro e de Teixeira de Freitas e outra região que não  
908 lembrava agora - não participaram, mas praticamente todas participaram e foi concedida fala a todos os secretários e  
909 coordenadores para exporem as várias demandas, os problemas, já que eles são porta-vozes das regiões e precisavam  
910 informar como está a situação. Ressaltou que foi colocado em pauta porque é uma cobrança muito latente dos municípios, são  
911 várias as queixas todos os dias dos colegas secretários, bem como reclamação dos prefeitos, mas colocaria aqui as dos  
912 secretários, que o COSEMS representa. Nessa reunião foram colocados vários relatos com relação a regulação e  
913 principalmente remoção no estado, como o de acontecer que, ao chegar remoção para o paciente, não precisar mais, porque o  
914 paciente já tinha ido a óbito, relatos de pacientes esperando, sob regulação, de quarenta e oito a setenta e duas horas e o  
915 transporte não chegar, de equipe médica da remoção chegar na unidade e informar que não transportaria o paciente porque  
916 precisavam estabilizar, enquanto a equipe a unidade se contrapondo, informando que o paciente tem condições de ser  
917 removido e não dava para debaterem ato médico, porque quem decide isso são os médicos. Relatos também de município de  
918 a equipe chegar na unidade hospitalar pequena, solicitando pegar todos os cilindros de oxigênio por não ter oxigênio no  
919 transporte para levar o paciente, ou fornecerem todos os cilindros da unidade, já que seria mais ou menos oito horas de  
920 transporte e precisariam do oxigênio, isso deixaria a unidade desabastecida, são duas páginas anotadas de relatos, mas  
921 resumindo, está um verdadeiro caos. Reiterou que todos esses dias estavam vivendo um verdadeiro caos do transporte  
922 sanitário, sendo preciso encontrar uma saída, pois a fala geral é muito grave, não é uma ou outra região, a Centro-Norte que  
923 reclama muito, a Sudoeste, que Cláudio vem falando há tempos sobre isso, mas é unânime, tantos casos que chegara a pedir  
924 até para transformar em ofício, não tinha feito um resumo, porque não deu tempo. Desabafou que é tudo tão grave que ontem  
925 deu tristeza de ouvir o que seus colegas secretários estavam colocando, porque sentiu na pele também e ela estando na  
926 Região Metropolitana, próxima de Salvador, talvez nem precisaria passar mais por isso, imaginassem quem está há oito horas  
927 de distância como a colega que colocou ter ficado quarenta e oito horas para regular, mais quarenta e oito horas para a  
928 unidade chegar e mais oito horas de viagem com o paciente. Protestou que não dava mais, que não sabiam mais o que fazer e  
929 clamou pela Central Estadual de Regulação, observando a ausência da Superintendente que não está nesta reunião e deveria,  
930 pois é uma pauta da Superintendência de Regulação, e reiterou que o COSEMS se ressentia da ausência da Superintendência  
931 de Regulação no processo de regulação do Estado, pois não discute com o COSEMS nem mostra interesse em discutir, mas  
932 que cobraríamos, nem que fosse por meio dos órgãos de controle, porque já não dava mais para aguentar. Pediu desculpas, mas  
933 hoje falava do sentimento dos seus colegas, do povo que está sofrendo e, muita gente morrendo porque o transporte não  
934 chega. Citou relatos sobre ter uma ambulância na região oeste, que não resolve, uma ambulância na Região Centro Norte e  
935 não resolve, relatos que nem precisava mais trazer, porque não satisfaz a necessidade da população baiana, os casos estão  
936 se agravando, as pessoas esperam demais dessa regulação pífia, que foi organizada há um tempo atrás, tendo havido um  
937 mutirão, algo foi feito que deu uma melhorada, mas agora o paciente de UTI COVID fica no PA ou em uma unidade mista, onde  
938 não tem profissional para entubar e não se sabe o que a Central Estadual de Regulação está fazendo, pois se a ocupação está  
939 menor, deveria ter vaga. O Ministério da Saúde está financiando leito e não se consegue regular, e perguntou o que os  
940 profissionais da Central de Regulação estão fazendo, assim já não dava mais. Argumentou que, se não falassem, estariam  
941 sendo omissos e pactuando com o que está acontecendo, sentia muito o Secretário do Estado não estar aqui na reunião, mas  
942 já tinha passado essa situação para ele e repetiu que a SUREGS tem que resolver, se precisasse de outros atores para ajudar,  
943 o COSEMS estava à disposição para discutir, se quisessem alternativas, contratariam ambulância de Goiás, de São Paulo, de  
944 qualquer lugar, veriam a questão das aeronaves, porque as pessoas estão morrendo esperando o traslado para uma a vaga,  
945 ou tendo a vaga e não ocorrer regulação, é uma pergunta simples de ser resolvida, só tomar providências, reiterou que sentia  
946 muito, mas como presidente do COSEMS estaria à frente enquanto lá estivesse mas não podia fazer de conta que não existe  
947 uma instância como a CIB, é impossível uma Superintendência desconhecer esse espaço que é criado por lei, não foi a Bahia  
948 que inventou, então se desculpava novamente, mas tinha que falar, porque estava aqui representando os quatrocentos e  
949 dezessete municípios, inclusive o seu. Pontuou a questão do SAMU, que depois passaria para Jacqueline Bonfim colocar e  
950 pedia primeiramente aos coordenadores de CIR que são membros da CIB – Marcelo Cerqueira, Jaqueline Bonfim, João e mais  
951 algum coordenador que estivesse presente - que se manifestassem aqui, conforme pactuado ontem na reunião, sobre o que foi  
952 decidido e em seguida passaria para os outros membros da CIB. **Marcelo Cerqueira, Secretário Municipal de Saúde de**  
953 **Candeias e membro da CIB**, referendou tudo o que foi pontuado por Stela Souza, a perplexidade vista ontem na reunião de  
954 coordenadores de CIR, ressaltando que a região de saúde de Salvador, que tem os municípios mais próximos, como a região  
955 de saúde de Camaçari, que Iridan até falaria melhor, também tem problemas com transporte sanitário, é uma situação muito  
956 preocupante ver pessoas reguladas morrendo, por esperarem o transporte sanitário da CER, inclusive ontem ele tinha  
957 pontuado algumas situações particulares da região de Salvador, tem muita empresa prestando serviço para esse tipo de  
958 transporte sanitário e alguns municípios que têm como fazer, resolver e apoiar a CER oferecendo seu veículo, algumas  
959 posturas estão causando muita estranheza, o veículo quando chega mais rápido é com 24 horas e a equipe que vem de uma  
960 empresa contratada pela CER - apesar das suas equipes dizerem que o paciente está em condições de ser transportado -  
961 sinalizar que não e ficavam nesse vai e vem, até quando o gestor tem que tomar uma atitude de pegar o paciente por sua  
962 conta e risco, colocar no transporte e levar. Foram pontuadas também situações como a de o veículo para buscar o paciente  
963 chegar faltando equipamentos na unidade de suporte avançado e às vezes até com equipe incompleta, isso não na região de  
964 saúde de Salvador, mas em outras regiões e queria estender essa discussão para o que SAMU pode e deve apoiar e, no caso  
965 da região de saúde de Salvador, o SAMU Metropolitano tem se esquivado. Relatou ter vivenciado isso em Candeias, um  
966 paciente que era para ser transportado pela USA e a demora e a morosidade foi tamanha - esse é o maior problema, tanto no

967 transporte sanitário contratado pelas CER, quanto no das USA - que o paciente termina morrendo esperando esse transporte,  
968 então é uma situação que está causando muita perplexidade, o gestor fica exposto a responder perante o Ministério Público,  
969 sofrendo em as pressões de usuários, acompanhantes e familiares, enfim é uma situação realmente delicada e é preciso  
970 cuidar, ampliar e dar celeridade à oferta de transporte sanitário com urgência, porque está muito caótico, principalmente nesse  
971 período de segunda onda de pandemia. **Jacqueline Bomfim** confirmou que não é uma situação pontual de uma única região,  
972 todas as regiões estão vivendo situações delicadas, inclusive há quem pense que a Metropolitana, por estar mais próxima, está  
973 conseguindo resolver com mais facilidade o acesso e o transporte principalmente, mas não é o caso. E as regiões mais  
974 longínquas têm os casos mais graves, com diversos entraves que vão desde a escassez do veículo para o transporte sanitário  
975 até os arranjos que os municípios vão fazendo e criando entre eles, e que não dão segurança no transporte do paciente. Citou  
976 as contratações dessas empresas que é preciso saber para que foi contratada para poderem entender, por exemplo, uma  
977 região com trinta e seis municípios como a Leste, não se sabia quantas aeronaves estão contratadas, mas sabiam que uma  
978 aeronave só consegue fazer programação para duas transferências por dia, em função do deslocamento e aí tem um ponto de  
979 chegada, até onde a aeronave estará, o tempo que se passa com esse paciente regulado, que é um paciente crítico e estavam  
980 vivendo um momento da pandemia em que o paciente não leva vinte e quatro, quarenta e oito e setenta e duas horas para  
981 acontecerem as evoluções, pacientes que têm picos de piora e daqui a pouco melhora e a CER manda mudar o perfil e quando  
982 muda o perfil, o paciente já está crítico de novo, é paciente de UTI, e quando chegam até o local da transferência, dizem que o  
983 paciente não está em condição de transportar e depois o paciente morre. Chamou atenção para essa situação do SAMU, que  
984 em algumas regiões auxilia no transporte do paciente COVID, em outras não, considerando muito mais grave a região que não  
985 tem envolvimento do SAMU, porque na hora de transferência do paciente, o usuário, a família, o político, fosse quem fosse, vê  
986 o veículo parado e no entendimento, de leigo ou não leigo, se o veículo está ali, teria condições de fazer o transporte. Contou  
987 que tem município que sai com seu paciente em uma ambulância de suporte básico e vai parando em pontos estratégicos,  
988 acordando com outros municípios para conseguir oxigênio até chegar ao seu destino. E reforçou que a a situação realmente é  
989 gravíssima e não é porque os gestores estão sentados, tomando café e falando ao telefone não, é porque vão para a linha de  
990 frente, porque familiares chegam com diversas situações e começam a procurar todo tipo de acesso e aí começam os “donos”  
991 de pacientes, porque ainda tem que saber quem foi a liderança, o político do município, ou o gestor que conseguiu resolver  
992 primeiro o problema do paciente, ainda tem t rede social e quando a lógica não é nada daquilo, mas a inoperância, a falta de  
993 capacidade resolutiva nessa situação que acaba levando a isso, é aquela história, passam quarenta e oito horas para regular o  
994 paciente, quando regula passa três dias para conseguir o transporte sanitário e no meio dessa história ainda a avaliação da  
995 situação do paciente pelas equipes assistenciais sobre a possibilidade ou não do paciente para ser transportado e às vezes os  
996 gestores param para fazer arranjos e isso não está sendo legal, porque não tem um protocolo operacional adequado.  
997 Ponderou que o SAMU vai às regiões, auxilia, e reconhece que, apesar dos diversos transtornos, o SAMU da região de Santa  
998 Maria da Vitória está envolvido nisso, mas tem tido desgastes homéricos e dependem do regulador do dia no Regional, são  
999 conflitos diversos e não podem mais ficarem na situação de terem que administrar esses conflitos, porque são várias  
1000 instâncias, espaços de governança e, ao final, acabam em um ambiente de guerra de atores que só querem salvar aquela vida.  
1001 Argumentou que enquanto não conseguissem entender verdadeiramente o que existe com relação ao transporte sanitário,  
1002 estabelecerem um protocolo operacional padrão, considerando as regiões, as distâncias em vez de se dizer que na região ‘tal’  
1003 está bom, porque não está bom em nenhuma região, cada uma tem um problema e é preciso para cada região, fazerem o  
1004 enfrentamento, identificarem e pensarem que o curso operacional está altíssimo. Comentou que em sua região já tinham  
1005 conseguido envolver o SAMU regional, mas todas as ambulâncias quebram, porque não param e não conseguem fazer  
1006 manutenção, e por isso saem com a equipe de um lugar para outro onde tem ambulância que possa transportar a equipe, é  
1007 muito difícil e não é uma questão de responsabilizando a um ou outro. Enfatizou que o estado vem falando sobre as  
1008 dificuldades para conseguir viaturas, diversas dificuldades e algumas alternativas possíveis têm sido apresentadas, mas  
1009 sabiam que não se trata apenas de colocarem a ambulância do SAMU lá, porque tem custo e como o transporte seria feito?  
1010 quem o manteria? como isso aconteceria na região? - perguntou. Lamentou que infelizmente não há tempo para ir às regiões  
1011 discutir como cada uma apresentaria um cenário e uma proposta, essa tem que ser uma agenda prioritária e tem que envolver  
1012 mesmo a SUREGS. Na oportunidade, agradeceu porque sai ligando para todo mundo que conhece, Rívia Barros, Cássio  
1013 Garcia, Stela Souza, pois todos estão no mesmo processo, com o mesmo objetivo que é salvar vidas, e reiterou a necessidade  
1014 de organizarem essa discussão o mais rápido possível. **João Rodrigues**, representando a região de Itaberaba e Seabra,  
1015 reforçou a dificuldade nesse transporte, argumentando ser uma área que ainda não tem o suporte do SAMU, o município de  
1016 Itaberaba conseguiu se organizar com aquisição de uma UTI, mas infelizmente é um serviço que atende a nível municipal e  
1017 estão sofrendo inclusive com essa escassez de profissionais para poder comporem esse serviço. Colocou que são notórios os  
1018 investimentos que foram feitos em relação à ampliação de leitos, e parabenizou o estado e a todos que se envolveram nesta  
1019 ampliação de leitos, mas o serviço de transporte não caminhou junto, percebiam hoje uma regulação até um pouco mais ágil  
1020 em relação à liberação de leitos, mas que esbarra na incapacidade de transportar os pacientes. Dessa forma sai a vaga, existe  
1021 uma pressão familiar, uma pressão muito grande nas unidades, os profissionais de saúde já se sentem desgastados por uma  
1022 carga maior de trabalho com as várias unidades criadas para atenderem, dividindo os fluxos da pandemia com as emergências  
1023 habituais. Comentou não saber se é percebido em outras regiões, mas na sua região há um aumento muito grande da  
1024 incidência de acidentes vasculares cerebrais que necessitam de fato de uma de uma atenção especial, transporte e cuidado  
1025 específico, acreditava que vários municípios se organizaram para fazer esse transporte, mas acabam acarretando o transporte  
1026 do paciente básico e de fato o transporte do paciente avançado que necessita de uma UTI está precário. Considerou triste  
1027 ouvir de Stela Souza que a Regulação não se dispõe a discutir com o COSEMS, isso é grave e deve ser revisto, porque o  
1028 COSEMS é uma Instância muito importante, que representa todos os secretários e as realidades regionais, então a regulação,  
1029 por envolver todos os municípios, em um problema antigo, potencializado agora com a pandemia, há necessidade de sentarem  
1030 e discutirem soluções. Concordeu que não é fácil, que deve haver a escassez de equipe para compor esse serviço, mas essa é  
1031 uma pauta prioritária, não há nada mais urgente do que garantir assistência aos pacientes que necessitam de transporte ou de  
1032 leitos de UTI. Então deixava registrado, reafirmando a posição de Stela Souza, e a região de Itaberaba e Seabra torce muito  
1033 por esse transporte sanitário e é preciso pensarem urgentemente em soluções breves, para que mais pessoas não viessem a



1034 sofrer por essa falta de transporte que por várias vezes culmina com a morte de pacientes e não só em casos isolados, poderia  
1035 relatar três ou quatro casos por semana de pacientes que estão com vaga liberada e não se consegue regular por falta de  
1036 transporte. **Cláudio Feres, Secretário Municipal de Saúde de Brumado e membro da CIB**, cumprimentou a todos, colocou  
1037 que Stela Souza representou muito bem o sentimento de todos os secretários municipais e relatou que há mais de um ano  
1038 vinha falando desse problema da Central de Regulação, porque a Central Regional em Vitória da Conquista está muito bem  
1039 montada, bem organizada, bem coordenada pela Doutora Jucélia, que desempenha um brilhante trabalho e hoje tinham  
1040 perdido essa ligação direta com a Central, lidando com profissionais que muitas vezes nem conhece a região. Em relação ao  
1041 transporte, afirmou entender a dificuldade do estado com contratação de empresas e de profissionais, mas em sua opinião a  
1042 central poderia desburocratizar esse transporte, por fatos que já aconteceram, chegando ao ponto de a ambulância passar por  
1043 Brumado para deixar um paciente em Guanambi, e na época tinha um paciente regulado para Vitória da Conquista na UPA de  
1044 Brumado. Então, no retorno dessa ambulância, a equipe poderia muito bem passar na UPA de Brumado, pegar o paciente e  
1045 levar para Conquista, mas a informação na época foi de que não poderem, porque a empresa tem que retornar para a base e  
1046 receber nova liberação da Central, assim, achava que a Central poderia rever essa situação e desburocratizar o serviço de  
1047 ambulância no Estado. **Silvia Carneiro** reforçou que a região Centro-Norte já vem levantando essa bandeira há um tempo e  
1048 enfatizou a importância de fomentar e efetivar essa discussão. **Rita de Cássia Silva Santos**, Diretora da DIREG,  
1049 cumprimentou a todos, falou que entendia o sentimento com que Stela Souza se colocou, mas, em relação à Superintendente  
1050 da Regulação, Gerusa Maria, que está na SESAB há quase dois anos, justificou que habitualmente os técnicos de cada  
1051 Superintendência têm feito parte das reuniões da CIB sempre que são convocados, mediante alguma pauta, a exemplo de  
1052 Naia Neves, que é da SUREGS e está presente praticamente em todas as reuniões. Ela mesma, sempre que tem algo mais  
1053 específico da regulação e é convocada, atendia prontamente à solicitação, mas observava que a presença dos demais  
1054 superintendentes da SESAB não é uma situação permanente, entendendo que neste momento a regulação é uma discussão  
1055 que clama sempre por muitas pautas, assim, entendia que precisavam estar sempre mais próximos das discussões da CIB, e  
1056 caso a Superintendente fosse convocada, com certeza ela não se eximiria da responsabilidade de comparecer a uma reunião,  
1057 repetindo que no geral não é comum na agenda das superintendências que são cinco, participar em reuniões da CIB, então  
1058 não é que ela se negasse a participar, é que não houve em nenhum momento alguma convocação para ela estar na reunião e  
1059 que ela não tivesse ido, e só assim ela estaria se negando. Em relação ao transporte, comentou que de fato, com o aumento  
1060 da demanda de leitos, a regulação, que não acontece sozinha, porque demanda também as remoções, para que tivessem uma  
1061 ideia, tinham saído de uma média de remoções de trinta pacientes/dia para mais de cem pacientes/dia, então estavam  
1062 passando sim por uma situação caótica e ninguém se eximia de assumir essa informação, pois vinham tentando ampliar essa  
1063 oferta na medida do possível. Embora concordasse com Stela Souza ao dizer que uma ambulância em um local não resolve,  
1064 pois não resolve mesmo, mas isso demonstra a tentativa do Estado de melhorar o serviço, como tudo que se propõe a fazer,  
1065 então ter uma ambulância da VITALMED em Barreiras não resolve a situação, mas infelizmente, diante da dificuldade de ter  
1066 empresas com interesse no credenciamento e com o que vinham tentando fazer para contratar equipe, que não está fácil nem  
1067 para abrir leitos de UTI, e todos acompanharam a dificuldade de contratação de equipe médica e de enfermagem. Relatou que  
1068 para transporte avançado também é um problema, inclusive tinham passado um período de quase trinta dias na implantação  
1069 da VITALMED de Porto Seguro, sem conseguirem equipe para montar a empresa. Então embora entendesse, precisava dizer  
1070 a quantidade de empresas que desde a última reunião que tinha participado, para tratar sobre remoção, em julho do ano  
1071 passado, já tinham ampliado mais ainda em alguns pontos de atenção, como na região centro-leste, onde teve contratação de  
1072 duas empresas, uma em Feira de Santana e uma em Serrinha, para tentar melhor o serviço, na região Centro Norte, Irecê só  
1073 tinha uma ambulância e acrescentaram mais uma, sob o mesmo contrato, na região Sudoeste estavam tentando colocar uma  
1074 base também em Guanambi, para facilitar o processo e a logística, porque a região é muito grande, mas ainda estavam nas  
1075 tratativas. Relatou que hoje tem pelo menos uma empresa em cada região de saúde, coisa que no começo da pandemia só  
1076 tinha basicamente quatro regiões de saúde com cobertura de empresa e hoje tem as nove regiões de saúde com empresa,  
1077 com insuficiência ainda, não por falta de desejo de resolver o problema, mas por uma situação de inexistência mesmo de  
1078 resolução para contratação de equipes nesses locais. Em relação à aeronave, relatou que hoje a situação está um pouco  
1079 melhor do que em outros momentos, como o que tinham passado no final do ano passado, com apenas uma empresa aérea  
1080 funcionando, porque as outras duas entraram em manutenção, as peças demoraram, uma das empresas que demorou dois  
1081 meses para conseguir colocar a aeronave para voar novamente e hoje estavam com as três aeronaves voando, saindo de uma  
1082 média de cinco a seis remoções por dia, para trinta remoções por dia, com dias que tinham recebido vinte e cinco solicitações  
1083 de aero. Assim, se uma aeronave consegue fazer uma média de no máximo três remoções em doze horas, fazendo uma conta  
1084 rápida, trinta remoções que tivesse por dia, três aeronaves não dariam conta e aí caindo nesse tempo de espera de quarenta e  
1085 oito a setenta e duas horas que Stela Souza colocou. Para piorar a situação, teve regiões mais distantes com insuficiência de  
1086 leitos, e hoje tem uma taxa de ocupação que está passando de 80% geral, mas infelizmente as regiões Oeste e Centro-Norte  
1087 passaram e ainda estão passando muito apertado em relação a oferta de leitos e pela distância de onde tem maior oferta, que é  
1088 Salvador. Constatou que tinham ficado reféns do aéreo, e o que o estado tinha conseguido em um dado momento uma das  
1089 aeronaves de Goiânia, que fica um pouco mais próximo da região de Barreiras, e que lhes tinha apoiado em um dado  
1090 momento, mas infelizmente já retirou a aeronave porque também deu problema, o que está sendo feito neste momento de  
1091 novo, já devendo ter ido o Termo de Referência para a PGE abrir esse credenciamento para fora do estado. Então estavam  
1092 tentando viabilizar a contratação de empresas aéreas em estados limítrofes com a Bahia, o Termo de Referência retornou com  
1093 algumas observações pertinentes da PGE, já foram feitos os ajustes com reunião para discutir e já devolvido à PGE e que tudo  
1094 se resolvesse o mais rápido possível, porque a necessidade é 'para ontem', não podiam esperar mais nada. Relatou que hoje,  
1095 20 de maio 2021, estavam em uma situação razoável em relação a pendências, tendo apenas oito remoções terrestres  
1096 pendentes no total Bahia, as demais, ou estão em remoção, ou já a caminho para pegar o paciente, de todas as emoções que  
1097 estava citando, apenas uma foi de ontem, que é um bebê de Conquista para Brumado, que vai para o Hospital Municipal de  
1098 Brumado. Tem oito aéreos hoje pendentes, dois de ontem e os demais com data de hoje, acreditava que fossem conseguir  
1099 sanar os aéreos com a data de ontem e no dia de hoje não estavam com tempo de espera elevado de mais de quarenta e oito  
1100 horas para espera de aeronave por COVID e na semana passada a situação estava uma tristeza. Colocou que além desse

1101 panorama, queria falar em relação à oferta de ambulâncias terrestres e aeronaves e pontuar outras três situações que foram  
1102 colocadas, sendo que uma já tinha colocado que foi a questão do tempo de espera, que aconteceu muito, especialmente em  
1103 relação às Regiões Oeste e Centro-Norte que estavam dependendo de aéreo e com a demanda que houve na semana  
1104 passada nem em 24 horas estavam conseguindo sanar, mesmo em Salvador, que tem um apoio primoroso do SAMU, chega  
1105 um momento em que o número de remoções é muito alto, são seis empresas contratualizadas em Salvador e Região  
1106 Metropolitana, com o apoio do SAMU, e ainda assim tem um tempo de espera que chega a quase 24 horas, isso para todos  
1107 terem uma ideia de como está com uma demanda muito elevada e isso não pode ser questionável já que a demanda  
1108 quadruplicou em alguns dias. A questão da contra indicação médica passa por uma discussão que não lhes compete, porque é  
1109 o ato médico, o que cabe é se for de terceiros, inclusive houve uma reunião ontem sobre isso, quando recebem uma  
1110 notificação das unidades até o médico regulador fica no meio dessa discussão, o médico da ambulância dizendo que o  
1111 paciente é contraindicado, o médico da unidade dizendo também se contrapondo e regulador tentando contemporizar de  
1112 longe, e está posto, pelo menos aqui, que quando o médico regulador não concorda com a contra indicação do médico da  
1113 ambulância, aquela conta não é paga, quando ele concorda é feito o pagamento da remoção, ainda que o paciente não tenha  
1114 sido removido, mas o que lhes cabia nessa história das contra indicações é de, sendo pertinente, abrirem um processo junto ao  
1115 CREMEB, que tem que avaliar o ato médico, isso está sob a responsabilidade do Conselho e não da SESAB, porque a  
1116 competência legal da discussão não lhes cabia, até porque são médicos que não estão subordinados à gestão da SESAB, a  
1117 unidade de origem às vezes é municipal, particular. Enfim, quando a Central fosse notificada fariam a acareação, a verificação  
1118 de informação do ocorrido no transporte que viesse desse retorno, seria dado um retorno para quem notificou e, tendo  
1119 culminado em sequela grave ou óbito do paciente, seria dado conhecimento ao CREMEB e ao Ministério Público e sugerido à  
1120 unidade para fazer o mesmo. Citou um caso de um médico que disse que podia encaminhar uma criança em ambulância  
1121 básica e no meio do caminho a criança foi a óbito, como um dos casos que seriam encaminhados ao Ministério Público para  
1122 abertura de sindicância e verificação do ato médico. Outra questão, que também tem um pouco a ver com a informação  
1123 recebida das ambulâncias é a falta de material, de insumos e de equipe, os contratos de credenciamento que são realizados  
1124 são muito claros e completos, dizem exatamente o que cada empresa dessa deve prestar de serviço e como prestar esse  
1125 serviço estabelece a quantidade, se tem incubadora para recém-nascido, que tem que ir com os medicamentos, com material  
1126 de entubação, com a equipe completa, qual é a quilometragem etc. Lembrou que já tinha apresentado isso em reunião no  
1127 Ministério Público e quem tem acesso a esses contratos percebe que abrangem de fato todas as possibilidades, só que uma  
1128 coisa é o contrato, outra coisa é a sua execução e para acompanhamento dessa opção, a Central Estadual de Regulação  
1129 precisa do *feedback* das unidades que utilizam o serviço, inclusive tem um inquérito civil sobre transporte neonatal tramitando  
1130 no Ministério Público e ficou como encaminhamento a elaboração de um ofício por parte da DREG, com um formulário  
1131 norteador sobre como tem que ser notificado, e esse ofício, com data da última quinta-feira, já foi encaminhado para diversas  
1132 unidades de secretarias municipais, dando conhecimento às suas equipes de saúde para, se acontecer qualquer  
1133 inconformidade no transporte sanitário de paciente regulado, seja de ambulância avançada contratada pelo estado, seja  
1134 através do SAMU, seja através de ambulância básica da própria unidade de origem, ser notificado à Central. Falou que tem  
1135 também um formulário das informações mínimas que devem ser relatadas, inclusive passaria depois para Stela Souza, a fim de  
1136 que o COSEMS pudesse divulgar também. Argumentou que só será possível melhorar o serviço se forem formalizados sobre  
1137 essas inconformidades, quando chegam pelo *whatsapp* muitas vezes conseguem até agir pontualmente, de forma breve, em  
1138 alguma situação, mas isso é pouco para poderem qualificar o processo de trabalho, esse ofício foi uma orientação apoiada  
1139 pelo Ministério Público para que, havendo qualquer inconformidade no transporte sanitário de paciente regulado, a Central  
1140 fosse notificada e pudesse solicitar informações da empresa, do médico, de quem cometeu a infração, e eles responderem e o  
1141 Núcleo de Gestão de Qualidade da Central, composto por médicos e enfermeiros, avaliar o ocorrido, dar tratativas e fazer um  
1142 fluxo do que está sendo discutido aqui, é um GT de discussão para essas notificações, sobre como a Central agirá em cada  
1143 notificação. Em alguns momentos a DICON e a NUCON suspenderão o pagamento, em outro momento terão que acionar  
1144 CREMEB e Ministério Público quando for encaminhando casos com sequela grave ou óbito, a depender de cada situação.  
1145 Dessa forma, deixava clara a necessidade da notificação formal para conseguirem gerar a informação, e isso abrange  
1146 basicamente todo o conteúdo de complicações que forem citadas como contra indicação e ausência de material, insumos ou  
1147 medicamentos dessas empresas. Por fim, o apoio do SAMU em algumas dessas remoções, porque a insuficiência de  
1148 ambulância contratualizada pelo Estado existe, ninguém está negando isso, ainda não há a condição que gostariam, de ter  
1149 mais ambulâncias, e inclusive tinha pedido a Cássio Garcia há um tempo atrás, momento do caos do aéreo, em seu pior  
1150 momento com as regiões Oeste e Centro-Norte, em que tiveram até que deixar as aeronaves em desuso, mas estava com  
1151 dificuldade de fazer a conta do terrestre, porque a aeronave desce no aeroporto, mas é preciso o paciente sair da unidade de  
1152 origem e ir até o aeroporto e por mais que colocassem dez aeronaves teriam problema com as contas terrestres, porque não  
1153 tem essa oferta não só nos municípios, então chegará um momento que ser um caos até em Salvador para pegar esses  
1154 pacientes no aeroporto, por isso tinha pedido o apoio de Cássio Garcia para pontuar a necessidade do apoio do SAMU nas  
1155 outras reuniões. Relatou uma situação que tem acontecido em alguns momentos ressaltando que a impressão é que o SAMU  
1156 sempre absorve essa responsabilidade em algumas regiões de saúde mais distantes, como as Regiões Oeste e Centro-Norte,  
1157 e por terem colocado uma ambulância para apoiar o processo, na maioria das vezes o SAMU se posicionou da seguinte forma,  
1158 agora o estado tem ambulância, de ter tem, mas é uma, se tiver cinco remoções no dia, com uma ambulância apenas já não dá  
1159 conta, ainda mais com a distância do município de origem para o município de destino, assim, pedia mais uma vez o apoio dos  
1160 SAMU Regionais, entendendo a prioridade máxima do SAMU, que é fazer o atendimento primário, mas estavam realmente  
1161 precisando de ajuda, a exemplo de Salvador, que entrou com esse apoio fazendo a remoção dos pacientes das UPA  
1162 municipais e que já é um alívio para que a Central pudesse conseguir fazer a regulação do transporte de outras unidades de  
1163 Salvador e da Região Metropolitana, mas o apoio do SAMU é imprescindível e não podiam se utilizar da presença do contrato  
1164 de uma empresa para negar, quando pode fazer, claro que nem sempre poderão fazer, mas quando puderem fazer, que isso  
1165 fosse feito. Sobre a remoção de paciente Conquista/Brumado, Brumado/Guanambi, relatou que nessa situação ela tinha  
1166 retornado pessoalmente para Cláudio, inclusive estranhara, por parecer que ela não tinha sido clara naquele momento e  
1167 ressaltou que a Central já faz solicitação de remoções sequenciais quando consegue identificar na logística que isso é

1168 possível. Então quando dispara uma empresa é acionada, como o exemplo que ele citou, sai de Conquista para levar um  
1169 paciente em Brumado e em Guanambi tem outro para trazer para Brumado, então já dispara aciona para ir para tal lugar e de  
1170 lá fazer outra coisa, já vai com um trajeto feito e lembrou que é imperioso as ambulâncias serem desinfetadas, não podendo  
1171 colocar um paciente com COVID e, ao sair da ambulância colocar outro não COVID, então o que sempre pediam também em  
1172 muitos momentos é que as unidades de saúde ajudem as empresas na higienização da ambulância, para não precisar retornar  
1173 muitas vezes. No caso que ele citou foi feito dessa forma, o paciente não precisou voltar para a base e se não foi feito desta  
1174 forma depois, não chegou para ela nenhuma informação, mas a Central já faz solicitação de sequencial, se não consegue o  
1175 apoio da unidade para fazer a higienização, infelizmente tem que retornar à base para higienizar, porque não se pode correr o  
1176 risco de colocar o paciente para ser contaminado por falta de higienização da ambulância. Finalizou e se colocou à disposição  
1177 para quaisquer esclarecimentos. **Alcina Romero** considerou o assunto muito complexo e desafiador, lembrando que toda  
1178 capacidade instalada é finita, seja de ambulância do Samu, de empresa, de leite e continuar aumentando três, quatro, cinco  
1179 vezes o número de pacientes para internamento, conseqüentemente para transporte, não dariam conta, nessa situação é  
1180 impossível atender no tempo resposta que se gostaria e que o paciente necessitaria, assim, considerava necessário encontrar  
1181 uma estratégia para reduzir e ter uma meta de tempo resposta razoável. Concordou com **Rita de Cássia Silva Santos** que o  
1182 estado tem uma rede de leitos muito concentrada, com mais oferta em Salvador, um território imenso do estado, cada vez que  
1183 se tira um paciente de Barreiras para uma vaga em Salvador, são 1000 km aéreo e para aéreo **Rita de Cássia Silva Santos** já  
1184 colocou a dificuldade, então é preciso trabalhar com uma rede mais regionalizada, ter mais unidades regionais, porque isso  
1185 encurtaria a distância, além disso é preciso que todas as unidades estejam reguladas pela Central de Regulação, coisa que  
1186 conversava às vezes com **Rita de Cássia Silva Santos** e às vezes tem unidades que estão sob gestão municipal que não  
1187 ofertam leitos à Central Estadual de Regulação e fazem uma regulação local, 'ok' se a regulação local e regional está  
1188 atendendo, mas às vezes se trata de um paciente que poderia não se submeter a um deslocamento de 1000 km e locomover  
1189 apenas 500 ou 400 km, já ajudaria, e às vezes fica o leito disponível, mas não dá esse acesso à regulação, então precisavam  
1190 que 100% da rede COVID fosse ela financiada pelo Ministério, pelo estado ou pelo município, neste momento essa rede tem  
1191 que estar toda na Central de Regulação. Com relação ao SAMU, ponderou que na Bahia é bastante desigual, tem regiões de  
1192 saúde que não tem SAMU, a exemplo de Ribeira do Pombal, que foi aprovado o projeto e tem apenas uma ambulância no  
1193 município de Ribeira do Pombal, Seabra e Serrinha não têm SAMU, boa parte dos municípios da região de Guanambi não é  
1194 regulado pelo SAMU, achava que a região de Ilhéus também não está 100% regulada, a de Itabuna tem muitos municípios que  
1195 ainda não receberam ambulância, tem trinta ambulâncias no SAMU metropolitano de Salvador, mas Vitória da Conquista e  
1196 Itapetinga tem duas USA para todo o território de Vitória da Conquista e Itapetinga, então não podem ser tratados da mesma  
1197 maneira. Depende do dia e do regulador foi outra observação, a responsabilidade é do regulador mesmo, existem normativas  
1198 para o SAMU e salientou o falado por **Rita de Cássia Silva Santos** de que o objetivo principal do SAMU é o atendimento  
1199 primário, o atendimento secundário o SAMU pode fazer e faz, tem dados de pesquisa feita principalmente na primeira onda, da  
1200 quantidade de pacientes COVID transportados pelo SAMU, e ele precisa ter o entendimento de quantas horas a região ficará  
1201 sem Unidade de Suporte Avançado, a ambulância está lá parada, mas a ambulância do SAMU originalmente é para ficar  
1202 parada mesmo, para casos de acidente, não é para ficar se deslocando para lá e para cá, não é transporte e sim ponto de  
1203 atenção. Se no momento que a ambulância tiver saído para andar várias horas acontecendo um acidente e não ter o SAMU no  
1204 momento, o responsável é o coordenador, então compreendia que o coordenador precisa saber se todas as ambulâncias  
1205 daquela região estão funcionando naquele momento e chamou atenção que cada dia que passa tem mais ambulâncias do  
1206 SAMU paradas, quebradas, sem manutenção, sem equipe, isso é vivenciado diariamente. Além do Coordenador, os SAMUs são  
1207 de gestão dos municípios, logo, os gestores municipais é que as têm sob sua responsabilidade e que recebem financiamento  
1208 para Central de Regulação de Urgência, e os gestores precisam também conversar com seus coordenadores, porque às vezes  
1209 o coordenador é mais radical, acha que a ambulância não pode sair, o outro já abre mão, e são médicos, até esse disparo da  
1210 ambulância é ato médico, isso precisava ficar claro. Outra questão, do transporte COVID, que é um transporte caro, muitas  
1211 vezes o município tem uma USA e às vezes vai usar essa USA para transferir um paciente que é de um município que nem faz  
1212 parte do SAMU, nem tem base do SAMU, e tem um veículo, mas tem o desgaste do veículo, o combustível, a equipe,  
1213 normalmente alguns com diária e dependendo do tempo, tem EPI dos funcionários, lavagem do veículo quando não vai  
1214 envelopar, então é muito gasto. Lembrou que já tinham tentado um aporte financeiro para que tem SAMU com o Ministério da  
1215 Saúde, entendendo que o SAMU seria fundamental nesse momento não só para a Bahia, para melhorar e inclusive ter  
1216 condição de contratar mais equipes, já tendo sido enviado recurso financeiro para várias áreas, atenção básica, maternidade,  
1217 hospital, leito de suporte ventilatório em UPA financiado, todos os pontos de atenção tiveram um acréscimo, um incentivo  
1218 nesse momento do COVID, menos o SAMU, não compreendia porque até hoje o Ministério da Saúde não aportou nem um real  
1219 no teto dos municípios que têm ambulância e isso seria uma ajuda grande. Sugeriu como encaminhamento uma reunião com  
1220 os dezenove coordenadores de Central de Regulação de Urgência do Estado da Bahia, com a participação de representação  
1221 do COSEMS, para tentarem entender como está a situação. Chamou atenção que cada SAMU é um SAMU, Bom Jesus da  
1222 Lapa, por exemplo, é um SAMU que às vezes passa muito dos 300 km limitados pela legislação, ainda tem a legislação, o  
1223 Regulamento Técnico de Urgência estabelece que uma ambulância do SAMU não deve andar mais que 300 km, então isso fica  
1224 muito limitado em um estado como a Bahia, assim, poderiam ter uma conversa com o SAMU, fazerem uma sensibilização para  
1225 terem uma ajuda maior, mas parecia que tem também um teto de ajuda, não dava para contar muito com o SAMU,  
1226 principalmente do interior, que tem uma ou duas ambulâncias de suporte avançado, muito diferente do SAMU Metropolitano de  
1227 Salvador, não se podendo fazer comparação. **Cássio Garcia** brincou que ficava fácil falar depois de Alcina Romero, porque ela  
1228 já esclarece a metade das coisas e precisava falar muito. Lembrou do pico no ano passado, que Stela Souza sempre lembra  
1229 dos leitos e hoje falou novamente sobre o maior número de leitos em julho do ano passado e o que se discutiu de regulação e  
1230 remoção naquela época também foi importantíssimo e concordou com tudo que foi dito em relação à necessidade de  
1231 aprofundar essa discussão como foi feito no ano passado, hoje talvez fosse um momento parecido ou até mais crítico, Alcina  
1232 Romero até falou disso também, tinham melhorado muitas coisas, passado por um momento crítico, o COSEMS e os  
1233 municípios trouxeram essa pauta para a CIB, inclusive teve uma CIB única sobre regulação, tinham resolvido a regulação e  
1234 veio o transporte, agora teriam que dar conta de outro problema, então é preciso fazer esses ajustes, os encaminhamentos já

1235 estão dados e tinham que reunir com a SUREGS, os coordenadores de CIR, os municípios, a DAE e, se possível, trazerem  
1236 novamente uma pauta única, se fosse o caso, ou na próxima CIB, não dava para esperar, então, uma pauta única de regulação  
1237 e remoção, a regulação melhorou, tem fatos e números bastante claros, entretanto o transporte não, então as questões  
1238 técnicas já foram bem colocadas, mas precisavam dar os encaminhamentos, de se reunirem, avaliarem cada caso, cada  
1239 SAMU regional, e acrescentou que já tinham colocado dois aviões, três aviões talvez nem desse conta, tem a questão da  
1240 desinfecção, o técnico que faz a manutenção do avião está com COVID, o avião ficou parado uma semana ou duas, enfim, são  
1241 pontos que precisavam ajustar. Parabenzou o COSEMS por trazer a pauta, porque tem que colocar mesmo nesse espaço que  
1242 é o fórum para debaterem e buscarem estratégias a fim de resolver, o estado está disposto, com certeza o COSEMS também,  
1243 se lembrando do passado que tinham resolvido, mas surgiram outros problemas e agora tinham que reunir novamente para  
1244 resolver. **Raul Molina** pediu a **Rita de Cássia Silva Santos** que prestasse bastante atenção ao que ele colocaria,  
1245 considerando que Stela Souza foi até econômica com relação à enxurrada de demandas que chegam e das coisas que ouvem  
1246 nos grupos e não seria repetitivo, não estava aqui para 'passar a mão na cabeça' dos SAMU regionais nem dos seus SAMU,  
1247 que o de alguma forma também estão envolvidos com tudo isso. Comentou sobre a reunião específica da CIB para tratar de  
1248 regulação no ano passado, mas que lamentavelmente o problema não foi resolvido e hoje a situação é bem pior do que no ano  
1249 passado, lembrando que ele mesmo tinha convocado a Superintendência de Regulação. Concordeu com a necessidade de  
1250 uma reunião específica da CIB para tratar de regulação, mais especificamente de transporte sanitário, tendo que ser separado  
1251 e de forma clara para mostrar qual é a real situação, porque o pessoal cobra demais, 'passam a mão na cabeça' da regulação,  
1252 tem escutado isso o tempo inteiro e estava aqui fazendo um desabafo pelos seus colegas, para que soubessem o que eles têm  
1253 falado e não então a solução é fazer a CIB específica, se fosse preciso até fazerem um Gabinete de Crise para o problema de  
1254 regulação e transporte sanitário, inclusive isso também daria amparo para o pessoal da Central. Reafirmou que a  
1255 Superintendente de Regulação deveria fazer parte da CIB e estar presente em todas as reuniões, se não tivesse vaga para  
1256 membro, participar como convidada, aliás nem precisando ser convidada, ela já deveria estar presente, até porque isso tiraria  
1257 de todos a responsabilidade de que não a estão convocando. Desculpou-se por ter sido um pouco duro, mas era preciso  
1258 extravasar tudo que tem chegado, porque todos os dias os colegas reclamam por estarem sentindo na pele, realmente quando  
1259 se vê que um paciente que já foi regulado e morreu porque não se achou transporte, é um problema na cidade, em cidade  
1260 pequena é pior, então apoiava o encaminhamento de uma CIB específica para tratar de regulação e transporte sanitário. **Stela**  
1261 **Souza** enfatizou que essa pauta tem o interesse maior de todos, salvar vidas, não tirando o mérito de ninguém, mas era  
1262 precisa resolver com urgência. Colocou para **Rita de Cássia Silva Santos** que a dificuldade apresentada hoje por ela é mais  
1263 ou menos a mesma que apresentou na reunião de julho, e questionou quanto à falta de prestador, por que não foi aberta  
1264 contratação para fora do estado, desde o ano passado quando já se discutia e o problema já existia, o problema não é de  
1265 agora, se agravou, mas é um problema recorrente. A CIB de Leitos se reúne toda semana para discutir e não se vê a SUREGS  
1266 se inteirar e querer participar para saber o que está sendo providenciado, a prestação de contas, o que está se resolvendo,  
1267 talvez achasse que não precisa e não resolve, a prova está aí, o povo está morrendo porque, mesmo tendo vaga, não está  
1268 conseguindo transferir. Desabafou que é preciso tomar providência e se posicionou contra esperar uma CIB extraordinária e  
1269 mas a favor de montarem uma comissão com representantes da SESAB e do COSEMS para colocarem na mesa o que se  
1270 pode fazer. Questionou que, sendo hoje quinta-feira, até segunda-feira quantas pessoas morreriam, não achava viável esperar  
1271 uma CIB extra para ficarem quatro horas falando e não saírem com nada, não queria isso para sua vida e para seu  
1272 compromisso com a população, portanto, não aceitava esperar vários dias para passarem de quatro a cinco horas discutindo,  
1273 todo mundo cansado, cada um falando uma coisa e no final não dar em nada, é precisa de respostas o mais rápido possível.  
1274 Argumentou que com certeza a fila de regulação continua, tem muito paciente esperando vaga e relatou ter recebido uma  
1275 ameaça de morte pelo pai de um menino de vinte e quatro anos depois de dois dias esperando a regulação para UTI, e com  
1276 toda razão, ele não queria saber se era ela ou não quem liberaria o transporte, e assim tem acontecido também com vários  
1277 gestores, Jacqueline Bonfim contou que recebeu um empurrão, é o desespero dos familiares. Pessoas estão esperando,  
1278 morrendo e ficariam aqui discutindo o sexo dos anjos, não estavam agindo como membros da CIB, como uma instância  
1279 reconhecida por lei, reconhecida como um espaço de pactuação, estavam vendo a população dos municípios sofrendo e  
1280 ficavam aqui só discutindo, então propôs uma reunião tipo um Gabinete de Crise mesmo, para no máximo segunda-feira  
1281 próxima, que se pronunciassem os membros da CIB que quiserem participar, a fim de poderem ouvir resposta da SESAB, da  
1282 Superintendência ou da Diretoria da regulação. Considerou um absurdo dizer que a Superintendente de regulação não é  
1283 convocada, lembrando que a Superintendente da SUVISA sempre participou e depois da pandemia ela participa de todas as  
1284 reuniões, até de reuniões com municípios de determinadas regiões, se um não participa é porque não tem interesse e se não  
1285 tem interesse não deveria estar ocupando o espaço de alguém que poderia estar correndo atrás. Desculpou-se, mas que  
1286 constasse na Ata a revolta dos municípios por não encontrarem apoio e apenas a Diretoria do COSEMS, os membros da CIB  
1287 não resolveriam. E falou que os superintendentes deveriam saber o que está acontecendo nos movimentos das políticas  
1288 públicas de saúde do estado da Bahia e não apenas quando a pauta é regulação, e repetiu a sua proposta para uma reunião  
1289 de um Gabinete de Crise na segunda-feira, podendo ser no COSEMS, que convidaria a SESAB para participar, mas não tendo  
1290 como passar outro final de semana dessa forma. **Cássio Garcia** concordou com a proposta de Stela Souza, de reunirem os  
1291 membros da CIB que quiserem participar com a SUREGS segunda-feira, às 14 horas, reiterando que a SESAB quer muito  
1292 resolver isso, já estão há mais de um ano trabalhando em uma pandemia, realizando reuniões CIB de leitos todas as  
1293 segundas, quartas e sextas, então com certeza resolveriam. **Stela Souza** confirmou a reunião do Gabinete de Crise às 14  
1294 horas, no COSEMS, onde se definiria se teria uma CIB extraordinária. Antes de encerrar, colocou que já tinha recebido mais de  
1295 dez mensagens sobre uma usina de gás para Lapão e Xique-Xique, não é pauta de CIB, mas como estava sendo cobrada e  
1296 não sabia nem do que se trata, colocava para ver se Cássio Garcia sabe de algo e como fazer para resolverem essa situação.  
1297 **Cássio Garcia** relatou que o secretário lhe enviou uma mensagem sobre a necessidade de ampliação e as dificuldades que  
1298 estão vivendo. Esclareceu que Xique-Xique está com uma UTI quase pronta, só não tem a rede de gases, não tem usina,  
1299 então achava que a CIR deliberou sobre uma usina de um determinado município, já tem um acordo e que a CIB só teria que  
1300 referendar, mas ainda não tinha muitos detalhes. **Raul Molina** sugeriu fazer resolução *ad referendum* para toda e qualquer  
1301 movimentação de usina de gás de qualquer município que solicitasse. **Stela Souza** concordou com Raul Molina e pediu a

1302 Cássio Garcia para dar alguma resposta à CIR e ao município, colocando que não tinha entendido por que nunca veio pauta de  
 1303 usina e que, se já está determinado em algum lugar, não foi via CIB, nesse caso, não precisa de CIB, era esse seu  
 1304 entendimento. **Cássio Garcia** concordou que também não precisaria de CIB, mas como é uma coisa latente, tinha que trazer  
 1305 aqui e colocar para fazer o encaminhamento. **Raul Molina** colocou que não é o caso, mas se amanhã ou depois faltasse  
 1306 oxigênio em algum lugar, a CIB poderia ser cobrada, por isso foi melhor trazer em pauta, para conhecimento. **Stela Souza**  
 1307 chamou atenção de que para aprovar em CIB seria preciso primeiro saber que movimento é esse e ninguém tem informação e  
 1308 **Raul Molina** argumentou que se algum secretário está pedindo que trate disso na CIB é porque alguma informação chegou  
 1309 para ele e afirmou que os membros da CIB são a favor de implantação de qualquer usina que pudesse ser realizada. **Cássio**  
 1310 **Garcia** lembrou a Stela Souza que o 'BI' do oxigênio precisava ser reforçado. **Marcelo Cerqueira, Secretário Municipal de**  
 1311 **Saúde de Candeias e membro da CIB**, lembrou que foi discutido na última CIB extraordinária que na próxima CIB - não  
 1312 lembrava se ordinária ou extraordinária - haveria uma discussão com relação a vacinação COVID em trabalhadores do SUAS e  
 1313 questionou como ficaria isso já que a discussão não aconteceu. **Stela Souza** informou que não entrou vacina na pauta de hoje  
 1314 e **Cássio Garcia** disse que deve estar chegando vacina e, se fosse o caso, poderiam colocar na reunião da segunda-feira.  
 1315 **Nanci Salles** colocou a questão de Xique-Xique, lembrando que foi aprovada hoje uma planilha de leitos incluindo leitos  
 1316 clínicos de UTI e o município depende dessa condicionalidade de a usina ir para Xique-Xique, ao invés de Irecê, para poder ser  
 1317 incluído na planilha, assim, questionava se aguardariam para avaliarem isso ou já podiam publicar resolução. **Cássio Garcia e**  
 1318 **Raul Molina** confirmaram que **está aprovado** e **Nanci Salles** disse que pediria para assinar o ofício para poderem incluir na  
 1319 planilha, esclarecendo que não foi solicitado como ampliação, mas parecia que ainda não está funcionando, então teria que ser  
 1320 como ampliação. **Cássio Garcia** conformou que seria como ampliação. Em seguida **Cássio Garcia e Raul Molina**  
 1321 agradeceram a presença de todos, declarando **encerrada a sessão** e confirmando a próxima reunião para o dia 17 de junho  
 1322 de 2021, às 14 horas. Não havendo mais o que tratar após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo (Silvana Salume), e  
 1323 sua revisão pelo núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a  
 1324 presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 20 de maio de 2021.

1325  
 1326 Membros Titulares:  
 1327 Stela dos Santos Souza \_\_\_\_\_  
 1328 Cássio André Garcia \_\_\_\_\_  
 1329 Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_  
 1330 Leonardo Silva Prates \_\_\_\_\_  
 1331 Jacklene Mirne Gonçalves Santos \_\_\_\_\_  
 1332 João Rodrigues de Góes Júnior \_\_\_\_\_  
 1333 Jacqueline Silva do Bomfim \_\_\_\_\_  
 1334 Membros Suplentes:  
 1335 Maria Alcina Romero Boullosa \_\_\_\_\_  
 1336 José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_  
 1337 Naia Neves de Lucena \_\_\_\_\_  
 1338 Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_  
 1339 Marcelo de Jesus Cerqueira \_\_\_\_\_  
 1340 Geraldo Magela Ribeiro \_\_\_\_\_  
 1341 Sílvia Alves Ferreira Carneiro \_\_\_\_\_  
 1342 Claudio Soares Feres \_\_\_\_\_