

Ata da 289ª Reunião Ordinária de 2021  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite

Ao primeiro dia do mês de setembro do ano dois mil e vinte e um, no Grand Hotel Resort Stella Maris, por vídeo conferência, durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho, Secretária de Saúde em Exercício do Estado da Bahia e Coordenadora Interina da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Rívia Mary de Barros, Leonardo Silva Prates, Raquel Ferraz da Costa, João Rodrigues de Góes Júnior, Jacklene Mirne Gonçalves Santos, e dos suplentes Maria Alcina Romero Boullosa, José Cristiano Sóster, Naia Neves de Lucena, Raul Moreira Molina Barrios, Marcelo de Jesus Cerqueira, Ernesto da Costa Lima Júnior, Fábio Maia Prado e Lívia Bomfim Mendes Aguiar. **Às 09 horas e 40 minutos a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão**, cumprimentando a todos que estavam assistindo, desejando que Deus abençoasse para que pudessem continuar fazendo o melhor para o povo e que as deliberações tomadas fossem sempre em nome do Sistema Único de Saúde. **A Coordenadora** cumprimentou a todos, considerando o momento muito importante e reafirmou a permanência dos membros do COSEMS na CIB: **Stela dos Santos Souza – SMS de Madre de Deus – Coordenador Adjunto (Titular), Raul Moreira Molina Barrios – SMS de Muritiba (Suplente), Leonardo Silva Prates – SMS Salvador (Titular), Marcelo de Jesus Cerqueira – SMS de Candeias (Suplente), João Rodrigues de Góes Júnior – SMS de Itaberaba (Titular) e Jacklene Mirne Gonçalves Santos – SMS de Santo Amaro (Titular)**. Em seguida deu posse aos novos membros do COSEMS na CIB: **Raquel Ferraz da Costa – SMS de Abaré (Titular), Ernesto da Costa Lima Júnior – SMS de Nova Soure (Suplente), Fábio Maia Prado – SMS de Belo Campo (Suplente) e Lívia Bomfim Mendes Aguiar – SMS de Itabuna (Suplente)**. **Stela Souza** parabenizou aos novos membros: Raquel Costa, companheira de luta de muitos anos e agora com mais uma responsabilidade; Ernesto Júnior, também um grande lutador que há muitos anos vem fazendo uma parceria muito grande com as discussões do SUS na Bahia; Fábio Prado, também coordenador de CIR; e Lívia Aguiar, também grande guerreira. Ressaltando que todos são lutadores e batalhadores do SUS, lhes deu boas-vindas a esse espaço de deliberação, que representa todos os gestores municipais e todos os municípios da Bahia e que o SUS e a Bahia agradecem essa contribuição e o COSEMS está cada vez mais forte com estes representantes. Dando seguimento, submeteu à aprovação as **Atas da 284ª, 285ª, 286ª e 287ª Reuniões Ordinárias da CIB**, que foram encaminhadas por e-mail aos seus membros. Como não houve manifestação contrária, as referidas Atas foram **aprovadas à unanimidade**. Em seguida **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, efetuou a leitura das Resoluções publicadas *ad referendum*, para **ratificação dos membros da CIB**:

Resolução	Publicação DOE	Assunto
134/2021	22/07/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
160/2021	29/07/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
166/2021	04/08/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
167/2021	05/05/2021	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 Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
169/2021	13/08/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
173/2021	13/08/2021	Aprova Aprovar ad referendum a Proposta nº, 12130.393000/1210-04 Emenda Parlamentar Nº 38980002, para aquisição de equipamentos e materiais permanentes para Atenção Especializada em Saúde da Policlínica Municipal de Pojuca, com a implantação do serviço de teste ergométrico, no Município de Pojuca.
176/2021	17/08/2021	Aprova ad referendum a emissão de Parecer Favorável para pactuação regional do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Tipo I, do Município São Domingos.
180/2021	26/08/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.

**Stela Souza** submeteu aos membros a ratificação das Resoluções Ad Referendum, como não houve nenhuma manifestação, foi **aprovada à unanimidade**. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes

32 encaminhados à CIB para Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB: 1. 1 Comunicado sobre  
33 Credenciamentos solicitados ao MS:

CREDECIMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF	Cansanção
	02 ESF	Riachão do Jacuípe
	02 ESF	Pindobaçu
	02 ESF	Queimadas
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Piripá
	01 ESB Modalidade I	São José do Jacuípe
	01 ESB Modalidade I	Cristópolis
	02 ESB Modalidade I	Condeúba
	02 ESB Modalidade I	Paripiranga
	02 ESB Modalidade I	Poçoões
	02 ESB Modalidade I	Queimadas
	02 ESB Modalidade I	Retirolândia
	02 ESB Modalidade I	Ituberá
	03 ESB Modalidade I	Antônio Gonçalves
	03 ESB Modalidade I	Caetité
	03 ESB Modalidade I	Vera Cruz
	04 ESB Modalidade I	Fátima
04 ESB Modalidade I	Novo Triunfo	
ACS – Agente Comunitário de Saúde	05 ACS	Mutuípe
	05 ACS	Maraú
	06 ACS	Nova Canaã
	22 ACS	Jeremoabo
	35 ACS	Teixeira de Freitas
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Poçoões
Gerente de Saúde da Família	03 Gerentes de Saúde da Família	Cristópolis
	16 Gerentes de Saúde da Família	Lauro de Freitas
ECR – Equipe de Consultório na Rua	02 ECR Modalidade III	Feira de Santana

34 Em seguida, **Nanci Salles** passou para a leitura dos pontos de **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE**  
35 **ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC: 1.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Marcionílio Souza	Hospital Luiz Eduardo Magalhães	3016986	13.765.219/0001-23	1901 – Laqueadura Tubária
Santa Terezinha	Hospital Municipal Edite Nogueira Rangel	2514435	13.693.650/0001-01	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Irará	Policlínica Municipal de Irará	3251098	11.300.002/0001-12	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAESM III

36 **1.2 Aprovação do detalhamento do componente de Atenção Domiciliar, de Rede de Atenção às Urgências do**  
37 **município de Tucano; 1.3 Aprova o detalhamento para a ampliação da frota do SAMU Regional de**  
38 **Ilhéus/Valença contemplando os municípios da Região de Saúde de Valença, Ituberá, Nilo Peçanha, Pirai do**  
39 **Norte e Uruçuca, com equipamento do SAMU 192; 1.4 Aprova a solicitação da devolução de uma Unidade de**  
40 **Suporte Básico de Vida – USB do município de Conceição de Jacuípe ao Ministério da Saúde – MS e**  
41 **realocação da USB de Conceição do Jacuípe para o município de Feira de Santana; 1.5 Aprova o**  
42 **detalhamento técnico para a ampliação da frota do SAMU Regional de Feira de Santana, contemplando o**  
43 **Município de Feira de Santana com equipamentos do SAMU 192. Stela Souza** submeteu aos membros a aprovação  
44 dos pontos encaminhados para **Homologação**, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovados à**  
45 **unanimidade. Leonardo Prates, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e membro da CIB**, cumprimentou a  
46 todos, dizendo que queria apenas registrar sua alegria pelo SAMU de Feira de Santana, todos na Bahia tinham visto a  
47 importância do SAMU durante essa pandemia, que foi fundamental. E saudou a Secretária Tereza Paim e Stela Souza,  
48 pela condução da CIB e parabenizando a última pela sua reeleição e ele dava sua aprovação para o SAMU de Feira de  
49 Santana. **Alcina Romero, Diretora da DAE e membro da CIB**, cumprimentou a todos e, esclarecendo sobre a USB de  
50 Conceição do Jacuípe - que já tinha sido questionada também pelo Secretário de Serrinha - informou que Conceição do  
51 Jacuípe renunciou à USB, que foi aprovada na CIR Regional e colocada em pauta na última reunião da CIB, quando a  
52 plenária decidiu que aprovarem a devolução já com uma proposta de realocação. Disse que Serrinha pleiteou essa USB,  
53 porém a própria CIR de Feira de Santana também pleiteou, por meio do Município Feira de Santana, então a prioridade  
54 seria ficar no mesmo SAMU, na mesma região e isso foi feito. Feira de Santana já aprovou o detalhamento técnico,  
55 ampliando com este equipamento. Assim, infelizmente ou felizmente, a CIB cumpre o que existe como diretriz e a  
56 prioridade nesses casos é ficar no SAMU da própria região e, em não podendo, não tendo nenhum município interessado,  
57 poder-se-ia abrir para outras regiões. **Stela Souza** confirmou que o pactuado de, ao se fazer a devolução, ser dada  
58 preferência para o SAMU da mesma região e, não havendo interesse dentro da região é que poderia ser feita nova opção.  
59 Foi aprovado em CIR, Feira de Santana manifestou interesse e a CIB seguiu o rito. Em seguida a **Coordenadora** passou  
60 aos expedientes encaminhados para **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA**  
61 **SAÚDE – SUPERH/ESPBA: 1.1 Relatório Final do Curso para Implantação das Salas do Pé Diabético. Marília**  
62 **Fontoura, Diretora da ESPBA**, cumprimentou a todos, saudando a Secretária Tereza Paim, a Presidente do COSEMS,  
63 Stela Souza, os membros da CIB e os colegas que estão assistindo, e disse que tinha feito questão de vir apresentar o

relatório do 'Curso de prevenção, manejo e reabilitação das lesões do pé em usuários portadores de Diabetes', que envolveu cerca de cento e quarenta municípios, considerando importante apresentar esse resultado na CIB, já que este curso foi iniciativa da ESPBA, inicialmente previsto para ser presencial e posteriormente a ESPBA decidiu incluí-lo entre os cursos do PROSUS e em parceria com a DAB. Conseguiram desenvolver este curso mediante uma terceirizada licitada, porque o CEDEBA não teve condição de liberar o pessoal devido à carga horária. Assim, o curso foi realizado fora do horário de trabalho e os instrutores receberam pela empresa prestadora. Relatou a articulação com a professora da USP, Thais Zerbini, que vai ministrar um curso na ESPBA para implementar a metodologia de avaliação e profundidade que pretende acompanhar o impacto desse curso na prática, obviamente articulado com o pessoal das unidades e com a DAB. Salientou que a metodologia de avaliação é um avanço da escola porque, como se avalia qualquer programa, qualquer ação de saúde é importante começar a avaliar e essa nova tecnologia de avaliação e profundidade avalia os efeitos, não só na prática dos trabalhadores, como também no serviço, e a ESPBA está adotando esse modelo de avaliação. Dessa forma, este curso é importante porque, além da possibilidade de impacto na prática e nos indicadores de saúde, é também uma oportunidade para a implantação e a institucionalização da avaliação e profundidade. **Milene Moura, Coordenadora de Formação Técnica e Pós-graduada da ESPBA**, cumprimentou a todos e iniciou a apresentação em *slides*, reiterando que esse curso vem sendo ofertado pela ESPBA como parte do PROSUS e mostrando a legislação que antecedeu todo o processo de planejamento e que estabeleceu como deveria ocorrer.

<p><b>CURSO:</b> <b>PREVENÇÃO, MANEJO E REABILITAÇÃO DAS LESÕES DO PÉ EM USUÁRIOS PORTADORES DE DIABETES</b></p> <p>01/09/21</p> 	<p><b>Apresentação</b></p> <p>O Curso de Qualificação: <b>Prevenção, Manejo e Reabilitação das Lesões do Pé em Usuários Portadores de Diabetes</b> constituiu-se parte do projeto desenvolvido no Programa de Fortalecimento do SUS (PROSUS) e teve como objetivo qualificar trabalhadores para atuarem em "Salas do Pé Diabético" na Atenção Primária à Saúde desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados nas complicações do pé da pessoa diabética.</p> 
<p><b>Características do Curso</b></p> <p>Legislação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Portaria GM/MS nº. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências;</li> <li>Resolução da CIB nº 140 de 29 de maio de 2018: aprovou as diretrizes, componentes, responsabilidades gestoras e indicadores de monitoramento e avaliação para a implantação da Linha de Cuidado às Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas, nas Redes Regionais de Atenção à Saúde (RAS) do Estado da Bahia;</li> </ul> 	<p><b>Características do Curso</b></p> <p>Legislação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Resolução CES N° 09/2018: aprovou a Política Estadual de Atenção às Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas;</li> <li>Portaria Estadual N° 51 de 14 de janeiro de 2019: aprovou critérios e responsabilidades para adesão, pelos municípios, à sala do Pé Diabético da Linha do Cuidado às Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas nas Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado da Bahia.</li> </ul> 
<p>Mostrou nos <i>slides</i> seguintes a primeira edição do curso, realizada em setembro, com a participação de cinquenta e sete municípios e um total de cento e doze profissionais, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Logo depois, dada a necessidade constatada de qualificação para dar conta dessa implantação, foi feita a articulação para ser executada por meio do PROSUS, e em janeiro foi iniciado em Salvador e Região Metropolitana. Esse escopo foi dividido inicialmente em quatro turmas, que foi o Curso 'Cuidando do pé da pessoa com diabetes', com foco na prevenção e promoção da saúde, e logo depois, mais focada a implantação, o curso - de dez turmas - 'Prevenção, manejo e reabilitação das lesões em pé de usuários portadores de diabetes'. Em março de 2021 o curso foi direcionado a cento e oitenta municípios, conforme estabelecido pela portaria, com os ajustes estratégicos de acordo com o que era possível na execução do PROSUS. O público-alvo foi enfermeiros com atuação na Atenção Primária à Saúde diretamente envolvidos na assistência a pacientes portadores de Diabetes Mellitus e os critérios para inscrição foram: conforme pactuado na Portaria N° 51, a indicação pelo gestor do município que ainda não tivesse a sala do Pé Diabético implantada e em funcionamento. Houve uma oferta de duzentas vagas - dez turmas com vinte alunos - sendo cento e oitenta vagas para municípios pactuados e vinte vagas para municípios e profissionais convidados.</p>	
<p><b>Características do Curso</b></p> <p>Histórico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Setembro/ 2019: 1ª edição do curso para a Implantação das Salas do Pé Diabético - 57 municípios; 112 profissionais (Enfermeiros e Técnicos de enfermagem);</li> <li>Janeiro/ 2021: Aprovação do Projeto desenvolvido no Programa de Fortalecimento do SUS (PROSUS) – Salvador e Região Metropolitana. <ul style="list-style-type: none"> <li>Curso: Cuidando do pé da pessoa com diabetes com foco na prevenção e promoção da saúde – 4 turmas;</li> <li>Curso : Prevenção, manejo e reabilitação das lesões em pé de usuários portadores de diabetes – 10 turmas;</li> </ul> </li> <li>Março/ 2021 – curso direcionado para os 180 municípios pactuados com a Portaria N° 51 que não implantaram as Salas do Pé Diabético = ajustes normas PROSUS.</li> </ul> 	<p><b>Características do Curso</b></p> <p><u>Público alvo:</u> enfermeiros com atuação na Atenção Primária à Saúde diretamente envolvidos na assistência à pacientes portadores de Diabetes Mellitus;</p> <p><u>Critérios para inscrição:</u> um enfermeiro indicado pelo gestor do município pactuado com a Portaria N° 51 e que ainda não tinham a sala do Pé Diabético implantada e em funcionamento → 180 municípios;</p> <p><u>Número de Vagas:</u> 200 vagas (10 turmas com 20 alunos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>180 vagas: municípios pactuados</li> <li>20 vagas: municípios e profissionais convidados</li> </ul> 

Nos *slides* abaixo todas as adaptações que tiveram que ser feitas nesse momento de pandemia para a realização das ações educativas à distância e a metodologia utilizada foi a modalidade de ensino remoto, com carga horária de trinta horas, divididas em aulas síncronas e atividades assíncronas, com a parte de leitura dos materiais, bem como as atividades de campo, tendo em vista que o objetivo do curso é implantação. Dessa forma, o produto já previsto no plano pedagógico é justamente o plano de intervenção que esses profissionais deveriam estar, não só aprendendo, mas para

que, por meio desse conhecimento, eles pudessem problematizar a realidade e saírem de lá com uma proposta de intervenção das suas realidades. Reiterou que o curso foi fruto de uma articulação entre SESAB (ESPBA, DAB, DAE, CEDEBA), gestores municipais, profissionais da APS e a empresa prestadora de serviços contratada - a LCF. No outro slide, as características do curso em relação ao tempo de execução, que foi mais ou menos de fevereiro a junho, considerando todas as turmas.

### Características do Curso

**Metodologia:**

- Modalidade Ensino Remoto;
- Carga horária 30 horas;
- Aulas síncronas: 03 horas semanais / 06 semanas;
- Atividade assíncrona: 12 horas (Leitura e Atividade de Campo: Plano de Intervenção para Implantação das Salas do Pé Diabético).

**Articulação:**

- SESAB: ESPBA; DAB; DAE; CEDEBA; Gestores Municipais; Profissionais APS; Empresa LCF.

### Características do Curso

**Cronograma:**

ATIVIDADE	PERÍODO (MESES)				
	Fev	Março	Abril	Mai	Junho
Divulgação do curso	x	x			
Planejamento		x	x	x	
Inscrições		x	x		
Triagem para a homologação			x	x	
Início do curso			x	x	
Final do curso				x	x

Em relação ao desempenho do curso, mostrou no próximo slide que foram duzentas e quarenta e quatro inscrições, sendo duzentas homologadas, totalizando as cento e oitenta vagas nos municípios pactuados, vinte vagas para convidados da DAB, cento e setenta e um municípios indicaram seus profissionais e dezesseis profissionais concluíram, sendo três de municípios pactuados, um de município pactuado e com Sala do Pé Diabético ativa, sete de municípios não pactuados, mas que puderam participar, e cinco do CEPRED, totalizando a participação de cento e trinta e oito municípios, com cento e cinquenta e quatro profissionais que concluíram o curso. Ressaltou que a ESPBA vem desenvolvendo essa aproximação com esse referencial, que permite não apenas identificar a satisfação dos egressos após o curso, mas, principalmente, entender as mudanças e os efeitos dessa qualificação nas suas práticas, mas principalmente no ambiente de trabalho onde atuam. Esse processo foi iniciado assim que a turma no mês de julho finalizou, tendo sido aplicado o instrumento de reação, logo depois o instrumento de aprendizagem. E a pretensão é darem continuidade dentro de seis meses e dentro de um ano, justamente para acompanharem esses egressos e identificarem, não somente seu aprendizado, como, principalmente, medirem e identificarem o que eles conseguiram colocar na prática. O objetivo maior é a implantação da sala nos municípios e compreenderem em que medida essa ação educativa atendeu a necessidade a que foi destinada e os aspectos de facilidades e dificuldades que esses egressos enfrentarão no cotidiano, para aplicarem as competências que aprenderam no que se refere à prevenção, ao manejo e à reabilitação das lesões do pé em usuários portadores de diabetes.

### Desempenho do Curso

244 inscrições

200 inscrições homologadas

180 vagas municípios pactuados

20 vagas convidados DAB

171 municípios indicaram profissionais

16 Profissionais concluíram:  
•03 profissionais municípios pactuados;  
•01 profissional de município pactuado e com Sala do Pé Diabético ativa;  
•07 profissionais de municípios não pactuados (05 municípios);  
•05 profissionais do CEPRED;

138 municípios concluíram

Total: 154 profissionais concluíram o curso

### AVALIAÇÃO EM NÍVEIS E EM PROFUNDIDADE DO CURSO

A metodologia comumente utilizada na área do Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TDE) do campo da Psicologia Organizacional, no qual os seus autores propuseram a **avaliação baseada em níveis (contínua e em profundidade)** de treinamentos (HAMBELI, 1978; KIRKPATRICK, 1995; BORGES-ANDRADE, 1982, 1997, 2002; ABBAD, 2006) foi aqui adaptada para avaliar o referido curso em quatro níveis: Reação, aprendizagem, mudanças na prática e efeitos.

Permitindo assim para além do acompanhamento dos egressos, medir e identificar os conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidas, as mudanças nas práticas profissionais, no ambiente de trabalho e nos indicadores institucionais.

Permitindo assim, compreender em que medida esta ação de EPS atendeu a necessidade que foi destinada, bem como os aspectos de facilidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho para aplicação das competências aprendidas no que se refere à prevenção, manejo e reabilitação das Lesões em Pé em Usuários Portadores de Diabetes.

Mostrou nos slides que seguem a avaliação em níveis e em profundidade do curso, ressaltando que as respostas do nível de reação foram coletadas ao final do curso. Na etapa de aprendizagem foi aplicado o formulário um mês após a finalização do curso e as próximas etapas terão continuidade daqui a seis meses, com o instrumento de mudança na prática e, um ano após o final do curso, com o instrumento de efeitos. Com relação à avaliação de reação, dos cento e cinquenta e quatro discentes, noventa participaram dessa avaliação, ou seja, 58%. O instrumento foi colocado justamente para reação quanto aos aspectos investigados, tudo o que se refere à metodologia, estrutura, condições da plataforma, lembrando que estavam trabalhando com ensino remoto e esse instrumento estava sendo pensado em relação a esses aspectos. Foi utilizada a escala de *likert*, que tem uma tratativa relacionada aos dados quantitativos, onde se vêem os percentuais e as médias do grupo total.

### AVALIAÇÃO EM NÍVEIS E EM PROFUNDIDADE DO CURSO

➤As respostas do nível de reação foram coletadas ao final do curso. A etapa de aprendizagem realizou-se aplicação do formulário um mês após a finalização do curso. As próximas etapas terão continuidade daqui a 6 meses e 1 ano após o final do curso.

### AVALIAÇÃO EM NÍVEIS E EM PROFUNDIDADE DO CURSO

**Avaliação de Reação**

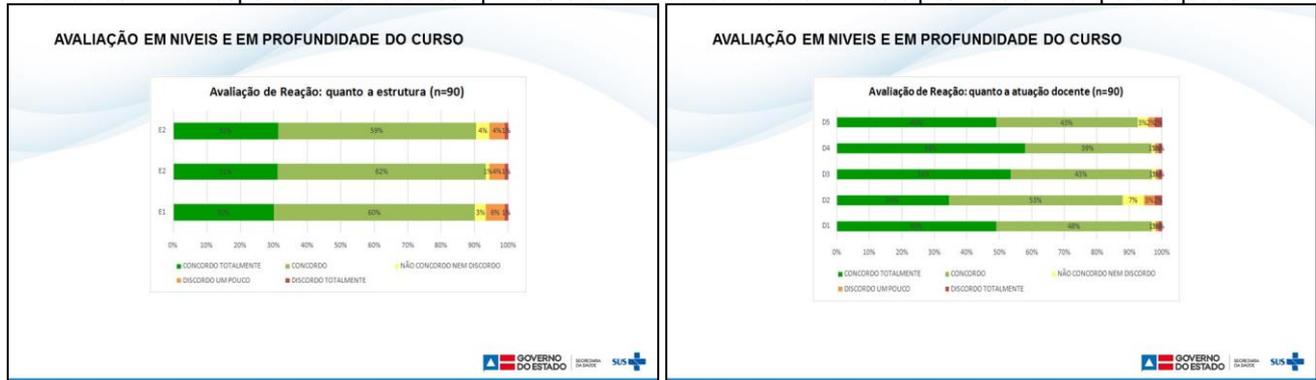
- ✓ Os dados de reação foram coletados através do questionário semiestruturado aplicados via moodle, acrescido de perguntas abertas, dos 154 discentes, 90 (58%) participaram dessa avaliação.
- ✓ Constatou-se de indicadores relativos à(s): aspectos gerais do curso (6 itens); metodologia (5 itens); estrutura (3 itens); atuação docente (5 itens); autoavaliação (5 itens); dificuldades vivenciadas e questão aberta sobre elogios, reclamações e/ou sugestões de melhorias para o curso.
- ✓ Para cada item foram atribuídos cinco níveis de respostas (escala de likert): Concordo totalmente, Concordo, Não concordo nem discordo, Discordo Parcialmente e Discordo Totalmente.
- ✓ Os dados qualitativos foram agregados e tratados por meio de análise temática e a consolidação dos dados quantitativos, mediante frequências simples, frequências relativas, percentagens e médias.

No slide abaixo mostrou a avaliação de reação quanto aos aspectos gerais, uma amostra totalizando a cor verde em maior número, com avaliações de 'concordo totalmente' e 'concordo', onde se vê que existe uma homogeneidade dos

participantes que avaliam positivamente a estrutura, o conteúdo, a atuação do apoio pedagógico e a maioria deles concordou que o curso atendeu às necessidades de seus processos de trabalho, bem como existiu essa coerência entre o conteúdo que foi ministrado e os objetivos do curso. Observou que, na variável de aspectos gerais, houve uma divergência, as cores estão um pouco diferentes justamente no aspecto de carga horária, onde o grupo discorda, achando que a carga horária não foi adequada e poderia ser maior. No outro *slide*, a avaliação de reação quanto à metodologia, onde se vê, mais uma vez que, pelo percentual e cálculo das médias das respostas, o nível de concordância foi da maioria, então para eles as metodologias utilizadas foram adequadas. Foram utilizadas metodologias ativas, dinâmicas e técnicas de trabalho que proporcionaram a articulação entre teoria e prática e que promoveu a integração e o relacionamento com os demais participantes, bem como os materiais e textos utilizados no Ambiente Virtual de Aprendizado foram pertinentes para compreensão da temática.



Nos *slides* abaixo apresentou a avaliação de reação quanto à estrutura, onde mais uma vez há um percentual satisfatório de 'concordam' e 'concordam totalmente', a maioria dos egressos concordaram que as condições de acesso, navegação e *layout* da plataforma *online* (*google meet*) e do ambiente virtual de aprendizagem (EADSUS) foram boas. No seguinte, a avaliação de reação quanto à atuação docente, que apresentou um percentual satisfatório de 'concordo' e 'concordo totalmente', em que a maioria dos egressos avaliaram positivamente, concordando totalmente que a interação nas aulas síncronas e no ambiente virtual foi boa, bem como que a atuação do docente contribuiu nas discussões do grupo, tratando de forma respeitosa as diferentes opiniões e *dando feedback* construtivos e positivos em tempo adequado.

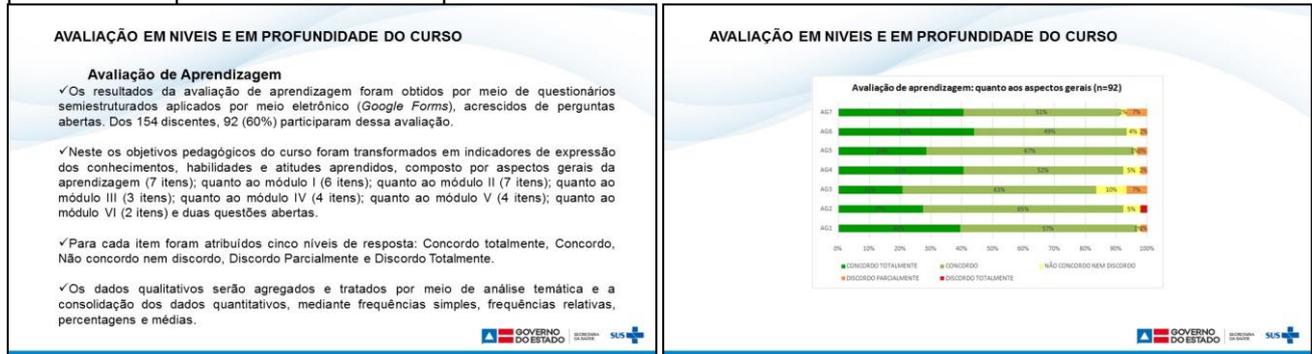


Nos *slides* que seguem mostrou a avaliação de reação quanto à autoavaliação, em que a maioria dos participantes se autoavaliaram positivamente quanto a terem sido assíduos e pontuais no curso, cumprindo com os compromissos e atividades dentro dos prazos pré-estabelecidos. De modo geral estão satisfeitos com a organização do curso e concordam que atendeu às expectativas. No outro *slide*, a avaliação em níveis e em profundidade com relação às dificuldades vivenciadas durante o curso, em sua maioria os participantes mencionaram as interrupções do trabalho no momento do curso e terem que utilizar recurso tecnológico próprio para participarem do curso, porque nem todos tinham recursos à disposição no seu espaço de trabalho e também a pouca habilidade tecnológica. Esses foram os três maiores aspectos que influenciaram no decorrer do curso para esses egressos.

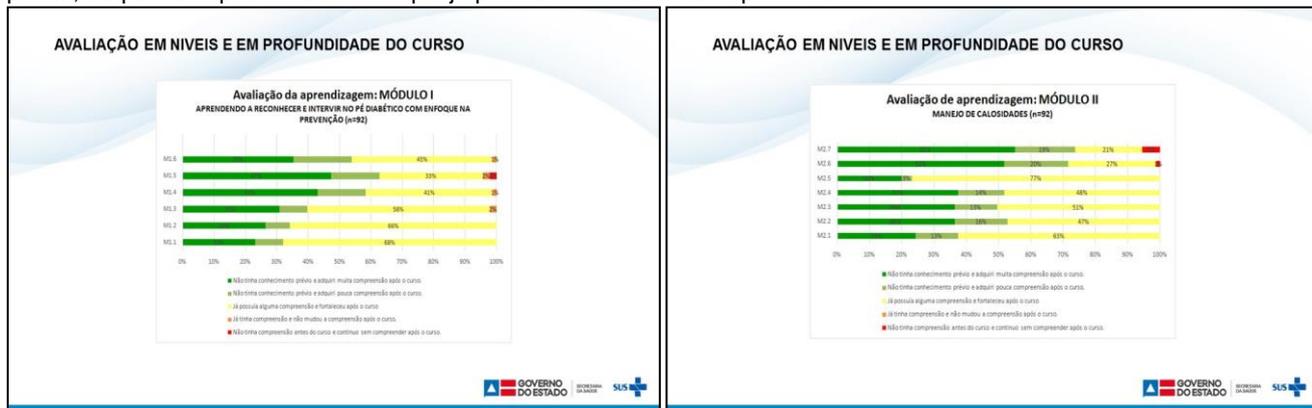


Em seguida mostrou, com relação à avaliação de aprendizagem, lembrando mais uma vez que esses instrumentos foram aplicados por meio eletrônico - *Google Forms* - e, dos cento e cinquenta e quatro discentes, houve uma

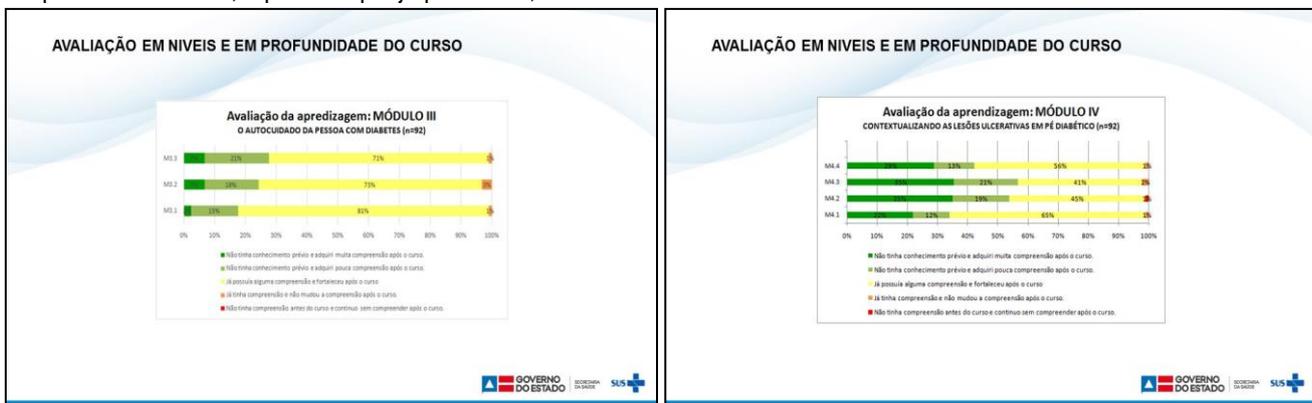
participação de 60%. Os objetivos pedagógicos do curso foram transformados em indicadores de expressão dos conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos. No outro *slide* a avaliação de aprendizagem quanto aos aspectos gerais, em que foi observada homogeneidade das respostas, em sua maioria os participantes 'concordam' e 'concordam totalmente' que identificam os objetivos pedagógicos do curso que participaram, recordam-se dos conteúdos abordados, utilizam com frequência o que foi aprendido no curso, aproveitam as oportunidades que têm para colocarem em prática o que aprenderam no curso, conseguem relacionar os conteúdos do curso às necessidades do processo de trabalho, compreendem melhor hoje os conhecimentos adquiridos e que o curso possibilitou empoderamento diante da prática de trabalho.



Com relação ao Módulo I - "Aprendendo a reconhecer e intervir no pé diabético com enfoque na prevenção", a maioria coloca que não tinha conhecimento prévio e adquiriu após o curso, bem como quem já possuía fortaleceu após o curso. Comentou que cada variável dessa é um objetivo pedagógico que está dando esse resultado e, caso necessário, poderia ser disponibilizado um relatório mais detalhado, mostrando quais as competências que foram mais citadas como que não tinham compreensão e agora têm muita compreensão após o curso. Quanto ao Módulo II - "Manejo de calosidades", foi composto de sete objetivos pedagógicos e tinham observado mais uma vez que a maior parte não tinha conhecimento prévio, adquirindo após o curso e os que já possuíam fortaleceram após o curso.

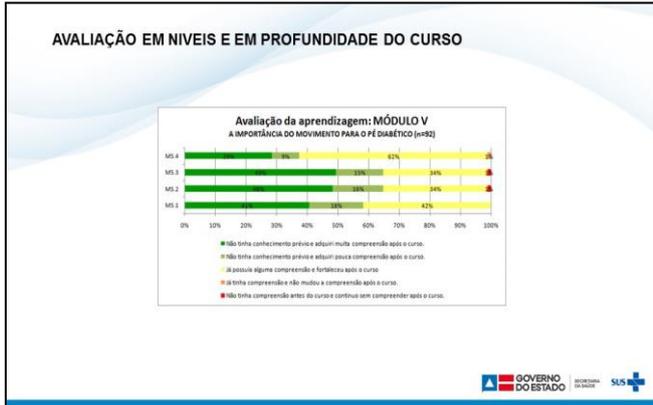


Para o Módulo III - "O autocuidado da pessoa com diabetes", foram três objetivos pedagógicos relacionados a essa competência e, mais uma vez, a maioria colocou que já possuíam alguma compreensão e foi fortalecida após o curso - em destaque de amarelo. Em relação ao Módulo IV - "Contextualizando as lesões ulcerativas em pé diabético", foram quatro objetivos pedagógicos relacionados a essas competências, a maioria também não tinha conhecimento prévio e o adquiriu com o curso, e para os que já possuíam, foi fortalecido com o curso.



No Módulo V - "A importância do movimento para o pé diabético", com quatro objetivos pedagógicos relacionados a essas quatro competências, mais uma vez não tinham conhecimento prévio, adquiriram com o curso e os que tinham, fortaleceram após o curso. O Módulo VI - "Vinculando redes no cuidado às pessoas portadoras de diabetes com lesões em pé", teve dois objetivos pedagógicos relacionados não apenas à competência, mas, principalmente, à intervenção da

332 realidade, e abordando o Plano de Ação para implementar a sala, a maioria também colocou que não tinha conhecimento  
333 prévio e que adquiriram muita compreensão com o curso.



pelos egressos, tanto quanto à satisfação quanto à aprendizagem e a maioria falou que não tinha conhecimento prévio e adquiriram bastante com o curso.

### Considerações finais

Essa ação educativa desde o planejamento até a execução tomou como base o trabalho como princípio educativo, aspecto estruturante para a ESPBA, considerando a necessidade da qualificação dos profissionais da atenção primária que atuam na assistência direta aos pacientes portadores de diabetes mellitus, com foco na prevenção, manejo e reabilitação do pé diabético.



### Considerações finais

✓O curso foi avaliado positivamente pelas(os) egressas(os) quanto ao conteúdo, metodologia, estrutura e atuação dos docentes. A carga horária foi considerada inadequada e de modo geral a maioria afirmou estar satisfeitas(os) com o curso.

✓Quanto a aprendizagem as(os) egressas(os) percebem que aprenderam os conhecimentos para atuarem na prevenção, manejo e reabilitação das lesões em pé em usuários portadores de diabetes.

✓Uma maior parte referiu não ter conhecimento prévio e ter adquirido muita compreensão após o curso, assim como sobre alguns componentes curriculares.



### Considerações finais

✓A maioria referiu já possuir compreensão mas que o curso fortaleceu a compreensão, principalmente para planejar o fluxo de encaminhamento do pé diabético na linha do cuidado em seu município (46% não tinham conhecimento prévio e adquiriram muita compreensão após o curso) e para desenvolver o Plano de Ação para a implementação da sala do Pé Diabético (49% não tinham conhecimento prévio e adquiriram muita compreensão após o curso).

✓A fim de acompanhar os aspectos pedagógicos após a finalização do curso pretende-se realizar as outras etapas de avaliação do mesmo, com objetivo de medir os efeitos dessa ação educativa na prática dos profissionais, nos ambientes onde atuam e indicadores institucionais.



### Considerações finais

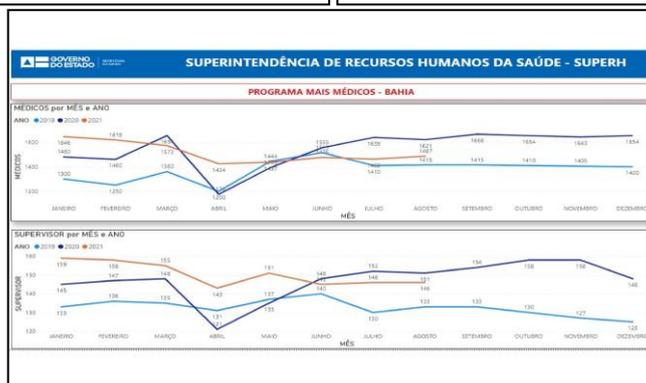
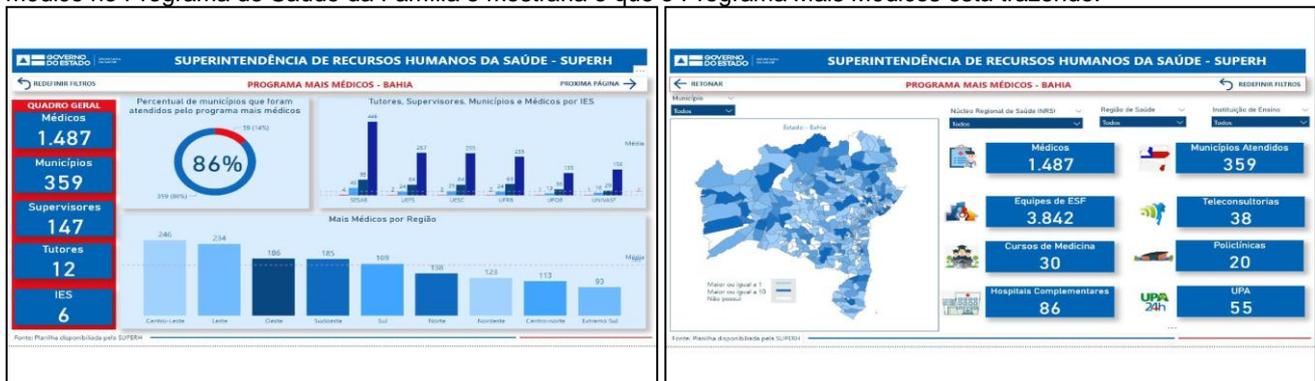
✓Salienta-se a importância do apoio a(ao) egressa(o) no cotidiano do trabalho por parte do gestor e/ou chefia imediata para viabilizar as condições necessárias a aplicação dos conhecimentos, habilidades e atitudes aprendidos.

✓Considerando a complexidade para implementação das ações e implantação das salas, a de se considerar as articulações intrainstitucionais na rede de atenção a saúde para alcance dos objetivos dessa ação estratégica – **com destaque a construção regional dos fluxos de atendimento- na qual cada ente envolvido deverá cumprir com sua responsabilidade para acompanhamento e suporte dos profissionais de forma contínua, inclusive no que se refere às condições materiais, estruturais e de recursos humanos** que dizem respeito à gestão para implantação da sala, bem como a organização e planejamento das novas necessidades de qualificação.



Finalizou a apresentação ressaltando a importância do apoio, por parte do gestor, para com o egresso ao retornar ao campo, a fim de viabilizar condições de aplicar os conhecimentos, lembrando também da construção de uma rede para dar conta dos processos de implantação das salas. **Marília Fontoura** reforçou que, com esta apresentação, se pretendeu mostrar todo o processo de planejamento, a metodologia e a avaliação, reiterando que a ESPBA não tem trabalho de forma aleatória, mas se preocupando com os objetivos e principalmente com a prática, por isso que o curso tem o plano de intervenção. Relatou ter recebido recentemente uma nota, referindo que inexistia educação permanente no estado e considerava falsa essa informação, uma vez que a Escola, juntamente com as áreas técnicas da SESAB, continua fazendo o seu papel, que é a educação permanente de trabalhadores e gestores e agradeceu a oportunidade de estar nesta CIB prestando conta desse trabalho. A **Coordenadora** agradeceu a Marília Fontoura e reforçou que o matriciamento é tudo que precisavam e a educação permanente tem essa prioridade e manifestava para os secretários municipais de saúde essa abrangência que existe no curso de capacitação, sendo preciso dar continuidade a uma meta estabelecida de implantação em cinquenta e quatro municípios para 2022. São previstas duzentas salas para o pé diabético, mas até o momento só tem treze, podiam envolver pessoas, criar toda a expectativa e com investimento, mas é preciso afetar quem precisa e para isso acontecer é preciso implantar estas salas. Assim, seu recado para todos os secretários municipais é para que se empenhassem para tentarem cumprir de fato o programado para 2022, que ainda é uma semente, mas é isso que favoreceria e traria eficiência no cuidado da saúde, pois todos sabiam muito bem as consequências dessa linha de cuidado sem monitoramento e sem uma adequada assistência e ninguém quer essa conta para alguém que sai da sua possibilidade de 'ir e vir' e de ter acesso ao trabalho, como mantenedor de toda a família. Assim, é necessário refletir que os municípios que já têm programação e equipamentos possibilitassem a inauguração, fomentando e dando abrangência ao que foi tão bem planejado. **Stela Souza** colocou para Marília Fontoura que os municípios sabem que a Escola continua atuando em educação permanente e os movimentos feitos são vários, ressaltando que na turma que terminou havia dois profissionais do seu município que retornaram extremamente capacitados, a Escola está de parabéns e agradeceu, em nome dos municípios, mas, como disse Tereza Paim, é preciso ajuda de todos para fortalecer a implantação dessas salas. **Leonardo Prates** reforçou mais uma vez a parceria do município de Salvador com a SESAB, ressaltando a importância da Escola de Saúde Pública no estado e o que é bom eles faziam igualmente. Informou que Salvador está trabalhando juntamente com a Escola de Saúde Pública em um projeto aprovado pelo Banco Mundial e reforçava aos municípios e à Escola que, em sua opinião, um dos grandes avanços que tinham tido na atenção primária foi a implantação das residências, mas hoje estavam com um problema, a preceptoria, achava que deviam se debruçar nesse ponto, vendo inclusive com o Ministério, pois é uma coisa que melhora muito o Programa de Saúde da Família, que a grosso modo tem como objetivo trazer de volta o médico, o enfermeiro, o profissional de saúde que conheciam as famílias e isso ficava impossível. Informou que em Salvador, quando se trata de PJ, a rotatividade é de três, quatro meses, e quando é residente são dois anos, então, para o objetivo do programa de residência em saúde da família, a Escola, por meio de Marília Fontoura e os demais, que têm feito um belíssimo trabalho a fim de ampliar esse programa de residência e que assegura o mérito dentro das residências, já que a residência faz duas coisas muito interessantes para os municípios, pontua o estudante, ou seja, o estudante que quer fazer alguma especialidade ganha pontos extras quando faz a residência em saúde da família, e depois fará a residência em na sua especialidade. Assim, é interessante para o residente e muito mais barato para os municípios, porque tem uma série de direitos trabalhistas que não precisam ser pagos, essa é uma opção regulamentada, logo, é possível fazer uma ampliação muito maior, com menos recurso. Considerava esse avanço fundamental para todos, já que é possível segurar esse médico por dois anos na unidade de atenção primária, daí a importância de Marília Fontoura nesse processo, além de que há um estímulo do Ministério, por exemplo, hoje Salvador recebe dinheiro por esses residentes, então, além de

466 tudo, fica ainda mais barato, porque há um indicador de estímulo na residência, daí a importância da ESPBA, porque o  
 467 caminho para segurar esses médicos é realmente o caminho da residência. **Marília Fontoura** afirmou que a ESPBA  
 468 poderia fazer essa articulação, estreitando-a cada vez mais para atender a esses objetivos. A **Coordenadora** agradeceu  
 469 a Marília Fontoura, comentou que já tinham esse trabalho bem implementado e que a escola é mesmo parceira, essa  
 470 vocação na SUPERH vem sendo pela própria possibilidade do dimensionamento, isso para todos os municípios, esse é  
 471 um projeto em andamento, quase em conclusão, e realmente vinham buscando os pares, ou seja, os municípios que  
 472 quisessem realmente trabalhar dessa forma. Ressaltou que é uma grande formatação porque, ao educarem, estavam  
 473 também educando a si próprios, ou seja, ao formarem alguém, estavam também formando e mantendo eles próprios  
 474 como profissionais, o que faz capilarizar a saúde que é o objetivo: regionalizar o máximo possível. Falou que, por  
 475 coincidência, Emerson Garcia também está à frente disso e tem tramitado principalmente com a Secretaria Municipal de  
 476 Saúde, mas não por ser a de Salvador, mas porque vinham buscando também outros secretários municipais para se  
 477 engajarem nisso, é um fomento, totalmente factível e a atenção primária certamente só tem a ganhar. Dando seguimento,  
 478 passou para o próximo ponto de pauta: **1.2 Situação atual do Programa Mais Médicos no Estado da Bahia.**  
 479 **Emerson Garcia, Diretor do Programa Mais Médicos**, cumprimentou a todos, desejando boas-vindas a Tereza  
 480 Paim na CIB e considerando-a um elemento fundamental na construção do Programa no estado da Bahia, parabenizou  
 481 Stela Souza pela condução e via as duas como grandes parceiras no Programa Mais Médicos. Iniciou a apresentação em  
 482 slides, colocando que a discussão é a mesma preocupação do Secretário Leonardo Prates, quanto à importância do  
 483 médico no Programa de Saúde da Família e mostraria o que o Programa Mais Médicos está trazendo.



512 Relatou que hoje estão atendendo trezentos e cinquenta e nove municípios do estado, ou seja, 86% do espaço geográfico  
 513 e ao se começar a trabalhar no Programa não tinha um detalhamento, uma especificidade sobre o médico e sobre os  
 514 pilares com que foram construídos o Programa Mais Médicos. Daí surgiu a ideia de construir um BI, que é uma plataforma  
 515 de monitoramento do estado, para ajudar os municípios a entenderem melhor este Programa, fortalecendo a Atenção  
 516 Básica e ampliando o papel do médico e do Programa nas regiões. Dessa forma, embora parecesse que alguns dados  
 517 estão repetidos no mapa, quanto mais escuro é a cor azul, mais os médicos do Programa Mais Médicos atendem no  
 518 Programa de Saúde da Família e quanto mais claro, menor o quantitativo de médicos do Programa Mais Médicos no  
 519 Programa de Saúde da Família, e exemplificou com Salvador onde, dos trezentos e trinta e nove municípios que compõem  
 520 a equipe de Saúde da Família, cento e oito são do Programa. E tem outras informações fundamentais para serem  
 521 discutidas com os secretários, quando querem ampliar o programa, como se colocar que algumas atividades não estão  
 522 sendo feitas e se estão descumprindo o horário. Assim, envolviam os responsáveis por todas essas áreas, o Ministério da  
 523 Educação, que tem a responsabilidade de formar e acompanhar pedagogicamente o profissional, e o Ministério da Saúde,  
 524 na recomposição do quadro de profissionais. Argumentou que alguns dados são essenciais para fortalecer o Programa  
 525 Mais Médicos, mas tem médicos do Programa que não estão fazendo uso de uma ferramenta essencial, que é o  
 526 Telessaúde. Lembrou que hoje é possível fazer um *link* do Mais Médicos com o Telessaúde e identificar quais os  
 527 profissionais do 'Mais Médicos' que estão usando o Telessaúde e quais as principais dúvidas e os principais  
 528 questionamentos. Nesse sentido, na semana passada foi enviado um formulário para todos os profissionais médicos do  
 529 Programa Mais Médicos, para que fizessem a inscrição e aderissem ao Programa, visando uma resposta desse  
 530 monitoramento, mas através do Telessaúde é possível também identificar o município que está fazendo mais uso deste  
 531 sistema. E citou Salvador como modelo, podendo-se ver qual o médico que mais usa Telessaúde, a unidade onde está  
 532 esse médico, quais os meses que ele usou e quais os principais questionamentos, com isso é possível cruzar os dados e

533 a próxima informação é entender se o médico está ou não usando o Telessaúde, se está encaminhando o paciente para  
534 outra especialidade a fim de fazer uma pré consulta, e se está buscando o que tem disponível de ferramenta. Nesta  
535 mesma tela se consegue identificar também quantos são os cursos de medicina, que é um dos pilares da criação do 'Mais  
536 Médicos' - hoje são trinta cursos de medicina espalhados no estado da Bahia – no mapa consta onde estão esses cursos  
537 de medicina e quanto mais escuro o azul, maior o quantitativo de cursos - e citou a situação de Feira de Santana, onde  
538 tem apenas um curso instalado, e Vitória da Conquista, que tem quatro. Ponderou que se começa a questionar o papel  
539 para o qual esses cursos foram criados, ou seja, criar o curso de medicina significa também o compromisso de ampliar a  
540 assistência de famílias e comunidades nas regiões, então hoje se consegue ver dentro do Programa. Caminhavam para  
541 algumas discussões sobre a participação dessas universidades junto com os municípios do Estado, da ocupação dos  
542 campus de residência, como está a condução no Programa de Saúde da Família, vinham construindo instrumentos que  
543 estão aprovados anteriormente como o COAPS, para poderem fazer monitoramento e adiantarem algumas coisas, mas o  
544 que mais lhe chamava atenção é que, analisando os últimos três anos do Programa Mais Médicos, percebe-se que em  
545 2019, o ano que antecedeu a pandemia, tinha um quantitativo de mil quatrocentos e cinco médicos, e agora, estando na  
546 pandemia, o estado da Bahia consegue ampliar de forma significativa o que tinha no mesmo mês do ano passado: mil  
547 seiscentos e vinte e um médicos. Tendo passado algum tempo, hoje tem mil quatrocentos e oitenta e sete, ou seja,  
548 estavam beirando a linha vermelha de novo, o mesmo quantitativo de profissionais médicos que tinham em 2019, e a  
549 pandemia não acabou. Chamava atenção porque o 'Previne Brasil' entraria em funcionamento em setembro e foi  
550 prorrogado para dezembro, mas alguns indicadores dependem da presença do médico nas unidades e a diminuição  
551 desse profissional em campo trará alguns prejuízos, tanto a nível financeiro – e gestão municipal já tem dificuldade para  
552 manter as equipes de saúde da família - quanto em termos de educação, formação e promoção à saúde. Assim, trouxera  
553 esse dado alertando para as conversas via CONASS, CONASEMS, Câmara Técnica do CONASS, que têm reuniões  
554 constantes com o Ministério da Saúde e em uma reunião ocorrida na última segunda-feira o Programa do México para o  
555 Brasil, embora reconhecido pelo Alexandre, que esteve na semana passada na Fiocruz e disse que em hipótese alguma o  
556 Programa Mais Médicos seria extinto, por que é a única alternativa legal que o governo tem hoje para contratação  
557 emergencial de profissionais e tentariam fazer o processo do outro Programa no final do ano, para ver se conseguem que  
558 os profissionais médicos possam aderir ao modelo do México, em que o médico pudesse ter oportunidade, uma carreira,  
559 uma carteira profissional assinada. Lembrou que o Ministério da Saúde já lançou a portaria incentivando os municípios na  
560 ampliação dos cursos de residência em família e comunidade, considerando importante trazer essa discussão porque,  
561 para ter a formação do médico em família e comunidade da portaria do Ministério da Saúde, o Programa Mais Médicos  
562 sinaliza as áreas de atuação do profissional, que terá que passar também por clínica médica, pediatria, clínica cirúrgica,  
563 ginecologia/obstetrícia e psiquiatria - que seria a saúde mental. Então, toda essa composição tem que ser pensada, para  
564 poderem garantir a formação desses residentes e a grande preocupação hoje é a de começarem a fortalecer isso,  
565 incentivarem o CONASS e o CONASEMS a continuarem mantendo o Programa Mais Médicos junto ao Ministério da  
566 Saúde, uma vez que, pelas suas experiências de anos anteriores, é comprovado que nem sempre o médico quer aderir a  
567 essa forma de carteira assinada e vínculo empregatício, preferindo, muitas vezes, até por uma questão econômica,  
568 continuar mantendo a bolsa, tendo uma aproximação muito maior do Programa. Enfim, trazia estas ações para discutir  
569 com a CIB a preocupação com a diminuição do quantitativo de médicos, a portaria eliminará alguns critérios, tem uma  
570 faixa de quatro a oito, ou seja, os municípios da região metropolitana e Salvador poderão perder muitos médicos, tem  
571 contratos vencendo e pela lógica, nesse momento o Ministério não está com a intenção de dar seguimento ao Programa  
572 Mais Médicos. Assim, para não saírem desse equilíbrio mínimo, que é o quantitativo médico necessário e, claro, todas as  
573 outras telas mostraram um plano para monitoramento, controle e avaliação, dos quais a equipe do 'Mais Médicos',  
574 elaborado com um mestrando da UFBA, que trabalha com ele e que ajudou a construir e montar esse painel de controle,  
575 estava à disposição para ajudar a concluir e tem ajudado muitos municípios a tirarem dúvidas, a construir e tentarem  
576 manter esse controle. Finalizou colocando-se à disposição, agradecendo a oportunidade e dizendo que estavam  
577 disponíveis para qualquer necessidade dos gestores. A **Coordenadora** agradeceu a Emerson Garcia, chamando atenção  
578 para todos os secretários, para procurarem a SESAB, via SUPERH, fazerem esse contato e poderem se visualizar no  
579 mapa da Bahia e entenderem que, quanto mais abrangentes pudessem ser, melhor seria para fixar profissionais de  
580 saúde. Comentou que essa forma temporária de fixação é melhor do que o vivenciado hoje, pois garante um profissional  
581 que às vezes se dedica, cria sua roda, seu ciclo e às vezes até desiste de fazer uma especialidade e fica absolutamente  
582 integrado para a saúde de família e a comunidade. E que esta é uma ferramenta muito boa, essa interoperabilidade é o  
583 que faz com que a Rede de Assistência funcione. Então, sobre o Telessaúde, é preciso ter muito forte o fato de ter  
584 pacientes que acabam sendo internados por doenças sensíveis à atenção primária, para poderem gerir bem melhor o  
585 dinheiro público. **Raquel Ferraz, Secretária Municipal de Saúde de Abaré e membro da CIB**, comentou sobre a  
586 importância do médico do Programa para sua cidade, na região norte, bem distante da capital, para a Atenção Básica ser  
587 fortalecida, se preocupavam ao verem que o município não está conseguindo esse profissional. portanto ela não podia  
588 deixar de colocar aqui, pois sabia que vários municípios estão nessa situação, tem alguns sem o profissional desde  
589 fevereiro e se preocupavam porque sabiam que existe a portaria do Ministério da Saúde, de cento e oitenta dias, para  
590 que, se não tivessem o profissional, continuariam recebendo o recurso porém, quando essa portaria finalizasse, se o  
591 município perdesse esse prazo, sabiam que é complicado, independentemente de o município ser grande ou pequeno,  
592 por não ter recurso garantido por parte da esfera federal. Sublinhou o colocado por Emerson Garcia, de que em duas  
593 semanas o Ministério publicaria uma portaria, quando os municípios poderiam visualizar qual está sendo contemplado,  
594 porém achava necessário fazer um movimento com o estado da Bahia, porque os municípios que não fossem  
595 contemplados teriam grandes prejuízos pela frente, e é preciso sinalizar isso ao Ministério, porque existe a dificuldade de  
596 contratação do profissional e ficariam com esse prejuízo, sem falar na importância da assistência, pois não estavam  
597 vivendo um momento fácil e agora, com a pandemia, mais do que nunca é preciso fortalecer a atenção primária. Então,  
598 que este colegiado se manifestasse junto ao Ministério após a publicação da portaria, para os municípios que não forem  
599 contemplados. **Emerson Garcia** já antevendo esse tipo de situação, sugeriu que se publicasse uma resolução CIB

600 direcionada ao Ministério da Saúde, para que ampliasse essa Portaria, não somente para os municípios que atendem o  
601 perfil de quatro a oito, mas que também pudesse se reportar à necessidade desses municípios, que às vezes levam um  
602 tempo sem a recomposição do profissional no quadro, e diariamente ele vinha recebendo questionamentos dos  
603 municípios, sobre a necessidade de ampliar e sobre a retomada do profissional nas ações de saúde, porque estão  
604 fazendo falta. **Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de Muritiba e membro da CIB**, cumprimentou a todos,  
605 saudou os membros da CIB e parabenizou a apresentação da ESPBA, considerando um trabalho muito bom, que reflete  
606 a fala dos demais. Pontuou que aqui sempre tem sido colocado que, quando se usa o Sistema Único de Saúde para  
607 estágio, residência, como campo de informação, pedem que retornem com um feedback, para poderem ver em que  
608 situação estão, e a Escola trouxe algo fantástico do ponto de vista acadêmico, organizacional, mas também uma grande  
609 preocupação quanto à formação dos profissionais de saúde, observando que quase 80 a 90% não tem conhecimento  
610 sobre como abordar um pé diabético, fazer prevenção e promoção. E Emerson Garcia, tratando da portaria interministerial  
611 do 'Mais Médicos', em que partiu para o COAPS e agora está em processo de construção bipartite, tendo sido criada uma  
612 comissão e que ele fazia parte, juntamente com Gleiciane, Cristiano Sóster e Janaína Peralta, Superintendente de  
613 Recursos Humanos, e já tinham começado a ouvir os problemas dos municípios, como estava sendo feito e como seria a  
614 partir de agora. Argumentou que o COAPS é um documento juridicamente perfeito, que dá segurança aos dois lados,  
615 então tinha que acabar com a contrapartida que usa o SUS como campo de estágio, pois é preciso colocar claramente  
616 que o SUS é público. Primeiramente tinham que ter preferência pela coisa pública e as universidades públicas terão suas  
617 prerrogativas de contribuir com educação permanente, com formação, essa será a sua contrapartida, e as escolas  
618 privadas terão que colocar um pecúnio, se cobram, terão que ser cobrados também. E explicou como será esse pecúnio:  
619 tanto o departamento jurídico do COSEMS como a Procuradoria Geral do Estado já estão fechando a minuta, que passou  
620 por uma etapa de contribuições, feitas pelas pessoas que fazem parte do GT e contribuições da Assessoria Jurídica e  
621 estavam chegando lá, já foram ouvidas as queixas e angústias dos próprios municípios. Lembrou quando foi  
622 implementado o Programa Mais Médicos, que coincidentemente foi na época que ele estava na vice-presidência do  
623 CONASEMS e tinha participado da elaboração e construção do COAPS, na época era o COAP - o contrato organizativo  
624 de entes públicos e o COAPS - o contrato organizativo para ensino em saúde, que eram diferentes, mas traziam o mesmo  
625 regramento, assim, como missão que lhe tinha sido dada, não poderia deixar de parabenizar os trabalhos que foram  
626 apresentados. Ponderou, com relação ao 'Pé Diabético', que há uma preocupação muito grande, há três semanas havia  
627 cerca de quinhentas pessoas na fila da regulação já para amputações, resultado de tudo que tinham deixado de fazer,  
628 então essa abordagem e diagnóstico apresentada pela ESPBA mostra mais uma vez que o plano pedagógico e todos os  
629 protocolos deverão ser seguidos pela formação da residência e dos internatos de saúde em comunidade, que têm que  
630 estar em conformidade com o perfil do profissional que se quer no Sistema Único de Saúde e não o que eles querem  
631 formar. Essa foi a ideia colocada na época e agora, pós COVID, entendiam que isso vai mudar, teriam que mudar a forma  
632 de abordar isso, a partir de agora teriam que discutir um novo modelo de assistência, que a princípio tem que contemplar  
633 o ensino e a educação permanente, abordando tanto escolas públicas como privadas, para informar que tipo de  
634 profissional estão lançando no mercado, não podiam concluir o ensino aqui, mas já tendo que vir com a base de ensino  
635 das escolas também, não poderia deixar de falar sobre isso e de parabenizar todos os envolvidos, principalmente a  
636 SESAB, por ter concentrado na Superintendência de Recursos Humanos para que agora todos pudessem saber como  
637 fazer e ficar claro para os municípios que não dá para ficarem querendo fazer quadros de profissionais independentes  
638 com entidades privadas, têm que fazer dentro do regramento, que será bipartite, conforme já colocado. **Stela Souza**  
639 pediu que Emerson Garcia mostrasse o livro do Programa Mais Médicos Bahia 2013/2021 e agradeceu principalmente a  
640 ele, considerando-o o grande mentor, que lutou muito por isso, e informou que à tarde distribuiriam o livro para a Diretoria  
641 do COSEMS, não no formato impresso, mas em *pen drive* e encaminhariam para todos os gestores municipais, tratando  
642 da história do Programa Mais Médicos, que jamais será esquecida. Falou diretamente para Emerson Garcia que,  
643 respeitando todos que lutaram muito, ele se tornou o 'Garoto Mais Médicos', um apelido carinhoso devido à sua excelente  
644 contribuição nesse processo, pois ele sabe de tudo, de quantos municípios e quantos médicos - tendo um monitor em sua  
645 sala, especificando - parabenizava-o e agradecia mais uma vez. **Cristiano Sóster, Diretor da DAB e membro da CIB**  
646 cumprimentou a todos, argumentando que precisariam de mais tempo para debaterem sobre aspectos muito importantes,  
647 e agradeceu à ESPBA, ressaltando a sua importância para um estado como a Bahia, que é um celeiro e a Escola é a  
648 grande curadora da educação permanente do Sistema Único de Saúde na Bahia, não podiam nunca esquecer isso.  
649 Considerou que vinham dando passos muito acertados e ofertas muito qualificadas, por isso gostaria de ter mais tempo  
650 para debater essa instituição que é a Escola, para o Sistema Único de Saúde, mas, como estavam com pouco tempo,  
651 tentaria objetivar e relembrar aos gestores quando o Programa Mais Médicos foi idealizado. Enfatizou que não é um  
652 programa com uma única finalidade e que trata de colocar médicos na estratégia de saúde da família, buscando qualificá-  
653 los em serviço. E outro aspecto é o ordenamento da formação médica, que é uma premissa do Sistema Único de Saúde e  
654 ninguém pode abrir mão disso, por isso foram criados cursos de medicina privados e públicos, para buscarem dar conta  
655 da enorme lacuna de médicos que existe no Brasil. Ponderou que se conseguiu avançar muito, em dez anos a Bahia saiu  
656 de sete para trinta cursos de medicina, não é pouca coisa e todos os gestores devem estar preparados para esse novo  
657 momento, há um quantitativo enorme de médicos que entrarão no mercado e, antes disso, eles precisarão de espaço  
658 para formação e isso não apenas em Salvador, todas as macrorregiões da Bahia serão contempladas, por isso que Raul  
659 Molina apontou tão fortemente o COAPS, chamando atenção que não dava para serem amadores, primeiro porque não é  
660 uma relação pessoal, tinha que ser uma relação institucional e o COAPS dá essa condição jurídica. Além disso, todas as  
661 outras instituições, fosse estado, governo federal, precisam manter também uma relação conveniente, para dar essa  
662 segurança aos municípios. Disse que é preciso entenderem tudo isso e se prepararem, talvez mediante um seminário  
663 para aprofundarem sobre isso, e lembrou que a ESPBA e a DAB apoiam os municípios na construção dos programas de  
664 residência, assim como já foi feito com alguns, assim, podiam pedir apoio a ambos, que estarão sempre juntos. Outro  
665 aspecto é que precisam estar muito atentos a este movimento com o Mais Médicos, hoje na Bahia tem menos de  
666 duzentos médicos e isso é muito importante, não tem vagas de novos municípios e de novas equipes para inclusão de

667 médicos, existe um problema no governo federal, porque a agência da atenção primária não avançou e está com  
 668 dificuldade de assumir esse papel de suprir as necessidades da atenção primária, desse modo, é importante estarem  
 669 muito atentos para poderem interpelar o governo federal, a fim de construir uma resposta juntos. **Stela Souza** sugeriu  
 670 que saísse desta CIB uma demanda para o retorno da CCE, mesmo que não fosse uma CCE oficializada, por não  
 671 saberem se o Ministério da Saúde participaria ou não, mas, como Bipartite, podiam provocar e trazerem uma pauta o  
 672 mais rápido possível para discutirem e levarem a demanda ao Ministério. Dando seguimento, a **Coordenadora** passou  
 673 para o próximo ponto de pauta de **Apresentação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
 674 **CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC/DASF: 2.1 Execução municipal no Componente Básico da**  
 675 **Assistência Farmacêutica – 1º Semestre/2021. Renata Mundim, Diretora da DASF,** cumprimentou a todos e  
 676 iniciou a apresentação em *slides*, colocando que foi feito um recorte na execução ‘do primeiro semestre de 2021 até  
 677 31 de agosto’. Mostrou no *slide* abaixo o financiamento básico atual, tripartite, da Assistência Farmacêutica no  
 678 SUS, o valor, que é per capita/ano, recurso esse que é para aquisição de medicamentos que compõem o Anexo 4  
 679 ou IV da RENAME, que é o componente básico de medicamentos, regulamentado pela Portaria GM/MS nº  
 680 1.555/2013 e pela Portaria de Consolidação.

FINANCIAMENTO ATUAL DA AF NO SUS			
REQUISITOS	BÁSICO	ESPECIALIZADO	ESTRATEGICO
Financiamento	Tripartite	Bipartite (Estado e União)	União
Aplicação do recurso	Valor per capita/ano	Aquisição centralizada e Ressarcimento	Aquisição centralizada
Itens	Medicamentos da RENAME / Insumos para diabetes / Estruturação de serviços	Medicamentos para CID's contemplados e tratamentos definidos em PCDT	Controle endemias (Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas, etc), anti-retrovirais e outros.
Regulamento	Portaria GMMS nº 1.555/2013, Consolidação nº 1, 2 e 6, Resoluções CIB/BA nº 152 e 153/2020, Portaria GMMS nº 2.516/2020, Resolução CIB/BA nº 112/2021	Portaria Consolidação GMMS nº 2 e 6	Portaria Consolidação GMMS nº 2 e 6 Normativas específicas por Programa

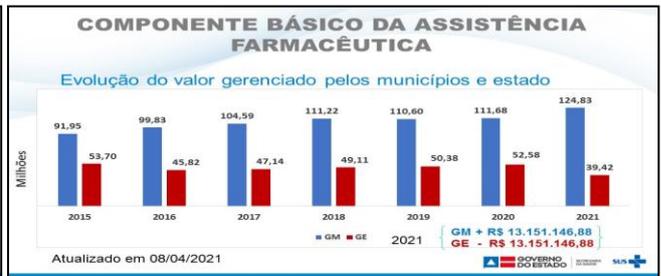
681 Informou que em 2021 teve algumas resoluções que alteraram essas normativas do componente básico, tendo sido  
 682 aprovado o Projeto de registro de preços compartilhado com o elenco da fase 1 e da fase 2 e o recurso de saúde  
 683 mental COVID regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.516/2020, cujo recurso destinado para aquisição de  
 684 medicamentos de saúde mental pelos municípios foi repassado diretamente aos fundos municipais de saúde dos  
 685 municípios, cuja gestão da Assistência Farmacêutica é competência do município. E os municípios que, na época,  
 686 tinham recurso federal sob gerenciamento do estado, receberam pela conta do estado e este recurso que veio para  
 687 o estado foi aprovado o seu repasse para o Fundo Municipal de Saúde, pela Resolução CIB nº 112/2021.

ATUALIZAÇÕES NORMATIVAS DO CBAF	MUDANÇA DA FORMA DE REPASSE DO RECURSO FEDERAL REFERENTE À CONTRAPARTIDA DO COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CBAF)
<p>APROVAÇÃO DE ITENS DO ELENCO DA FASE 2 DO MODELO DE REGISTRO DE PREÇOS COMPARTILHADO NOS TERMOS DA CIB 153/2020 RESOLUÇÃO CIB/BA Nº 040/2021</p> <p>APROVAÇÃO DA RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM, NA FASE 2, AO MODELO DE REGISTRO DE PREÇOS COMPARTILHADO NOS TERMOS DA CIB 153/2020 RESOLUÇÃO CIB/BA Nº 104/2021</p> <p>REPASSE PELO FESBA AOS FMS DE RECURSO DO CBAF SAÚDE MENTAL COVID QUE TRATA A PORTARIA GM/MS Nº 2.516/2020 RESOLUÇÃO CIB/BA Nº 112/2021</p>	

688 Em seguida mostrou a mudança do repasse do componente básico referente ao recurso federal, que antes era  
 689 gerenciado pelo estado, para cento e sessenta municípios, e o estado conduzia o repasse desse recurso federal  
 690 juntamente com o que competia à contrapartida estadual em medicamentos para os municípios. A partir da  
 691 aprovação da Resolução CIB nº 152/2020, foi feita a alteração desse repasse dos recursos federais diretamente  
 692 para os municípios, então, a partir da quarta parcela de 2021, o governo federal tem feito o repasse do recurso  
 693 federal da contrapartida do componente básico diretamente para os fundos municipais de saúde. Essa alteração se  
 694 deve exatamente à aprovação do Projeto de registro de preços compartilhado que o estado realizará ata de registro  
 695 de preços gerenciados, para os municípios poderem fazer saques e aquisição de medicamentos do componente  
 696 básico, contemplando toda a relação da RENAME, com a responsabilidade do município de execução de 100% do  
 697 recurso da Assistência Farmacêutica. Em seguida mostrou a evolução do valor gerenciado pelos municípios e  
 698 estado: em 2020, quando o estado gerenciava 52,58 milhões de reais da Assistência Farmacêutica, justamente por  
 699 causa do recurso federal; em 2021 esse valor cai para 39,42 milhões de reais, justamente porque, a partir da quarta  
 700 parcela, o recurso federal está sendo creditado diretamente na conta dos municípios. Sendo assim, os municípios  
 701 são responsáveis por 124,83 milhões de reais do recurso da Assistência Farmacêutica Básica. Mostrou também o  
 702 número de municípios atendidos trimestralmente com medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica Básica em  
 703 2021, referente ao primeiro e segundo trimestres de 2020, considerando que o terceiro trimestre está em execução

731  
732  
733

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



Falou da meta, que é atender os quatrocentos e dezessete municípios, e informou que no primeiro trimestre foram atendidos quatrocentos e sete, no segundo, quatrocentos e nove, atingindo uma meta de 98%.

### Prestação de Contas da Execução Financeira Estadual e Municipal

Até 31 de agosto de 2021

### COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

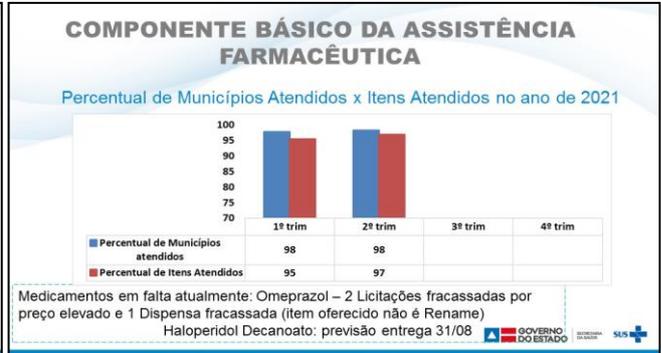
Número de municípios atendidos trimestralmente com medicamentos e insumos da Assistência Farmacêutica Básica em 2021

ATENIMENTO	TRIMESTRE			
	1º	2º	3º	4º
META	417	417		
REALIZADO	407 (98%)	409 (98%)		

No slide abaixo mostrou os municípios que não foram atendidos, seja porque não fizeram o pedido através do Sistema de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica - o SIGAF, que é o sistema oficial - seja porque realizaram seus pedidos, mas não vieram retirar os medicamentos em Salvador. Foram dez municípios no primeiro trimestre e oito no segundo trimestre, lembrando que sempre que finaliza o trimestre é enviado ofício a esses municípios e é dado ciência ao COSEMS, sobre os municípios que não retiraram ou não fizeram seus pedidos, buscando assim, apoio, para entenderem o que está acontecendo. Em seguida mostrou o percentual de municípios atendidos versus itens atendidos, esses itens atendidos é o percentual de itens que solicitam, houve um percentual de 95% no primeiro trimestre e 97% no segundo trimestre. Os dois medicamentos que impactaram para os municípios não terem conseguido atingir 100% dessa meta foram o Omeprazol e o Haloperidol Decanoato, explicando que houve um grande problema na aquisição do Omeprazol, este ano foram dois pregões fracassados, por preço elevado, e uma dispensa também fracassada, porque a proposta que foi dada o medicamento não era da RENAME. É o Haloperidol Decanoato, que também teve um problema de entrega porque a produção do medicamento no Brasil está comprometida, são três laboratórios que produzem e estavam com dificuldade.

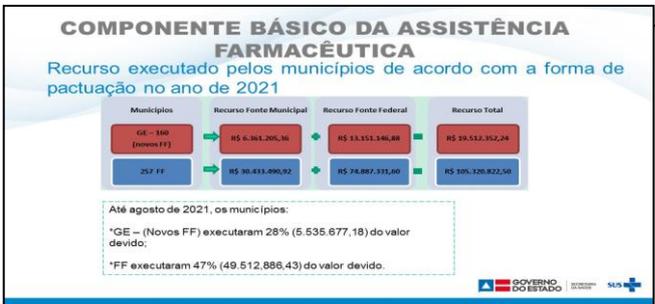
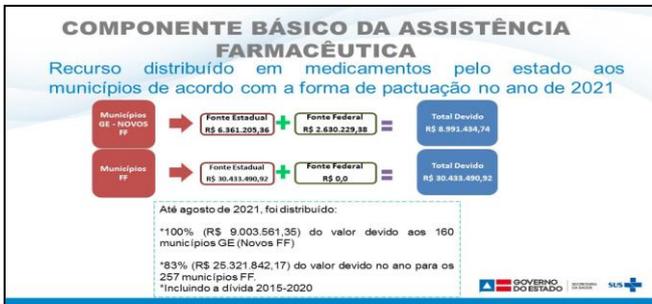
### COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

2020	1º trim	2º trim	3º trim	4º trim
Meta	417	417	417	417
Municípios atendidos	407	409		
	10	8		
Municípios não atendidos	Barra do Rocha, Buritirama, Catolândia, Cotejipe, Ibititá, Ichu, Itaju do Colônia, Mansidão, Piatá, São Desidério.	Banzaé, Caatiba, Guaratinga, Itanagra, Itapebi, Maracá, Teolândia, Wenceslau Guimarães.	Em execução	

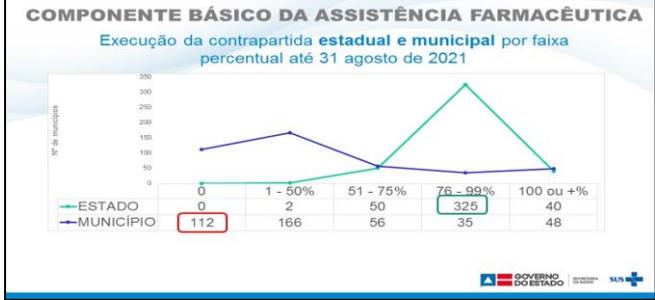
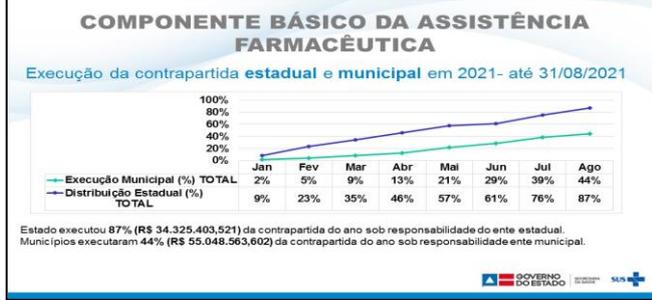


No slide abaixo mostrou o recurso distribuído com medicamentos pelo estado aos municípios. No ano 2021 o estado tem o total devido de R\$ 8.991.434,74 (oito milhões, novecentos e noventa e um mil, quatrocentos e trinta e quatro reais e setenta e quatro centavos), que se refere à fonte estadual para os municípios que até o início do ano estavam sob gestão estadual; e a fonte federal, R\$ 6.361.205,36 (seis milhões, trezentos e sessenta e um mil, duzentos e cinco reais e trinta e seis centavos) para os cento e sessenta municípios que eram de gestão estadual. E os demais, 257 municípios que o estado deve repassar, em 2021, R\$ 30.433.490,92 (trinta milhões, quatrocentos e trinta e três mil, quatrocentos e noventa reais e noventa e dois centavos), devendo esse valor a esses municípios. Até 31 de agosto deste ano o estado já repassou 100% do valor devido aos cento e sessenta municípios sob gestão estadual, porque o estado também vem executando a dívida acumulada referente aos anos de 2015 a 2020, conforme é pactuada a execução da dívida do ano anterior todo início de ano. Então durante o ano o estado vem executando o total devido mais a dívida, por isso que já atingiu 100%, 83% foram executados do valor devido para os duzentos e cinquenta e sete municípios que são fundo a fundo. No slide seguinte o recurso executado pelos municípios, de acordo com a forma de pactuação no ano de 2021, os municípios que eram sob gestão estadual e hoje não são mais, tem o total devido de R\$ 19.512.352,24 (dezenove milhões, quinhentos e doze mil, trezentos e cinquenta e dois reais e vinte e quatro centavos) e os outros duzentos e cinquenta e sete, de R\$ 105.320.822,50 (cento e cinco milhões, trezentos e vinte mil, oitocentos e vinte e dois mil e cinquenta centavos). Até 31 de agosto deste ano os cento e sessenta municípios de gestão estadual executaram 28% do valor devido e os municípios que são fundo a fundo executaram 47% do valor devido.

801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
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



No slide seguinte mostrou um comparativo do que foi de execução municipal e do que foi distribuído pelo estado. O estado executou 87% da contrapartida do ano sob responsabilidade do ente estadual e os municípios executaram 44% da contrapartida do ano sobre responsabilidade do ente municipal. Em seguida mostrou o percentual de municípios e o percentual de execução, chamando atenção para o quadro em vermelho onde aparecem, até 31 de agosto, cento e doze municípios que não têm monitoramento de execução de Assistência Farmacêutica municipal no SIGAF. Assim, cento e doze municípios não executaram nada do recurso referente a Assistência Farmacêutica ou, se executaram, não lançaram suas notas fiscais no sistema SIGAF e, portanto, não tinham como saber o que houve. O estado já executou para trezentos e vinte e cinco municípios de 76 a 99% da contrapartida sobre responsabilidade do estado.



Informou que o recurso de Saúde Mental Covid-19, regulamentado pela Portaria nº 2.516, foi creditado no dia 30/09/2020 para os duzentos e cinquenta e sete municípios que são diretamente fundo a fundo e na portaria tem a relação do valor de cada município (slides abaixo) e o recurso referente aos cento e sessenta foi repassado para o estado, lembrando que no início deste ano começaram a executar esse recurso através do fornecimento de medicamentos de saúde mental e agora, com a Resolução CIB nº 112/2021, foi aprovado o repasse do recurso que o estado recebeu diretamente para os municípios. Informou ainda que esse valor foi creditado pelo FESBA na última sexta-feira e entre hoje e amanhã já deve estar entrando na conta dos municípios, foi repassado R\$ 7.815.416,070.



ANEXO DA RESOLUÇÃO CIB Nº 112/2021

Nº	Código IMC-E	Município	Valor do repasse	Nº	Código IMC-E	Município	Valor do repasse
1	250020	Abetetuba	R\$ 43.270,37	31	250030	Colares	R\$ 1.175,43
2	250030	Acupanã	R\$ 47.231,57	32	250030	Colares	R\$ 1.175,43
3	250035	Adrianópolis	R\$ 13.581,88	33	250030	Colares	R\$ 1.175,43
4	250060	Alegrete	R\$ 13.935,76	34	250030	Colares	R\$ 1.175,43
5	250080	Alto Alegre	R\$ 69.494,30	35	250080	Colares	R\$ 1.175,43
6	250090	Almada	R\$ 18.688,26	36	250080	Colares	R\$ 1.175,43
7	250115	América Simão	R\$ 50.939,80	37	250080	Colares	R\$ 1.175,43
8	250120	Anapá	R\$ 67.197,77	38	250080	Colares	R\$ 1.175,43
9	250130	Andaraí	R\$ 40.840,52	39	250140	Cametá	R\$ 1.252,89
10	250135	Andaraí	R\$ 42.026,37	40	250160	Canaã	R\$ 10.740,80
11	250140	Anapuã	R\$ 43.068,42	41	250170	Choró	R\$ 34.608,00
12	250160	Aperã	R\$ 15.120,48	42	250180	Criquetópolis	R\$ 13.136,74
13	250200	Araucária	R\$ 40.589,97	43	250200	Criquetópolis	R\$ 13.136,74
14	250230	Araruama	R\$ 53.843,71	44	250210	Croco	R\$ 489,77
15	250240	Assunção Lame	R\$ 35.139,89	45	250230	Croco	R\$ 489,77
16	250260	Barna Grande	R\$ 43.596,59	46	250280	Conceição de São Antonio	R\$ 279,25
17	250285	Barcelos	R\$ 42.756,40	47	250290	Conde	R\$ 8.876,62
18	250300	Barna do Mendes	R\$ 12.143,97	48	250300	Conde	R\$ 8.876,62
19	250310	Barna do Rio	R\$ 17.433,32	49	250340	Enxaimada	R\$ 14.506,78
20	250320	Barna Novo	R\$ 46.516,86	50	250350	Entre Rios	R\$ 12.474,69
21	250330	Barna Preta	R\$ 14.134,32	51	250360	Esperança	R\$ 18.467,58
22	250410	Bayeux	R\$ 44.130,42	52	250370	Estância da Cruz	R\$ 18.268,38
23	250440	Beyramã	R\$ 57.021,98	53	250375	Fátima	R\$ 1.407,93
24	250470	Bom Jardim	R\$ 58.955,87	54	250377	Fátima	R\$ 1.407,93
25	250480	Caiaua	R\$ 20.177,48	55	250380	Fátima	R\$ 1.407,93
26	250485	Caldeiras do Piauí	R\$ 18.813,31	56	250380	Fátima	R\$ 1.407,93
27	250490	Cariacás	R\$ 28.762,28	57	250380	Fátima	R\$ 1.407,93
28	250515	Casimiro	R\$ 43.430,88	58	250380	Fátima	R\$ 1.407,93
29	250515	Casimiro	R\$ 43.430,88	59	250380	Fátima	R\$ 1.407,93
30	250515	Casimiro	R\$ 43.430,88	60	250380	Fátima	R\$ 1.407,93

89	250600	Caratinga	R\$ 11.087,38	125	250950	Quatzenau	R\$ 27.835,36
90	250610	Cariló	R\$ 14.824,14	126	250960	Ribeira de Santana	R\$ 109.902,37
91	250640	Caruaru	R\$ 38.252,57	127	250960	Ribeira de Santana	R\$ 109.902,37
92	250660	Caruaru	R\$ 33.261,52	128	250980	Rio do Antônio	R\$ 44.045,38
93	250680	Castanheira	R\$ 24.460,89	129	250710	Rodolfo	R\$ 28.175,81
94	250700	Castanheira	R\$ 52.471,70	130	250730	Santa Bárbara	R\$ 64.946,13
95	250710	Castanheira	R\$ 25.960,49	131	250740	Santa Brígida	R\$ 43.735,50
96	250740	Castanheira	R\$ 40.767,07	132	250790	Santa Inês	R\$ 52.946,48
97	250780	Castanheira	R\$ 32.261,80	133	250820	Santana	R\$ 82.518,40
98	250800	Castanheira	R\$ 42.659,87	134	250890	São Domingos	R\$ 28.032,48
99	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	135	250920	São Francisco de Conde	R\$ 124.037,07
100	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	136	250920	São Gabriel	R\$ 58.432,79
101	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	137	250920	São João de Jacuip	R\$ 12.676,35
102	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	138	250960	Saúde	R\$ 40.232,73
103	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	139	250980	Sobradinho Lameiro	R\$ 53.920,88
104	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	140	250910	Sento Sô	R\$ 127.475,79
105	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	141	250920	Serra de Ramalho	R\$ 97.765,76
106	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	142	250950	Serra Dourada	R\$ 15.535,89
107	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	143	250940	Serra Preta	R\$ 45.913,89
108	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	144	250960	Serrolândia	R\$ 41.817,76
109	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	145	250970	Sítio do São	R\$ 34.653,49
110	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	146	250970	Sítio do Quatro	R\$ 50.170,31
111	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	147	250970	Sobradinho	R\$ 17.789,37
112	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	148	250910	Tangurama	R\$ 24.606,38
113	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	149	250910	Tangurama	R\$ 24.606,38
114	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	150	250910	Tangurama	R\$ 24.606,38
115	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	151	250960	Troilândia	R\$ 44.718,42
116	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	152	250960	Troilândia	R\$ 44.718,42
117	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	153	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
118	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	154	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
119	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	155	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
120	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	156	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
121	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	157	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
122	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	158	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
123	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	159	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25
124	250810	Castanheira	R\$ 18.201,13	160	250920	Ubaúna	R\$ 58.327,25

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DA SAÚDE

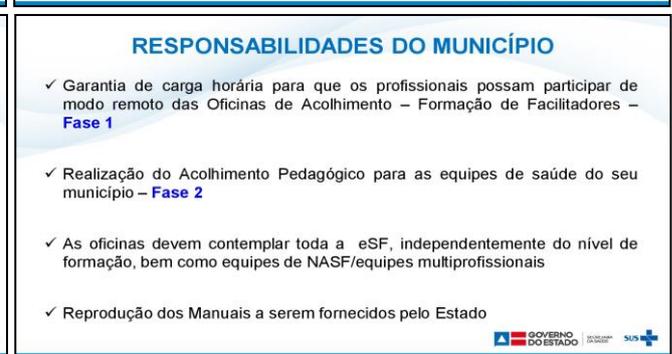
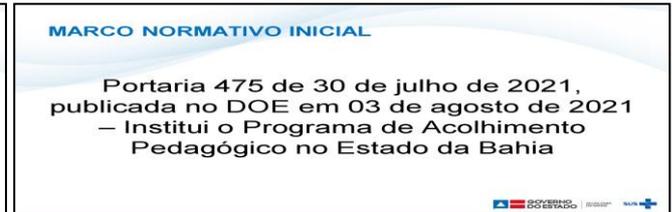
Acrescentou que foi elaborada também uma lista no SIGAF, intitulada 'Saúde Mental COVID', para os municípios lançarem suas notas fiscais de aquisição de medicamentos desta portaria, para que o estado ajude a monitorar esta

868 execução. A prestação de contas deste recurso é feita por meio do RAG e a princípio o recurso tem que ser executado  
869 até 31 de dezembro de 2021. Então os municípios receberam esse recurso nas suas contas, os que aderiram ao Projeto  
870 de registro de preços compartilhado terão a opção de fazer o saque destes medicamentos, alguns medicamentos já  
871 possuem ata ativa e os municípios já podem realizar o saque. Os medicamentos que são distribuídos pelo estado que  
872 constam no segundo elenco do Projeto estarão com suas atas ativas em uma previsão de outubro de 2021, logo, os  
873 municípios poderão realizar também os saques desses medicamentos por meio desse Projeto de registro de preços.  
874 Manifestou preocupação porque, como o monitoramento é pelo lançamento do SIGAF, tinham percebido que os  
875 municípios que já receberam recursos desde setembro do ano passado – da ordem de R\$ 38.286.309,48 (trinta e oito  
876 milhões, duzentos e oitenta e seis mil, trezentos e nove reais e quarenta e oito centavos) – executaram, até 31/08, R\$  
877 4.728.874,34 (quatro milhões, setecentos e vinte e oito mil, oitocentos e setenta e quatro reais e trinta e quatro centavos),  
878 uma execução muito baixa e alertou os gestores sobre o recurso que está disponível, com o prazo para execução até 31  
879 de dezembro deste ano e tem a possibilidade de fazerem os saques na Ata. Finalizou a apresentação mostrando a  
880 relação dos municípios que estão na Resolução CIB nº 112/2021, que receberam do estado o repasse do recurso Saúde  
881 Mental COVID. **Stela Souza** agradeceu a Renata Mundim pela apresentação, lembrando aos municípios que desde  
882 outubro que o estado está repassando esse recurso de Saúde Mental COVID e na CIB passada tinham conseguido  
883 deliberar, o estado conseguiu resolver como repassar aos municípios, lembrando que é recurso COVID, tem na portaria  
884 do Ministério que originou esse recurso e essa Resolução CIB tem a relação dos medicamentos que podem ser  
885 comprados, deixava claro que não são todos os medicamentos de Saúde Mental, para todos os gestores terem muito  
886 cuidado na execução desse recurso. Da mesma forma, quando a apresentação mostra somente quatro milhões de reais  
887 de execução dos que receberam fundo a fundo, isso preocupava, porque o recurso que entrou no ano passado, tendo  
888 sido usado, tendo tido relatório de gestão, tudo bem, e se não tivesse também, no caso de o gestor ter deixado na conta,  
889 prestado conta de que não usou, como aconteceu com o seu município, que não deu tempo de licitar, mas que ficou  
890 detalhado na prestação de contas o valor do recurso, o valor que veio na portaria e para que se destinava, só estava  
891 chamando atenção dos gestores sobre isso e sobre os municípios que não retiraram medicamento do primeiro e no  
892 segundo trimestre, a relação que está no primeiro não é a mesma que está no segundo, sempre tinham a ideia de que às  
893 vezes os municípios não pegam no primeiro, para pegarem no segundo de uma só vez, às vezes acontece isso nos  
894 municípios mais distantes, mas tem casos específicos de município que passa todo o ano sem solicitar ou sem buscar  
895 medicamento, então ficava o alerta. Solicitou aos apoiadores do COSEMS que entrassem em contato com esses  
896 municípios, para saberem por que não retiraram e qual a dificuldade que estão tendo. **Renata Mundim** informou aos  
897 gestores que é possível buscar esse recurso da Saúde Mental COVID no Fundo Nacional de Saúde, foi creditado como  
898 custeio no Coronavírus COVID e tem na ação detalhada, a relação de medicamentos consta na Portaria 2516, mas são  
899 especificamente os medicamentos de saúde mental constantes do Anexo 1 da RENAME, que é o anexo do componente  
900 básico da Assistência Farmacêutica. **Jacqueline Bonfim, Secretária Municipal de Saúde de Coribe**, observou que tem  
901 comentários de alguns municípios que fizeram adesão às atas, com relação à dificuldade para o abastecimento,  
902 empresas que quase não respondem e-mails, empresas em que já foi feito o pedido há mais de sessenta dias e ainda  
903 não conseguiram faturar, então talvez pudesse ser feita uma enquete com os municípios que fizeram adesão às Atas,  
904 para sinalizarem como está ocorrendo. Lembrou que o objetivo foi de fazer adesão com relação aos valores que eram  
905 menores, mas, pelo visto, não tem sido satisfatório, por conta da dificuldade de comunicação com as empresas, do tempo  
906 resposta, e exemplificou: solicitar uma medicação em julho e esses itens só serem faturados em 30 de agosto ou de  
907 setembro é muito complicado, pois tinham chegado em uma situação nunca imaginada, de terem dinheiro na conta e a  
908 farmácia vazia, e assim ficava difícil o relacionamento com a população e com as necessidades da Assistência  
909 Farmacêutica dos municípios. Dessa forma, deixava essa sugestão de fazerem uma enquete com esses municípios que  
910 já fizeram adesão, para saberem como está o atendimento do acesso de abastecimento. **Raquel Ferraz** relatou outra  
911 dificuldade, observada juntamente com alguns colegas em sua região, que é o medicamento chegar retalhado, antes os  
912 municípios distantes encaminhavam carro e receber todos os medicamentos em estoque na Assistência Farmacêutica em  
913 Salvador, mas hoje a reclamação é de que fazem o pedido e, além da demora do prestador para dar um retorno,  
914 conforme Jacqueline Bonfim falou, tem a dificuldade de o pedido vir retalhado, por exemplo, uma empresa que ganhou  
915 licitação para vários itens e mandam apenas um, dois, e isso tem dificultado o abastecimento nos municípios. Outra coisa,  
916 para o setor financeiro das prefeituras poder efetuar o pagamento, existem também algumas certidões que estão  
917 impedindo de dar andamento no processo, dessa forma, considerava perfeita a sugestão de Jacqueline Bonfim, para  
918 fazerem uma enquete a fim de verificarem as dificuldades, visto que é uma nova forma de aquisição de medicamentos.  
919 Comentou também que não tinha ouvido Renata Mundim falar sobre esse recurso fundo a fundo que o estado está  
920 repassando para aquisição de medicamentos, porque tem que fazer essa compra até 31 de dezembro, então seria bom  
921 deixar claro para os gestores se realmente têm que executar esse recurso até o final deste ano. **Renata Mundim**  
922 esclareceu que na Portaria 2516 o prazo para executar os recursos COVID é até 31 de dezembro de 2020, esse prazo foi  
923 estendido até 31 de dezembro de 2021 e ainda não houve manifestação do Ministério sobre a prorrogação do prazo para  
924 execução de recurso COVID, por isso que estava alertando para o tempo de 31 de dezembro de 2021. **Raquel Ferraz**  
925 ressaltou que colocava isso porque tem todo um processo para adquirirem esses medicamentos, pois, como se trata de  
926 COVID, com municípios que fazem por dispensa, outros não, então alertava os colegas sobre o tempo para executarem  
927 esse recurso que está entrando nas contas dos municípios. **Renata Mundim** lembrou que, com a prerrogativa do COVID,  
928 pode ser feita a dispensa emergencial. **Stela Souza** elogiou o que Jacqueline Bonfim e Raquel Ferraz colocaram, pois  
929 não tinha pensado em fazer uma avaliação do processo, pois é dito que estão comprando, estão aderindo, não estão  
930 levando, todo mundo participando, mas não está sendo avaliado, e a avaliação também faz parte do processo de  
931 planejamento, considerando que está mesmo na hora de fazerem uma avaliação pelo próprio sistema de adesão, com  
932 todos os municípios. Entretanto faria apenas um pedido, de se enviar por ali porque se coloca para os farmacêuticos e  
933 esse mesmo material os apoiadores do COSEMS reforçariam com os secretários. Observou que tinha alguma coisa sobre  
934 distância, foi colocada a adesão por preço, por rapidez de fornecimento, pela distância para vir buscar medicamento, uma

série de fatores, isso nas falas das regiões Oeste e Norte, duas regiões bem longínquas, podendo ser esse o problema e, em sendo isso, é preciso encontrar alternativa, pois mandar medicamento aos poucos cria problema, é de fato dinheiro na conta e farmácia vazia. **Renata Mundim** colocou a SAFTEC/DASF à disposição para conversar com os fornecedores e os municípios que estão tendo essa dificuldade. Lembrou que no edital o prazo de entrega é de trinta dias, o município tem até o quinto dia útil do mês para fazer seu pedido e o fornecedor tem trinta dias para entregar, e os municípios que fazem pedido depois do quinto dia útil, o fornecedor realmente só entrega com sessenta dias. Como existe também um planejamento e organização do município, podem entrar em contato que eles farão essa ponte com o fornecedor, para tentarem entender e minimizar esses problemas dos municípios, porque o sucesso do projeto é objetivo de todos. **Stela Souza** encerrou esse ponto, colocando como encaminhamento: esperarem para ver o que os municípios colocarão como dificuldade e, em cima das dificuldades apontadas, buscarem a solução. Dando seguimento, passou para os expedientes encaminhados para **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE/DAB: 1.1 Definição para o biênio 2021/2022 dos critérios para escalonamento da formação de facilitadores para o Acolhimento Pedagógico no Estado da Bahia.** **Elisa Carvalho, Assessora da DAB**, cumprimentou a todos, colocando o prazer de estar mais uma vez na CIB, para conversar sobre Acolhimento Pedagógico no estado e, em nome do Diretor e de todo o coletivo DAB, saudava a mesa, nas pessoas de Tereza Paim e Stela Souza, agradecendo a todos os secretários presentes e ressaltando a importância da discussão desse processo junto à CIB. Falaria sobre Acolhimento Pedagógico na perspectiva de encaminhamento para resolução, visando escalonamento dos municípios para desenvolvimento do Acolhimento Pedagógico no estado, conforme as discussões feitas com o COSEMS, e nessa ocasião estava propondo ratificar.



Iniciou a apresentação em *slides*, informando que o Acolhimento Pedagógico será composto por três fases: na Fase 1 acontecerá a formação dos facilitadores para o desenvolvimento do Acolhimento Pedagógico; na Fase 2 acontecerá o acolhimento propriamente dito no município e é dividido em primeira etapa - de interação pedagógica, um momento de interação com o trabalho, interação equipe e território, chamada de dispersão, e a segunda etapa - também de interação pedagógica que é o acolhimento propriamente dito, desenvolvido pelos facilitadores a partir da sua formação e desenvolvida pelos orientadores de território; a partir daí é desenvolvida a Fase 3, onde acontece o acompanhamento à distância, por meio da plataforma *moodle*. Mostrou as responsabilidades do município: garantia de carga horária para os profissionais poderem participar de modo remoto das oficinas de Acolhimento Pedagógico, a partir da formação de facilitadores conduzida pelos orientadores de território; Fase 1 - realização do Acolhimento Pedagógico propriamente dito para as equipes de saúde da família do município; Fase 2 - as oficinas devem contemplar toda a equipe, independentemente do nível de formação dos profissionais da equipe de saúde da família, bem como as antigas equipes de NASF, equipes multiprofissionais e a reprodução dos materiais que serão fornecidas pelo estado - o manual do trabalhador e facilitador que breve estará disponível em todo estado, para os municípios que fizerem adesão e a inscrição no Acolhimento Pedagógico do estado da Bahia.



Citou as responsabilidades do estado: a oferta do Manual do Facilitador e Trabalhador; a formação dos orientadores de território que irão conduzir a formação dos facilitadores principais; a realização da preparação metodológica dessa formação de facilitadores de modo remoto, com a condução do orientador de território; o acompanhamento dos municípios através dos facilitadores nas oficinas com as equipes de saúde da família que é esse acompanhamento à distância, através da plataforma *Moodle*; e todo o processo de certificação serão certificados o orientador de território, que é o facilitador dos encontros de preparação metodológica - leia-se profissional que na equipe do estado, DAB, Escola,

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

Núcleos e Bases Regionais de Saúde - para a condução de preparação dos facilitadores municipais e, além disso, a certificação dos facilitadores e dos trabalhadores das equipes de saúde da família nas equipes multiprofissionais.

**RESPONSABILIDADES DO ESTADO**

- ✓ Oferta do Manual do Facilitador e Trabalhador
- ✓ Formação dos Orientadores de Território (OT)
- ✓ Realização da Preparação Metodológica – **Fase 1** (formação de Facilitadores) de modo remoto, com condução dos OT
- ✓ Acompanhamento dos municípios através da atuação dos Facilitadores nas oficinas com as eSF - **Fase 3**

**RESPONSABILIDADES DO ESTADO**

- ✓ Certificação:
  - Orientador de Território - Facilitador dos encontros de Preparação Metodológica
  - Facilitador do Acolhimento Pedagógico
  - Trabalhador (participante das oficinas enquanto eSF/eNASF)

Mostrou no slide seguinte quem são os atores: o orientador de território é um profissional DAB/NRS/ESPBA, que vai desenvolver as oficinas de formação de facilitadores e acompanhar a evolução dos fóruns e entregas dos municípios pela plataforma à distância; e o facilitador é um profissional do município. Traziam, então, toda a prerrogativa de termo de adesão municipal, onde seja indicado um profissional de nível superior, da área da saúde e que tenha experiência pregressa com processos formativos de qualificação na saúde da família na Atenção Básica, podendo ser profissional coordenador municipal da Atenção Básica, de vigilância, apoiador institucional do município, coordenador de equipe multiprofissional e também, se fosse o caso, o município contar com as instituições formadoras, universidades públicas ou privadas em seu território. O facilitador desenvolverá o processo pedagógico diretamente com as equipes de saúde da família, assim como acompanhamento das entregas na plataforma Moodle e a entrega será desenvolvida por cada equipe de saúde da família nesta plataforma. No slide que segue mostrou os termos, fazendo uma sugestão de termo de adesão para facilitador e equipe que o município conduza no território, mas para o processo de adesão vinculará ao termo de adesão municipal, onde o prefeito ou o secretário municipal de saúde, coordenador municipal da Atenção Básica assinará, comprometendo-se à efetivação do acolhimento pedagógico no território municipal para todas as suas equipes de saúde da família. Então, se o município tem cinco equipes de saúde da família, a partir do termo de adesão ele se compromete a desenvolver o processo de qualificação do acolhimento pedagógico para todas as equipes de saúde da família do seu território.

**Quem é o ORIENTADOR de TERRITÓRIO e o FACILITADOR**

**Orientador de Território (OT)**

- Profissional DAB/NRS/ESPBA
- Desenvolverá Oficina de Formação de Facilitadores
- Acompanhará a evolução dos fóruns e entregas dos municípios

**FACILITADOR**

- Profissional Município
- Desenvolverá o processo pedagógico direto com as eSF assim como entregas de cada eSF

TERMO DE ADESÃO MUNICÍPIO	TERMO DE ADESÃO FACILITADOR	TERMO DE ADESÃO EQUIPE
<p><b>TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA - MUNICÍPIO</b></p> <p>O município de _____ por meio deste termo firme o compromisso de assinar e ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO, para todas as Equipes de Saúde da Família, com acompanhamento de Facilitador local designado pelo gestor municipal. O processo será monitorado e acompanhado "in loco" pelo facilitador, a partir da metodologia proposta. De acordo com o presente, o compromisso de assinar e ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA. Assinar este Termo de Adesão:</p> <p>Prefeito Municipal: _____</p> <p>Secretário Municipal de Saúde: _____</p> <p>Coordenador Municipal de Atenção Básica: _____</p> <p>Data: ___/___/___</p>	<p><b>TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA - FACILITADOR</b></p> <p>O (a) Facilitador (a) _____ por meio deste termo firme o compromisso de assinar a ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO, com acompanhamento de Facilitador local designado pelo gestor municipal. O processo será monitorado e acompanhado "in loco" pelo facilitador, a partir da metodologia proposta. De acordo com o presente, o compromisso de assinar e ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA. Assinar este Termo de Adesão:</p> <p>Facilitador(a) Municipal: _____</p> <p>Coordenador Municipal de Atenção Básica: _____</p> <p>Secretário Municipal de Saúde: _____</p> <p>Data: ___/___/___</p>	<p><b>TERMO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA - EQUIPE</b></p> <p>A eSF/AB _____ por meio deste termo firme o compromisso de assinar a ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SERVIÇO, com acompanhamento de Facilitador local designado pelo gestor municipal. O processo será monitorado e acompanhado "in loco" pelo facilitador, a partir da metodologia proposta. De acordo com o presente, o compromisso de assinar e ESTRATÉGIA ACOLOHIMENTO PEDAGÓGICO BAHIA. Assinar este Termo de Adesão:</p> <p>Coordenador Municipal de Atenção Básica: _____</p> <p>Trabalhadores de eSF Municipal: _____</p> <p>Secretário Municipal de Saúde: _____</p> <p>Data: ___/___/___</p>

A proposta atual para disseminação faz uma proporcionalização, considerando o quantitativo de equipes no território municipal e que a maior parte do estado - mais de 80% são municípios com menos de vinte mil habitantes - tem uma realidade de até quinze equipes de saúde da família, o que vai perfazer a indicação de dois facilitadores para esses municípios. Para municípios maiores, com um quantitativo maior de equipes de saúde da família, é feita a proporcionalização: de dezesseis a trinta equipes - quatro facilitadores; de trinta e um a sessenta equipes - seis facilitadores; de sessenta e uma a cem equipes - oito facilitadores; de cento e uma a duzentas equipes - dez facilitadores, que é o caso de Feira de Santana e Juazeiro; mais de duzentas equipes de saúde da família - dezesseis facilitadores, que é o caso de Salvador. A formação desses facilitadores acontecerá com carga horária de 24 horas, em três dias consecutivos, e a partir disso o município estruturará a agenda de qualificação do acolhimento pedagógico propriamente dito com seus facilitadores no território, em uma agenda que seja oportuna e conjugada no planejamento com as demais atividades desenvolvidas no território municipal. Com esse cálculo perfazer um total da formação de novecentos e trinta e quatro facilitadores para o acolhimento pedagógico do estado da Bahia, a partir da publicação da Portaria 405, em 3 de agosto, que institui o acolhimento pedagógico no estado da Bahia e para o biênio 2021/2022 foram estabelecidos alguns critérios para o escalonamento: o primeiro critério - municípios com 100% de cobertura de Saúde da Família com PEC implantado na equipe participante, ISF – Indicador Sintético Final maior ou menor e não ser município da macrorregião participante da planificação, que no caso são as Macrorregiões Leste e Sul nessa primeira oferta no segundo semestre de 2021. O acréscimo que acontece para a primeira oferta em função da discussão feita com o COSEMS, a partir de solicitação feita por alguns secretários, é de inclusão de porte populacional de municípios de até vinte mil habitantes, ou seja, municípios com até vinte mil habitantes independentemente da cobertura de Saúde da Família, em uma perspectiva de ampliação de fomento à expansão de cobertura, também entram como critério para a primeira oferta, e com isso

1069 tinham, para a primeira oferta no segundo semestre 2021, um total de duzentos e treze municípios. Para a segunda  
 1070 oferta, municípios com mais de 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, PEC implantado, ISF maior ou menor,  
 1071 com isso tinham um total de cento e oitenta e seis municípios no primeiro semestre de 2022 e a terceira oferta, no  
 1072 segundo semestre, finalizando 2022, com municípios de até 70% de cobertura de saúde da família, PEC implantado, ISF  
 1073 maior ou menor, o que vai perfazer em dezoito municípios para fechar o segundo semestre 2022.

### Proposta atual para disseminação

- ✓ A quantidade de facilitadores por município se dará conforme estratificação:

*Estratificação dos municípios por número de equipes:	
Até 15 ESF -	2 facilitadores
De 16 a 30 ESF -	4 facilitadores
De 31 a 60 ESF -	6 facilitadores
De 61 a 100 ESF -	8 facilitadores
De 101 a 200 ESF -	10 facilitadores
Mais de 200 ESF -	16 facilitadores

- ✓ Carga Horária da Fase 1: 24 horas, distribuídas em **3 dias consecutivos**, no qual são apresentados o Manual do Facilitador e as formas de abordagem dos conteúdos propostos
- ✓ As turmas para o encontro de Preparação Metodológica tem número máximo de 25 participantes, ocorrerá de modo remoto e terá a facilitação realizada pela DAB/NRS/BR/ESPBA
- ✓ Esta proposta oportuniza a participação de **934** facilitadores no encontro

### CRITÉRIOS para DESENVOLVIMENTO do AP ESCALONADO aos MUNICÍPIOS

1ª Oferta 2º SEM/21	2ª Oferta 1º SEM/22	3ª Oferta 2º SEM/22
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municípios com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família</li> <li>• Municípios com PEC implantado na eSF participante</li> <li>• Indicador Sintético Final (ISF) – (sendo mais bem pontuado, maior indicador)</li> <li>• Não ser município de macrorregião participante da Planificação</li> <li>• Porte populacional de até 20 mil habitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municípios com mais de 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família</li> <li>• Municípios com PEC implantado na eSF participante</li> <li>• Indicador Sintético Final (ISF) – (sendo mais bem pontuado, maior indicador)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Municípios com até 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família</li> <li>• Municípios com PEC implantado na eSF participante</li> <li>• Indicador Sintético Final (ISF) – (sendo mais bem pontuado, maior indicador)</li> </ul>
213 municípios	188 municípios	18 municípios

1086 Lembrou que o acolhimento acontecerá, a abertura das inscrições e o processo de adesão é discricionária à decisão  
 1087 municipal, então o município define que priorizará a realização do acolhimento pedagógico para qualificação de suas  
 1088 equipes de saúde da família, estabelecendo isso como prioridade, como trouxeram os Secretários Leonardo Prates,  
 1089 Raquel Ferraz, Raul Molina, enfatizando a importância da qualificação dos profissionais da Atenção Básica, sobretudo  
 1090 nesse momento de necessidade de ressignificação dos fazeres e recolocar o lugar e a importância da Atenção Básica em  
 1091 todo o processo. Finalizou pontuando que foi feita uma breve síntese de modo a ratificar apenas o que foi alinhado junto  
 1092 ao COSEMS, com a inclusão de municípios com menos de 20 mil habitantes, independentemente da cobertura de saúde  
 1093 da família, como critério para a primeira oferta, e agradeceu a todos os colaboradores da DAB, DIVEP, ESPBA, NRS e  
 1094 em especial ao COSEMS, por toda abertura que tinha tido para fazerem o alinhamento para todo esse processo ser  
 1095 estrutural. **Stela Souza** agradeceu a Elisa Carvalho pela apresentação, parabenizando-a pela gestão e colocando que,  
 1096 nessa parceria com todos os atores citados, enfatizaria a parceria do COSEMS, o GT da Atenção Básica, que tem  
 1097 discutido várias ações com Jacqueline Bomfim, que é a Coordenadora pelo COSEMS, acompanhada de Cristiano Sóster,  
 1098 Raquel Ferraz, que tem participado muito, o COSEMS está realmente ativo nesse processo e agradeceu à SESAB por ter  
 1099 essa abertura com o COSEMS, a fim de fazerem para os municípios o que eles precisam e solicitam, juntos com certeza  
 1100 têm mais efetividade nas ações. **Jacqueline Bomfim** relatou que essa pauta foi debatida no primeiro semestre e tinham  
 1101 conseguido chegar a um consenso na reversão da oferta, ficando muito bom para os municípios com menos de vinte mil  
 1102 habitantes nesse primeiro momento. Retificou o que Stela Souza falou sobre quanto estão conseguindo avançar no GT da  
 1103 Atenção Básica, com Cristiano Sóster, Elisa Carvalho e os demais colegas que fazem parte e que estariam retomando as  
 1104 atividades provavelmente na próxima semana, porque já tem portaria nova com algumas alterações com relação ao  
 1105 'Previne Brasil' e outras coisas. E achava ótimo que o acolhimento pedagógico retornasse ao seu lugar de origem,  
 1106 voltando a acontecer de fato nos territórios e municípios. **Cássio Garcia** demonstrou sua felicidade com o retorno das  
 1107 reuniões presenciais, voltando a pauta da Atenção Básica com força total, com o Programa Mais Médicos já tratando da  
 1108 residência e seu papel na Atenção Básica, e agora vem o acolhimento pedagógico, que lhe trouxe boas lembranças de  
 1109 quando foi facilitador em 2000, agora já está na segunda década, o acolhimento pedagógico ficou um pouco adormecido  
 1110 nesse período, sofreu muitas críticas, mas todos sabem o quanto dá resultado na prática. Reforçou que é uma estratégia  
 1111 em que essa nova formatação foi discutida no GT, a metodologia até bastante parecida com o que já era feito, mas com  
 1112 algumas novidades que serão interessantes e o principal, é feito na prática, nas equipes com envolvimento local. Assim,  
 1113 ficava muito contente por estarem retomando essa estratégia e pedia aos municípios - e com certeza o COSEMS já está  
 1114 reforçando isso também - para abraçarem novamente essa causa, essa proposta é muito simples, mas muito importante,  
 1115 ajuda a reorganizar imediatamente as ações da equipe, tem conceitos bastante introdutórios e importantes nessa  
 1116 estratégia, colocando sempre a territorialização, que é fundamental na estratégia de saúde da família e que é feito com  
 1117 muita propriedade e no campo de prática, envolvendo os agentes, todos os profissionais e parabenizava a DAE, DAB,  
 1118 GT, COSEMS e SESAB por estarem retomando isso e que isso viesse com força. Parabenizou também Elisa Carvalho.  
 1119 **Cristiano Sóster** agradeceu ao COSEMS pela parceria em tudo que estavam construindo, um exemplo muito claro de  
 1120 sintonia e especialmente a Elisa Carvalho, que colocou como uma condição de honra concretizar essa proposta, que não  
 1121 é simples capacitar mais de cinquenta mil trabalhadores, a Bahia está chegando a quatro mil equipes de saúde da família,  
 1122 são marcos que estão sendo construídos e já estão ultrapassando 85% de cobertura da Atenção Básica. Com isso tinham  
 1123 começado a ver a necessidade de resgatarem também algumas coisas, como a territorialização, observando que para a  
 1124 vacina tinham precisado de informações que não tinham, algo que era básico da Atenção Básica. Então resgatar a partir  
 1125 do acolhimento pedagógico, trazendo outros elementos como discussão sobre prontuário eletrônico, sobre a organização  
 1126 do processo de trabalho das equipes, sobre indicadores, é isso que estavam trazendo nessa proposta, que está muito  
 1127 bem formatada, já está escrita, será em forma impressa e virtual, para todos terem acesso. Agradeceu a todos os  
 1128 parceiros e principalmente à sua equipe da Diretora da Atenção Básica, porque todos sabem o quanto é difícil fazer  
 1129 Atenção Básica nesse país, onde existe um modelo de assistência que não foi construído pelos que aqui estão, tinham  
 1130 herdado isso e agora estavam corrigindo no processo e já conseguindo avançar muito, graças ao esforço de todos que  
 1131 defendem o Sistema Único de Saúde. A **Coordenadora** qualificou como excelente essa empreitada de planejar e  
 1132 depois monitorarem todas as ações, também para se enxergarem como executores, que de fato precisavam ainda  
 1133 melhorar, incluindo também a vigilância em saúde, começando pela vacinação, onde se viu a importância de ter  
 1134 executores e não apenas se inserir um dado, mas ter pessoas executando o que os indicadores demonstram e  
 1135 trabalhando em cima disso, dessa forma, considerava extremamente importante e pertinente, parabenizando a todos e a

1136 Elisa Carvalho, duplamente. **Jackeline Mirne, Secretária Municipal de Saúde de Santo Amaro e membro da CIB,**  
1137 cumprimentou a todos ressaltando a importância do COSEMS para essa temática e concordou com Cássio Garcia,  
1138 quanto ao fortalecimento da Atenção Básica com esse retorno, pois isso marca e demarca o que pensavam e queriam  
1139 para a saúde da Bahia e do Brasil. Relatou que ontem tinham tido um momento importantíssimo, com a presença virtual  
1140 do COSEMS, pela apoiadora Flávia, quando tinham tratado da importância de a equipe estar em consonância com esse  
1141 acolhimento, já houve oportunidade também de terem Cristiano Sóster lá e ressaltou que estavam estruturando todo o  
1142 processo de saúde de Santo Amaro, debatendo exatamente isso. Assim, reiterava a importância do COSEMS na inserção  
1143 desses municípios e como Secretária, enfatizava a importância de os apoiadores estarem em consonância com o debate  
1144 dessa reestruturação e dessa herança abordada por Cristiano Sóster e fazendo uma correção desse cenário. **Stela**  
1145 **Souza** agradeceu a Jackeline Mirne, afirmando que são todos COSEMS de verdade e que, com a orientação técnica, a  
1146 coordenação que o estado faz, juntamente com o COSEMS, diante da necessidade dos municípios, a população só tem a  
1147 ganhar. Em seguida colocou em votação o ponto 1.1 Definição para o biênio 2021/2022 dos critérios para escalonamento  
1148 da formação de facilitadores para o Acolhimento Pedagógico no Estado da Bahia e **foi aprovado à unanimidade. Elisa**  
1149 **Carvalho** ratificou as palavras de Cássio Garcia, em relação à valorização da territorialização como aspecto fundamental  
1150 para o olhar da equipe de saúde da família, a identificação dos principais problemas vivenciados na área de abrangência  
1151 do território e isso também na direção do modelo de vigilância da saúde, resgatado por Tereza Paim. Agradeceu também  
1152 a Cristiano Sóster por todo apoio nesse processo de dedicação importante, quando tinham discutido e conversado  
1153 bastante com o COSEMS em relação a todos os ajustes que foram fazendo no decorrer da trajetória e, mais uma vez,  
1154 colocava seus agradecimentos a todos. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação:**  
1155 **2. SESAB/GASEC/COSEMS: 2.1 Situação dos Leitos clínicos, de UTI e Leitos de Suporte Ventilatório COVID.**  
1156 **Alcina Romero** informou aos secretários presentes que ainda não conhecem essa atividade, que essa é a 115ª  
1157 pactuação da situação de leitos da rede exclusiva COVID, que começou em março do ano passado, no início da  
1158 pandemia, inicialmente em reuniões extraordinárias da CIB ocorridas às segundas, quartas e sextas-feiras, quando  
1159 vinham enfrentando a mobilização e a desmobilização na primeira onda, a mobilização e estruturação da rede na  
1160 segunda onda e agora, há mais ou menos sessenta dias, já na fase de desmobilização, acompanhando com muito  
1161 cuidado todo o cenário epidemiológico, com o apoio fundamental de Isabel Marcílio, Coordenadora da Sala de Situação, e  
1162 fazendo isso com uma projeção de estimativa de taxa de ocupação, mas usando também outros indicadores de número  
1163 de casos e óbitos. E explicou, para quem não conhece ainda a sistemática, que para tudo que consta em vermelho na  
1164 planilha existe uma proposta de alteração, por parte da SESAB - de unidades da rede própria ou da rede suplementar  
1165 contratualizadas pela SESAB - ou os pontos de atenção sob gestão municipal. Falou que hoje apresentaria a proposta de  
1166 desmobilização do Hospital Geral de Camaçari, que está em uma situação bastante confortável, de acordo com a  
1167 estimativa mostrada da projeção da taxa de ocupação. E comentou que estavam em um momento de forte pressão das  
1168 situações não COVID, seja porque a população deixou muito de fazer o acompanhamento das situações crônicas e agora  
1169 vêm agudizando, seja por pressão mesmo de complicações da própria COVID. Então o grande observatório do estado - a  
1170 Central Estadual de Regulação - vem sinalizando já há algum tempo a alta demanda das situações não COVID, o que  
1171 obriga esse grupo gestor a contribuir para resolver, ou pelo menos mitigar o problema. E esse é o caso de Camaçari, que  
1172 é um hospital geral, e propunham que sua capacidade exclusiva COVID fosse revertida para não COVID, visando diminuir  
1173 a tela da regulação. Outra solicitação, a desmobilização de 25% da capacidade da Arena Fonte Nova, que ao final  
1174 poderia fazer alguns esclarecimentos, bem como Tereza Paim, se fosse necessário. Disse que a Arena Fonte Nova já  
1175 está em fase de desmobilização há quinze dias, já tendo sido desmobilizado 25% na primeira semana, seguido de mais  
1176 25%, agora mais 25%, com a supressão total da Arena Fonte Nova para ser finalizada na próxima semana, porque é uma  
1177 estrutura temporária e precisa ser liberada para sua finalidade, que são os eventos esportivos. Outra situação, do Hospital  
1178 Municipal de Salvador, tendo recebido ofício e lembrou o fluxo desse espaço: a gestão municipal que deseja  
1179 desmobilizar leitos sob sua gestão deve encaminhar com antecedência a solicitação para esse grupo, para ser feita a  
1180 projeção de taxa ocupação, e isso aconteceu com Salvador, pelos mesmos motivos do Hospital Geral de Camaçari, ou  
1181 seja, fazer a reversão de leitos para situações não COVID, e o município propõe a supressão de todo os leitos exclusivos  
1182 COVID. Logo, seriam vinte leitos clínicos, sete clínicos pediátricos, dez leitos de UTI adulto e os leitos de UTI pediátrico,  
1183 todos do Hospital Municipal de Salvador. Explicou que, como a planilha é para COVID, sai toda a rede de Salvador e vai  
1184 para leitos não COVID, e o restante da rede de Salvador está toda mantida, que são os Hospitais: Português; Santa  
1185 Isabel; Salvador; e Sagrada Família. O próximo que estavam propondo é a supressão de cento e dez leitos clínicos, dos  
1186 cento e oitenta do Hospital Metropolitano, e fez a ressalva que a situação é diferente, não é a supressão do hospital, nem  
1187 reversão para situação de não COVID, entretanto o número de leitos clínicos deste hospital é um quantitativo muito  
1188 grande e, até para ter uma taxa de ocupação mais próxima da realidade, a SESAB propõe a supressão de cento e dez  
1189 leitos, mantendo então setenta leitos clínicos. Não seria supresso nenhum leito de UTI do Hospital Metropolitano nesse  
1190 momento, apenas os leitos de UTI que estão com baixas taxas de ocupação. Na macrorregião centro-leste estavam  
1191 solicitando a supressão de Camaçari, a supressão de dez leitos de UTI do Hospital Clériston Andrade, pela mesma razão,  
1192 forte pressão das situações não COVID. O outro Hospital é o Geral de Vitória da Conquista, na macrorregião sudoeste,  
1193 pelos mesmos motivos, onde há quinze dias já tinham feito a supressão de dez leitos e o município está solicitando a  
1194 supressão de mais dez, mantendo leito de UTI, mas fazendo já a reversão para as situações não COVID, então, os  
1195 dezoito clínicos se mantêm, é o grande hospital de urgência e emergência da região e está com uma demanda altíssima  
1196 de situações não COVID. E o Hospital São Vicente, de Jequié, na macrorregião sul, que é contratualizado com a SESAB,  
1197 tem hoje sessenta leitos clínicos, dez de UTI, e na situação de maior pressão da COVID esse era já um número de leitos  
1198 clínicos que não apresentavam uma taxa de ocupação robusta e nesse atual cenário epidemiológico ficou pior. Assim,  
1199 estão solicitando a supressão de cinquenta leitos clínicos e ficarem com dez clínicos e dez de UTI. Mostrou o consolidado  
1200 do que estava apresentando hoje, de desmobilização entre hospitais da rede própria, de hospitais da rede suplementar  
1201 contratualizados SESAB e da gestão municipal de Salvador: duzentos e vinte e cinco leitos clínicos; sete leitos clínicos  
1202 pediátricos; cento e treze leitos de UTI; e sete leitos de UTI pediátrica. Passou à estimativa da taxa de ocupação, para

entenderem que isso está sendo feito com muita cautela e essa supressão resulta, em termos de leitos de UTI, com esse número de leitos suprimidos: na macrorregião centro-leste - com a saída de dez leitos do Clériston Andrade, a taxa de ocupação passa de 39% para 43%, que é uma taxa de ocupação bastante confortável. Na macrorregião leste - com a supressão de leitos, 25% da Fonte Nova; dez LEITOS do Hospital Geral de Camaçari; e dez do Hospital Municipal de Salvador - a taxa de ocupação, que hoje é de 27%, vai para 30%, com uma situação considerada também bastante confortável, o que lhes dava uma garantia de que não terão problemas. Na macrorregião sudoeste - com a saída dos dez leitos do HGVC, a ocupação de 33% de hoje vai para 37%. Com relação aos leitos clínicos, a situação fica mais confortável ainda, com a supressão dos leitos clínicos do Fonte Nova, do Municipal e do Metropolitano, sai de 23% para 33% os leitos clínicos. E na macrorregião sul, com a saída dos cinquenta leitos clínicos do São Vicente, a taxa de ocupação sai de 8% para 11%, ou seja, estavam trabalhando com uma taxa de ocupação muito baixa na macrorregião sul. Relatou que ainda tem uma questão para resolver de Teixeira de Freitas, que em uma reunião da CIB de leitos tinha solicitado a supressão de dez leitos de UTI, por conta da situação da tenda, que abriga quinze leitos de UTI habilitados, quando a gestora se comprometeu a manter cinco leitos na estrutura interna do hospital. Quinze dias depois ela retornou à CIB e informou que, por conta do aumento de casos - o que a DAE tem detectado, ontem a preocupação com o índice de cobertura vacinal da região de Teixeira de Freitas foi pauta inclusive no COE - e solicitou manter dez leitos na estrutura da tenda, porém pedia o apoio da SESAB para a manutenção da estrutura. Isso foi levado ao Gabinete, razão pela qual não foi aprovado na semana passada, porque, ao avaliar o relatório encaminhado pela Secretaria de Obras de Teixeira de Freitas, foi considerada bastante delicada a situação da tenda, entendendo que precisaria de uma avaliação melhor da CIB, para validar a manutenção de leitos de UTI naquela estrutura. Isso foi repassado para o Gabinete e o COSEMS, e a resolução não foi publicada. Dessa forma, Teixeira de Freitas continua na constando com apenas cinco leitos de UTI COVID na planilha, mas, baseado na primeira manifestação da gestora, para a DAE seria em cima da estrutura interna. E comentou que, antes de ontem, a gestora já tinha solicitado oficialmente que se mantivesse especificamente dez leitos na estrutura da Tenda e é isso que a CIB precisa resolver, manter os cinco leitos ou os dez. A **Coordenadora** relatou as condições, que são muito incisivas, em relação ao Comitê de Emergências em Saúde - COES e informou que vinham tendo discussão duas vezes por semana no COES, fazendo a projeção e planejamento, são todas as superintendências interligadas e, portanto, tinham vocacionado a desmobilização, principalmente no que tange à rede própria, para que toda desmobilização pudesse ser revertida em leitos não COVID, que é essa outra massa que lhes empurrava e que lhes fazia estar atentos para terem resolutividade. Considerando algumas situações na rede própria, o Estado está assumindo o ônus dessa remodelagem, que em algumas circunstâncias são Unidades de Terapia Intensiva COVID que hoje estão situadas em áreas de enfermaria na capacidade instalada do hospital. Portanto, esses leitos não serão habilitados, e que isso ficasse claro, nesse planejamento estavam absolutamente concisos de que, onde existe a possibilidade de formação pela habilitação em leito de UTI, assim será feito, o que não é possível, por estar em uma capacidade instalada não adequada para UTI. Neste momento, para a Regulação será e permanecerá como mutirão, no momento que se conseguisse de novo, mediante a própria pandemia, ter um novo panorama do *status* epidemiológico, tanto COVID quanto não COVID, passariam então a utilizar as instalações dos hospitais para os fins aos quais foram elencados. Deixava isso claro para as pessoas entenderem que não é apenas um fechamento de leitos e sim uma nova remodelagem, mas, assim que possível e factível, deixariam os hospitais para a missão e o dever que têm que cumprir.

**Raul Molina** considerou importante a colocação de Alcina Romero quanto à quantidade de reuniões, para os colegas na ponta, a princípio três vezes por semana e lembrava quando os municípios pediram desmobilização e, naquele momento Vitória da Conquista, de forma particular, não tinha convencido a ele nem ninguém. Então tinham decidido que precisava ter um estudo melhor e agora chegando a notícia de que o que tinha sido dito - porque tinha ouvido o COE, já lá atrás, que fazia uma recomendação de que a região Extremo Sul não estava em condição confortável para fazer isso. Registrou que a pandemia trouxe uma informação e que todos que estão no sistema já tinham conhecimento, mas muita gente que não estava passou a ter, sobre como está a equidade nesse país com relação a leitos de UTI desses cem mil habitantes, o que tem no sul, no norte, no nordeste do país, a pandemia fez com que se trabalhasse um pouco mais com equidade, pela urgência com que tudo aconteceu. E comentou que Leonardo Prates marcou um momento importante em Salvador, que deixou de ser simplesmente um figurante no sistema, apenas com atenção básica - inclusive bastante acanhada - para vir a ser protagonista, fazia questão de registrar isso, na primeira desmobilização que aconteceu em Salvador, uma assessora que estava na reunião chegou a colocar que no momento que Salvador desmobilizava, parecia que já estava anunciando que colocariam essa retaguarda no Hospital Municipal, o que já tinha lhe contemplado, porque Salvador passava a ser atuante também para todos aqui e é importantíssimo. Ponderou que tinham visto aqui a declaração do estado de que esses leitos seriam revertidos para as outras comorbidades, e isso é simplesmente fazer reposição de equidade, algo que estava sendo pedido anteriormente e seria interessante reverem a taxa de óbitos em 2018, 2019 e 2020, para verem o que houve realmente de óbitos COVID e o que não foi por COVID, o que foi de casos com comorbidade e que acabaram tendo COVID, que morreram e foram registrados como COVID no estado, porque é isso que daria uma base melhor para a tomada de decisão. Tinha visto a primeira onda, a segunda onda, e não as notícias e os estudos da própria FIOCRUZ uma postagem ontem na Diretoria do COSEMS, que parecia ter sido de Leonardo Prates, que enfim o Ministério da Saúde começou a dizer que setembro não será amarelo, mas vermelho, ou seja, recuou, porque todos estão sinalizando que esses números que estavam vendo, e ele via com muita preocupação a permissibilidade da população, da mídia, dos atores que hoje deveriam estar coibindo aglomeração, como se nada tivesse acontecendo e estavam caminhando para uma tempestade. Colocou que, como pediatra, sabia bem o que é Sarampo e Catapora, e a variante Delta tem um poder de contaminação tão forte quanto estas doenças, vinte vezes maior do que a fase original e não seria um momento fácil. Então nesse momento é bom que todos os colegas que estão na ponta soubessem que tinham que fazer isso com critério e responsabilidade. Com relação ao Hospital Metropolitano, colocou que não tinha se convencido, os outros tinham lhe contemplado bem, e achava que deveria ter um avanço quanto às comorbidades que estavam reprimindo, lembrando que há pouco tempo se falou aqui sobre o Pé Diabético, com quase setecentas pessoas para fazerem amputação e ninguém quer receber. Dessa forma, não estavam ainda com capacidade

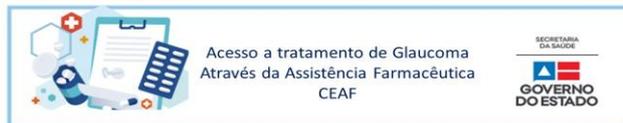
1270 instalada adequada para todos e no momento que tirasse aqueles leitos clínicos é preciso que se recompusesse isso,  
1271 mas os outros hospitais estavam lhe contemplando e bem, porque reverter de COVID para não COVID significava que  
1272 amanhã ou depois estariam ligando e perguntando se tem bomba de infusão para reabrir de novo, lembrando o que  
1273 tinham passado lá atrás. Enfatizou que não estava fazendo papel de 'advogado do diabo', mas em sua opinião não é o  
1274 momento de abrirem a guarda, desde o início estava contra o início das aulas, esses testes de aglomeração, a abertura  
1275 da Fonte Nova para jogos, era contra tudo isso, por entender que epidemiologicamente não é momento para isso, e não  
1276 podia deixar de fazer essa manifestação aqui como alguém que está na ponta, que é profissional de saúde, vive isso no  
1277 dia a dia e que é sanitarista e sabe o que está vindo pela frente. **Stela Souza** questionou Raul Molina sobre Teixeira de  
1278 Freitas, lembrando que foi solicitada a desabilitação dos leitos, publicada a Resolução CIB e encaminhada ao Ministério  
1279 da Saúde, que já retirou esse leito, e hoje, se voltassem os dez leitos, seria pedir habilitação e o Ministério não acataria  
1280 nesse momento. Outra coisa, tem um relatório anexado da própria Secretaria de Obras do município, sobre a inviabilidade  
1281 do local do funcionamento dos leitos, com risco de desabar sobre os pacientes, o relatório foi postado no grupo dos  
1282 membros da CIB e, segundo este relatório, não tinham como aprovar nada aqui. **Raul Molina** lembrou que na época tinha  
1283 sugerido que, quando estavam tirando cinco leitos, colocassem dez dentro do hospital, porque assim contemplaria e  
1284 voltava a colocar. **Leonardo Prates** disse que hoje estava fazendo as contas e tinha percebido que tem no máximo mais  
1285 sete meses na gestão da saúde, então queria começar os seus agradecimentos, principalmente a Raul Molina, Stela  
1286 Souza, não queria citar nomes, mas agradecer a todos pelos ensinamentos, pois tinha chegado aqui realmente 'tateando',  
1287 todos sabem que ele é oriundo do movimento do SUAS, da promoção social, mais especificamente da pessoa com  
1288 deficiência, e não do SUS, mas tinha que confessar ter ficado muito feliz esse tempo que está e que ainda passaria na  
1289 saúde, se Deus lhe permitisse, pela oportunidade de poder conviver com pessoas tão devotadas. E em nome Stela  
1290 Souza, que não deixa de ser uma apaixonada pelo SUS, depois de tanto tempo podia dizer que esse casamento dela  
1291 com o SUS deu super certo, esperava, pelo bem dos baianos, que durasse toda a vida e lhe desejou muito muitos anos  
1292 de vida, pois ainda se emocionariam bastante nessa jornada que estavam todos vivendo juntos com o Coronavírus.  
1293 Colocou que achava estar contribuindo para o SUS e especialmente Salvador, que o SUS tem projetos belíssimos, mas  
1294 muitas vezes se esquece que vivem em uma sociedade capitalista e com profissionais de saúde maravilhosos que tem a  
1295 Secretaria Municipal de Saúde, muitas vezes se faz os projetos para depois se ver o dinheiro e aí não tem dinheiro e  
1296 ficam vários bons projetos. Então queria inverter a lógica, ver onde tem dinheiro e onde poderiam fazer bons projetos, e  
1297 principalmente trazer também uma lógica de investimento para a saúde, que é muito importante. Relatou que estavam  
1298 montando uma sala de situação com o Banco Mundial, a exemplo do que tem no estado e no Ministério da Saúde, pois  
1299 esse ano teve uma elevação de AVC e infarto, estavam pensando em fazer no próximo ano um investimento alto na  
1300 prevenção de AVC e infarto, até nas consequências do COVID, e em 2023 verem o resultado de economia, porque, além  
1301 de salvarem a vida das pessoas, é preciso ver se realmente a prevenção está sendo bem feita e os resultados que está  
1302 trazendo para a sociedade, porque senão não adiantava investir esse dinheiro. Ressaltou que trazia esse elemento para  
1303 que pudessem refletir aqui, ponderando que, tanto que tinha aprendido com Raul Molina, que ousaria a discordar dele  
1304 nesse momento, provocando também uma reflexão que todos seriam questionados, inclusive o estado e a prefeitura de  
1305 Salvador, isso porque em breve teriam também que fazer mais desmobilizações, porque não conseguia justificar a sua  
1306 taxa de ocupação aos órgãos de controle. Comentou que foi importante Alcina Romero ter falado isso, tem uma taxa de  
1307 ocupação de 28% e estava pagando, todos sabem dos problemas com esse modelo da organização social, que em sua  
1308 visão é um modelo equivocado de terceirização e desabafava, em nome de todos, porque se exige que as organizações  
1309 sociais sejam como São Francisco de Assis e tenham um sistema administrativo financeiro melhor que o da Odebrecht ou  
1310 da OAS, porque têm que apresentar nota por nota, senão os órgãos de controle lhes cobravam. Falou sobre uma  
1311 organização social que fez um bom trabalho no Itaigara Memorial, mas hoje a CGU mandou que ele glosasse muita coisa,  
1312 e comunicou que, em dose meses, o preço do leito de UTI do Itaigara Memorial saiu por mil, duzentos e cinquenta reais e  
1313 isso é inexequível, todos sabem quanto custa um leito de UTI, o responsável está desesperado, inclusive ele o tinha  
1314 orientado que podia entrar na justiça, mas a CGU está mandando fazer e vai fazer. Dessa forma, esse modelo de  
1315 organização social lhes expõe, porque é o único modelo que tinha visto viú na vida em que o gestor é responsável pela  
1316 licitação, pela execução e o próprio Ministério Público reconhece a dificuldade de responsabilizar o presidente da  
1317 organização, mas o gestor é responsabilizado. Esse é um desabafo que vinha ouvindo de vários colegas sobre esse  
1318 péssimo modelo de terceirização colocado pela saúde, preferia muito mais trabalhar com empresas em que, se ganhasse  
1319 por dez milhões, executaria seu serviço por dez milhões, se ganhasse por sete, executaria por sete. Salvador recebe mil e  
1320 seiscentos reais e aplica oitocentos reais do seu caixa, paga dois mil e quatrocentos reais por leito de UTI, e perguntava,  
1321 como justificar para os órgãos de controle que estava pagando dois mil e quatrocentos reais por leito de UTI aberto  
1322 diariamente se não tem esse dinheiro. Assim, concordava com essa prudência de Raul Molina, mas é preciso cuidar dos  
1323 seus CPF e nisso estava de acordo com Alcina Romero e com o estado. Citou como exemplo, que fecharia mais leitos no  
1324 Hospital Salvador e no Hospital Sagrada Família e achava que cada um poderia encaminhar à CIB, ele mesmo fazia  
1325 questão de apresentar à CIB, em um prazo de quinze dias, um plano de remobilização, entretanto, não podiam ser  
1326 responsabilizados por malversação de recursos públicos, ficarem com a taxa de ocupação de 28% e com leito aberto, por  
1327 isso que se colocava no lugar do estado e entendia sua preocupação também, é muito grave e todos sabiam disso.  
1328 Comentou que Fortaleza recebeu duas visitas da polícia federal e como não queriam nenhuma aqui, seria melhor os  
1329 gestores e o estado se prevenirem quanto a esse assunto. Sugeriu que em quinze dias todos apresentassem ao estado  
1330 um plano de remobilização, como falado por Raul Molina, nesse momento tinham que fazer com toda segurança, dizia  
1331 isso porque Salvador tem uma lei municipal estabelecendo 60% ao indicador de reabertura de leito, então se invertessem  
1332 para abaixo de 60% estariam jogando dinheiro fora, a própria lei municipal, que foi feita para lhes proteger, podia lhe  
1333 complicar na justiça. Assim, pedia a todos, precisavam ter um indicador de UTI que lhes permitisse ter conforto, falando  
1334 da sua região, na sua visão um indicador de UTI de 60% é um bom indicador, e assim, pedia também ao estado um plano  
1335 de remobilização com prudência, para que em quinze dias conseguissem crescer e remobilizar. E então Alcina Romero,  
1336 uma das mais experientes no assunto leitos, que mais entende hoje na Bahia, já poderia manter o diálogo com o

1337 Ministério questionando como é o financiamento, se precisar remobilizar, para orientação aos gestores. E parabenizou  
1338 Stela Souza e Rivia Barros, em nome de toda a CIB, que nesta CIB primeiro começaram, no Brasil inteiro, a fazer a  
1339 terceira dose de idosos na Bahia, então esperava que com a terceira dose pudessem fazer igual a Israel, conseguindo  
1340 manter estabilizada e controlada. Agradeceu mais uma vez a Raul Molina, contando que seu avô lhe dizia que só tem  
1341 uma forma de se carregar alguém no coração e ser carregado no coração de alguém, é aprender e ensinar algo e ele  
1342 tinha aprendido muito com Raul Molina. **Cristiane Almeida, Secretária Municipal de Saúde de Teixeira de Freitas,**  
1343 cumprimentou a todos e passou a relatar o que aconteceu sobre a habilitação dos leitos do município. No início de agosto  
1344 tinha manifestado interesse em deixar habilitados apenas cinco leitos e essa desabilitação dos leitos seria até 6 de  
1345 setembro, esse interesse por ter havido diminuição do número de casos no município, porém tinha entendido que não  
1346 seria apenas mediante esta manifestação, que deveria ter enviado um ofício formalizando esse interesse pela  
1347 desabilitação. E uma vez que não foi enviado ofício, tinha achado que essa desabilitação não aconteceria. Alguns dias  
1348 depois já tinha saído nas redes sociais que Teixeira de Freitas estava realmente com os leitos desabilitados. Foi então  
1349 que manifestou sua preocupação porque, de 27% de ocupação dos leitos - que muda com frequência - passou para 40%,  
1350 e teve também a chegada da variante Delta no município vizinho, então a taxa de ocupação não está alta, mas está  
1351 crescente e hoje é de 40%. Disse que hoje tem seis pacientes internados no Hospital de Campanha, sendo dois de  
1352 Teixeira de Freitas, dois de Medeiros Neto, um de Itanhaém e um de Itamaraju e a sua preocupação também é em  
1353 relação à estrutura física do Hospital de Campanha, que já tem quase um ano e meio e realmente a sua estrutura física é  
1354 ruim, ela tivera a preocupação de solicitar avaliação de um engenheiro e esse ofício ela tinha enviado, no intuito de  
1355 solicitar ajuda, tanto do estado quanto da empresa Suzano, para poder renovar também essa parceria com a Suzano.  
1356 Colocou ainda como preocupação que alguns municípios mostraram facilidade em desabilitar os leitos e, caso precisasse  
1357 que a habilitação acontecesse de forma rápida em Teixeira de Freitas, não teriam essa facilidade em montar uma equipe  
1358 rapidamente caso fosse necessário, porque os profissionais trabalham em outros municípios. Então, uma vez  
1359 desabilitados os leitos, não conseguiriam montar uma equipe rapidamente, sua preocupação hoje é essa, pois já estavam  
1360 com seis pacientes e há caso confirmado de variante Delta no município vizinho. **Stela Souza** falou que ela não tinha  
1361 participado da reunião em que a Secretária estava presente, Raul Molina que estava lhe representando, juntamente com  
1362 Jacqueline Bonfim e Raquel Ferraz, ela tinha participado da segunda, quando a Secretária trouxe de volta o assunto e,  
1363 pelo que ela estava colocando agora, e na CIB de leitos tudo sempre foi tratado com os secretários presentes na reunião,  
1364 ou mandavam por escrito ou se apresentavam na reunião, que são todas gravadas. Então todo esse movimento foi  
1365 discutido, teve solicitação de habilitação de leitos, de desabilitação, de remanejamento. Pelo que estava entendendo,  
1366 nesta reunião a Secretária tinha solicitado a desabilitação de dez leitos, foi considerado, encaminhado, publicada a  
1367 resolução, foi feita a planilha dessa resolução e encaminhada ao Ministério da Saúde e, cerca de dez dias depois, a  
1368 Secretária encaminhou outro documento, solicitando não apenas a inserção do leito, como também a ajuda do estado  
1369 para reformar o espaço, porque como está não tem condição de funcionamento, é o que está escrito no relatório. Tendo a  
1370 CIB já encaminhado para o Ministério, teriam que saber se é possível devolver esses leitos, porque agora não estão mais  
1371 com o estado e sim com o Ministério, desse modo, não é a CIB que decide. Outro ponto é se o estado reformará esse  
1372 espaço para o hospital de campanha poder funcionar. Chamou atenção que já entrariam na terceira reunião da CIB  
1373 tratando do mesmo assunto, precisavam saber se o estado ajudará a resolver, no relatório consta que lá não tem  
1374 condição de funcionamento. Por outro lado, se ela desmobilizasse a equipe não teria como recontratar se os casos de  
1375 COVID subissem, então é preciso tomarem uma decisão hoje, de forma racional e coerente, poderiam solicitar os leitos  
1376 de volta, não sabiam se o Ministério consideraria como uma nova habilitação e, se considerasse, teria todo um trâmite  
1377 que hoje não tinham, não dispunham de número suficiente de casos para abrir novos leitos, se estavam desmobilizando,  
1378 não sabiam como seria o procedimento do Ministério. Outra coisa é saberem se o estado já respondeu quanto à unidade  
1379 ter ou não condição de fazer o solicitado, a ajuda que eles pediram ao estado e à Suzano para reformar o espaço, pois  
1380 tinham que ser práticos agora. **Alcina Romero** comentou, quanto ao primeiro encaminhamento, que o fato de se aprovar  
1381 na planilha não quer dizer necessariamente que naquele momento o Ministério tirasse a habilitação, lembrando que, para  
1382 solicitar a não renovação do financiamento é preciso o ofício do Secretário e lhe parecia que não aconteceu, do início de  
1383 agosto para cá não saiu publicação de portaria suspendendo financiamento de Teixeira de Freitas, mas gostaria de ouvir  
1384 Naia Neves. No segundo ponto, com relação ao apoio da construção do hospital, lembrando que essa tenda foi uma  
1385 parceria com a Suzano, com as empresas de celulose e lhe parecia que o problema passa de manutenção, a tenda  
1386 precisaria ser substituída, porque são muitos problemas. Informou que o Gabinete da SESAB já entrou em contato com a  
1387 Suzano, foi feita uma análise pela Diretoria Geral da SESAB quanto à possibilidade de ter alguma abertura contratual  
1388 para fazerem isso e na reunião do COE Tereza Paim disse que oficializaria o que foi decidido à Secretaria Municipal de  
1389 Saúde de Teixeira de Freitas. Não sabia se Cássio Garcia tem alguma notícia, mas, existindo a possibilidade de  
1390 manutenção, de qualquer maneira não seria com paciente lá dentro, então primeiro seria preciso Naia Neves dizer se a  
1391 não renovação foi solicitada e depois a SESAB informar como está o andamento quanto ao apoio solicitado para a  
1392 manutenção da estrutura da tenda. **Raul Molina** lembrou que naquele dia em que Naia Neves falou do ofício, que a  
1393 Secretária informou que tem espaço físico internamente para esses dez leitos, então gostaria de tirar essa dúvida, porque  
1394 uma equipe de cinco é uma equipe de dez e que Teixeira de Freitas quer comemorar, porque ninguém apareceu com  
1395 uma Suzano para ajudar, se tem capacidade internamente para os dez leitos, ficarem os dez, porque o Ministério não  
1396 retirou o dinheiro. A **Coordenadora** observou que estavam tratando da segurança do paciente e na tenda não dava mais,  
1397 a Suzano já fez na provocação, eles estão fazendo essa doação que foi de custeio e a proposição então é, se conseguem  
1398 internamente ter dez leitos que seja feito, ninguém estava pedindo para fecharem leito, só estavam preservando a saúde  
1399 das pessoas. E dentro desse acolhimento existe uma sinalização que foi provocada ao estado, que não pode se eximir, a  
1400 tenda não tem mais capacidade para se manter. **Naia Neves** esclareceu que se não lhe falhava a memória, no início da  
1401 pandemia começou com cerca de dez leitos dentro do hospital, depois lhe parecia que entrou a questão da tenda, mas  
1402 isso é apenas uma lembrança, considerando a fala de Raul Molina. Tratando especificamente do assunto, como a  
1403 Secretária colocou no início de agosto, a solicitação de cancelamento de autorização junto ao Ministério não foi

1404 oficializada pelo município, foi oficializada na reunião do GT, ela não estava presente nessa reunião, o que ela chamou de  
1405 desabilitação na verdade ela solicitou a desmobilização, a retirada desses leitos no plano, mas em momento algum  
1406 chegou ofício da gestão municipal à SESAB ou à DICON para que encaminhasse o pedido de cancelamento ao  
1407 Ministério. A resolução foi publicada sem esses leitos, ainda não tendo, por parte do Ministério, a publicação de portaria  
1408 de renovação automática dos leitos para competência agosto, então o Ministério não soube lhe dizer como vai tratar, por  
1409 esses leitos estarem fora do plano nessa resolução. Assim, a dúvida é se o MS ainda vai considerar essa habilitação -  
1410 porque oficialmente não chegou nada do gestor municipal - ou se vai considerar o Plano Estadual em que esses leitos já  
1411 estão fora, isso ainda não foi respondido, da mesma forma que alguém falou em relação a retorno de habilitação, a  
1412 portaria é a que está vigente, que estabelece que a solicitação de autorização ou de cancelamento estarão vigentes até  
1413 que o decreto de situação de emergência pública no Brasil continue, o que entendiam que, se tratando de solicitações  
1414 novas ou de cancelamento, o MS vai tratar conforme portaria vigente. **Cristiane Almeida** esclareceu sobre os cinco e os  
1415 dez leitos, relatando que inicialmente, quando foi solicitada a desabilitação dos leitos, esses cinco leitos não  
1416 permaneceriam no hospital de campanha, iriam para o hospital municipal, por isso seriam cinco leitos, entretanto não tem  
1417 estrutura interna no hospital para manter os dez leitos, assim, é preciso realmente manter os dez leitos do hospital de  
1418 campanha, e hoje no município tem seis pacientes na UTI. A **Coordenadora** argumentou que isso é um detalhe,  
1419 lembrando primeiramente que a Secretária oficiou as condições da Tenda, que não atendem neste momento à  
1420 possibilidade de manter e que ela precisava aprofundar sobre esses pacientes e dizer há quanto tempo internou o último  
1421 paciente COVID, se dentre esses pacientes que tem hoje nos seis leitos, se algum já tem mais de vinte e um dias do  
1422 diagnóstico e fazer a gestão do leito, lembrando que no início da pandemia foi pactuado que o paciente é da  
1423 macrorregião, mas pode ir para outra macro, o que é preciso é que se tenha a segurança ofertada para o paciente e na  
1424 tenda, pelo que ela mesma relata, não tem essa possibilidade nesse momento. Deixava bem claro que o declínio da  
1425 tenda é a segurança do paciente, não se podia infringir isso em detrimento de qualquer coisa, porque a Central Estadual  
1426 de Regulação está aí para mobilizar esses pacientes e transferir para um leito adequado. **Raul Molina** enfatizou que, por  
1427 segurança, a tenda não deveria estar mais em funcionamento e apelou para a gestora de Teixeira de Freitas que se  
1428 adequasse internamente para dez leitos, argumentando que quem faz para cinco pode chegar a dez, lembrando que, pelo  
1429 que Naia Neves colocou, por enquanto o dinheiro está garantido e desde o primeiro momento ela chamou atenção para  
1430 isso e isso precisava ser levado em conta. Ponderou que a CIB está unânime quanto a isso e que amanhã a situação  
1431 complicaria no município, então que mantivessem os dez leitos e que o município tivesse esse prazo, sugerindo uma  
1432 visita do núcleo para o estado viabilizar isso, pois a seu ver seria o mais coerente. A **Coordenadora** considerou muito  
1433 coerente também visitar esses leitos e pacientes para averiguar e dar um *status* e **Stela Souza** concluiu o  
1434 encaminhamento, considerando que Tereza Paim se comprometeu a acompanhar, então o encaminhamento seria: o  
1435 estado ver de forma presencial, mediante o núcleo, como pode resolver a questão da segurança do paciente e ver dentro  
1436 do hospital o que há de possibilidade, e o que ficasse definido já pudesse ficar aprovado ad referendum para que, no  
1437 momento de publicar a resolução, já estar autorizado por essa CIB o que for decidido com a gestora e o estado lá  
1438 presente. E se precisassem do apoio do COSEMS podiam também pedir um apoiador para estar presente, lembrando  
1439 que a gestora coloca sua preocupação com a região, as demandas aumentando e ela não tem como dar socorro.  
1440 **Cristiane Almeida** confirmou a colocação de Stela Souza, relatando que na semana passada tinha sete pacientes  
1441 internados, apenas um de Teixeira de Freitas e o restante de outros municípios. **Stela Souza** colocou em votação o  
1442 encaminhamento e **houve consenso**. Em seguida passou para o Pronto Atendimento COVID: **Naia Neves, Diretora da**  
1443 **DICON e membro da CIB**, cumprimentou a todos cumprimentou a todos relembrou que Pronto Atendimento COVID é  
1444 aquela tipologia utilizada pelo estado para ser a porta de entrada de pacientes com suspeita e atendimento principal  
1445 naquele momento. Assim como a questão de leitos que vem sendo tratada semanalmente, leitos de suporte ventilatório  
1446 também entram nessa condição de estarem sendo utilizados ou na subutilização, os PA COVID, que são financiados pelo  
1447 estado com um incentivo de custeio para se manterem abertos para atendimento à população e abrangência da região de  
1448 saúde. Colocou que tem algumas situações nas análises da DICON, em conjunto com a DAE, principalmente para  
1449 renovações contratuais e algumas preocupações em relação especificamente às unidades em amarelo na planilha e que  
1450 já houve esse estudo e essa conversa, e esse parecer da DAE, que naquele momento foi uma porta de entrada  
1451 importante para o município e para a região, nesse momento existem unidades que são UPA e para onde a demanda não  
1452 COVID precisa ser retomada, ser atendida e precisa se dar vazão e não haveria um motivo para manter a estrutura para  
1453 atendimento de um PA COVID também sub utilizado, da mesma forma que várias vezes já se falou dessa união, mais  
1454 uma vez frisado pelo Secretário Leonardo Prates, do compromisso da gestão, não só municipal quanto estadual, de  
1455 manterem a estrutura para atendimento de um, dois, três pacientes, ainda que fosse emergencial, em locais onde tem  
1456 outra porta de entrada, onde tem UPA, onde tem unidades que pudessem atender esses pacientes, como o chamado  
1457 centro de enfrentamento, que recebe recursos também do Ministério da Saúde. Então estava trazendo essa situação em  
1458 relação aos PA COVID, tem as datas de vencimento que alguns já ultrapassaram, outros estão bem próximos, tem  
1459 situações de unidades que há mais de cinco meses não encaminham nenhum tipo de documentação à DICON para  
1460 confirmação da sua abertura, se realmente se manteve aberto, o que está atendendo. Explicou que a DICON tem um  
1461 fluxo mensal de encaminhamento de documentação com os municípios contratados, em que comprovam que a estrutura  
1462 está realmente aberta, com equipe multidisciplinar e com atendimentos, para poder ser feita instrução de pagamento.  
1463 Assim, também não vinham fazendo o repasse, entendendo que hoje essa estrutura não é a principal, ou talvez não seja  
1464 mais para a finalidade que foi contratada como PA COVID e a partir de agora estavam levando nas reuniões o PA COVID  
1465 para discussão. Citou as essas unidades: Alagoinhas, Ilhéus, Brumado, Esplanada, Tucano, Barreiras, Morro do Chapéu  
1466 e Gandu, que é uma situação particular, não é contrato SUREGS, mas é um PA COVID e por isso trazia também. **Alcina**  
1467 **Romero** acrescentou que o PA COVID é um contrato SAIS e já venceu dia 31 de julho, e estão sendo pagos já por  
1468 indenização, com números de produção muito baixos, perante os órgãos de controle não tem mais justificativa de mantê-  
1469 lo, é uma situação muito difícil e parabenizava o Secretário Leonardo Prates por sua manifestação, pois é exatamente  
1470 isso que estavam passando e hoje estavam solicitando o encerramento de Alagoinhas, Ilhéus, Brumado, Esplanada, que

1471 foi habilitada na semana passada como UPA 24 horas pelo Ministério da Saúde, Tucano, Barreiras - o Hospital Eurico  
1472 Dutra, Morro do Chapéu e Gandu, todos já têm um serviço de retaguarda específico para a COVID, centro de  
1473 enfrentamento, serviço de urgência hospitalar ou UPA. **Raul Molina** sublinhou que, como representantes da CIB estavam  
1474 aprovando a desmobilização, dando vocação inclusive à outra unidade que já se encontra aberta. **Ernesto Lima,**  
1475 **Secretário Municipal de Saúde de Nova Soure e membro da CIB,** cumprimentou a todos, agradeceu por fazer parte  
1476 desta CIB agora e colocou uma dúvida para Alcina Romero, com relação a Tucano, que faz cobertura para a região  
1477 nordeste 2, o Município Ribeira do Pombal, que só tem o Centro COVID atendendo até às 19 horas, não tem mais  
1478 internamento, tinha sido fechado e foi comunicado à população que não estão mais fazendo atendimento COVID, e o  
1479 Hospital Geral Santa Teresa não faz cobertura COVID, pois a emergência está em reforma. Assim, queria saber como  
1480 ficaria essa região nordeste 2, em que alguns municípios já fazem o internamento seu atendimento nas suas próprias  
1481 unidades municipais e fazem as regulações para Salvador, porém Ribeira do Pombal não tem essa estrutura e  
1482 encaminham para o PA COVID de Tucano. **Alcina Romero** esclareceu que ele imaginasse que em outros estados, onde  
1483 não teve essa ação estadual de financiamento próprio - essa estrutura de PA COVID é única no estado da Bahia, no  
1484 plano de contingência estadual para aproveitamento de estruturas que não estavam sendo utilizadas, essa foi a primeira  
1485 lógica. Então a situação voltava a ficar da mesma maneira que ficaria a Bahia inteira e o Brasil inteiro, o primeiro ponto de  
1486 urgência do território tem que fazer o acolhimento, estabilizar e pedir regulação. Hoje o números de casos de pacientes  
1487 hospitalizados com necessidade de hospitalização não justifica mais ter uma estrutura não diria que é cara, porque o fato  
1488 de ser cara não se mede a importância, uma estrutura que é dedicada a esperar um paciente chegar e nesse momento  
1489 não tem como, com certeza todos esses gestores estão com parecer da SESAB, esse financiamento não está sendo  
1490 suspendendo, todos estão vindo à SESAB para negociarem, saberem prazo, o que farão com aquela estrutura, estavam  
1491 dando o maior apoio possível, e exemplificou com, Tucano, que é uma UPA. **Tereza Paim** perguntou se recebia recurso  
1492 federal e **Alcina Romero** esclareceu que não, pois ainda não está habilitada, precisando encaminharem para isso,  
1493 estavam vendo caso a caso o que será feito com essas estruturas. **Raul Molina** lembrou que os PA COVID são 100%  
1494 financiados pelo estado, no caso dessa UPA, está esperando habilitação do Ministério da Saúde com vocação de  
1495 atendimento para a Regional, cabendo a esta CIB fazer um ofício solicitando e reforçando a habilitação da UPA de  
1496 Tucano. **Alcina Romero** esclareceu que Tucano pediu mudança, então não é esse o caso citado por Raul Molina e  
1497 informou que não nenhum delas está aguardando habilitação do Ministério, algumas pediram mudança de finalidade em  
1498 ano 2019 e o Ministério acatou ou não. Quando veio a COVID, como estavam mesmo ainda sem utilização, o governo do  
1499 estado resolveu fazer um financiamento, mas a única que encaminhou para habilitação foi Esplanada, que foi habilitada  
1500 na semana passada e automaticamente tiveram que suspender o financiamento estadual para não caracterizar o duplo  
1501 financiamento, para as demais, não tem nenhum aguardando habilitação. A **Coordenadora** acrescentou que, se todos  
1502 olhassem para dentro da própria gestão, perceberiam que a população está procurando não para COVID, mas por outra  
1503 motivação, então cabia entender que nesse momento não é COVID, e o estado não pode, porque depois todos seriam  
1504 arguidos sobre o porquê da manutenção de algo que não tinha mais evocação para aquilo, isso é fato. **Ernesto Lima**  
1505 argumentou que queria tirar a dúvida porque é uma particularidade de Ribeira do Pombal e que Tereza Paim esclareceu  
1506 que o município acolherá o paciente, tem que ter a estratégia de acolhimento e fazer a coorte e imediatamente acionar a  
1507 Central Estadual de Regulação para o paciente ser referenciado. **Stela Souza** perguntou se, no caso desses PA COVID,  
1508 vieram para aprovação ou habilitação do contrato na CIB e **Alcina Romero** esclareceu que não, pois quando tinham  
1509 começado a trazer a situação do PA COVID eles já estavam aprovados e agora tinham vindo para informar o  
1510 cancelamento, lembrando que foram feitas algumas reuniões com as planilhas do PA COVID. **Stela Souza** chamou  
1511 atenção ao adiantado da hora e propôs que nas próximas reuniões fossem abordadas primeiramente as pactuações e  
1512 depois as apresentações. Em seguida passou para Naia Neves falar sobre os **Leitos de Suporte Ventilatório COVID.**  
1513 **Naia Neves** colocou que não tinha havido nenhuma mudança na planilha, a única diferença da semana passada foi o  
1514 acréscimo de mais seis leitos, já autorizados pelo Ministério. Na semana passada eram trezentos e trinta e cinco leitos,  
1515 hoje são trezentos e quarenta e um, não houve novas solicitações, assim como nenhum pedido novo de desmobilização.  
1516 **Cássio Garcia** informou para onde são os seis novos leitos: um de Santa Inês; três de Sátiro Dias; dois de Umburanas;  
1517 dois de Tanque Novo; e dois de Santanópolis. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para os próximos pontos de pauta  
1518 da SAFTEC, lembrando que ambos já vêm sendo discutidos desde o ano passado, já houve pactuação do Projeto de  
1519 Modelo de Registro de Preços Compartilhado, e hoje, no início da reunião, houve alguns questionamentos apresentados  
1520 por Jacqueline Bonfim, Raquel Ferraz e alguns secretários colocaram no WhatsApp, informando que seria feita uma  
1521 enquête, e Renata Mundim faria a apresentação. **3. SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
1522 **CIÊNCIA E TECNOLOGIAS EM SAÚDE – SAFTEC/DASF: 3.1 Elenco de medicamentos incluídos na terceira**  
1523 **fase do Projeto de Modelo de Registro de Preços Compartilhado - Renata Mundim** apresentou a minuta de  
1524 resolução que aprova o elenco da fase 3 no modelo de registro de preço compartilhado, o elenco final da RENAME, que  
1525 contempla todos os itens da RENAME que não estavam nas fases 1 e 2, relatando que tinham feito uma seleção de todos  
1526 esses itens, verificando o registro na ANVISA e alguns itens do componente básico que constam da RENAME não têm  
1527 mais registro na ANVISA, por ter caducado ou por ter sido cancelado. Informou ainda que são vários medicamentos do  
1528 componente básico da farmacêutica na RENAME sem nenhum registro na SEMED, na ANVISA, inclusive medicamentos  
1529 recém-incorporados que ainda não têm registro na ANVISA e é um problema, porque a prescrição acontece no SUS, o  
1530 usuário procura a Secretaria Municipal de Saúde buscando o medicamento porque está incorporado, mas não tem  
1531 registro e não tem como o SUS adquirir medicamento que não tem registro. **Stela Souza** enfatizou a importância de esse  
1532 assunto ser apresentado no GT de Assistência Farmacêutica, para que pudessem provocar o Ministério, porque não pode  
1533 ter medicamento na RENAME sem registro na ANVISA. **Renata Mundim** disse que já tem uma apresentação para ser  
1534 feita no próximo GT e já tinha conversado também com o representante do CONASEMS sobre a situação, mas achava  
1535 mesmo importante um movimento de todos, porque é uma situação realmente bem delicada, inclusive em 2020 existia um  
1536 projeto de atualização do componente básico da RENAME, mas foi suspenso por causa da pandemia, e nesse processo  
1537 de atualização da RENAME se esperava que fosse feita a desincorporação dos medicamentos obsoletos e também

1538 tratariam da incorporação de medicamentos que não têm registro. Voltando à apresentação do elenco, informou que  
 1539 esses medicamentos foram excluídos e sua relação - medicamentos, insumos e fitoterápicos - seria publicada em  
 1540 Resolução CIB. Ressaltou dois pontos desse elenco, o dos fitoterápicos, que existe uma gama de fitoterápicos na  
 1541 RENAME, mas não conseguem lograr êxito em processos licitatórios, então, tinham feito uma consulta a algumas  
 1542 indústrias de fitoterápicos e estava trazendo essas cinco apresentações dos fitoterápicos que são as mais utilizadas no  
 1543 âmbito da assistência farmacêutica municipal e que as indústrias têm comercializado, citando-os: guapo; alcachofra;  
 1544 espineira santa. Referiu o outro ponto que chamava atenção para essa resolução, os itens de aquisição centralizada  
 1545 pelo Ministério, de compra e distribuição: a insulina humana NPH; a insulina humana regular; os medicamentos e insumos  
 1546 do Programa Saúde da Mulher. Relatou que em 2018 a SAFTEC fez um questionamento ao Ministério da Saúde sobre a  
 1547 legalidade de os entes estadual e municipal adquirirem esses itens com recurso vinculado da Assistência Farmacêutica e,  
 1548 na ocasião, o Ministério respondeu que é proibido adquirir insulina com esse recurso vinculado da assistência  
 1549 farmacêutica, mas que poderiam adquirir medicamentos e insumos do Programa de Saúde da Mulher. Entretanto, diante  
 1550 das faltas e constantes irregularidades no abastecimento de insulina pelo Ministério da Saúde para estados e municípios,  
 1551 tinham feito um novo questionamento ao Ministério, sobre a legalidade da aquisição por parte dos municípios e então  
 1552 tinham transportado esse medicamento para o elenco da terceira fase para ser licitado, mas caso o Ministério  
 1553 respondesse não, dando permissão aos municípios para adquirirem com recurso vinculado, seria necessário avisar aos  
 1554 gestores que o medicamento está no elenco, mas se fosse adquirido teria que ser pago com recurso próprio. Falou que  
 1555 no GT foi decidida a inclusão e que a insulina já fosse aprovada para poder participar do processo de planejamento e  
 1556 entrar no processo licitatório, e aguardarem essa resposta do Ministério, que tinham feito oficialmente. Finalizou,  
 1557 questionando se havia alguma dúvida. **Stela Souza** disse que não e considerou boa a apresentação, no ano passado foi  
 1558 aprovado o Projeto, que seria dividido em três fases, esta fase sendo a última, e que não seria a última, porque a  
 1559 RENAME pode mudar ou em algum momento pode ser necessário discutirem novamente, mas, pelo COSEMS estava  
 1560 OK. Dando seguimento passou para o próximo ponto de pauta, também da **SAFTEC: 3.2 Fluxo de acesso aos**  
 1561 **medicamentos para tratamento do Glaucoma, via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**  
 1562 Colocou que essa é uma demanda do Ministério Público, que já vem respondendo muitas demandas, juntamente com a  
 1563 SESAB e o COSEMS, com várias audiências e reuniões sobre essa temática e gostaria que Renata Mundim  
 1564 apresentasse e Alcina Romero pudesse contribuir. **Luís Henrique D'Ultra, Superintendente da SAFTEC**, cumprimentou  
 1565 a todos os presentes, em nome da Secretária Tereza Paim e da Presidente do COSEMS e, como já colocado por ela,  
 1566 essa resolução passa a dar aos pacientes de glaucoma o acesso a colírios mediante a Assistência Farmacêutica e  
 1567 atualmente eles não têm acesso, então, estavam revogando a resolução anterior e colocando aqui todos os parâmetros.  
 1568 Iniciou a apresentação em *slides*, mostrando o resumo da resolução com os pontos centrais: aprovar o modelo da oferta  
 1569 do medicamento para o tratamento do glaucoma no âmbito do SUS e dispor sobre o acesso dos pacientes em tratamento  
 1570 do glaucoma por meio do componente especializado. Em seguida apresentou os artigos primeiro e segundo da resolução:  
 1571 o primeiro, que inclui as duas formas de acesso, tanto a política nacional de atenção à oftalmologia como o componente  
 1572 especializado da assistência farmacêutica; e o segundo dispõe sobre como poderá ocorrer o acesso aos tratamentos,  
 1573 pelos serviços de oftalmologia habilitados ou pelas farmácias do componente especializado.

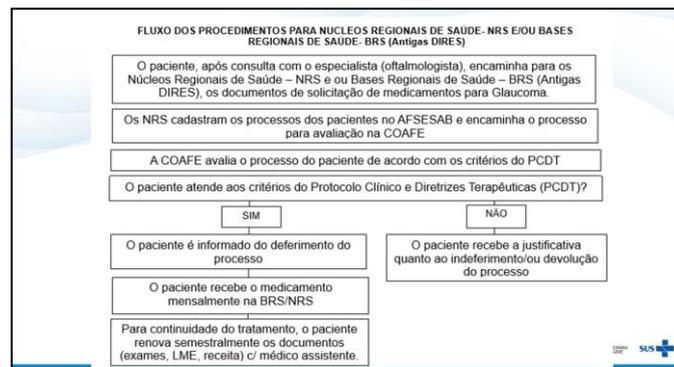
 <p>Acesso a tratamento de Glaucoma Através da Assistência Farmacêutica CEAF</p> <p>SECRETARIA DA SAÚDE GOVERNO DO ESTADO</p> <p>SAFTEC Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde</p> <p>SETEMBRO 2021 GOVERNO DO ESTADO SUS</p>	<p><b>RESOLUÇÃO CIB Nº xxx/2021</b></p> <p>Aprovar o modelo de oferta dos medicamentos para o tratamento do glaucoma no âmbito do Sistema Único de Saúde e dispor sobre o acesso dos pacientes em tratamento do glaucoma através do Componente Especializado da Assistência no Estado da Bahia.</p> <p>GOVERNO DO ESTADO SUS</p>
<p><b>RESOLVE</b></p> <p>Art. 1º Aprovar a utilização dos dois modelos, para a oferta dos medicamentos para o tratamento do glaucoma no âmbito do SUS: I - da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia e II - do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).</p> <p>GOVERNO DO ESTADO SUS</p>	<p>Art.2º Que a dispensação de colírios para o tratamento do glaucoma na Bahia, deverá ocorrer pelos Serviços de Oftalmologia habilitados pelo Ministério da Saúde e/ou credenciados junto ao gestor Estadual ou Municipal no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica, ou pelas Farmácias do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) em unidades que dispõem do sistema da Assistência Farmacêutica da SESAB (AF-SESAB).</p> <p>GOVERNO DO ESTADO SUS</p>

1598 Mostrou no *slide* que segue o artigo terceiro, talvez o principal de todos, que aprova a dispensação de colírios para  
 1599 tratamento do glaucoma através do componente especializado e o principal dessa resolução é que, para evitar  
 1600 duplicidade do financiamento do tratamento do glaucoma no âmbito do SUS, deverão ser observados os seguintes  
 1601 procedimentos: nas farmácias do componente especializado consultariam a lista dos pacientes cadastrados nas clínicas  
 1602 habilitadas e, se o paciente já estiver com alguma APAC aberta nas clínicas, não será credenciado no CEAf. No Inciso 2,  
 1603 ao contrário, as clínicas ou serviços habilitados com recurso do Ministério terão obrigatoriamente que consultar se o  
 1604 paciente não está cadastrado no CEAf e se já estiver cadastrado na clínica, ele não poderá se cadastrar no CEAf e se

ele já estiver cadastrado no CEAF, não poderá ser cadastrado na clínica, esse é o ponto principal da resolução. Então, terão a sistemática de onde as consultas serão feitas por meio de um sistema, hoje são quarenta e quatro clínicas ou serviços habilitados para o tratamento de glaucoma na Bahia e será dado acesso para que essas clínicas consultem a base do estado e hoje, por meio da SUREGS já tem acessos à base de todos os pacientes cadastrados nessas clínicas. Em seguida passou para Renata Mundim apresentar mais três slides sobre o fluxo de acesso, para encerrarem a apresentação e ficavam à disposição para dúvidas. Relatou ainda que Alcina Romero também participou da discussão e caso ela quisesse, podia fazer algum esclarecimento. **Renata Mundim** mostrou o fluxo nos *slides*, informando que estariam disponíveis no site da SESAB, juntamente com a Resolução CIB.

<p>Art.3º Aprovar a dispensação de colírios para tratamento do glaucoma através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica em unidades que dispõem do sistema AF-Sesab.</p> <p>§1 Para fins de evitar a duplicidade do financiamento do tratamento de glaucoma no âmbito do SUS, deverão ser observados os seguintes procedimentos:</p> <p>I. Nas farmácias de dispensação do CEAF deverá ser feita a conferência do Cartão SUS do paciente e observando relação nominal de pacientes em tratamento, matriculados nas unidades habilitadas e ou credenciadas no Programa de Glaucoma no âmbito da Política Nacional de Atenção Oftalmológica.</p> <p>II. Nos serviços habilitados e/ou credenciados para atendimento em glaucoma sob gestão municipal ou gestão estadual, no âmbito da Política Nacional de Oftalmologia, deverá ser realizada a conferência através de relação nominal de pacientes em dispensação pelo CEAF, disponibilizada pela SESAB, por consulta on-line no sistema AF-Sesab, utilizando-se de senha de acesso fornecida pela DASF/SAFTEC, mediante solicitação em formulário disponibilizado pela SUREGS/SESAB.</p> <p>§3 Os pacientes que estiverem matriculados e em tratamento nas unidades habilitadas no âmbito do SUS (código 05.06) ou credenciadas no SUS, não poderão ser atendidos através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), exceto aqueles que comprovarem sua desvinculação através da apresentação de documento timbrado da unidade onde consta matriculado, declarando a sua desvinculação, conforme modelo em Anexo I.</p>	<p>Fluxo de Acesso <b>Glaucoma</b> 2013 PORTARIA CONJUNTA Nº 11, DE 02 DE ABRIL DE 2018</p> <p>MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ACETAZOLAMIDA 250 MG (POR COMPRIMIDO)</li> <li>• BIMATOPROSTA 0,3 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 3 ML)</li> <li>• BRIMONIDINA SOLUÇÃO OFTÁLMICA 0,2%</li> <li>• BRINZOLAMIDA 10 MG/ML SUSPENSÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)</li> <li>• DORZOLAMIDA 20 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 5 ML)</li> <li>• LATANOPROSTA 0,05 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)</li> <li>• TRAVOPROSTA 0,04 MG/ML SOLUÇÃO OFTÁLMICA (POR FRASCO DE 2,5 ML)</li> </ul> <p>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;</li> <li>• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;</li> <li>• Cópia do comprovante de residência;</li> <li>• Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (deve ser renovado SEMESTRALMENTE);</li> <li>• Prescrição médica devidamente preenchida (deve ser renovada SEMESTRALMENTE junto com o LME);</li> <li>• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.</li> <li>• Relatório médico com CID-10 de acordo com o PCDT de Glaucoma.</li> </ul>
--	---

<p><b>EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO</b></p> <p>Para todos os casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pressão intraocular (PIO) basal;</li> <li>• Fundoscopia</li> <li>• Campimetria visual</li> </ul> <p>Exames Condicionados à conclusão diagnóstica, (solicitados apenas quando os três primeiros critérios não forem conclusivos para avaliação diagnóstica):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinografia binocular colorida;</li> <li>• Paquimetria</li> </ul> <p><b>EXAMES DE MONITORAMENTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medição da PIO. No início do tratamento até atingir o PIO Alvo, <b>Periodicidade:</b> a cada 2 meses, depois que atingir o PIO Alvo, <b>Periodicidade:</b> a cada 6 meses, depois do PIO Alvo atingido, após um ano. <b>Periodicidade:</b> a cada 12 meses.</li> <li>• Documentação do Nervo Óptico e Campimetria Visual. <b>Periodicidade:</b> 1-12 meses, a critério médico (a depender do alcance da PIO alvo, progressão do dano e duração do controle).</li> </ul> <p>Elaborador: Carla Data: 20/07/2021</p>	<p><b>DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR</b></p> <p>O paciente, após consulta com o especialista (oftalmologista), encaminha para a Unidades de Referência CIMEB, os documentos de solicitação de medicamentos para Glaucoma.</p> <p>CIMEB cadastra o processo do paciente no AFSESAB e envia para avaliação na COAFE</p> <p>A COAFE avalia o processo do paciente de acordo com os critérios do PCDT</p> <p>O paciente atende aos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)?</p> <p><b>SIM</b></p> <p>O paciente é informado do deferimento do processo</p> <p>O paciente recebe o medicamento mensalmente no CIMEB</p> <p>Para continuidade do tratamento, o paciente renova semestralmente os documentos (exames, LME e receita) com seu médico assistente</p> <p><b>NÃO</b></p> <p>O paciente recebe a justificativa quanto ao indeferimento/ou devolução do processo</p>
--	---



Esclareceu que o fluxo traz os medicamentos que são de responsabilidade do estado, os documentos necessários, os exames de monitoramento e o fluxo mesmo de acesso - que dar-se-á para municípios de Salvador e região metropolitana - o cadastro será feito no SIMEB e segue o fluxo do componente especializado. O paciente ou responsável por ele - que tem que constar no laudo - é quem dá entrada no componente especializado e quem faz o cadastro, assim, todo o acesso pelo CEAF é feito pelo paciente, é uma exigência da portaria de consolidação, estabelecendo que a etapa de solicitação é presencial e feita pelo paciente ou seu responsável legal. Esse cadastro feito será avaliado e, estando o paciente dentro dos critérios do PCDT, seu processo é deferido e ele é informado e, então, ele retira o medicamento também no SIMEB. **Stela Souza** ponderou sobre a necessidade de se detalhar mais para que não ficassem a todo momento perguntando, e exemplificou com uma pergunta: se toda a região metropolitana teria que acessar o SIMEB SIMEB para poder efetuar o cadastro, e para ir buscar em seguida e depois ficar retirando? e não estava se sentindo contemplada, não sabia se seus colegas da CIB estão, mas achava que precisava voltar um pouquinho sugerindo que a CIB tentasse fazer uma reunião mais detalhada na segunda ou terça feira da próxima semana, senão levariam mais de uma hora nessa apresentação. Outra questão é como o prestador consultar se o paciente está cadastrado e já recebendo o colírio, e ponderou que o prestador, como todos, já tem problemas, falava isso por causa de duplicidade, por isso essa necessidade de segurança que foi colocada aqui. Assim, solicitava a todos que discutissem de forma mais detalhada e que essa CIB permitisse o GT do Glaucoma - que tem representantes do estado e do COSEMS - se reunir, debater, para detalhar mais e nesse grupo fazerem um filtro a fim de ficar bom, principalmente para os usuários, mas também para o

gestor, todo mundo sabe que o glaucoma é um problema e perguntou se todos estão de acordo sobre a CIB aprovar ad referendum, depois de discutir o detalhamento. **A Coordenadora** concordou que precisava ser bem debatido, pois estava gerando muitas dúvidas. **Houve consenso. Luiz Henrique D'Ultra** disse que já tinham as respostas para todas as dúvidas, mas concordava em ser ad referendum e fariam a reunião do GT na segunda ou terça-feira, porque o Ministério Público está no seu encaixe, nos últimos três meses já recebera umas três cobranças de Doutor Rogério. **Stela Souza** sugeriu fazer a reunião do GT na quarta-feira, às 16 horas, dizendo a Leonardo Prates que poderia mandar um representante de Salvador, já que tem uma médica auditora e Salvador tem uma demanda grande, quem pudesse que fosse à reunião presencialmente - no COSEMS - e quem não pudesse participaria via web. **Houve consenso.** Dando seguimento, passou para o próximo ponto de pauta: **4. COSEMS: 4.1 Comando Único dos municípios da Bahia - Presidente** colocou que estavam cobrando o Comando Único na CIB, uma pauta exclusiva do COSEMS, mesmo sabendo que também é pauta do Estado, lembrando que há uma lei que garante a gestão do recurso por parte dos municípios, a única discussão que tem com o estado é quando tem uma unidade da rede própria do estado no município, então nesse caso tem que haver uma discussão entre o gestor estadual e o gestor municipal, caso contrário é feito um estudo pela área técnica do estado e é trazido para ser discutido e aprovado na CIB. Argumentou que tem um histórico e que não precisava entrar em detalhes, houve um momento em que uma comissão que avaliava vários critérios, o coordenador de CIR ia ao município para verificar se tinha ou não condição de assumir o comando, e foi quando saiu uma lei federal dando autoridade e autonomia aos gestores dos municípios, e na verdade existe até uma recomendação. A situação é que tem dezenove municípios com solicitação de comando único e esses municípios têm cobrado do COSEMS, até com desaforo. Enfatizou o momento de dificuldade que estavam vivendo, lembrando que não tem Coordenador de CIB nem Secretário de Saúde do Estado nomeado, e que há uma necessidade, por parte do estado, de ter um representante, pois não tem um representante legal para coordenar a CIB com autonomia para pactuar comando único, que implica em retirar o recurso que está indo para o teto do estado, e o estado é que contrata ações e serviços nos municípios, e no comando único esse recurso é transferido fundo a fundo, diretamente da União para os municípios. Pedia desculpas a Tereza Paim, mas tinha que colocar que o impasse está prejudicando os municípios, logo, como Presidente do COSEMS, trazia essa demanda dos municípios e solicitava encarecidamente que conseguissem resolver essa situação, precisavam marcar uma reunião da CIB com a presença do Coordenador, que é o Secretário de Saúde do Estado nomeado pelo Governador Rui Costa, o que faz parte da legislação. Acrescentou que este não é um espaço criado pela SESAB, pelo COSEMS, pelo CONASEMS ou pelo CONASS, é um espaço criado por lei federal, assim, tinha que trazer esse pedido dos municípios, que estão muito incomodados. Aproveitando a oportunidade, dirigia-se ao Governador para afirmar que já têm uma Secretária, Tereza Paim, que chegou sem nenhuma pretensão e o Governador teria uma grande parceira com a primeira mulher Secretária de Saúde do Estado da Bahia, que está na luta. E a agradeceu por estar desempenhando esse cargo, que não é sendo fácil, mas quem é da luta não foge, então era um pedido de toda a CIB para o querido Governador Rui Costa, sempre muito sábio, que sempre soube fazer os melhores encaminhamentos para o estado, ao mesmo tempo que agradecia muito também ao ex-secretário Fábio Villas Boas, que sempre teve grande articulação com esta CIB, sempre presente e com o apoio do Governador, mas nesse momento era realmente um apelo para ele manter Tereza Paim, que tem o apoio de todos e com certeza daria seguimento à luta do SUS na Bahia. **Raul Molina** pontuou que, antes de qualquer coisa, além da movimentação de recursos que diz respeito à gestão, na CIB são implementadas também as políticas públicas de saúde no estado, sendo necessário que os atores aqui estivessem todos legitimamente indicados e nomeados para tal fim. Então, antes de referendarem o encaminhamento da Presidente do COSEMS, lembrava que há algum tempo houve esse vácuo no COSEMS e o Ministro da Saúde teve que vir aqui para reestabelecer, porque não tinha esse espaço legitimado. Ressaltou que estavam tomando algumas atitudes com muito boa vontade e um esforço imenso dos membros da CIB, especificamente de Teresa Paim, assumindo responsabilidades que são institucionais, então não poderiam deixar de fazer quórum ao que Stela Souza colocou, e não é apenas o COSEMS, são os quatrocentos e dezessete municípios do estado da Bahia que precisam ter segurança jurídica para tomarem atitudes e, em já tendo uma pessoa atuando, que contempla o diálogo - porque essa CIB é um espaço de diálogo - é político e também de gerenciamento, atuam como agentes políticos e agentes técnicos de gerenciamento de gestão. Argumentou que esse apelo precisa chegar ao gabinete do Governador, que até hoje tem sido um grande parceiro, vinham tecendo elogios inclusive, com relação ao enfrentamento da pandemia e, se fosse necessário, até encaminhariam uma resolução CIB, solicitando e documentando, com toda sinceridade, principalmente pelo momento de pandemia, e não podiam estar com interinidade durante muito tempo, pois é um vácuo que trará consequências futuras, por isso com certeza todos fazem quórum à Presidente do COSEMS, além de toda a Diretoria, também os quatrocentos e dezessete municípios referendam esse encaminhamento. **Leonardo Prates** relatando que todos sabem que ele é deputado estadual licenciado, mas de oposição ao governo Rui Costa, e entendia que a função de nomear é do Governador, eleito pelo povo, e a quem ele tem um profundo respeito, apesar de ser de oposição, lembrando que nessa pandemia tinham dado passos importantes na Bahia, que se tornou exemplo para o Brasil na condução da pandemia. E nesse momento citou o considerado por ele saudoso Waldir Pires, relatando que poucos sabem de uma passagem que tinha acabado catapultando sua vida pública, em 2013 e 2014, quando ele era vice-líder do governo de ACM Neto e, ao ter matérias do governo, ele precisava ser bastante duro no discurso como oposição, porque era sua função, os únicos cargos do Legislativo nomeados pelo Prefeito é seu líder e seu vice-líder. Então ele tinha como função defender o Prefeito e isso lhe trouxera muita antipatia na Câmara Municipal naquela época da oposição e no segundo biênio do seu primeiro mandato ele resolveria ser candidato a presidente da Comissão de Constituição e Justiça - CCJ, que é a mais importante e tivera o privilégio de ser colega de Waldir Pires e Edivaldo Brito. Tudo caminhava para uma derrota e, naquele momento, Waldir Pires disse, para toda a oposição na época, que se a CCJ era tradicionalmente um espaço onde os governistas tinham a presidência por serem maioria, ele entendia que o Vereador Leonardo Prates tinha todas as condições de ser o presidente. Disse que ele poderia ter inúmeros defeitos, mas ninguém poderia dizer naquela mesa que ele tinha o defeito de faltar com a palavra e naquele momento tinha ganhado a presidência da CCJ, o que acabou catapultando sua carreira e, graças a Waldir Pires, ele tinha sido nomeado Presidente

1739 da Câmara. Contou que tinha tido a oportunidade de lhe homenagear em vida, denominando a sala daquela Comissão de  
1740 'Iolanda Pires', porque não se pode dar em vida, ele fora para a inauguração e tinha muito orgulho dessa passagem da  
1741 sua vida. Assim, parafraseando Waldir Pires nesse momento, argumentou que, se o cargo de Secretário de Saúde é uma  
1742 função privativa do Governador, se tinham passado tão bem por essa pandemia, principalmente Salvador e a Bahia - que  
1743 deram exemplos ao Brasil - lembrando que a relação entre Rui Costa e ACM Neto os fizeram capa de uma revista  
1744 nacional, enquanto vários governadores brigavam com o Presidente, com o prefeito de capital e a Bahia acabou dando  
1745 um exemplo e, se assim o é, a segunda passagem da sua vida tinha sido com Fábio Villas-Boas. Relatou ser oriundo do  
1746 SUAS e, no dia 2 de maio de 2019, às 18 horas, fora convidado pelo Prefeito ACM Neto, já no dia 3 de maio, às 9 horas,  
1747 estava na sala de Fábio Villas-Boas conversando com ele sobre sua opinião e ele tendo citado a seguinte frase: "vá que  
1748 eu nunca lhe faltarei"! Então, dirigindo-se a Tereza Paim, colocou que, pela continuidade do trabalho, pelos bons  
1749 exemplos que tinham na Bahia - e ela foi parte disso - apesar de ele ser de oposição, participava desse apelo ao  
1750 Governador, para que fosse dada continuidade ao trabalho e aos bons exemplos que a Bahia deu em seu nome, porque  
1751 se o cargo é da confiança do Governador, dentro do grupo governista via nela as melhores condições, parafraseando seu  
1752 amigo Waldir Pires, para exercer o cargo de Secretária da Saúde do Estado. Assim, podiam contar com todo seu apoio e,  
1753 parafraseando ao final Fábio Villas-Boas, "poderia ter certeza de que Salvador nunca lhe faltaria". A **Coordenadora**  
1754 agradeceu imensamente pelo carinho de todos, enfatizando que em seus pensamentos em nenhum momento tinha  
1755 pretendido estar aqui nesse momento, talvez até pela saída do Fábio Villas-Boas para sua campanha pessoal ou algo  
1756 assim, por ser absolutamente técnica, médica que sempre tinha prezado pelo seu padrão de imediatista, por ser  
1757 intensivista. Dessa forma, após a saída dele, em nenhum momento ela tinha hesitado em continuar onde estava - na sala  
1758 da Secretaria Estadual de Saúde - e é por esta instituição que estava e continuaria lutando, lógico que estava  
1759 aguardando, porque é uma pasta muito importante do estado e circunstancialmente estavam também sem a Chefia de  
1760 Gabinete, brincava que é 'três em um', mas reafirmava a todos seu agradecimento pelo reconhecimento e nunca  
1761 esqueceria e continuaria trabalhando, pensando na população, sem nenhuma modéstia, porque a intenção é dar acesso à  
1762 prevenção, ao cuidado e ao nível terciário. Dessa forma, podiam contar com ela, pois estava aqui e continuaria buscando  
1763 o que é legítimo, agradecendo mais uma vez a Stela Souza, que não lhe avisou que faria isso. **Stela Souza** disse que  
1764 nem Raul Molina sabia, mas conhecia seus pares e sabia que todos concordariam com o que tinha sido falado,  
1765 lembrando que tem problemas e é preciso dar legitimidade, precisavam ter um comandante da saúde no estado da Bahia  
1766 e o comandante é o Secretário de Saúde do estado, precisavam que as políticas caminhassem, tinham ainda muitas  
1767 coisas para discutir e o comando único é um dos pontos, para os prefeitos e secretários que estão cobrando, tinha  
1768 certeza que o Governador encaminharia de alguma forma, por Tereza Paim ou por outro profissional que ele nomeasse,  
1769 mas, se fosse possível, seria melhor deixar Tereza Paim, que já está no caminho com eles. E, assim, não responderiam,  
1770 pois, ontem o Ministério da Saúde colocou que setembro pode ser um mês muito difícil, a variante Delta está no estado e  
1771 tinham muito a fazer e assim é bom eles terem bastante legitimidade para tudo o que acontecer. E lembrou que, além do  
1772 ponto da vacina, entraria no que ocorresse e tem ainda a discussão das emendas. **Raul Molina** lembrou que se debate  
1773 isso desde a época da discussão do financiamento do SUS, os municípios principalmente, a bandeira do CONASEMS  
1774 sempre foi para o recurso da saúde ser transferido fundo a fundo, sempre tinham brigado por isso, porque queriam que  
1775 isso viesse a acontecer, mas, apesar de tudo isso, as emendas parlamentares têm predominado para o reparo de alguns  
1776 recursos que vieram para o SUS e dessa vez não foi diferente. E lembrou que ano passado, ao se tomar conhecimento  
1777 que os recursos para o COVID só viriam por meio das emendas parlamentares, houve muito protesto. Então, por conta  
1778 disso, tinham colocado um regramento, que foi acompanhado de perto em todas as reuniões da CIB, com informação de  
1779 um protocolo a ser aprovado e a ser seguido, inclusive com uma avaliação operacional, sendo avaliado pela SUREGS e  
1780 depois pelo grupo de trabalho. Agora estavam sabendo que está novamente em pauta e que dependeria, porque muitos  
1781 serviços foram abertos e de alguma forma estão fazendo parte da rede. E ponderou que não tem outro caminho, teriam  
1782 que continuar com esse, não deixando de colocar aqui que todos são a favor de recursos do SUS fundo a fundo, mas se  
1783 é colocado dentro do orçamento os valores por meio das emendas parlamentares, eles não estavam contra que  
1784 municípios conseguissem alguma coisa. Sempre tinham colocado isso, se algum município conseguisse, não seriam  
1785 contra, desde que fosse colocado qual o destino, naturalmente que todos acompanhados de um documento operacional,  
1786 explicitando em que local, então não tinha problema com as emendas parlamentares colocadas. **Cássio Garcia**  
1787 comentou que é a mesma coisa que estava acontecendo em 2019 e 2020, quando nas resoluções que já foram feitas  
1788 duas vezes, foi aprovado com o estabelecimento de um prazo para o parlamentar fazer a indicação, e agora está no  
1789 mesmo nível, já tendo chegado ao MS, mas tem um sistema falho e já era para terem sido destinadas as emendas desde  
1790 março, sabiam que foi estendido e mesmo assim tem ofícios na SESAB de deputados que não conseguem dar o  
1791 direcionamento por não terem conseguido fazer indicação. Então, que fosse aberto novamente aquele prazo de uma  
1792 semana para o parlamentar fazer a indicação no CNES para a SESAB, e precisando apenas renovar a Resolução CIB  
1793 que já existe e que já foi feito isso uma vez, não perderiam recurso. **Houve consenso**. Em seguida passou para o ponto  
1794 da vacina, colocado na pauta como 'o que ocorrer'. **Rívia Barros, Superintendente da SUVISA e membro da CIB**,  
1795 cumprimentou a todos, deu a notícia que receberiam o total de um milhão, cento e vinte e quatro mil, quatrocentos e  
1796 noventa doses de vacinas, faltando ainda quarenta e cinco doses, sendo que a maioria é D2, não vem D1 da Pfizer e  
1797 chegarão cento e noventa e dois mil e trezentos D1 da Coronavac. Após essa notícia, continuou a apresentação de  
1798 slides, com a proposta da DIVEP/SUVISA. A proposta: como muitos municípios que já encerraram a vacinação até os  
1799 dezoito anos de idade não querem receber a Coronavac, porque não poderão utilizar com a faixa etária de dezessete  
1800 anos, nem como D3, as vacinas Coronavac serão distribuídas para os municípios que ainda não finalizaram a vacinação  
1801 até a faixa etária dos dezoito anos. Informou que já está em pauta a D1 da Pfizer, mas ainda sem data, nem horário de  
1802 chegada no estado, a previsão é de chegarem cento e sessenta e cinco mil, seiscentos e vinte e sete doses e a proposta  
1803 é de essa vacina da Pfizer ser utilizada em todos os municípios, para a faixa etária de dezessete anos e para os critérios  
1804 que tinham definido para D3. Dessa forma, ser utilizada a Coronavac que está chegando hoje para a faixa de dezoito  
1805 anos a mais e ser utilizada a Pfizer apenas para os critérios de D3 e para a faixa etária de dezessete anos.

1806  
1807  
1808  
1809  
1810  
1811  
1812  
1813  
1814  
1815  
1816  
1817  
1818  
1819  
1820  
1821  
1822  
1823  
1824  
1825  
1826  
1827  
1828  
1829  
1830  
1831  
1832  
1833  
1834  
1835  
1836  
1837  
1838  
1839  
1840  
1841  
1842  
1843  
1844  
1845  
1846  
1847  
1848  
1849  
1850  
1851  
1852  
1853  
1854  
1855  
1856  
1857  
1858  
1859  
1860  
1861  
1862  
1863  
1864  
1865  
1866  
1867  
1868  
1869  
1870



### 45ª MS PAUTA DE DISTRIBUIÇÃO DE VACINAS

1. TOTAL – 1.124.490
  1. BUTANTAN
    - 1.1 D1 – 182.300
    - 1.2 D2 – 763.580
  2. PFIZER
    - 2.1 D2 – 97.110
  3. OXFORD
    - 3.1 D2 71.500

### PROPOSTAS PARA DISCUSSÃO

1. DISTRIBUIR AS DOSES DE CORONAVAC SOMENTE PARA MUNICÍPIOS QUE AINDA NÃO CONCLUÍRAM A VACINAÇÃO DAS PESSOAS DE 18 ANOS OU MAIS;
2. DISTRIBUIÇÃO DA REMESSA DE D1 DA PFIZER:
  - D1 PARA ADOLESCENTE DE 12 A 17 ANOS;
  - DOSE DE REFORÇO PARA TRABALHADORES DE SAÚDE ACIMA DE 60 ANOS, IDOSOS EM ILPI, IDOSOS DE 80 ANOS OU MAIS E IMUNOSUPRIMIDOS.



Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado - DIVEP

**Stela Souza** atentou para o detalhe de que é importante trabalhar em uma lógica de que tem municípios que estão com a idade bem mais avançada, enquanto outros já estão fazendo vacinação para dezessete anos e tem município vacinando ainda vinte e oito anos. **Rívia Barros** disse já ter solicitado uma atualização a Vânia Rebouças, mas que depende de os municípios informarem para a DIVEP poder atualizar, porque no BI não consta a idade. Ela não tinha trazido esse dado, porque estava faltando alguns municípios, mas diante do que tinham visto na última CIB, muitos municípios avançaram, então hoje tem um número muito pequeno e agora, com essas doses de Coronavac, todos chegariam a dezoito anos. **Leonardo Prates** colocou que ficava então facultado a Rívia Barros, que está vivendo o dia a dia com Vânia Rebouças, mas a sua proposta é de terem um redutor nos lotes de D1, que tinham aprovado na CIB de 20% para ser distribuído aos municípios que estão mais atrasados, que para esse lote de Coronavac fosse de 30% e não ter redutor para o lote de Pfizer, porque todos estavam no mesmo sofrimento de D3. **Rívia Barros** esclareceu que o redutor foi proporcional à população e para nenhuma das duas propostas tinha redutor. **Stela Souza** concluiu que não tem redutor para a Pfizer, a distribuição é igual para todos os municípios, e Coronavac para os que não conseguiram decrescer a faixa etária e, assim ir para todos, de preferência avaliando o que está na faixa etária de vinte e oito a trinta anos, se é que ainda tem algum município nessa condição. **Rívia Barros** colocou que hoje já tinham informação de município nessa condição, mas tinha solicitado aos municípios que não informaram ainda à Coordenação de Imunização, que o fizessem para que a DIVEP pudesse ajudar a todos. Em seguida **Tereza Paim** e **Stela Souza** agradeceram a presença de todos, declarando encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião para o dia 23 de setembro de 2021, em horário a confirmar. Não havendo mais o que tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo (Silvana Salume) e revisão feita pelo núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Membros, após lida e aprovada. Salvador, 01 de setembro de 2021.

Membros Titulares:

Tereza Cristina Paim X. Carvalho \_\_\_\_\_

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

Cássio André Garcia \_\_\_\_\_

Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_

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

Raquel Ferraz da Costa \_\_\_\_\_

João Rodrigues de Góes Junior \_\_\_\_\_

Jacklene Mirne Gonçalves Santos \_\_\_\_\_

Membros Suplentes:

Maria Alcina Romero Boulosa \_\_\_\_\_

José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_

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

Raul Moreira Molina Barrios \_\_\_\_\_

Marcelo de Jesus Cerqueira \_\_\_\_\_

Ernesto da Costa Lima Júnior \_\_\_\_\_

Fabio Maia Prado \_\_\_\_\_

Lívia Bomfim Mendes Aguiar \_\_\_\_\_