

1
2
3 Aos vinte e três dias do mês de setembro do ano dois mil e vinte e um, no Auditório da UPB – União dos Municípios da Bahia,
4 de forma semi presencial e por vídeo conferência, durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da
5 CIB Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho, Secretária de Saúde em Exercício do estado da Bahia e Coordenadora em
6 exercício da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia,
7 Rívia Mary de Barros, Igor Lobão Ferraz Ribeiro, Leonardo Silva Prates, Raquel Ferraz da Costa, Jacklene Mirne Gonçalves
8 Santos, e dos suplentes Janaína Peralta de Souza, Maria Alcina Romero Boullosa, José Cristiano Sóster, Naia Neves de
9 Lucena, Raul Moreira Molina Barrios e Marcelo de Jesus Cerqueira. Às 14 horas e 15 minutos, a **Coordenadora Adjunta**
10 **declarou aberta a sessão, dando posse aos novos membros da SESAB na CIB: Igor Lobão Ferraz Ribeiro –**
11 **Superintendente da SAIS (titular) e Janaína Peralta de Souza – Superintendente da SUPERH (suplente).** A
12 **Coordenadora** cumprimentou a todos, informando que teria que se ausentar provavelmente às 15 horas, em virtude de um
13 compromisso com o Governador considerando a importância do tema de pactuação e, propunha uma inversão de pauta, para
14 que pudessem debater com o COSEMS. Dando seguimento, **Stela Souza** submeteu à aprovação a **Ata da 288ª Reunião**
15 **Ordinária da CIB**, que foi encaminhada por e-mail aos membros da CIB. Como não houve manifestação contrária, foi
16 **aprovada à unanimidade.** Em seguida solicitou aprovação à mesa para proceder à inversão de pauta proposta por Tereza
17 Paim, significando iniciar a reunião pelos itens de pactuação do COSEMS. **Houve consenso. Ponto 6. COSEMS: 6.1**
18 **Portaria nº 363, de 17 de julho de 2021, sobre contrapartida estadual. Raquel Ferraz, Secretária Municipal de Saúde**
19 **de Abaré e membro da CIB, Coordenadora da CIR de Paulo Afonso e membro do GT de Atenção Básica pelo COSEMS,**
20 **cumprimentou a todos e relatou que esta portaria foi discutida em reunião do GT de Atenção Básica neste mês de setembro,**
21 **por terem ficado surpresos com a sua publicação, porque esperavam um aumento de repasse do financiamento do estado para**
22 **a atenção básica, visto que há muito tempo esse financiamento está no mesmo valor e é um desejo dos municípios**
23 **conseguirem esse aumento do financiamento da atenção básica para as Unidades de Saúde da Família. Argumentou que, com**
24 **o reconhecimento da atenção básica como porta de entrada da atenção à saúde e de todos os problemas existentes hoje nos**
25 **municípios, precisam também de um recurso maior para fortalecerem a atenção básica, e na reunião do GT discutiram a**
26 **importância de a policlínica vir a se constituir em acesso da atenção básica para a média complexidade e, assim, completar o**
27 **serviço na atenção básica, e tendo sido apresentado que apenas dez municípios teriam uma queda no seu recurso, por parte**
28 **do Estado, recurso esse que ficaria na ordem de setecentos e cinquenta reais mensais para os municípios que não estivessem**
29 **participando do Consórcio Regional das Policlínicas. Assim, nas reuniões do GT e do COSEMS, ficou pactuado trazerem essa**
30 **demanda de aumento da contrapartida estadual e solicitarem apoio do Estado para fazer contato com os dez municípios que**
31 **estão com diminuição do recurso da atenção básica. Ponderou ainda que, olhando de forma macro para estes municípios,**
32 **seria interessante perguntar se na época em que a policlínica foi implantada nestes municípios o gestor era outro, pois teve**
33 **mudança de gestores e se fazia necessário saber, dos municípios que tinham outro gestor naquele momento, se os que estão**
34 **gestores hoje têm interesse em entrar no consórcio, tendo em vista a importância do acesso ao serviço das policlínicas nas**
35 **regiões de saúde. E atrelado a isso pedirem à SESAB um olhar mais ampliado para o custeio do estado na atenção primária à**
36 **saúde. Stela Souza reiterou que essa demanda partiu dos municípios e do GT da Atenção Básica, foi discutida na reunião do**
37 **COSEMS, para saberem quais são esses municípios e o COSEMS também fará um movimento para ver se há possibilidade do**
38 **ingresso destes municípios no consórcio, entendendo a importância das policlínicas na referência para a atenção básica.**
39 **Solicitou encarecidamente ao estado que fizesse uma avaliação para a melhoria do valor da contrapartida, que não tem nada a**
40 **ver com a questão das policlínicas, e explicou que esta contrapartida estadual é repassada desde 2013, corresponde a mil e**
41 **quinhentos reais por equipe de saúde da família, e que fosse feito um estudo quanto à possibilidade de o estado dar um apoio**
42 **maior aos municípios. A Coordenadora colocou que isso tinha sido uma construção anterior, houve realmente um investimento**
43 **muito firme, que se tornou exitoso e que faz parte do que agora os municípios detêm e assumem como uma iniciativa para**
44 **levarem a saúde mais perto das pessoas, descentralizando a saúde, que são as policlínicas e sob forma de consórcio. Um**
45 **investimento e um custeio mantido pelo Governo do Estado, cujo único objetivo é dar resolutividade, melhoria, prevenção e**
46 **promoção da saúde às pessoas de cada município e de todos os municípios que estão consorciados e que possuem os rateios**
47 **per capita. Acrescentou que esta construção foi a vontade de se ter maior parte da abrangência e capilaridade da atenção, são**
48 **dez municípios que o estado pode fazer essa provocação e claro que o objetivo é pleitear sempre o encaminhamento de**
49 **recurso. Mas não poderiam firmar um compromisso, mas levarem ao conhecimento do grupo do consórcio entendendo que o**
50 **investimento feito pelo menos nas duas últimas gestões foi muito grande e se trata de um custeio, de um mantenedor que é**
51 **preciso assumir e manter. Assim, deixava para reflexão de todos porque tem realmente um custeio que cada município e que o**
52 **governo do estado arcou e manterá isso para ter resolutividade, repetiu que que ela levaria o pleito e faria todas as**
53 **considerações. Leonardo Prates, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e membro da CIB, cumprimentou a todos,**
54 **colocando todo apoio às policlínicas e ponderou que todos os secretários de saúde sabem das dificuldades enfrentadas para**
55 **consultas especializadas e outros tipos de procedimento das policlínicas. Considerava louvável essa iniciativa e relatou que em**
56 **Salvador, além de duas policlínicas para serem abertas pelo estado, tem cerca de quatro multicentros, que é a mesma coisa de**
57 **policlínica, mudando apenas a denominação. E colocou como sua reflexão que, tendo algum município que tiver saído do**
58 **consórcio da policlínica, essa redução de custeio deveria ser feita na mesma faixa, não ser feita essa diminuição na atenção**
59 **primária e sim, na atenção especializada. Concordou que o caminho para todos é fortalecer a atenção primária, inclusive ele**
60 **tinha muito estimulado em Salvador, pelo ex-Secretário Fábio Vilas Boas e por Tereza Paim. Assim, que refletissem sobre essa**
61 **vontade de incrementarem os serviços e terminarem enfraquecendo o que para eles é mais caro e mais importante, a atenção**
62 **primária. No mais, concordava com todas as colocações. Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de Muritiba e**
63 **membro da CIB, cumprimentou a todos, colocou que ele não estivera na citada discussão do COSEMS, por isso preferia que**
64 **falassem primeiro, para depois ele trazer aqui algo histórico. E colocou a lembrança de quando tinham iniciado as primeiras**
65 **conversas sobre policlínicas, ele tinha ido ao Ceará, para conhecer os secretários municipais de saúde, na época ele era**
66 **Presidente do COSEMS, Stela Souza era Vice-Presidente, mas tão presidente quanto ele e acompanhou tudo isso muito bem.**
67 **A princípio tinham uma ideia do que seriam as policlínicas e no decorrer do tempo as coisas foram mudando, pensava-se em**

68 implantar as policlínicas para descentralizar os serviços das cidades maiores, na busca de resolutividade para os locais mais
69 longínquos. Depois mudou-se a proposta inicial, começando a serem incluídos municípios de grande porte, que hoje sediam
70 algumas policlínicas, então o princípio era: as policlínicas para os municípios que não tinham acesso à média e alta
71 complexidade, principalmente em auxílio diagnóstico. Nestas circunstâncias - e reforçando as palavras de Raquel Ferraz -
72 lembrou que, na época, muitos municípios, além de não acreditarem que isso aconteceria, como existia uma proposta
73 diferente, muitos prefeitos não aderiram, alguns motivados por problemas políticos e ideológicos e outros porque não quiseram
74 tomar conhecimento do que se tratava exatamente e alguns municípios ficaram alijados dessa participação. E quando Raquel
75 Ferraz se referiu à saída de alguns municípios, seria o contrário, segundo ele, tinha que ficar bem claro que se trata de
76 municípios que nunca aderiram e a forma de financiamento também saiu do controle. E, com todo respeito aos prefeitos, mas
77 os secretários é que sabem o que precisam, o resultado foi que muitos prefeitos pactuaram sem consultar seus secretários,
78 muitos aderiram de formas diferentes, foi então que os secretários, como representação de classe dos municípios,
79 estrategicamente decidiram recuarem um pouco a participação efetiva deles. Argumentou que não poderia deixar de se
80 pronunciar nesse momento, porque tinha sido com eles que tudo começou e veio até hoje, então queria referendar a
81 solicitação do COSEMS e se colocar à disposição para retomarem isso, a fim de contribuir também tecnicamente, sabendo
82 que as policlínicas já estão ajudando muito, mas poderia ter sido melhor, se tivesse sido discutido previamente, pois em algum
83 momento a policlínica tinha passado a ter a obrigatoriedade de cumprir os compromissos. E eles tinham ficado muito
84 preocupados ao não encontrarem mecanismo de cobrança para os municípios, tentaram fazer muitos arranjos que, se
85 tivessem discutido, seguramente teria sido muito mais fácil. E colocava isso para que, quando Tereza Paim levasse isso ao
86 pessoal do consórcio, pudesse dizer que está na hora de discutir com quem trata disso, até para sua sobrevivência, pois
87 achava que podiam recolocar nos trilhos uma política, que está dando certo e seguramente nesse momento é uma das maiores
88 bandeiras da gestão. A **Coordenadora** concordou com Raul Molina, pensava muito que essa estratégia deve ser mantida e
89 continuada, pois projetos são iniciados, avaliados e a princípio, para alguns municípios, tinham que ser seus mantenedores,
90 porque nada pior do que uma estrutura ou equipamento de unidade de saúde que não pudesse continuar executando sua
91 missão. Acrescentou que, além disso, o objetivo almejado agora é exatamente essa união de gestores, o prefeito não vive sem
92 o secretário municipal de saúde, a saúde não vive sem o secretário municipal de saúde e os dois estão encarregados, queria
93 fazer a provocação de que é preciso ter essa comunicação e, de fato, por algumas vezes os dois atores têm que estar
94 presentes nas pactuações, porque ambos são 'o ordenador e o ordenador', precisam ter a ciência e a consciência desses atos
95 e de quanto precisam ser revistos a cada tempo, pois as gestões mudam, os processos de gestão mudam e é preciso
96 atualizarem a maneira de efetuarem tudo isso, a saúde e a prefeitura ligadas - porque não caminham separados - e
97 considerava esta, uma provocação necessária. Ponderou que isso tem sido discutido, o momento agora é de muita discussão
98 na Secretaria Estadual, sendo observado o anseio dos prefeitos em trazerem projetos exitosos de hospitais com ampliação de
99 sua capacidade instalada o que gera investimento e vinha chamando a atenção deles para o quanto isso aumenta também o
100 custo e que, para assumirem compromissos, podiam até investir, mas não conseguiriam custear os quatrocentos e dezessete
101 municípios, isso é fato, e os próprios municípios precisam ter essa ciência. Então, não como titulação de forma de gestão que
102 se chama o consórcio por causa da policlínica, mas sim, que tipo de gestão de saúde fariam com as diversas regiões de saúde,
103 para que as pessoas não quisessem fazer tudo em saúde, pois ninguém consegue ser resolutivo absolutamente, nem com
104 uma especializada se consegue, porque cada região tem sua particularidade, cada orçamento é diferente do outro e é preciso
105 dar qualidade aos quem querem assistir e serem mantenedores. **Stela Souza** chamou atenção que alguns secretários estão
106 tentando acessar o *link*, sem conseguirem e **Nanci Salles** esclareceu, quanto ao *link* encaminhado no geral para acesso à
107 reunião, que foi preciso ser reenviado o *link* direto, pois houve algum problema com o 'Zoom', lembrando que a reunião é feita
108 no modo *webnar*, justamente para que pudessem ter a lista de presenças e o controle das falas. Então, como não daria tempo
109 de refazerem o *link*, o acesso seria pelo *link* direto e aproveitava para solicitar que redobrassem os cuidados, fechando os
110 microfones e ficando atentos às câmeras. **Cristiano Sóster, Diretor da Atenção Básica e membro da CIB**, entendendo a
111 necessidade financeira que os municípios estão passando, colocou que esse aspecto também não é diferente no estado, sabe-
112 se que existe uma defasagem de alguns anos e em algum momento, quando houver uma condição financeira favorável,
113 precisa ser ajustado, mas é preciso lembrar também que hoje a Bahia consegue alcançar um patamar de 85% de cobertura
114 da atenção básica, há mais de oito anos já está com cobertura de saúde da família acima de 70%, ou seja, conseguiu chegar
115 ao patamar de consolidação da estratégia da família e agora é preciso buscar estruturar esta rede, que se inicia na atenção
116 básica e precisa de financiamento adequado na média complexidade, assim como na alta. Ressaltou que esta é uma
117 discussão que precisa ser feita inclusive junto à CIT, porque não tem política voltada para média complexidade, com raras
118 exceções - as ligadas às UPA e ao Samu - mas é preciso fazer uma discussão muito mais profunda. O que se estabelece com
119 esta Portaria é já colocar as policlínicas em um processo de rede, essa primeira Portaria define a policlínica em uma rede, a
120 partir da atenção básica, mas é preciso pensar em como integrar todos os outros componentes e, a partir disso, discutirem o
121 financiamento, e existe claramente a necessidade de repensarem a metodologia de financiamento, não havendo dúvida sobre
122 isso. Outra coisa importante é que se chegou a fazer alguns estudos sobre financiamento da atenção básica a partir do alcance
123 de metas, mas isso parou a partir do momento em que o Ministério da Saúde começou a apontar o tamanho da complexidade
124 que seria ao se fazer uma proposta nesse sentido, que poderia gerar perdas maiores de recursos. Assim, achava que esta
125 Portaria serviu para abrir uma discussão e pensar em um financiamento que contemple a estruturação de rede. **Stela Souza**
126 concordou com Cristiano Sóster, ressaltou que a importância da policlínica já tinha ficado clara para os membros do COSEMS
127 e reforçou as colocações do Secretário Leonardo Prates, porque Cristiano Sóster apresentou os dados de cobertura média de
128 85% da atenção básica e colocou também que esta atenção básica precisa ser requalificada, reorganizada, faz parte da rede e
129 tinham que ter esse movimento. Então não dava para ser retirado nada do recurso da atenção básica, porque já é
130 subfinanciada e todos sabem que o município é que financia a atenção básica, não é o Ministério, nem o estado.
131 Argumentando que não poderia deixar de colocar isso, ponderou que uma contrapartida de mil e quinhentos reais cobre
132 apenas o pagamento de um técnico de enfermagem, e perguntou como fica o restante da equipe, complementando que todos
133 os valores - muito bem empregados na atenção básica - o município é que arca financeiramente. Então a preocupação dos
134 gestores ao levarem esta questão ao GT da atenção básica é a cobrança dessa demanda e hoje, a partir da discussão do

135 COSEMS, traziam como encaminhamento uma conversa com os dez municípios porque, como muito bem disse Raul Molina,
136 eles dois não tinham participado de discussão da policlínica nem dos consórcios, tinham participado, como secretários
137 municipais de saúde, discutido em suas regiões. Dessa forma, não existe esse movimento consolidado via COSEMS, nem
138 sabia como o COSEMS poderia ajudar na conversa com os municípios que não fizeram adesão, porque não houve essa
139 conversa anteriormente. Assim, se os membros concordassem, o encaminhamento é de verem esta questão para darem uma
140 resposta aos dez municípios, mas isso também não impedindo de esse tema voltar à pauta, caso não o resolvessem. E o
141 segundo encaminhamento - colocado por Tereza Paim que não pode se comprometer pois ela tem mesmo que levar a questão
142 - é de ser aberto um processo de discussão, se possível até um levantamento de custeio da atenção básica, para tentarem ver
143 também junto ao Ministério. A **Coordenadora** colocou que gostaria de fazer disso, não um planejamento, mas já sair inclusive
144 com algo para discutir com os secretários municipais e prefeitos dos quatrocentos e dezessete municípios, não apenas para
145 esse tópico, mas uma discussão geral. Enfatizou que não conseguiriam fazer isso em uma única mesa ou de uma única forma,
146 mas, entendendo o princípio da gestão, a provocação é exatamente essa, para que não tivesse nenhum alinhavo que
147 estivesse tão fora e depois de verem o planejamento - e agora está no período de ação - olharem para trás e verem que algo
148 ainda ficou e podendo ter então um novo direcionamento. **Stela Souza** considerou **aprovado o encaminhamento do item 6.1**
149 **do COSEMS**. Em seguida passou para o próximo ponto de **Pactuação: 6.2 Municípios solicitam resolução do Comando**
150 **Único na Bahia** e fez um resumo, colocando a discussão ocorrida no COSEMS e que esta cobrança vem desde abril,
151 um dos primeiros municípios deu entrada em março, mas a partir de abril começou a cobrança ao COSEMS, em
152 reuniões de CIR, na reunião do COSEMS, todos os coordenadores apontam que têm cobrado, há ofícios para o
153 COSEMS, *WhatsApp* frequentes, visitas de prefeitos à Presidente, então o Comando Único é uma solicitação dos vinte e
154 dois municípios e solicitou a Tereza Paim que falasse a respeito. A **Coordenadora** disse que não conseguiria falar, pois já teria
155 que sair, mas não se furtaria a dizer algumas coisas porque, também por estar novata, poderia falar abertamente, enfatizando
156 a necessidade de entenderem que, em termos de saúde, o estado executa o que de fato chega ao alcance da população, o
157 que está na balança SUREGS/SAIS e dentro desse entendimento, fazerem uma discussão. Desse modo, pensava muito na
158 proposição de que ratear o valor, tornar um município pleno, com comando único, não traz necessariamente uma questão do
159 estado ou um sufoco para o estado, que não conseguiria manter o que vinha fazendo antes, não é essa a questão, gostaria de
160 deixar aberta uma discussão aqui, mas de fato tem alguns locais onde, querendo ou não, sendo o município ou não um centro
161 maior, tem um aporte financeiro do Estado, como o que tem em Ribeira do Pombal, ela estava sendo pontual porque é preciso
162 cumprir realmente com as pactuações, o estado quer pactuar, mas precisavam assumir isso e saberem que isso é a longo
163 prazo e não com o imediatismo de agora. Nesse momento a Coordenadora disse que infelizmente não podia deixar de cumprir
164 a ordem do Governador e teria que se retirar da reunião, antes disso, comunicava que tinha conversado antes com Cássio
165 Garcia, lançando algumas sugestões, sabia que existe um imediatismo, estavam em uma reunião da CIB, que é soberana,
166 precisava ter tomada de decisões, mas ela não se furtaria a fazer algumas reflexões buscando propiciar algo que pudesse ser
167 inovador, pois sempre gostava de repensar sobre o que já tivesse pensado, por isso deixaria essa provocação, da necessidade
168 de discutirem que estratégias são essas, não se tratando de um papel, nem dos valores, mas do que eles têm de planejamento
169 para a saúde. Acrescentou que o estado já vem em discussão com prefeitos, para receber um prefeito é pedido sempre que o
170 secretário municipal de saúde venha com ele e, nessa reflexão de qual ponto de atenção é o que eles querem, não adiantava
171 construir ou pensar 'alto', deixar seu nome como prefeito no município por ter construído algo grande e achar que ofertar saúde
172 é ter um hospital. Sua proposta é: trabalharem em equipe, uma equipe qualificada, que seja capacitada para apresentar o que
173 propõe. Repetiu que é uma proposição e que Cássio Garcia continuaria sua fala, pois já vinham conversando há alguns dias
174 sobre esta proposição de tentarem chegar a um melhor, porque as instâncias sabem que todos os municípios podem ter o
175 Comando Único, o valor é tripartite e o município pode ser pleno, não é essa a questão, mas precisam entender que a partir do
176 momento em que o município tiver o Comando Único, assumirá o que tiver proposto ofertar à sua população e em termos de
177 saúde é muito mais digno e eficiente, fazerem uma discussão coletiva, mesmo que por regiões. Assim, deixava aqui a
178 provocação e tentaria ficar ainda um pouco mais na reunião, para ela ver a votação sobre como agiriam. E passou a palavra
179 para Cássio Garcia complementar as estratégias que precisavam ter juntamente com todos os municípios, mas antes citava
180 Ribeira do Pombal como exemplo, onde tem um hospital que o estado está investindo e que terá um custeio elevado, gerará
181 em torno de quatro milhões de reais/mês e deixava aqui a provocação sobre a validade do Comando Único, pois estavam aqui
182 em uma instância de discussão, em que o repasse é de seis milhões de reais/ano para o referido hospital. Colocou ainda que,
183 para entenderem, quanto o estado investiu em custeio e investimento de 2015 a 2018 - na ordem de quatorze bilhões de reais -
184 com o investimento de um bilhão de reais de 2019 a 2021, precisavam, portanto, entender o coletivo, para eles ficarem
185 fortalecidos. **Stela Souza** reforçou que são vinte e dois municípios solicitando o Comando Único, já tinham feito todas as
186 análises e frisou que, pelo Decreto, para se assumir uma unidade, quando existe um equipamento, ou uma unidade do estado
187 no território do município, precisa ter a discussão do gestor municipal com o estadual e, em não havendo, é direito de cada
188 município exercer a gestão dos seus recursos. Disse que tinha entendido mais ou menos o colocado por Tereza Paim e que
189 Cássio Garcia completaria depois, mas lhe parecia que não haveria consenso quanto à liberação do Comando Único, então,
190 fazia questão de ler a relação dos municípios, porque cada um poderia tomar sua decisão: Conceição do Coité, Ribeira do
191 Pombal, Sítio do Quinto, Rio do Pires, Riacho de Santana, Candiba, Angical, Caatiba, Itaquara, Rafael Jambeiro, Pindaí,
192 Malhada, Milagres, Campo Alegre de Lourdes, Tabocas do Brejo Velho, Coronel João Sá, Fátima, Boninal, Cardeal da Silva,
193 Matina, Tanhaçu e Jaborandi. **Cássio Garcia** cumprimentou a todos, parabenizou o COSEMS e a UPB pelo espaço, bem
194 como a CIB, pela retomada das reuniões semipresenciais, lamentando não ser possível todos estarem presentes ainda, mas
195 os que não estão presentes acompanham por vídeo e que tivessem certeza de que todas as medidas de segurança, como o
196 distanciamento e os protocolos, estão sendo cumpridos e desejava retomarem à normalidade o mais rápido possível, apesar
197 de não saberem quando, nem como será a nova normalidade. Observou que Tereza Paim fez uma boa colocação sobre o que
198 o Estado está pretendendo em relação ao Comando Único e Stela Souza, com a objetividade que lhe é peculiar, foi direto ao
199 ponto. Complementou que o estado está pretendendo discutir sobre o papel de cada um na rede, tem um plano de rede
200 hospitalar para todo o estado que foi construído e discutido em todas as regiões, estavam tratando de Comando Único, que é
201 de média e alta complexidade, não estavam querendo tirar o direito de nenhum município fazer a solicitação do que acha que é

202 justo e de direito, pelo contrário, o direito continua, não termina aqui, como já colocado, mas, a partir deste plano, que isso
203 fosse repensado por meio de nova avaliação, em um novo momento e citou o planejamento Regional Integrado - PRI, que está
204 na pauta e que de uma certa maneira perpassa também este assunto. E com muita tranquilidade e sem nenhum prurido de
205 dizer que não querem interromper nada, hoje o objetivo do estado é esse, entretanto tem momentos que precisam dar uma
206 'freada' para tratarem coletivamente e reavaliarem. Disse que tinham passado um ano e meio de pandemia, praticamente
207 discutindo apenas COVID, agora, retomando os processos de trabalho, hoje é isso que o Estado está colocando e com os
208 quatrocentos e dezessete municípios: discutirem o seu papel nessa rede, não apenas os que estão assumindo ou assumirão,
209 mas também os que já assumiram, pois não se trata apenas de recurso financeiro, mas de retomarem, aproveitarem esse
210 processo neste momento e puxarem essa discussão. **Stela Souza** colocou que, antes de liberar a fala para os colegas
211 participando virtualmente que quiserem comentar, lembrou que, das CIB do Brasil, talvez a da Bahia fosse a mais democrática,
212 porque na maioria dos Estados apenas os membros têm a palavra e aqui na Bahia tem a prática de os secretários também
213 terem voz e informou que um secretário na plenária falaria, representando os municípios e faz parte dos municípios que estão
214 fazendo essa solicitação e em seguida ela abriria a fala para todos os membros da mesa. Pelo que entendera,
215 independentemente do Comando Único, o estado tem um investimento, apresenta a conta do que investe e os municípios que
216 estão pleiteando passariam a receber um determinado recurso. Entretanto eles utilizam mais que isso, logo, é uma conta, e se
217 fosse para fazerem conta, a fariam. Fez a ressalva que a conta é muito mais que isso, são todos os recursos de média e alta
218 complexidade, como um colega colocou que, como o Comando Único não é seu, há anos o município vem recebendo trinta ou
219 vinte mil reais, quando o total do seu teto é de sessenta mil reais. E repetiu que esta é a conta, se fosse para fazerem,
220 pegariam todos os processos, os planos operativos, assim, precisam ter cuidado ao pactuarem o que será feito, a fim de terem
221 tempo hábil para fazerem tudo que é necessário, lembrando que há alguns anos essa conta já tinha vindo para a mesa.
222 **Gilcileo dos Santos, Secretário Municipal de Saúde de Rio do Pires**, cumprimentou a todos e informou que seu município,
223 localizado ao sul da Chapada Diamantina, um dos últimos municípios da Chapada, possui doze mil habitantes e tem um
224 problema seríssimo, assim como os outros vinte e um municípios que pleitearam o Comando Único, reconhecia a dificuldade
225 do estado para ratear os recursos, mas que o estado olhasse para os municípios pequenos, como Rio do Pires e tantos outros,
226 com dificuldade para sustentarem a saúde e com seus recursos retidos no estado. Relatou ter um pequeno hospital que há
227 anos ele vinha tendo muita dificuldade para sustentá-lo, o hospital não tem contrato fidedigno com o estado, recebe apenas
228 treze mil reais com ambulatório e, para internações - AIH, quando é bom, recebe vinte mil reais, e com o município tendo um
229 teto de sessenta mil reais, o restante do valor que teria direito fica retido. Assim, para poderem ter ações fidedignas é
230 necessário que o estado reveja com carinho o pedido e a situação dos vinte e dois municípios, porque não é fácil, o Comando
231 Único é um direito dos municípios, que não estão pedindo nada além do direito de exercerem sua gestão, como sistema pleno
232 de saúde. **Igor Lobão, Superintendente da SAIS e membro da CIB**, cumprimentou a todos, apresentou-se como médico
233 cirurgião, atualmente ocupando a Superintendência da SAIS, e agora estava como membro titular desta CIB, agradeceu o
234 convite e prometeu se empenhar muito para ajudar nesse e em outros desafios, sinalizando que Comando Único é uma pauta
235 bem difícil, conforme fala de Tereza Paim, reforçada por Cássio Garcia e Stela Souza endossou a necessidade de fazerem as
236 contas e entenderem o risco e as consequências desse desafio. Como Superintendente da SAIS ele poderia afirmar que saúde
237 é muito cara, os secretários conseguem perceber isso em seus empenhos, mas quando se trata das complexidades que o
238 estado assume - e dentro da Superintendência se vê isso nos mais variados níveis - se percebe a complexidade e o custo que
239 isso pode alcançar. O pleito dos municípios de passarem a assumir parte ou a integralidade dessa participação é uma decisão
240 que envolve uma responsabilidade muito grande e tem que ser tomada com o respaldo da CIB, e a cobrança e a avaliação
241 quanto ao papel pleiteado, se será de fato executado, se o município está pleiteando assumir esta função e terá a capacidade
242 operacional para dar seguimento a isso. Citando o exemplo de Tereza Paim, relatou ter participado das atividades em Ribeira
243 do Pombal e vendo a dimensão da transformação do Hospital Regional Santa Tereza, quanto o Estado está investindo, tanto
244 em reforma quanto em custeio, e para o município participar disso ou deixar de participar por mudar seu perfil, precisa de uma
245 avaliação muito criteriosa, não podendo ser uma decisão tomada rapidamente. Recomendou que esse assunto fosse pautado
246 paulatinamente, região por região, onde o Estado está mais ou menos presente, cabendo, aí sim, dividir essa fatia com os
247 municípios da região, para tomarem uma decisão com muito mais responsabilidade. **Cássio Garcia** elogiou a fala do
248 Secretário de Rio do Pires, lhe deu toda razão e, falou que não conhecia pessoalmente o hospital, que é uma filantrópica, mas
249 gostaria muito de conhecer e sabia da dificuldade que atravessam. Ponderou sobre os poucos recursos do SUS que estavam
250 discutindo, que não é a principal questão, mas está em evidência, quando o secretário traz o recurso MAC/mês do município,
251 que é sessenta mil reais, ele questionava também o que dá para se fazer com sessenta mil reais, mas isso sempre foi
252 colocado, tem muitos municípios que podem estar também nessa situação, deveriam receber o teto cheio, solicitando
253 atualização de FPO, não é apenas o Comando Único, isso está permeado nisso tudo, é transversal a essa discussão também.
254 Então, para reforçar e não deixar passar em branco, essa fala não traduz disputa de estado contra município, de comando ou
255 não comando e sim a realidade de todos, o que estão passando e talvez tivesse chegado o momento de discutirem isso com
256 os municípios de outra maneira, o Estado sabe do direito dos municípios e não é que não quisesse, e sim como fazerem isso
257 com mais profundidade, se por região, de forma coletiva e consensuarem em uma próxima CIB, para fazerem dessa forma, e
258 refletissem sobre tudo isso, lembrando que nos últimos cinco a seis anos tinham avançado muito com Comando Único,
259 triplicado o número de municípios, nunca houve nenhuma dificuldade, mas agora é um momento diferente, por isso que
260 chegaram a esse ponto de quererem fazer algo maior, que ainda não tivesse sido feito, não se tratando de reinventar, mas,
261 quem sabe, proporem algo novo e diferente, e enfatizou que a Bahia é inovadora em muitas questões e poderia construir
262 algo novo. Disse que gostaria muito de ouvir Raul Molina, pela sua experiência de todos esses anos, comentando que, ao vir
263 para a SESAB - na época da Portaria 699 - Raul Molina era Vice-Presidente do COSEMS e havia uma discussão sobre o
264 Comando Único no CGMR de Cruz das Almas, e Raul Molina, então gestor deste município, comentou que não iria ninguém
265 para a discussão no CGMR e ele então tinha lhe disse que até poderia ir, mas não tinha carro e na mesma hora Raul Molina
266 falou que mandaria o carro do COSEMS lhe levar. E se tratava de uma reunião fácil da CIB, com Raul Molina, Odilon Rocha,
267 Marta Rejane, para discutirem os critérios do Comando Único na época. **Raul Molina** se divertiu com a lembrança de Cássio
268 Garcia do CGMR, que tinha nove municípios e que faziam parte além dele, Odilon Rocha, Marta Rejane, Stela Souza e Deise

269 Barbosa, e todos ali já tinham passado por muita estrada. **Raul Molina** colocou que esta reunião CIB seguramente será
270 histórica, de um lado tem um fato claro, que é o pedido de Comando Único e estavam sendo feitas algumas considerações que
271 tinham que ser levadas em conta. E, no bojo dessas considerações, algumas pessoas devem estar inquietas porque, ao verem
272 que outras solicitações aberrantes de Comando Único chegaram à CIB e com situações muito mais complicadas do que as de
273 hoje, sem ter sido tomada essa atitude, e hoje podiam definir outro rumo, sem terem sido revistos aqueles que passaram pela
274 CIB anteriormente, e que vissem a situação. Disse que se colocava como ator em todos esses processos, ciente de que em
275 algum momento chegariam a estabelecer o critério a ser adotado e teria que ser o critério que foi sempre utilizado, não
276 podendo ser um critério agora, por exemplo, para Rio do Pires. Então, que olhassem esta situação e chamou atenção de que
277 já foi concedido Comando Único para municípios sem sequer ter sido feito levantamento desse estudo e sem ter sido colocado
278 na CIB. A equipe da Superintendência de Regulação poderia relatar que viram os estudos e dito aqui, por várias vezes que não
279 recomendavam, mas se o município quisesse, que aprovassem, e assim tinham visto acontecer desassistência,
280 descumprimento de princípios básicos de responsabilidade sanitária. Dessa forma não poderiam agora usarem 'dois pesos e
281 duas medidas', estavam aqui em um dilema em que, como representantes dos municípios, militantes do Sistema Único de
282 Saúde, incluindo Igor Ferreira, que chegou há pouco tempo, não queriam inviabilizar ninguém, conhecia município pobre e
283 município rico, lembrando um colega do CONASEMS que dizia não saber o que que era ser pobre, o que era ter um MAC de
284 seis mil reais no município e esse município tem o recurso MAC de sessenta mil reais e a esse município ter sido negado o
285 Comando Único. Enfatizou que há um problema, em que o estado traz uma proposta para repensarem, reverem por região,
286 verem acesso, assistência e, com isso, colocava abertamente seu dissenso quanto ao Comando Único ser discutido aqui.
287 Entretanto, se isso lhes levava a uma reflexão de que é preciso rever algumas coisas, não poderiam rever somente os
288 municípios aqui colocados, porque assim não estariam fazendo equidade e, se assim fosse, este seria seu último dia aqui, ele
289 não teria mais por que estar aqui, por conta do que acreditara sua vida inteira, o que sempre defendera, como algo que
290 escolhera para fazer. Logo, a seu ver não teria outra discussão a se fazer, os municípios perdem o Comando Único, nessas
291 circunstâncias o estado faz o dissenso, estava propondo uma reflexão de que não podiam decidir aqui por eles próprios, nunca
292 tinham feito isso e não seria a primeira vez que fariam. Assim, o COSEMS mantinha a sua posição, o estado a sua e, neste
293 momento, tudo que viesse a ser colocado seria redundante, sem perderem o respeito e principalmente a institucionalidade,
294 tanto do governo do estado como do município, sabendo que tem mais uma instância a que o município tem todo direito de
295 recorrer, se quiser, e colocava isso aqui, mas não sabia se os colegas concordavam. **Stela Souza** concordou com Raul Molina,
296 acreditando que a Diretoria do COSEMS concordaria também e complementou que, a partir do momento em que tinham que
297 rever os vinte e dois municípios, toda a política, o financiamento das unidades com o financiamento que hoje existe no estado
298 para isso, e com a parte que município, estado e união têm que colocar com seus recursos, considerava uma informação
299 gravíssima para todos sendo preciso pensar que, se a partir de agora comesçassem a fazer uma discussão e definição, e se
300 não está sendo liberado para o município ser gestor do recurso da sua população, tinham que pensar seriamente se reveriam
301 todos, e perguntou - quantas unidades da rede estadual tem em Salvador, se tirariam o Comando Único de Salvador para ser
302 rediscutido, e a assim ser também com Vitória da Conquista, Itabuna, Feira de Santana, Jequié e vários outros, como seria
303 isso. Precisavam refletir, porque não tem município diferente de outro, não tem cidadão baiano diferente do outro, todos são
304 iguais, trazia isso para saírem da zona de conforto, o gestor que já tem o comando do seu recurso está tranquilo porque já
305 resolveu a situação do seu município, se fosse para levarem à mesa, todos entrariam no mesmo pacote, não sabiam quem
306 perderia e quem ganharia comando. Concluiu que o fato é que isso é novidade, em tantos anos que estava aqui, nunca existiu
307 nesse espaço de discussão e isso lhe preocupava, está sendo aberto um precedente e, portanto, precisavam fazer uma
308 reflexão. **Leonardo Prates** concordou plenamente com Stela Souza, relatando que também lhe preocupava muito os
309 precedentes, pois quando era Presidente da Câmara de Vereadores tinha aprendido que os precedentes dão origem às
310 chamadas jurisprudências. E relatou um debate ocorrido entre o município e o estado em relação a Comando Único, que ele
311 não tinha participado pessoalmente, e disse que Salvador não apoia qualquer tipo de mudança em relação ao que já ocorreu
312 ou a qualquer tipo de precedente. Citando o falecido Eraldo Tinoco - que foi Vice-Governador da Bahia e que ele tinha tido a
313 oportunidade de conhecê-lo, quando o ex-Prefeito ACM Neto era seu assessor - que lhe disse uma frase que marcou seu
314 coração até hoje: "quem tem critério não tem problema". Então concordava que é preciso ter um critério para todos, mas para
315 haver essa mudança e essa discussão é preciso todos participarem também. **Cássio Garcia** retrucou que não estava sendo
316 criado nenhum precedente, ponderou que estavam em Bipartite, que sugere isso regimentalmente, podendo ser que na
317 próxima reunião já estivessem trazendo outra novidade. E lembrou que há três anos teve três reuniões da CIB sobre a PPI com
318 dissenso de Salvador, para depois chegaram a um consenso, isso fazia parte deste espaço, como fazia parte também o estado
319 não considerar este o momento, e no futuro dizer outra coisa. Então apenas nesse sentido que estavam trazendo a
320 necessidade da discussão, como tinha sido trazido anteriormente por Salvador e outros municípios, não sendo a primeira vez
321 que acontece dissenso, isso os fazia pensar e tentar novamente até serem convencidos, não que quisessem ser
322 convencidos, pelo contrário, mas podiam discutir, por isso repetia em trazerem um aprofundamento sobre essa questão. **Stela**
323 **Souza** constatou que, a partir do momento em que um membro da CIB aponta um encaminhamento diferente da aprovação, é
324 fato que está dado o dissenso e é importante ficar registrada a preocupação do COSEMS e os municípios quanto a isso. Outra
325 questão, os municípios também podem se sentir à vontade para buscarem outros caminhos para resolverem, realmente já
326 houve dissenso em outras situações e com uma ou duas reuniões, tendo conseguido chegar ao consenso e, em não havendo
327 esse consenso, existe a Tripartite, porque é direito do município buscar o seu caminho, todos os municípios que estão há
328 meses aguardando têm o direito de buscar, o que não é bom para todos, nenhum encaminhamento desse tipo que sai da
329 alçada estadual, bipartite, e vai para conhecimento e discussão de outros estados, não é bom, mas o município tem direito e
330 está na lei. E considerou vencido o ponto. **Cássio Garcia** concordou que todos têm direito, mas propunha a discussão da
331 SESAB e do COSEMS, independentemente de qualquer situação, para fazerem uma avaliação sobre isso, até para que, em
332 uma próxima reunião da CIB, não ficasse parecendo que as palavras ficaram soltas, isso para pensarem sobre começarem a
333 refletir de fato. **Stela Souza** colocou que não via muito o que discutir pois isso é fazer o gestor deixar de ser gestor, não via
334 como o município não poder ser gestor e eles ainda acharem que tem o que discutir. **Raul Molina** concordou que é matéria
335 vencida, mas tinha entendido que Cássio Garcia está querendo pedir que, no decorrer desse tempo, o COSEMS intermediasse

336 uma conversa junto àqueles municípios e perguntou se é isso que ele estava colocando. **Cássio Garcia** respondeu que é isso
337 também e iria um pouco além, mas que poderia ser um começo. **Raquel Ferraz** colocou, com relação aos valores citados pelo
338 colega que recebe hoje e o que receberia, lembrando que quando o gestor toma essa decisão e assume, percorre um
339 caminho, vai à SESAB, onde os técnicos atendem muito bem, repassam todo o teto e todas as informações. Assim, quando o
340 gestor toma essa decisão, ele sabe de onde vem e onde está o recurso, e é complicado para o COSEMS fazer agora um
341 estudo, porque o estudo já está feito pelo gestor do município e já passou pela equipe técnica. Então sua preocupação nesse
342 momento é que desde março os municípios estão solicitando e o número de pedidos está aumentando, os gestores cobram
343 uma decisão a Stela Souza, como COSEMS, e ao Coordenador de CIR, é realmente uma situação difícil de aceitar. **Cássio**
344 **Garcia** disse que em conversa com Naia Neves achavam que poderiam começar chamando esses municípios, verem o que
345 estivesse com sessenta mil reais no teto e recebendo treze mil, atualizariam então fazerem as correções para o recebimento
346 dos sessenta mil, mas iriam além disso e não se tratava de discutirem aqui parcos recursos, a proposição tinha sido nesse
347 sentido, mas, como Raul Molina falou, já é matéria vencida. **Jacklene Mirne, Secretária Municipal de Saúde de Santo**
348 **Amaro e membro da CIB**, cumprimentou a todos colocando que, como município, não poderia deixar de reforçar a fala de
349 Raquel Ferraz, até porque tem sido cobrado realmente, entendia tudo que foi trazido aqui como reflexão e concordava que há
350 um objetivo comum, que é mesmo a assistência, todo mundo está preocupado com a assistência, mas é inegável que os
351 gestores fazem o estudo, ninguém pede Comando Único sem fazê-lo e é com uma equipe técnica e tudo o que o colega
352 colocou sobre o município pequeno, que também deve ter feito um estudo sobre como conseguir atingir e que também está
353 desassistido, dessa forma partia-se do pressuposto de que foi feito um estudo para ver de que forma assistiriam seus
354 munícipes. Enfatizou que a discussão vai além de recursos, a proposta de garantir assistência é o único consenso deles no
355 momento, mas todo gestor, a partir do momento que assume essa pasta, deve pesar a responsabilidade de autoridade
356 sanitária que ele tem para com o município, saber o que que está fazendo, isso perpassa até mesmo pelo respeito pelo que o
357 gestor já vem construindo com sua equipe técnica e isso já vinha se arrastando há alguns meses. Argumentou que na última
358 reunião da CIB Tereza Paim ainda estava no processo de mudança, foi perfeitamente compreensível, muitos municípios se
359 comunicaram em separado, outros falaram na CIB e conseguiram compreender seu discurso de que naquele momento não era
360 possível, mas hoje, apesar de ser pauta vencida, tinha que colocar que é lamentável porque, tanto secretários como prefeitos e
361 equipe técnica criaram uma expectativa e estavam esperando uma resposta positiva. Dando seguimento, **Stela Souza** passou
362 para o próximo ponto de **Pactuação: 6.3 CIR de Guanambi solicita apoio junto à execução de cirurgia eletiva de**
363 **gestão estadual** e solicitou esclarecimento a Naia Neves, apenas para deixar registrado em CIB, sobre cirurgia eletiva,
364 referente à solicitação do Ministério para fazer alteração de município executor. **Everton Gomes, Secretário Municipal de**
365 **Pindaí e Coordenador da CIR de Guanambi**, cumprimentou a todos e colocou que a proposta das cirurgias eletivas foi
366 apresentada na reunião da CIR de agosto e na reunião estavam presentes dois prestadores interessados em realizar estas
367 cirurgias na região, tendo sido pactuado que o Município Caetité seria executor das cirurgias eletivas gerais e o Município
368 Guanambi seria executor das cirurgias eletivas oftalmológicas, todas sob gestão financeira do Estado. Passados alguns dias
369 um técnico da SUREGS lhe informou que na região não existe empresa credenciada para executar o serviço e tinham
370 começado então a contactar a SUREGS/NUCON e a resposta sendo sempre que não existe empresa credenciada na região
371 para executar o serviço. Entretanto, nesta semana, o Hospital UNACON de Caetité está realizando o serviço, atendendo
372 municípios até de outra região, e ele tinha sido informado por uma técnica da SESAB que este atendimento é referente a um
373 contrato antigo, diferente do contrato das cirurgias eletivas, seria um contrato MAC e não um contrato FAEC. Porém, os vinte e
374 dois municípios da região de Guanambi não encaminharam seus pacientes para este atendimento, por estarem seguindo as
375 orientações da SESAB, enquanto municípios de outro território conseguiram. Ressaltou a situação da Secretaria de Saúde de
376 Caetité com o hospital do município atendendo pacientes de outra região e a SMS sem conseguir atender seus munícipes, mas
377 Caetité poderia ter mandado, contudo a resposta que recebiam era sempre que deviam aguardar a finalização do contrato da
378 SESAB e lhe parecia que, até agora, as duas empresas que apresentaram proposta ainda estão em fase de finalização do
379 contrato. Desse modo, em nome dos vinte e dois municípios da região de Guanambi, solicitava celeridade nesse processo e
380 um posicionamento da SESAB determinando quem deve ser o prestador e a data para iniciarem o atendimento dos seus
381 munícipes. **Naia Neves, Diretora da DICON e membro da CIB**, cumprimentou a todos, relatou ter conversado bastante com
382 Everton Gomes e já imaginava que o retorno de cirurgias eletivas pós pandemia, em seu momento crítico, seria realmente um
383 pouco confuso, aquela pior parte da suspensão, e todo tempo ela solicitando que as questões sobre as eletivas fossem
384 tratadas diretamente com a DICON, que é onde se prepara a resolução com a divisão de recurso, baseado na portaria do
385 Ministério e de se encaminha também para o Ministério, porque a NUCON é a área técnica a que Everton Gomes se reportou,
386 o operacionalizador do contrato, mas, baseado na regra da pactuação da portaria ministerial pelo estado, o que inicia nessa
387 instância é o que vai para o contrato e às vezes as informações das discussões fogem um pouco. Relatou que em Guanambi
388 ocorreu uma situação em especial, porque no início de 2020 tinha havido a troca de um prestador de glaucoma, pela ausência
389 efetiva de serviço na região, passando a ser o prestador atual, que se organizou para montar a estrutura sem se lembrar do
390 que tinha sido pactuado anteriormente com relação ao glaucoma, em sua totalidade, sobre ter uma unidade fixa do paciente e
391 os municípios terem a referência. Ele se organizou para essa unidade em Guanambi e normalmente quem faz glaucoma faz
392 também catarata, não apenas para dar viabilidade para o paciente, como por ser melhor para o município, e, assim, não ter
393 que ficar com um prestador para catarata e outro para glaucoma. Ao longo desse tempo este mesmo prestador solicitou
394 credenciamento para cirurgia eletiva, no entanto, não tinha conseguido vencer por completo a parte documental e talvez isso
395 não tivesse sido devidamente explicado na CIR, sendo o que ela tinha explicado a Everton Gomes, que talvez na região não
396 soubessem que esse prestador não estava ainda devidamente credenciado pelo estado e talvez não tivesse ocorrido a
397 pactuação nesse momento, mas quem deveria ter levado a informação no local, como representação do estado, não a levou. E
398 aconteceu também que teve o contrato do Hospital Municipal de Caetité e lembrava sempre - porque se fala muito do
399 UNACON - que é um hospital geral, com serviço de oncologia e serviços de outras especialidades e nenhum deles é cirurgia
400 eletiva, que não tem a ver com financiamento FAEC da Política Nacional, e é o que se pactua na CIB e com o recurso MAC
401 estado. E quando este hospital contratou um serviço terceirizado, porque lhe é permitido colocar um serviço terceiro de
402 oftalmologia ou outra especialidade - ele evolui então com o retorno da unidade, diminuindo mais os casos da COVID e

403 mudando agora, ampliando mais para as outras demandas e, em breve, também a oncologia. Dessa maneira o hospital iniciou
404 o processo de triagem dos pacientes para oftalmologia, e foi quando a confusão foi gerada, porque estavam tratando da
405 política nacional e veio outro prestador para iniciar a triagem baseada no financiamento, que não tem a ver com a política
406 nacional FAEC, e sim com MAC. Achava que Everton Gomes tinha conseguido entender, estivera também com Verônica, de
407 Caetité e explicou que a confusão tinha sido mesmo porque estavam tratando das duas coisas praticamente ao mesmo tempo
408 e não houve a conclusão do credenciamento do primeiro prestador, que está com a tramitação do credenciamento em fase de
409 encerramento, para ser publicado. Assim, em breve estaria apto para atuar nas cirurgias eletivas, na política nacional FAEC e o
410 Hospital Municipal de Caetité já se encontra apto para executar as cirurgias eletivas - cirurgia geral ou oftalmológica - todo
411 escopo que não é aquele da política, mas se encontra apto dentro do que a tabela SUS traz como cirurgia eletiva. Entretanto
412 esse hospital também solicitou o credenciamento para a política nacional de eletivas FAEC, por intermédio de sua unidade
413 gestora, visando ampliação, então em breve teriam os dois já publicados, mas hoje o Hospital Municipal de Caetité é que está
414 devidamente habilitado, contratado para cirurgia eletiva, mediante financiamento MAC. Informou que Stela Souza a tinha
415 pedido para trazer esse cenário das eletivas e se não estava enganada, tinham feito na reunião CIB de julho, quando foi
416 discutida a liberação e a resolução, com a retirada de algumas travas que existiam, e encaminhada de imediato ao Ministério
417 da Saúde. Porém, naquela corrida em que, quando está liberado todo mundo pactua, houve algumas trocas de executores,
418 naquele prazo estipulado para todas as CIR pactuarem até 15 de agosto. Então, para alguns municípios que estavam com
419 executor de outro município, ou do estado, e que pretendiam se habilitar como executores nas pactuações ocorridas em julho e
420 agosto, o Ministério devolveu a resolução, informando que aqueles municípios não podiam ser executores por não terem
421 cumprido a regra da portaria, de o município ter atingido a sua meta MAC na série histórica de 2019 e, desse modo, só fazendo
422 jus ao recurso FAEC das eletivas e o Ministério ainda está considerando, para o município, o cumprimento da sua meta MAC
423 em 2019 e provavelmente considerará também para 2022. Assim, foram feitas novamente discussões em algumas CIR, alguns
424 municípios, porque, como a minuta da resolução é única, quando é encaminhada para o Ministério é preciso extrair do anexo
425 dos quatrocentos e dezessete municípios, quais são os executores municipais e estadual, e o Ministério devolve a resolução,
426 ou seja, não publica nada para o estado da Bahia – o que ela achava correto – pois tem que publicar a resolução para o estado
427 e não para determinado município ou para a gestão estadual. Depois de várias discussões com técnico do Ministério sobre o
428 que poderia ser feito, foi encaminhada a resolução ajustada e já tendo sido validada pelo técnico do Ministério, estavam
429 apenas aguardando sua publicação pelo estado, para encaminhá-la oficialmente, o mais breve possível. E complementou que
430 a portaria para o estado da Bahia já está pronta, aguardando apenas o envio desta resolução publicada para o MS publicar a
431 portaria e os recursos comecem a vir para os municípios executores e para a gestão estadual que, segundo o acerto com o
432 MS, virá de forma retroativa, e repetiu que precisavam apenas da nova publicação com a alteração do anexo, porque não é
433 uma nova resolução, é a alteração do seu anexo, depois de todo o reestudo que teve que ser feito. **Stela Souza** informou que
434 a resolução foi publicada em 23 de setembro de 2021, lhe parecendo que agora seria definitivo, pois Naia Neves lhe relatou
435 que dessa vez ela tinha feito o contrário, tinha encaminhado a minuta ao MS, antes de a resolução ser publicada. **Everton**
436 **Gomes** agradeceu a Naia Neves por toda atenção, pois tinham conversado muito nesta semana, entretanto uma coisa não
437 tinha ficado clara para ele, pois a CIR pactuou que o município executor seria Guanambi, mas a empresa de Guanambi ainda
438 não está pronta, então perguntava se poderia mudar essa pactuação ou se a SESAB é que direcionaria que o prestador será o
439 Município Caetité - que já tem uma empresa pronta – e se já poderia mandar os pacientes para Caetité, ou precisava aguardar
440 ainda alguma contratualização da SESAB. E, se tivesse que aguardar, qual seria o prazo provável para ter uma definição sobre
441 esse pedido de credenciamento pela política nacional, tanto de Guanambi quanto de Caetité. **Naia Neves** esclareceu que a
442 pactuação da oftalmologia foi feita para a unidade de Guanambi, que está na fase final de credenciamento e acreditava que no
443 máximo em dez dias já tivesse a publicação do termo de adesão da empresa da unidade de Guanambi. Assim, como esta seria
444 praticamente a última resolução a ser encaminhada - por não ter mais tempo, pois setembro já está terminando - não achava
445 válido fazerem a repactuação para algo que em dez dias já seria resolvido. Ponderou que na região, quem pactuou demais
446 cirurgias ou quiser optar por levar para Caetité, pode fazer, porque Caetité tem cirurgia eletiva, então poderá fazer tanto cirurgia
447 geral como o serviço de oftalmologia que está lá, mas então fica no que pactuaram lá e o financiamento é outro, o recurso do
448 FAEC que vai para a região está mantido para a pactuação que a região de saúde propôs e que veio constando na ata.
449 Diferentemente disso é Caetité, logo, não achava válido mudarem por dez dias apenas. Relatou que a empresa lhe ligou,
450 pedindo para encaminhar um ofício para o Núcleo, informando que podiam triar paciente e ela tinha respondido que é
451 necessário habilitar a empresa porque, antes do contrato propriamente publicado, se habilita no credenciamento e, ao habilitar,
452 fica explícito que a unidade está apta para adesão. O restante é tramitação mais interna, ou seja, não depende da empresa e,
453 como está faltando apenas um documento, que já está sendo providenciado e a unidade ficou de mandar no máximo até
454 amanhã, habilitaria no credenciamento e ficaria apta para iniciar a triagem. **Stela Souza** comentou, sobre a resolução nova
455 impressa, que para Pindaí, por exemplo, na região de Guanambi, consta Caetité como executor, execução estadual, então é
456 para Caetité que vai, mas acrescentou que é geral, não é oftalmologia e perguntou se fazia separadamente. **Naia Neves**
457 ressaltou que consta uma observação na ata de que toda a parte oftalmológica está pactuada para Guanambi, no entanto não
458 consta essa divisão Caetité/Guanambi na planilha que foi encaminhada, muitas pactuações são desse jeito na gestão estadual,
459 porque não sabiam quem é que tem contratado em Caetité e quem é que tem contratado em Guanambi, e o de Guanambi é
460 apenas para oftalmologia. **Stela Souza** argumentou que se perde um valor, um percentual, porque é per capita, ela divide,
461 pactua na CIR com o município 'A', que executará sua cirurgia eletiva e sem quer saber qual cirurgia eletiva, porém agora ela
462 tinha ficado mais confusa e perguntou se existe uma planilha para oftalmologia e outra para procedimentos não oftalmológicos.
463 **Naia Neves** explicou que não é uma planilha, estava respeitando a ata aprovada na região de Guanambi, pois é onde está
464 explicitado quem é o executor da oftalmologia e no sistema se consegue separar o que é recurso de oftalmologia e o que é
465 recurso de cirurgia geral, muito embora aí não esteja, mas eles já corrigiram e mandarão, então teriam o documento da região
466 de saúde com esta alteração feita. **Stela Souza** colocou ainda que tem mais algumas questões de cirurgia, algumas
467 reclamações de Ipiaú - região de Jequié - e a Coordenadora havia exposto a dificuldade para o COSEMS, pois não está
468 acontecendo nenhuma cirurgia eletiva, e a de Raquel Ferraz, que não consegue cadastrar outras cirurgias, além de catarata.
469 **Raquel Ferraz** relatou que foi pauta de CIR na região de Paulo Afonso, pois quando se abre o Lista Única só aparece cirurgia

470 de catarata - facectomia e vitrectomia. **Naia Neves** argumentou que provavelmente só foi credenciado neste sistema para
 471 cirurgia oftalmológica e não teve credenciamento de outro prestador para cirurgia geral. **Stela Souza** perguntou como lançar
 472 outras cirurgias no Lista Única e **Naia Neves** respondeu que é preciso identificar quem será o prestador executor, para
 473 cadastrar seu plano operativo no Lista Única. **Raquel Ferraz** disse que não estava entendendo se precisava cadastrar, para
 474 identificar qual a demanda da região, porque não podia cadastrar apenas para o estado visualizar qual a necessidade da
 475 região. **Naia Neves** esclareceu que cadastra primeiramente a oferta do plano operativo - o que está no 'Lista Única' gestão
 476 estadual - não cadastra todo aquele escopo de eletivas da portaria, onde constam planos operativos de vários prestadores.
 477 Então, cadastra aquele o plano operativo que é a oferta de serviço e, a partir daí, os municípios cadastram seus pacientes, e
 478 se está apenas como oftalmologia é porque no ano passado, ou em anos anteriores, só havia prestador para oftalmologia na
 479 gestão estadual, mas pediu que Raquel Ferraz lhe mandasse para ela analisar melhor. Dando seguimento, **Stela Souza**
 480 passou a palavra para **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, apresentar as **resoluções publicadas ad referendum**,
 481 para **ratificação dos membros da CIB**:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
195/2021	09/09/2021	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.
198/2021	14/09/2021	Aprova ad referendum o protocolo do remanejamento intraestadual de recursos do limite financeiro da média e alta complexidade (Teto MAC) sob gestão dos municípios e da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia do Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).
199/2021	16/09/2021	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.

482 **Stela Souza** submeteu a ratificação das resoluções ad referendum aos membros e, como não houve nenhuma manifestação,
 483 foram **aprovadas à unanimidade**. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou à leitura dos expedientes encaminhados para
 484 **Informes: 1. Secretaria Executiva da CIB e SAIS/DAB: 1. 1 Comunicado sobre Credenciamentos solicitados ao MS:**

CRENCIAMENTO	ESPECIFICAÇÃO	MUNICÍPIO
ESF – Equipe de Saúde da Família	01 ESF	Belmonte
	01 ESF	Serra do Ramalho
	01 ESF	Vera Cruz
	01 ESF	Guanambi
	02 ESF	Sítio do Mato
ESB – Equipe de Saúde Bucal	02 ESB Modalidade I	Ituberá
	02 ESB Modalidade I	Sebastião Laranjeiras
	02 ESB Modalidade I	Sítio do Mato
	09 ESB Modalidade I	Serra do Ramalho
EAP – Equipe de Atenção Primária	01 EAP	São Felipe
	01 EAP	São Miguel das Matas
	01 EAP	Serra do Ramalho
	02 EAP	Itacaré
ACS – Agente Comunitário de Saúde	04 ACS	Guanambi
	36 ACS	Itacaré
UOM – Unidade Odontológica Móvel	01 UOM	Monte Santo

485 **1.2 Ofício nº 34/2021, referente à alteração de item na proposta de Emenda Parlamentar de aquisição de equipamento e**
 486 **material permanente para Unidade de Saúde da Família do Município Boninal** - esclareceu que tem uma orientação do
 487 Ministério para, no caso de o município ter necessidade de fazer alteração nos itens das suas propostas de aquisição de algum
 488 item de equipamento para unidades, e pleiteado via emenda parlamentar, comunicar à CIB e a forma de deixar isso publicizado
 489 será como Informe na CIB, razão pela qual tinha começado a incluir em pauta. **1.3 "Redmine - ferramenta de gerenciamento**
 490 **de projetos que será utilizada para diagnóstico e padronização da frota do SAMU 192 - Bahia": Alcina Romero, Diretora**
 491 **da DAE e membro da CIB**, informou que o Ministério da Saúde solicitou uma reunião com os secretários municipais e
 492 coordenadores de Base de Centrais Regionais de SAMU, para apresentar uma nova ferramenta de gerenciamento de projetos,
 493 o "Redmine", e dizem que é uma tentativa de fazerem uma unificação, para buscarem melhorar a renovação de frota. Relatou
 494 que no estado tem vinte municípios que sediam Centrais de Urgência e Emergência do SAMU e muitos municípios estão com
 495 problemas de renovação de frota e, com esta ferramenta, o Ministério espera acompanhar melhor a quilometragem e o estado
 496 dos veículos. Essa reunião será dia 27 de setembro, às 16 horas, em uma plataforma virtual, já tendo sido encaminhado
 497 convite para todos os secretários municipais, com cópia para os coordenadores de SAMU, sendo importante a participação de
 498 todos. **Nanci Salles** continuou os pontos de **Informe: 2. Auditoria do SUS/BA informa que, após auditorias realizadas**
 499 **na Secretaria Municipal de Saúde de Conceição do Coité e no Hospital Municipal Dr. Eurico Goulart de Freitas,**
 500 **localizado no município Mata de São João, disponibilizará respectivamente, cópia do relatório, recurso de**
 501 **reconsideração e publicação no Diário Oficial do Estado. 3. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À**
 502 **SAÚDE – SAIS/DAE: 3.1 Repasse referente à Portaria MS 3712/2020, que institui, em caráter excepcional,**
 503 **Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Fortalecimento do Acesso às Ações Integradas para Rastreamento,**
 504 **Detecção Precoce e controle do Câncer - Alcina Romero** lembrou que foi pactuada em março, a distribuição do recurso
 505 federal vindo para ampliação do acesso às ações de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e colo do útero, mediante

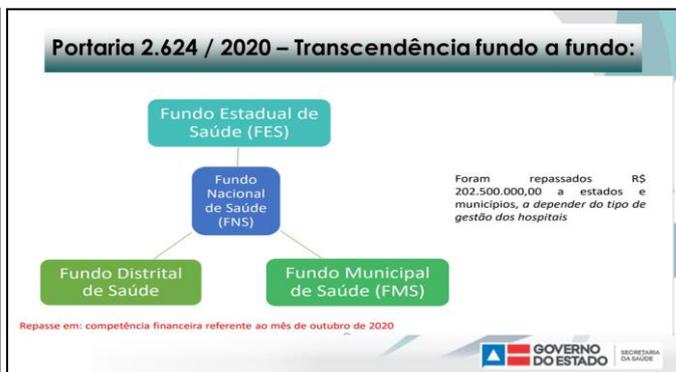
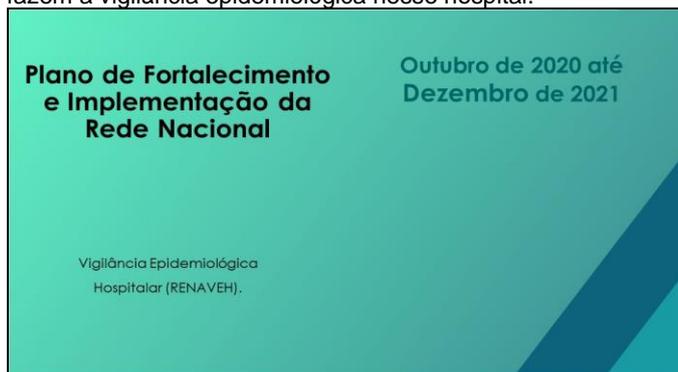
506 Resolução CIB nº 053/2021, no valor de nove milhões e meio de reais e o plano que tinham que mandar para o Ministério -
 507 que foi alvo desta Resolução CIB - pouco mais de quatro milhões de reais ficou para a gestão municipal, distribuído entre os
 508 municípios executores das ações de câncer de mama e colo do útero. Avisou que esse recurso está sendo repassado para as
 509 contas dos respectivos municípios - oitenta municípios - e recomendava aos que não lembrassem se têm ou não esse recurso,
 510 que acessassem a Resolução CIB 053/2021, porque em seu anexo consta o município e o valor do recurso correspondente.
 511 Lembrou que este recurso não é livre, é para proporcionar ampliação de 30% na produção alcançada por cada município no
 512 ano 2019 e o Ministério informa que após um ano fará um encontro de contas, a fim de verificar se houve o aumento dos 30%
 513 que comprove a utilização do recurso. Comunicou que no momento da apresentação da Escola Estadual - que, entre outras
 514 coisas, ficou pactuado nessa resolução - ela falaria de novo sobre esse recurso, tem um curso de capacitação para coleta de
 515 citopatológico do colo do útero, então voltaria a falar um pouco mais dessa ação. Em seguida **Nanci Salles** passou para a
 516 leitura dos pontos de **Homologação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC: 1.1**
 517 **Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Cardeal da Silva	Pronto Atendimento COVID 19 Cardeal da Silva	7231458	14.126.254/0001-65	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAESM I

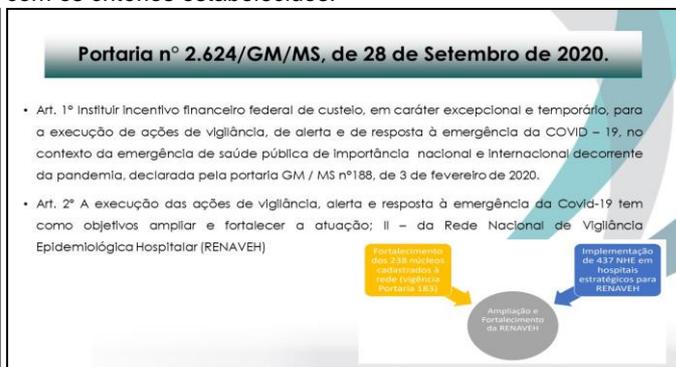
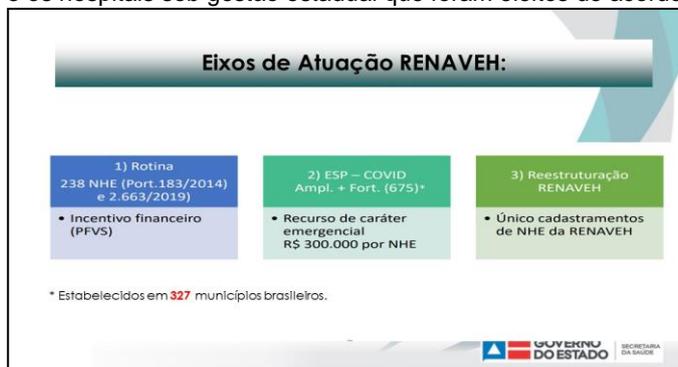
518 Informou que a área técnica pediu para retirar este item de pauta porque houve um equívoco e a unidade não pode ser
 519 habilitada para este funcionamento. **1.2 Aprovar metas quantitativas e qualitativas para Implementação do Programa**
 520 **de Transplantes do Estado da Bahia. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE –**
 521 **SUREGS/DICON/COCON. 2.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Hospital Estadual da Mulher	0003778	13.937.131/0058-87	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral – código 23.01 e 23.04

522 **3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO A SAÚDE – SUVISA/CIEVS. 3.1 Plano Estadual de**
 523 **Fortalecimento e Ampliação da Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (RENAVEH) - Livia**
 524 **Guerra, enfermeira sanitaria integrante do CIEVS Estadual, cumprimentou a todos, informando que este Plano foi**
 525 **instituído pela Portaria 2624, de 28 de setembro de 2020, que instituiu recurso financeiro, incentivo de custeio para os Núcleos**
 526 **Hospitalares de Epidemiologia, que são as equipes que atuam em alguns hospitais, de gestão estadual ou municipal, que**
 527 **fazem a vigilância epidemiológica nesse hospital.**



540 Acrescentou que este recurso foi instituído por conta da pandemia do COVID, o incentivo de custeio - o montante de onze
 541 milhões e cem mil reais para o estado - veio com objetivo de fortalecer as equipes de vigilância epidemiológica dos hospitais,
 542 que deve observar, fazer a eleição dos hospitais que atendem aos critérios explicitados na Portaria: os hospitais devem ser de
 543 gestão pública direta e terem no mínimo dez leitos de UTI habilitados e implantados. Explicou, mostrando no *slide* abaixo, que
 544 o plano se estrutura em dois eixos: de fortalecimento; e de ampliação da rede chamada RENAVEH - Rede Nacional de
 545 Vigilância Epidemiológica Hospitalar. Acrescentou que ao MS se referir a fortalecimento, significou que deverá ser repassado
 546 recurso para alguns hospitais que já integravam a Rede. No eixo de ampliação, alguns outros hospitais que não se incluem
 547 nessa Rede de Vigilância Hospitalar e que serão integrados. Apresentou também dando seguimento aos *slides*, o cronograma
 548 e os hospitais sob gestão estadual que foram eleitos de acordo com os critérios estabelecidos:



561 Falou que o cronograma do plano é dividido em quatro etapas: de planejamento - quando, à medida em que foi se conhecendo
 562 a Portaria foi sendo feito o levantamento desses hospitais; de implementação - em que os gestores dos hospitais, a princípio
 563 indicados pelo estado, devem fazer a confecção dos documentos e a assinatura dos termos de compromisso; de

564 operacionalização – a que o estado se encontra atualmente – com a capacitação das equipes de vigilância epidemiológica
 565 implantadas nesses hospitais e fazendo monitoramento dos indicadores; e de avaliação.

Portaria nº 2.624 – Critérios:

• Art. 4º A definição das unidades federadas definidos nos Anexos I e II a esta Portaria foi realizada a partir dos seguintes critérios:

II Quanto às unidades hospitalares da RENAVEH;

a) Incentivo financeiro federal correspondente a R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) aos Núcleos Hospitalares de Vigilância Epidemiológica, em todos os estabelecimentos de saúde de **gestão pública com dez ou mais leitos de Unidade de Terapia Intensiva UTI** habilitados e implantados;



Eixos de atuação – Estrutura-se em dois eixos:

A) Fortalecimento da RENAVEH, apenas os vinculados ao MS Portaria nº 183/2014:

• Existem 238 Núcleos Hospitalares de Epidemiologia (NHE) cadastrados e vinculados a estratégia de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Ministério da Saúde.

• Esses NHE foram cadastrados e vinculados pela Portaria nº 183/2014. Atualmente, esses núcleos continuam recebendo o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços estratégicos de vigilância em saúde (IEVS) regulamentada pela Portaria nº 2.663/2019.

B) Ampliação da RENAVEH:

• Além dos 238 NHE vinculados ao Ministério da Saúde, de acordo com o levantamento realizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CENES), existem 437 hospitais que têm gestão pública com dez ou mais leitos de Unidade de Terapia Intensiva em todo o país. O Ministério da Saúde objetiva que, minimamente, sejam amplificados 437 novos núcleos à RENAVEH.

O investimento tem como objetivo:

Aperfeiçoar o processo de trabalho dos profissionais que atuam nesses núcleos;
 Estruturar os espaços físicos em que esses são estabelecidos e dar condições de trabalho mínimas para os profissionais que neles atuam.



579 Informou que o recurso recebido na competência financeira de outubro de 2020 deve ser executado até dezembro desse ano,
 580 é um recurso de custeio e não pode ser utilizado para aquisição de equipamento. Após análise de todos os requisitos exigidos
 581 na Portaria, o estado elegeu oito hospitais de gestão estadual, todos já possuem núcleo de epidemiologia epidemiológica
 582 hospitalar, estão sendo fortalecidos e capacitados cada vez mais para desenvolverem as ações de vigilância.

Portaria nº 2.624/2020 – Recurso de manutenção / custeio:

O repasse de Incentivo financeiro contemplará itens da rubrica **custeio**:

- **Material de Consumo;**
- **Serviço de terceiros pessoas físicas e jurídicas;**
- **Custeio / manutenção.**

O incentivo **NÃO** contempla **ações e aquisições de rubrica capital: Investimento** (obras, aquisição de equipamentos e material permanente entre outros).

Cronograma para Implementação do Plano de Ampliação e Fortalecimento da RENAVEH:

ETAPA	JUN	JUL	AUG	SET	OCT	NOV	DEZ	JAN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Planejamento													
Execução													
Avaliação													



Hospitais elencados para repasse do recurso financeiro seguindo os critérios Portaria N°2.624 / GM / MS, de 28 de setembro de 2020.

Estado Federado	Ações e Serviços	Crédito	CNES
1. SES/BA	Hospital Geral Prado Valadares	ESTADUAL	2400693
2. SES/BA	Hospital Geral Roberto Santos	ESTADUAL	0003859
3. SES/BA	Hospital Geral de Vitória da Conquista	ESTADUAL	2402076
4. SES/BA	Hospital Geral do Estado	ESTADUAL	0004294
5. SES/BA	Hospital Couto Maia	ESTADUAL	0005428
6. SES/BA	Hospital Ernesto Simões Filho	ESTADUAL	292740
7. SES/BA	Hospital Geral de Guanambi	ESTADUAL	2804034
8. SES/BA	Hospital Geral Cláriston Andrade	ESTADUAL	291080



Bahia recebeu o total de R\$11.100.000,00

• **Repassa fundo a fundo para os seguintes municípios:**

SIGLA	UF/MUNICÍPIO	CODIGO	CNPJ	VALOR TOTAL POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO
BA	Feira de Santana	291080	08.576590/0001-07	R\$300.000,00
BA	Salvador	292740	08.086.458/0001-17	R\$900.000,00
BA	Serrinha	293050	10.984.984.916/0001-87	R\$300.000,00
BA	Teixeira de Freitas	293135	13.843.896/0001-12	R\$600.000,00



596 Além desses hospitais que foram indicados pela gestão estadual - porque seguiram os critérios da Portaria - o Ministério fez o
 597 também repasse do recurso fundo a fundo para quatro municípios do Estado, para o mesmo objeto que consta na Portaria -
 598 ampliação e fortalecimento da rede de vigilância hospitalar. O estado recebeu esse montante e ficará um valor remanescente,
 599 porque nem todos os hospitais da rede estadual obedeciam aos critérios, mas já existe o interesse da SUVISA em fazer
 600 pactuação e o acordo com o Ministério da Saúde, para estender o prazo de utilização desse recurso a fim de outras unidades
 601 hospitalares de gestão estadual serem contempladas com este recurso. Finalizou a apresentação, colocando-se à disposição
 602 para quaisquer esclarecimentos. **Stela Souza** passou à aprovação dos pontos encaminhados para homologação submetendo-
 603 os aos membros e, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovados à unanimidade**. Em seguida retornou aos
 604 pontos de **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVAST: 1.1**
 605 **Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora do Estado da Bahia - Leticia Nobre, Diretora da DIVAST,**
 606 cumprimentou a todos e, iniciando sua apresentação em *slides*, relatou que esta Política foi construída durante um ano e meio,
 607 com representação do COSEMS, participação do controle social, foi colocada em consulta pública, aprovada em dezembro de
 608 2020 pelo Conselho Estadual de Saúde e publicada em Portaria SESAB em janeiro de 2021. Nos *slides* abaixo, relatando que
 609 foi feita uma cartilha, para ser de fácil divulgação, falou sobre a estrutura da política, que tem princípios, objetivos, diretrizes,
 610 responsabilidades das estratégias e dos gestores, o que é responsabilidade comum de estado e município e o que é mais
 611 responsabilidade do estado e mais do município. Disse que a apresentação ficará disponível e todos receberão a cartilha, para
 612 distribuírem entre as equipes técnicas dos seus municípios. Apresentou os objetivos e os eixos estruturantes, que são: gestão
 613 da Política; Vigilância da Saúde do Trabalhador - que inclui Vigilância Epidemiológica dos agravos relacionados ao trabalho em
 614 vigilância de ambientes e processos de trabalho; descentralização das ações de Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à
 615 Saúde e Apoio Institucional Matricial.

628

629
630
631
632
633
634
635
636
637
638
639
640
641
642
643
644
645
646
647
648
649
650
651
652
653
654
655
656
657
658
659
660
661
662
663
664
665
666
667
668
669
670
671
672
673
674
675
676
677
678
679
680
681
682
683
684
685
686
687
688
689
690
691
692
693
694
695

Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Bahia – PSTT-BA

291ª Reunião da CIB – Bahia
23 de setembro de 2021

Consulta Pública no Site
13 dez 2019 até 31 mai 2020

Resolução Nº 22 do CES-BA
8 de dezembro de 2020

http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/01/DOE_ResolucaoCES_22_08dez2020.pdf

Portaria SESAB Nº 30
15 de janeiro de 2021

Link para acesso à PSTT-BA:
http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/PSTT-BA_Final_12mar2021.pdf

Em seguida fez um apanhado das obrigações e responsabilidade dos gestores, municípios e estado, para incluir a Saúde do Trabalhador em todos os processos de planejamento, diagnóstico da situação de saúde: incorporação de ações no Plano Municipal de Saúde; identificação dos problemas da população trabalhadora do território; planejar as ações de assistência - desde a atenção básica até a especializada, urgência e emergência - e as ações de vigilância epidemiológica e sanitária nos ambientes e processos de trabalho, ou seja, a Vigilância em Saúde do Trabalhador nos ambientes e processos de trabalho.

PSTT-BA: Estrutura/conteúdo

- CAPÍTULO I - DAS DEFINIÇÕES
- CAPÍTULO II - DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES
- CAPÍTULO III - DOS OBJETIVOS
- CAPÍTULO IV - DOS EIXOS ESTRUTURANTES
- CAPÍTULO V - DAS ESTRATÉGIAS
- CAPÍTULO VI - DAS RESPONSABILIDADES
 - SEÇÃO I – Das atribuições comuns dos Gestores Estaduais e Municipais do SUS
 - SEÇÃO II – Das atribuições dos Gestores Estaduais do SUS
 - SEÇÃO III – Das atribuições dos Gestores Municipais do SUS
- CAPÍTULO VII – DA GESTÃO DEMOCRÁTICA, PARTICIPATIVA E COM CONTROLE SOCIAL
- CAPÍTULO VIII - DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
- CAPÍTULO IX – DO FINANCIAMENTO

PSTT-BA - Capítulo III – Dos Objetivos

- Promover e proteger a ST
- Reduzir a morbimortalidade relacionada ao trabalho
- Promover melhoria das condições, dos ambientes e processos de trabalho
- Fortalecer a Vigilância em ST e a integração com as demais vigilâncias
- Garantir integralidade e qualidade na atenção à ST
- Garantir universalidade, ampliação do acesso e inserção da ST em todas instâncias e pontos de atenção
- Incorporar categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença, incluir na ASS, no planejamento e ações
- Desenvolver, produzir, fomentar ... Informações, conhecimento, pesquisas de interesse à ST
- Promover articulação intra e intersectorial
- Garantir participação social na formulação, controle e avaliação da política ST

PSTT-BA - Capítulo IV – Dos Eixos Estruturantes

- Gestão da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
- Vigilância da Saúde do Trabalhador – Visat
- Descentralização das ações de ST na RAS
- Apoio institucional e matricial

Cap. VI - Responsabilidades dos gestores - municípios e estado - Comuns e específicas

- Planejamento, gestão, garantia de desenvolvimento das ações
- Plano de saúde; análise de situação de saúde
- Financiamento: incluir necessidades e demandas de ST no orçamento
- Manutenção de equipes técnicas; técnicos de referência em ST
- Manutenção de condições de trabalho das equipes técnicas
- Garantir estrutura física e logística para as ações de ST
- Processo de pactuação intergestores para organização das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde

Responsabilidades dos gestores – municípios e estado Comuns e específicas

- Protocolos assistenciais, normas técnicas e documentos orientadores para Visat
- Executar ações de atenção, de vigilância epidemiológica e de vigilância de ambientes e processos de trabalho
- Rede de centros de referência em saúde do trabalhador de acordo com perfil produtivo e epidemiológico das regiões de saúde
- Estratégias de gestão do trabalho, Educação Permanente, informação e comunicação
- Rede de apoio técnico e institucional
- Promoção e fortalecimento da participação e do controle social
- Desenvolver projetos estratégicos em âmbito locorregional (Estado)
- Promover articulação intra e intersectorial

Principais resultados esperados da PSTT-BA

- Ampliar o acesso às ações e serviços a trabalhadores e categorias em todo território do Estado
- Enfrentamento das desigualdades em saúde dos trabalhadores
- Fortalecer o SUS para enfrentar cenário de perda de direitos sociais
- Municípios desenvolvendo mais e melhores ações de ST: ampliar e qualificar
- Fortalecimento da rede: NRS/BRS, Cerest e ações ST nos municípios
- Fortalecimento e participação dos trabalhadores e suas representações

Enfatizou que estava trazendo para pactuação, a partir da Política, a necessidade de manter equipes técnicas de referência em Saúde do Trabalhador nos municípios e a recomendação é que estas equipes estejam no setor de Vigilância à Saúde, lembrando que tem uma resolução do Conselho Nacional de Saúde que estabelece um quantitativo a partir de vinte mil ou trinta mil habitantes, em seguida a partir de cem mil habitantes.

SAÚDE DO TRABALHADOR

Fortalecimento da Rede Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador da Bahia: o papel do Território de Referência em Saúde do Trabalhador no âmbito municipal

Salvador, Bahia
2021

PACTUAÇÃO:

Que todos os/as Secretários/as Municipais de Saúde enviem oficialmente o nome e contatos dos(as) Técnicos de Referência em Saúde do Trabalhador para a Divast/Cesat até outubro 2021

Informou que trezentos e setenta e quatro municípios já indicaram um técnico de referência em Saúde do Trabalhador, pois já existiam esses técnicos, e a partir da eleição do ano passado alguns estão mudando, mas é importante que todos os quatrocentos e dezessete municípios indiquem pelo menos um técnico de referência até o final de outubro. Alguns já têm dois ou três técnicos e tem a exceção dos quinze municípios que são sedes de CEREST – Centro de Referência Regional em

696 Saúde do Trabalhador e que já possuem a equipe técnica do CEREST. Reiterou a necessidade de os secretários de saúde dos
697 municípios indicarem oficialmente o nome do técnico e encaminharem para a DIVAST, lembrando a orientação adicional, que é
698 a cartilha - que foi encaminhada também para a Secretaria Executiva da CIB, a fim de ser repassada para todos os secretários,
699 segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, bem como a Portaria da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde
700 do Trabalhador, que estabelecem pelo menos um técnico da secretaria municipal de saúde, preferencialmente concursado e
701 de nível superior, mas podendo ser composto também por técnico de nível médio, técnico de segurança do trabalho, não
702 necessariamente ser médico no trabalho nem da área de engenharia de segurança e medicina do trabalho, preferencialmente
703 técnicos que entendam de saúde pública, que já tenham alguma experiência de saúde coletiva e de qualquer área
704 multiprofissional da área de vigilância em saúde. Ressaltou a importância de todos os secretários lerem e discutirem com suas
705 equipes e sinalizou que, tanto os técnicos de referência em Saúde do Trabalhador dos núcleos e bases regionais de saúde,
706 que prestam apoio institucional para na região de saúde, como a equipe da DIVEST, estariam à disposição. E finalizou
707 solicitando que os secretários mandassem o ofício de indicação para os coordenadores de cada Núcleo e estes repassarão
708 para a Diretoria. **Stela Souza** parabenizou Letícia Nobre e sua equipe, pois estão sempre cuidando e cobrando dos gestores
709 para cuidarem de quem cuida, os trabalhadores, e ponderou que, se não fosse assim, talvez tivessem até desanimado.
710 Lembrou de uma apresentação feita anteriormente, com vários pontos dessa política, que foi fantástica, e agora reiterava a
711 recomendação, a manutenção das equipes. Lembrou também que, no início da pandemia, a CIB recomendou aos prefeitos
712 que não mudassem os técnicos, a equipe de vacinação, e quando se fala da equipe de vigilância é importante fazerem essa
713 recomendação, bem como pactuarem para os municípios encaminharem um nome de referência do município. Assim, colocou
714 em aprovação e **houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 2.**
715 **SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 2.1 Alteração da mudança de finalidade da**
716 **UPA 24h de Alagoinhas para o Hospital Geral de abrangência municipal - Alcina Romero** esclareceu que esta é a
717 terceira alteração de mudança de finalidade desta UPA. A primeira foi para a unidade básica e o Ministério da Saúde não
718 aprovou, a segunda, para uma unidade de alta complexidade de oncologia, o Ministério também não aprovou, e eles já
719 tinham avisado ao município que essa aprovação era difícil. E agora a proposta é de um hospital geral de abrangência
720 municipal, de retaguarda clínica e de cirurgia eletiva, que é compatível, tanto com o porte da UPA - com o que está
721 construído nele - como com a necessidade de Alagoinhas, que só tem um hospital estadual, que já é superlotado nas
722 emergências e não dá espaço para as cirurgias eletivas, e reforçou que a população de Alagoinhas e municípios pactuados
723 merecem. Informou que o Conselho Municipal de Saúde e a CIR Regional aprovaram e, caso aprovada a proposta, o município
724 remeteria a Resolução CIB para o Ministério. **Stela Souza** colocou o ponto em aprovação e **houve consenso**. Em seguida
725 passou para o ponto seguinte de **Pactuação: 5. SESAB/GASEC/COSEMS: 5.1 Situação dos leitos clínicos, de UTI e**
726 **leitos de Suporte Ventilatório COVID. Alcina Romero** lembrou que a reunião CIB de leitos, que acontece semanalmente,
727 às quartas-feiras, não aconteceu ontem porque a reunião da CIB seria hoje e a planilha da situação dos leitos clínicos e de
728 UTI seria apresentada nesta plenária. Informou que estão na fase de desmobilização, já foram desmobilizados muitos leitos,
729 ela vinha acompanhando as taxas de ocupação, por intermédio de Isabel Marcílio, o que proporciona uma segurança na
730 desmobilização. Explicou que toda vez que é pleiteada uma desmobilização, passa antes por uma avaliação de Isabel Marcílio
731 e sua equipe da Sala de Situação Estadual, para fazerem uma projeção da taxa de ocupação da unidade sem esses leitos, e
732 normalmente tudo que é para ser alterado planilha de leitos fica em vermelho. Informou que nesta semana estão sendo
733 desmobilizados todos os leitos COVID do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, para retornarem à condição de leitos
734 não COVID, e hoje há uma pressão muito maior para leitos de situação não COVID do que para COVID. Informou também que
735 o Hospital Geral Clériston Andrade, de Feira de Santana, também desmobilizará trinta leitos clínicos e vinte de UTI, passando,
736 portanto, a não comporem mais a rede COVID. Para o Hospital de Campanha de Feira de Santana - Hospital Municipal - houve
737 também a solicitação do Secretário Municipal de Saúde, porque o contrato encerrou e não será renovado em função da baixa
738 taxa de ocupação, logo, também será desmobilizado. Do Hospital Regional Vicentina Goulart, que tem trinta leitos clínicos,
739 serão desmobilizados dez leitos clínicos, mas por enquanto serão mantidos os vinte leitos de UTI. O Hospital São Vicente de
740 Paulo, de Vitória da Conquista, também sob gestão do município, pelo mesmo motivo de encerramento de contrato, será
741 desmobilizado também. E o Hospital de Clínicas de Conquista, um hospital privado contratado com a SESAB, também com
742 data de encerramento de contrato, será desmobilizado. O Hospital Calixto Midlej, de Itabuna, também solicitou desmobilização,
743 pela necessidade de voltar a oferecer as ações não COVID, principalmente de cardiologia e oncologia. O Hospital de Base de
744 Itabuna desmobilizará a metade, porque é um hospital do município, o hospital de campanha era uma extensão do hospital e
745 desmobilizará vinte leitos de UTI. E o Hospital Geral Prado Valadares desmobilizará vinte leitos clínicos e dezenove de UTI,
746 também se desvinculando por completo da Rede COVID. Assim, nessa semana haverá desmobilização de cento e setenta e
747 seis leitos clínicos e cento e quinze leitos de UTI, sendo que, com esta desmobilização, nenhuma das taxas de ocupação fica
748 acima de 40%. Reforçou que é sempre ela que apresenta o quadro de desmobilização e Isabel Marcílio a projeção e a situação
749 da taxa de ocupação. **Isabel Marcílio, Coordenadora da Sala de Situação Estadual**, apresentou a taxa de ocupação do dia,
750 sinalizando que esta taxa vem caindo, acompanhando a desmobilização de leitos e, por mais que os leitos tenham sido
751 desmobilizados, a taxa de ocupação não entrou em nenhum nível crítico, no último mês se manteve estável, entre 28% e 33%,
752 que são taxas bem seguras. Mostrou o número de leitos do dia, com duzentos e trinta e nove pacientes internados em leitos de
753 UTI em todo o estado, o menor número desde o ano passado, quando se começou a monitorar mais consistentemente, é o
754 menor número de pacientes hospitalizados em leitos e UTI. Desde o final de agosto que a média móvel do número de
755 pacientes que passam de 24 horas sem conseguirem regulação não ultrapassou dois pacientes, hoje tem um paciente em tela
756 da regulação, logo, é um número pequeno e este paciente não foi regulado, talvez pela distância, pelo teto do paciente, mas
757 não por falta de leito de UTI ou clínico. Mostrou o número de pedidos do SUREN - cerca de cem pedidos por semana - que,
758 segundo ela, é um número pequeno, e disse que nos hospitais privados também teve essa queda, tendo caído mais um pouco
759 até agora à tarde, estando com dez pacientes em todos os hospitais privados, que na capital são monitorados por eles, e a
760 desmobilização, com as retiradas citadas por Alcina Romero - vinte do Clériston Andrade mais dez do hospital contratualizado
761 de Feira de Santana, e com o número de pacientes hoje, a ocupação subiria para 45%, um número ainda abaixo do que tinham
762 colocado como limiar. Subtraindo os dez leitos do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, a ocupação da macrorregião

763 leste continua em 31%, retirando os dez do Hospital São Vicente de Paulo e os vinte do HCC, em Vitória da Conquista, a
764 ocupação fica ainda em 40% abaixo da meta pretendida, e menos seis do Calixto Midlej, vinte do Hospital de Base e dezenove
765 do Prado Valadares, a ocupação no estado vai para 34%, um número ainda bastante seguro. A mesma coisa com a retirada de
766 leitos clínicos, que não têm impacto, mesmo com todas as retiradas, tem muitos leitos clínicos e, observando cada
767 macrorregião, não estão sendo impactadas. Dando seguimento ao ponto de pauta, **Naia Neves** apresentou a **Planilha de**
768 **Leitos de Suporte Ventilatório**, sinalizando um acréscimo no Município Barreiras - Hospital Municipal Eurico Dutra - que
769 solicitou autorização de cinco leitos de suporte ventilatório e, conforme o fluxo já definido, depois que se faz todas as tratativas
770 e estando tudo certo - CNES, equipamento e equipe - é pautado na CIB, publicada resolução, feito ofício GASEC do gestor
771 estadual e devolvem ao município para cadastrar a proposta no SAIPS e começar a monitorar. Seguindo a desmobilização,
772 mostrou os municípios que solicitaram: Serrinha - Hospital Municipal, que tem tanto leitos de UTI adulto quanto de suporte
773 ventilatório e fez a solicitação de desmobilização oficialmente, tem dez leitos e solicitou cancelamento da autorização de cinco
774 leitos. Da última semana para esta teve apenas esta alteração e não foi publicada nova portaria, então, não foi autorizado mais
775 nenhum leito e continua o mesmo número de leitos para suporte ventilatório autorizados atualmente no estado da Bahia.
776 Lembrou que em todas as reuniões ela falava e continuaria a falar até o final que, para qualquer solicitação de desmobilização,
777 fosse de leito de UTI ou de suporte ventilatório, é necessário o gestor municipal fazer ofício solicitando o cancelamento da
778 autorização dos leitos de UTI adulto ou de suporte ventilatório e o encaminhar à DICON, indicando qual é a competência que
779 esses leitos serão desautorizados. E lembrava que o Ministério não trabalha com data e sim com competência, dessa forma,
780 quem estiver desmobilizando seus leitos agora em setembro, deve solicitar o cancelamento da autorização constando no ofício
781 que é da competência setembro, porque só ocorrerá quando for publicada a portaria, em outubro, é necessário fazer isso pois
782 tem que seguir o que está em resolução e colocar a competência para não dar divergência, porque não é a área técnica que
783 tem que informar a competência e sim o gestor municipal. **Cássio Garcia** colocou o ponto em apreciação pelos membros e
784 **houve consenso**. Fez a ressalva que, depois de um ano e meio, as reuniões CIB de leitos ainda continuam acontecendo todas
785 as quartas-feiras, antes eram nas segundas, quartas e sextas-feiras, agora, já no processo de desmobilização, somente às
786 quartas-feiras, e quando acontece de a reunião de leitos estar agendada para data próxima à reunião da CIB - como aconteceu
787 no momento, que estava agendada para ontem - a pauta é sempre trazida para a reunião da CIB. Dando seguimento, ele
788 passou para o próximo ponto de **Pactuação: 3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À**
789 **SAÚDE – SUREGS/DICON: 3.1 Remanejamento de prestador de Glaucoma para municípios na Região de Feira de**
790 **Santana - Naia Neves** ressaltou que essa solicitação já tem tempo, houve uma pauta de alguns municípios para a última
791 reunião da CIB, as solicitações chegaram primeiramente na DAE e foram pautados, estando apenas no aguardo da publicação
792 da resolução, porque o anexo relacionado a glaucoma tem que ser alterado. Assim, em julho o remanejamento dos Municípios
793 Irará, Rafael Jambeiro, Coração de Maria e Antônio Cardoso já tinha sido aprovado e, após algumas discussões, por alguns
794 motivos não entraram na última reunião da CIB. E está sendo pautada nesta reunião da CIB a solicitação também de
795 municípios da região de Feira de Santana - Ipirá, Santo Estêvão, Serra Preta, Tanquinho e Terra Nova, completando a
796 solicitação feita da região de Feira de Santana. **Cássio Garcia** acrescentou que é uma reivindicação que os municípios já
797 vinham fazendo à CIB, a CIR também vinha fazendo essa solicitação e agora finalmente estavam fechando a pactuação dos
798 sete municípios, para o recurso poder ser enviado para os seus tetos no próximo mês. **Alcina Romero** informou que há
799 bastante tempo toda a região de Jequié também tinha pedido para repassar o recurso de Jequié para o prestador estadual, em
800 Jaguaquara, porém o prestador não constava no CNES e não estava atendendo aos critérios e foram solicitadas mais
801 informações ao prestador que, por ter chegado à área técnica no dia 20, não houve tempo hábil para ser feita a análise técnica.
802 Colocou, como mais um ponto a ser abordado, a necessidade de estabelecerem um tempo para se resolver o problema da
803 rede, porque a quantidade de municípios que vêm solicitando mudança dos atuais prestadores para outros é muito grande e
804 ela vinha observando que tem algumas inconsistências, uma dúvida muito grande sobre a estratégia móvel - a estratégia
805 itinerante, então conclamava a todos para, juntamente com o COSEMS, discutirem que atenção ao glaucoma se quer no
806 estado da Bahia. Lembrou que na última reunião da CIB foi aprovada uma complementação da assistência ao glaucoma, por
807 meio do COAF – Componente da Atenção Especializada da Assistência Farmacêutica, mas é preciso rever essa rede, verem a
808 rede que se quer, que é para executar os quarenta e quatro milhões de reais aportados ao teto do estado da Bahia, então
809 aguardaria uma data para que pudessem ter esta conversa. **Cássio Garcia** considerou excelente a colocação de Alcina
810 Romero e lembrou que já existe o GT de glaucoma, que talvez tivessem que ampliar a discussão nesse sentido. **Stela Souza**
811 relatou que na reunião do COSEMS foi apresentada a saúde ocular dos estudantes, tendo havido várias discussões e o
812 COSEMS propôs que o GT não fosse mais apenas de Glaucoma, pois, além de outras alterações que precisam ser feitas, a
813 ideia é levar toda a saúde ocular para este grupo de trabalho, pensando na Linha do Cuidado como um todo. Dando
814 seguimento, passou para o próximo ponto de **Pactuação: 4. ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – APG/COPRI:**
815 **4.1 Aprovação do cronograma de seguimento do Planejamento Regional Integrado: devolutiva do estado de saúde das**
816 **macrorregiões e diretrizes para o PRI - Cristiane Macedo, técnica da APG/COPRI**, cumprimentou a todos e explicou que,
817 em continuidade ao Planejamento Regional Integrado do Estado da Bahia, em julho os secretários fizeram a análise do estado
818 de saúde da população e, por meio de formulários, fizeram a priorização da temática desse estado de saúde, no dia 3 foi
819 negociado entre SESAB, COSEMS e Ministério da Saúde o cronograma para as oficinas no GT PRI e agora fariam a devolutiva
820 e discutiriam as diretrizes dos planos macrorregionais do Planejamento Regional. Iniciou a apresentação em *slides* com o
821 objetivo, que é a devolutiva da priorização e a discussão das diretrizes, a participação, que é mesmo público - gestores,
822 técnicos municipais, equipe da SESAB, representantes do COSEMS, do Conselho Estadual de Saúde, do Ministério,
823 consultores da OPAS e articuladores HAOC. Comunicou que esta proposta, discutida no GT, seria para os dias 13 a 22, tendo
824 sido preservada a preferência de não acontecer às segundas-feiras, porque os gestores geralmente estão retornando do fim de
825 semana mais intenso e tentaram preservar também as sextas-feiras, mas, para cumprirem o cronograma, se preservassem
826 também as sextas-feiras tinha ficado meio apertado. Estavam trazendo então duas situações em que, após terem negociado,
827 tinham visto que está dando problema, uma delas no slide abaixo, em vermelho, comentando ser sabido que a Macrorregião
828 Norte não está participando inicialmente do projeto, porque já tinha um projeto HAOC, de fortalecimento da governança e da
829 rede.

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
868
869
870
871
872
873
874
875
876
877
878
879
880
881
882
883
884
885
886
887
888
889
890
891
892
893
894
895
896

Cronograma das Oficinas Macrorregionais

Salvador, setembro de 2021



Objetivo e Participantes

Objetivo:
Devolutiva da priorização da temática do Estado de Saúde da População da Macrorregião; e
Discussão das Diretrizes dos Planos Macrorregionais.

Participantes:

- ✓ Gestores e técnicos municipais da macrorregião;
- ✓ Equipe da SESAB (central e regional);
- ✓ Representantes do COSEMS/BA;
- ✓ Representante do Conselho Estadual da Saúde;
- ✓ Representantes do Ministério da Saúde;
- ✓ Consultores OPAS;
- ✓ Articuladores HAOC.



Desse modo, como a Macrorregião PEBA é formada por Pernambuco e Bahia, eles já estão caminhando neste projeto, já tendo sido feito as etapas que as outras macrorregiões não fizeram, contudo, a macrorregião não foi oficializada e, segundo a Resolução de Consolidação da CIT, cada município só pode pertencer a uma macrorregião, assim, ou é Macrorregião PEBA ou é Macrorregião Norte. E, em sendo Macrorregião PEBA, não podiam dar continuidade à Macrorregião Norte por si só, porque tinham que convidar a Macrorregião Pernambuco - que é a Macro 4 do estado de Pernambuco - para conformar a PEBA e esse arranjo regional, que não foi oficializado ainda pelo Ministério. Segundo o Ministério, nem a Bahia nem Pernambuco encaminharam resolução com esta solicitação. Dessa forma, a princípio sugeriam retirar a data referente à macrorregião Norte, porque teriam que ser contemplados os municípios de Pernambuco que conformam a PEBA e, como não há oficialização da Macrorregião, ficaria excluída dessa etapa. A outra situação é que a macrorregião Centro Norte estava agendada para a manhã do dia 14 e, à tarde, a Oeste, contudo, o Ministério fez uma pauta do 'Previne SUS', que será discutido nos dois turnos do dia 14, com a presença dos gestores e coordenadores do COSEMS e da CIB.

Cronograma

Data	Dia	Turno	Horário	Macrorregião	nº mun.
13/out	Quarta-feira	Tarde	14:30 - 17:00	Sudoeste	74
14/out	Quinta-feira	Manhã	8:00 - 11:00	Centro Norte	38
14/out	Quinta-feira	Tarde	14:30 - 17:00	Oeste	36
15/out	Sexta-feira	Manhã	8:00 - 11:00	Sul	68
19/out	Terça-feira	Manhã	8:00 - 11:00	Extremo Sul	21
19/out	Terça-feira	Tarde	14:30 - 17:00	Centro Leste	72
20/out	Quarta-feira	Manhã	8:00 - 11:00	Nordeste	33
20/out	Quarta-feira	Tarde	14:30 - 17:00	Leste	47
22/out	Quinta-feira	Manhã	8:00 - 11:00	Norte	28

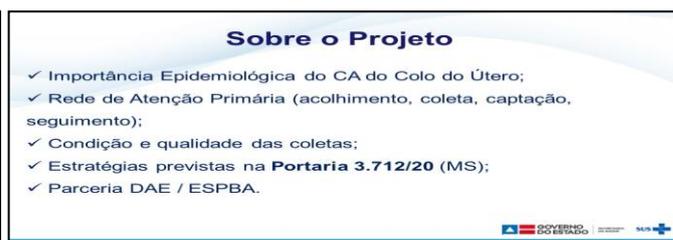


Obrigada! Equipe GTT PRI

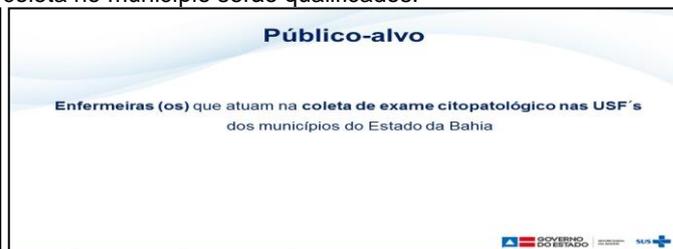
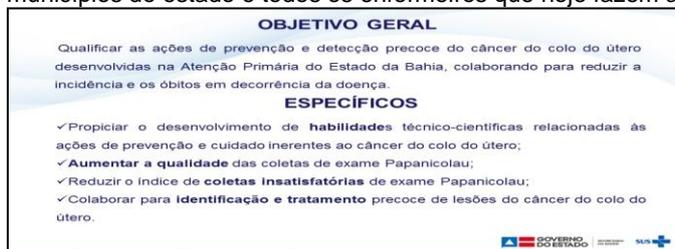


Jacqueline Bomfim, que é gestora de município da macrorregião Oeste, falou que o dia 14 ficou então comprometido, e para não comprometerem a segunda-feira - porque a seguinte seria 25 de outubro e deixarem para o dia 26 já distanciaria bastante - o ideal seria dia 22, nos dois turnos. E propôs, se não tivesse nenhum problema para os secretários, a Centro Norte pela manhã e a Oeste à tarde, lembrando que, com isso, estavam evitando comprometer a sexta-feira e a segunda-feira dos secretários. **Stela Souza** lembrou que a próxima CIB será dia 21 de outubro, no dia 14 não tem jeito e essa agenda está difícil. **Raquel Ferraz** sugeriu que uma destas regiões acontecesse no dia 13 pela manhã e a outra no dia 22 e que a Norte, que está programada apenas para a manhã, fosse colocada para a tarde. **Cristiane Macedo** argumentou que, a princípio, a Norte não poderia ter reunião, porque não tem a oficialização da PEBA e foi colocada para o último dia, justamente por ser o tempo para ser oficializada, o que não aconteceu até hoje. **Stela Souza** sugeriu agendar o dia 13 pela manhã para uma das programadas para o dia 14, e 22 pela tarde para a outra programada também para o dia 14 e assim conseguiriam fechar. **Cristiane Macedo** propôs passar então a Centro-Norte para o dia 13 à tarde e a Sudoeste para o dia 13 de manhã, porque esta macrorregião é a piloto. A Oeste para o dia 22 pela manhã e a Norte, que a princípio está comprometida, para a tarde deste dia. **Houve consenso.** **Stela Souza** considerou ok o cronograma e teriam que aprovar para darem seguimento, mas o problema é a macrorregião Norte, e informou que, em conversa com Cristiane Macedo, ela tinha lhe repassado que existe um grande problema, pois o Ministério da Saúde não tem muita definição sobre macrorregião interestadual, apenas coloca que um município não pode pertencer a duas macrorregiões, e quando a interestadual conjuga uma região de um estado e uma região de outro estado, existem propostas de alguns estados até para três estados dentro de uma única macrorregião. Argumentou, citando como exemplo a macrorregião Norte Bahia, onde, neste ano, foi estabelecida uma política da Linha de Cuidado do Parto e Nascimento, e perguntava onde trabalhariam esta política, para fortalecer em todas as macrorregiões do estado, e tinham que dizer lá na Norte que não tem que fazer com Pernambuco, e Pernambuco dizer não, pois esse ano em Pernambuco não é o parto e nascimento, será ortopedia, por exemplo, linha de cuidados ortopédicos, de cardiologia, ou qualquer outra coisa. E questionou como os municípios do nosso estado não estarem na Política Estadual, porque na região Norte os municípios têm que trabalhar em conjunto com Pernambuco e se perguntava como diriam à macrorregião norte que não é mais Bahia, que agora é Bahia e Pernambuco, e não trabalharia na linha que está sendo trabalhada no estado da Bahia. E tinham que pensar em uma resolução CIB para a criação da Região PEBA, e Pernambuco também solicitar, mas verem quais os critérios, como que será isso. Desse modo, é preciso que o Ministério - que coordena esse processo, já que envolve dois estados - informe com clareza como devem atuar. Sugeriu que o estado conversasse com o CONASS para pedir ajuda ao Ministério e ela levaria essa situação apresentando essa dificuldade à próxima reunião de Diretoria do CONASEMS, para saber como ficará, se o município seguirá o que o estado da Bahia está propondo ou o que a Região PEBA está propondo. **Cássio Garcia** achou correta a colocação de Stela Souza, porque a região interestadual conformada oficialmente é de fato a PEBA, então teriam mesmo essas dificuldades e, como proposta, talvez fosse o caso de pedirem auxílio oficialmente ao Ministério, ao

897 CONASS e ao CONASEMS. E Stela Souza, como representante dos municípios do estado, e como responsável pela
 898 regionalização, já levaria essa proposta ao CONASEMS, trabalhariam mais uma vez em conjunto, para tentarem esclarecer
 899 essas dúvidas. **Stela Souza** concordou com a proposta de Cássio Garcia e colocou como encaminhamento: a elaboração de
 900 um documento da CIB para o Ministério da Saúde com explicitação dessas dúvidas, com uma cópia que ela entregaria ao
 901 CONASEMS e uma cópia para o estado levar ao CONASS, até que a CIT mudasse de opinião e, ao invés de colocar que o
 902 município não pode pertencer a duas regiões, abrir exceção para o ~~ponto~~ 'interestaduais', porque se a Bahia está com essa
 903 preocupação, Pernambuco também estará e as outras interestaduais também terão o mesmo problema. **Houve consenso.**
 904 **Cristiane Macedo** lembrou que há uma cobrança do Ministério - ao discutir o projeto da Portaria 1812 que financia, quanto a
 905 uma comunicação da Bahia e Pernambuco em relação à existência da PEBA. **Stela Souza** falou que articularia com o
 906 Presidente do COSEMS de Pernambuco e que, se o estado pudesse, conversasse também com o Secretário Estadual de
 907 Pernambuco, e fariam a devolutiva dessa provocação que o Ministério está fazendo. afirmou que com certeza a CIB pactuará,
 908 porque a região já existe, como existe até um sentimento de pertencimento dos gestores, tanto da Bahia como de Pernambuco,
 909 o projeto já foi feito, entretanto o Ministério tem que informar sobre como agir, então, se estavam sendo cobrados, devolveriam
 910 apresentando o problema para que lhes orientasse como resolver. **Nanci Salles** sugeriu colocar também na pauta da CRIE,
 911 para que a CIB de Pernambuco fizesse também esse mesmo movimento. **Stela Souza** concordou e reiterou que conversaria
 912 com o Presidente do COSEMS de Pernambuco, estão em conversa com o Secretário de Saúde deste estado, e ressaltou que
 913 são muitos espaços e movimentos, sendo preciso estabelecerem como funcionará de forma efetiva, em termos de
 914 financiamento, PDI, PDR, PRI, mas de uma forma bem clara, porque já acontece essa comunicação entre Juazeiro e Petrolina
 915 - Bahia e Pernambuco - já é constituído, só que para oficializar de fato precisa ter plano, projeto e tudo mais que se faz
 916 necessário. Reiterou que o **cronograma foi aprovado com as mudanças propostas**. Em seguida passou para os
 917 expedientes encaminhados para **Apresentação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE –**
 918 **SUPERH/ESPBA: 1.1 Curso de Qualificação em Rastreamento de Câncer do Colo do Útero - Alcina Romero** relatou
 919 que tinha combinado com Cláudia Souza que fariam uma contextualização do curso que será apresentado e que está também
 920 no âmbito do recurso da Portaria que trata do acesso à ampliação do câncer de mama e colo do útero, este curso será
 921 financiado com parte do recurso do Ministério da Saúde que foi aportado aos tetos do estado e municípios, conforme tinha
 922 falado anteriormente. **Cláudia Souza, da Coordenação de Planejamento e Regionalização da EESPA**, cumprimentou a
 923 todos e, iniciando a apresentação em *slides*, reforçou que o curso foi um projeto pensado pela DAE e convidaram a EESPBA
 924 para desenvolver esta ação educativa nos territórios, pensando na importância epidemiológica do câncer de colo de útero e
 925 entendendo que o índice de mortalidade em sua decorrência é altíssimo e não apenas na Bahia. Acrescentou que a ideia do
 926 curso é melhorar a coleta dos exames Papanicolau, uma parceria da DAE/DGC com a EESPBA, vinham trabalhando há
 927 meses.



937 Nos *slides* a seguir, apresentou o objetivo geral, os objetivos específicos e o público-alvo do curso. O objetivo geral é
 938 qualificarem as ações de prevenção e detecção precoce do câncer de colo de útero que são desenvolvidas na atenção
 939 primária no estado da Bahia, colaborando para reduzir a incidência de óbitos em decorrência da doença. Os objetivos
 940 específicos do curso: propiciar o desenvolvimento de habilidades técnico-científicas relacionadas às ações de prevenção e
 941 cuidados inerentes ao câncer do colo do útero; aumentar a qualidade das coletas de exame Papanicolau; reduzir o índice de
 942 coletas insatisfatórias - comentando que infelizmente a Bahia tem um alto índice de lâminas insatisfatórias, então a intenção
 943 dessa ação educativa é melhorar a qualidade dessas lâminas para se conseguir, assim, alcançar o último objetivo específico,
 944 de fazer a detecção precoce das lesões e colaborar para a identificação e tratamento precoce de lesões do câncer do colo do
 945 útero. O público-alvo serão os enfermeiros que atuam na coleta de exame citopatológico nas unidades de saúde da família dos
 946 municípios do estado e todos os enfermeiros que hoje fazem a coleta no município serão qualificados.



956 Mostrou no *slide* abaixo a estratégia metodológica: um curso de sessenta horas, devido ao curto prazo essa ação para ser
 957 executada, pois tem que se prestar contas já em março, tendo sido pensado em se fazer um curso todo assíncrono, no formato
 958 EAD, com vinte horas de aula teórica e quarenta horas de aula prática. O curso é desenvolvido em serviço, ou seja, as
 959 enfermeiras assistirão as aulas teóricas em ambiente virtual e a parte prática em seus horários de trabalho, pois utilizarão as
 960 coletas que elas fazem, e terá um número de coletas que elas deverão fazer para apresentarem e ao final as lâminas dessas
 961 enfermeiras serão avaliadas, para tentarem alcançar o objetivo do curso. Reforçou que o ensino é remoto, por meio de
 962 ambiente virtual de aprendizagem, as aulas serão assíncronas, haverá um fórum tira-dúvidas e participação e prática serão
 963 acompanhadas por facilitadores referenciados pelos municípios - normalmente cada município tem um profissional que é

referência para coleta, a pessoa que já fez cursos ofertados pelo Ministério, pela SESAB/CICAN e são referências no município - essa pessoa será indicada pelo município para ser facilitador e serão eles que acompanharão as enfermeiras durante todo o curso no seu município e serão qualificados também, para poderem acompanhar os enfermeiros no município. No outro *slide*, o perfil do facilitador: ter experiência em coleta de material para exame cito patológico; ser a referência municipal; ter participado preferencialmente de processo de qualificação no tema; ter experiência na atenção primária e conhecimento da estrutura do sistema municipal de saúde. As suas responsabilidades: apoiar e acompanhar a participação dos discentes no curso; manter a articulação com o apoiador institucional da EESPBA - que terá um apoiador por base regional de saúde, que acompanhará o curso na íntegra; acompanhar as práticas profissionais existentes; emitir parecer da prática profissional individualizada; e emitir relatório final. Informou que o facilitador receberá incentivo financeiro de cerca de novecentos mil reais, que será destinado para essa ação e a Escola já esteve em contato com a DAE e o FESBA para buscar a melhor forma de pagar o facilitador, se fundo a fundo ou se haverá outra forma para fazer essa gratificação.

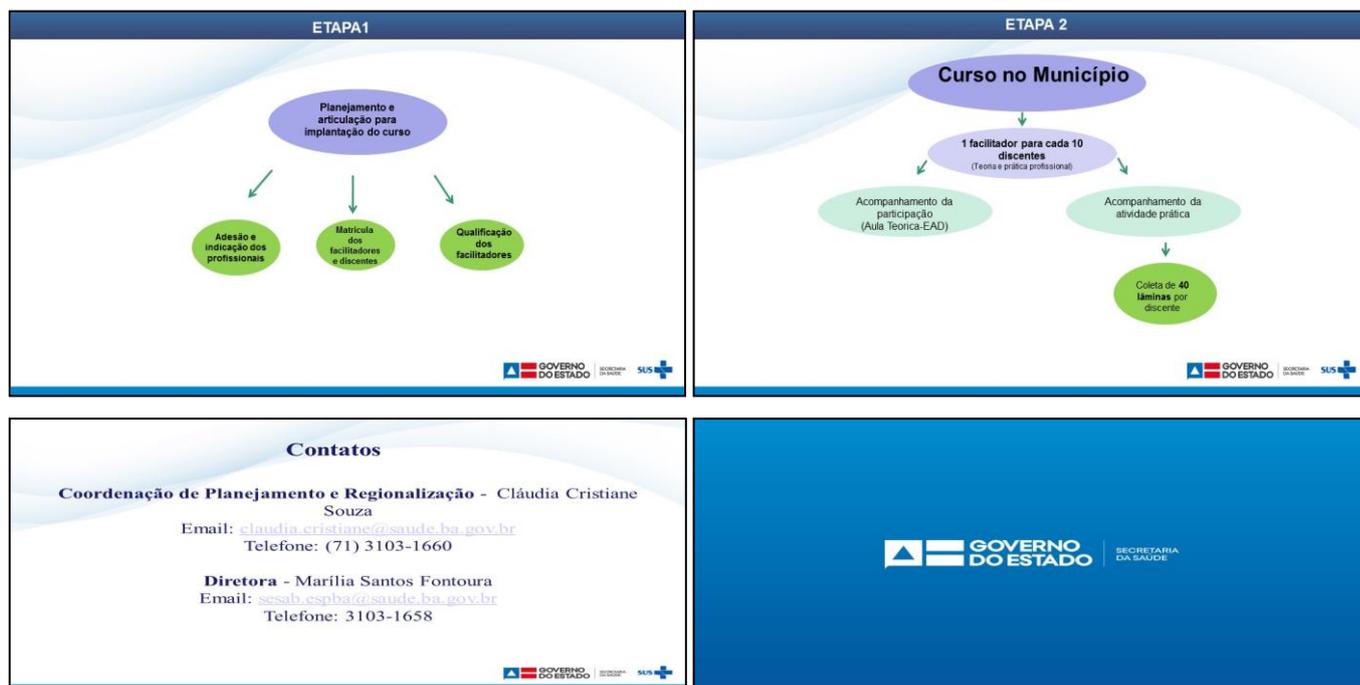
Estratégia Metodológica	Facilitador				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Carga horária: 60 horas (20 h teoria / 40 h prática); ✓ Curso desenvolvido em serviço; ✓ Ensino remoto → Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA); ✓ Aulas assíncronas / fórum tira-dúvidas; ✓ Participação e prática acompanhada por facilitadores referenciados pelos municípios/NRS/BRS; ✓ Facilitadores terão etapa de qualificação para atuação. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERFIL</th> <th>RESPONSABILIDADES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissional com experiência em coleta de citopatológico (referência municipal); ✓ Preferencialmente ter participado de processo de qualificação no tema (CICAN/MS/SESAB) ✓ Experiência em Atenção Primária; ✓ Conhecimento da estrutura do Sistema Municipal de Saúde. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoiar e acompanhar a participação dos discentes no curso; ✓ Manter articulação com o apoiador institucional da ESPBA; ✓ Acompanhar a prática profissional dos discentes; ✓ Emitir parecer da prática profissional individualizada; ✓ Emitir relatório final. </td> </tr> </tbody> </table> <p>OBS: Facilitador receberá incentivo financeiro</p>	PERFIL	RESPONSABILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissional com experiência em coleta de citopatológico (referência municipal); ✓ Preferencialmente ter participado de processo de qualificação no tema (CICAN/MS/SESAB) ✓ Experiência em Atenção Primária; ✓ Conhecimento da estrutura do Sistema Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoiar e acompanhar a participação dos discentes no curso; ✓ Manter articulação com o apoiador institucional da ESPBA; ✓ Acompanhar a prática profissional dos discentes; ✓ Emitir parecer da prática profissional individualizada; ✓ Emitir relatório final.
PERFIL	RESPONSABILIDADES				
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Profissional com experiência em coleta de citopatológico (referência municipal); ✓ Preferencialmente ter participado de processo de qualificação no tema (CICAN/MS/SESAB) ✓ Experiência em Atenção Primária; ✓ Conhecimento da estrutura do Sistema Municipal de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoiar e acompanhar a participação dos discentes no curso; ✓ Manter articulação com o apoiador institucional da ESPBA; ✓ Acompanhar a prática profissional dos discentes; ✓ Emitir parecer da prática profissional individualizada; ✓ Emitir relatório final. 				

No *slide* abaixo mostrou as responsabilidades do município e da Escola, ficando a cargo do município: indicar o profissional para atuar como facilitador, devendo ser um facilitador para cada dez discentes, ou seja, para cada dez equipes de Unidade de Saúde da Família terá um facilitador, se forem onze equipes, deverá ter dois e assim sucessivamente; indicar os profissionais que coletam o exame no município; disponibilizar o material para coleta do exame - que é algo que já fazem; propiciar condições para os discentes terem acesso ao curso, entendendo que são aulas no ambiente virtual, logo, tem que ter disponibilizado, necessariamente, acesso à internet e ao SISCAN, porque o facilitador terá também que acompanhar e fazer inserção de informações no sistema. Responsabilidade da ESPBA: realizar o planejamento e a gestão do processo formativo; articular a implantação do curso junto aos municípios; disponibilizar um ambiente virtual de aprendizagem; disponibilizar técnicos para acompanharem o curso e apoiar os facilitadores; realizar a gestão do recurso financeiro; ao final do curso, a certificação. Em seguida mostrou o cronograma do curso, reiterando que tem um período curto para executar essa ação e a partir da próxima semana disparariam um ofício para os secretários e coordenadores dos Núcleos Regionais, solicitando adesão do município ao curso, que dar-se-á do dia 28 de setembro ao dia 5 de outubro. Depois vem o momento de matrícula dos facilitadores e discentes, o curso propriamente dito para os facilitadores inicia ainda em outubro e para os enfermeiros em 3 de novembro. Todo o mês de novembro será para a parte teórica, o mês de dezembro para a prática profissional, porque janeiro será a prestação de conta, com os pareceres e relatórios, porque em fevereiro tinham que finalizar o projeto.

Responsabilidades		Cronograma do Curso																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Município</th> <th>ESPBA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar profissional com perfil para atuar como facilitador (1 facilitador a cada 10 discentes / USF's); ✓ Indicar os profissionais que atuam na coleta de exame citopatológico nas USF's para participar do curso; ✓ Disponibilizar o material para coleta de exame citopatológico (prática profissional); ✓ Propiciar condições para que os discentes tenham acesso ao curso; ✓ Acesso ao SISCAN para o facilitador; </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar planejamento e gestão do processo formativo; ✓ Articular a implantação do curso junto aos municípios; ✓ Disponibilizar o Ambiente Virtual de Aprendizagem; ✓ Disponibilizar técnicos para acompanhar o curso e apoiar facilitadores; ✓ Realizar a gestão do recurso financeiro; ✓ Certificar. </td> </tr> </tbody> </table>	Município	ESPBA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar profissional com perfil para atuar como facilitador (1 facilitador a cada 10 discentes / USF's); ✓ Indicar os profissionais que atuam na coleta de exame citopatológico nas USF's para participar do curso; ✓ Disponibilizar o material para coleta de exame citopatológico (prática profissional); ✓ Propiciar condições para que os discentes tenham acesso ao curso; ✓ Acesso ao SISCAN para o facilitador; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar planejamento e gestão do processo formativo; ✓ Articular a implantação do curso junto aos municípios; ✓ Disponibilizar o Ambiente Virtual de Aprendizagem; ✓ Disponibilizar técnicos para acompanhar o curso e apoiar facilitadores; ✓ Realizar a gestão do recurso financeiro; ✓ Certificar. 	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Etapa</th> <th>Período</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Adesão ao curso, indicação dos facilitadores e discentes</td> <td>28/09 a 05/10/2021</td> </tr> <tr> <td>Matrícula dos facilitadores</td> <td>até 08/10/2021</td> </tr> <tr> <td>Matrícula dos discentes</td> <td>até 19/10/2021</td> </tr> <tr> <td>Qualificação dos facilitadores</td> <td>18 a 29/10/2021</td> </tr> <tr> <td>Curso (teoria)</td> <td>03 a 26/11/2021</td> </tr> <tr> <td>Curso (prática profissional)</td> <td>Dezembro/2021</td> </tr> <tr> <td>Prestação de contas, emissão de pareceres e relatórios</td> <td>Janeiro/2022</td> </tr> <tr> <td>Certificação</td> <td>Fevereiro/2022</td> </tr> </tbody> </table>	Etapa	Período	Adesão ao curso, indicação dos facilitadores e discentes	28/09 a 05/10/2021	Matrícula dos facilitadores	até 08/10/2021	Matrícula dos discentes	até 19/10/2021	Qualificação dos facilitadores	18 a 29/10/2021	Curso (teoria)	03 a 26/11/2021	Curso (prática profissional)	Dezembro/2021	Prestação de contas, emissão de pareceres e relatórios	Janeiro/2022	Certificação	Fevereiro/2022
Município	ESPBA																						
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicar profissional com perfil para atuar como facilitador (1 facilitador a cada 10 discentes / USF's); ✓ Indicar os profissionais que atuam na coleta de exame citopatológico nas USF's para participar do curso; ✓ Disponibilizar o material para coleta de exame citopatológico (prática profissional); ✓ Propiciar condições para que os discentes tenham acesso ao curso; ✓ Acesso ao SISCAN para o facilitador; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar planejamento e gestão do processo formativo; ✓ Articular a implantação do curso junto aos municípios; ✓ Disponibilizar o Ambiente Virtual de Aprendizagem; ✓ Disponibilizar técnicos para acompanhar o curso e apoiar facilitadores; ✓ Realizar a gestão do recurso financeiro; ✓ Certificar. 																						
Etapa	Período																						
Adesão ao curso, indicação dos facilitadores e discentes	28/09 a 05/10/2021																						
Matrícula dos facilitadores	até 08/10/2021																						
Matrícula dos discentes	até 19/10/2021																						
Qualificação dos facilitadores	18 a 29/10/2021																						
Curso (teoria)	03 a 26/11/2021																						
Curso (prática profissional)	Dezembro/2021																						
Prestação de contas, emissão de pareceres e relatórios	Janeiro/2022																						
Certificação	Fevereiro/2022																						

Nos *slides* a seguir, a primeira etapa, a Escola, em conjunto com DAE e DGC, já está fazendo o planejamento e articulação para implantação do curso. Depois vem a fase de adesão, de matrícula e a qualificação dos facilitadores. Na segunda etapa, o curso no município, em que terá um facilitador para cada dez discentes, que acompanhará tanto a parte prática como a teórica. O acompanhamento da participação da aula teórica será via ambiente virtual e o acompanhamento da atividade prática, em que cada enfermeiro terá que coletar quarenta lâminas do exame Papanicolau para ser certificado e concluir o curso. Finalizou mostrando os contatos da Escola e solicitando ajuda ao COSEMS na divulgação do ofício para adesão dos municípios e ressaltou a preocupação quanto aos municípios de maior porte, com maior número de enfermeiros a serem qualificados e solicitou apoio de todos e agradecia a oportunidade.

1031
1032
1033
1034
1035
1036
1037
1038
1039
1040
1041
1042
1043
1044
1045
1046
1047
1048
1049
1050
1051
1052
1053
1054
1055
1056
1057
1058
1059
1060
1061
1062
1063
1064
1065
1066
1067
1068
1069
1070
1071
1072
1073
1074
1075
1076
1077
1078
1079
1080
1081
1082
1083
1084
1085
1086
1087
1088
1089
1090
1091
1092
1093
1094
1095
1096
1097

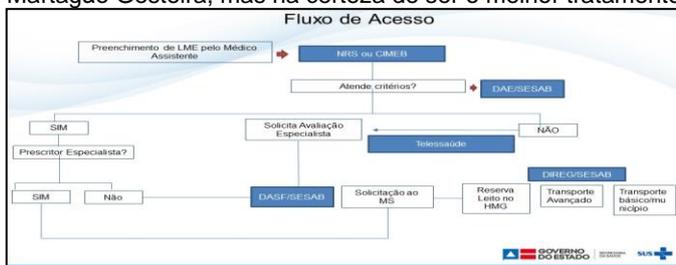


Stela Souza agradeceu a Cláudia Souza, parabenizou mais uma vez Marília Fontoura que, à frente da ESPBA, trazer sempre novidades nas reuniões, a Cristiano Sóster e toda equipe da DAB, pela abertura e acolhimento do curso e a todos os envolvidos nesse processo. Reiterou ser um facilitador para cada dez discentes, ou seja, profissionais das Equipes de Saúde da Família de Unidade Básica, e só podem colocar um enfermeiro por unidade, porque na equipe de saúde da família normalmente é apenas um enfermeiro que faz a coleta. Disse que falaria sobre pagamento, tinha pedido inclusive a Janaína Peralta para ajudar a verem como fazer isso, porque os secretários sempre tiveram problema em colocar recurso no fundo municipal para pagar às pessoas, questionava então se não teria como a Escola remunerar diretamente os facilitadores, para não ter essa dificuldade para o município, que tem problemas no Fundo para fazer isso, pois tem o procurador, o controlador e, até conseguirem pagar, já se passaram meses, o que gera insatisfação, o município faz um compromisso com o profissional e este só recebe quando não tem mais graça. **Cláudia Souza** concordou com Stela Souza, relatando que essa é uma das preocupações e lembrou que no curso de ACS tinham tido algumas questões semelhantes, mas estavam com duas frentes, a primeira, uma empresa sem fins lucrativos, que faria o pagamento diretamente ao facilitador, porém a taxa que cobram é muito alta e o recurso não seria suficiente. E falou que Renivaldo XXX, o Coordenador da Escola, esteve no FESBA e lá lhe informaram que existe outra possibilidade, que não a de ser repassado o recurso fundo a fundo e estavam trabalhando também nessa perspectiva de se contratar uma empresa para fazer essa descentralização. **Stela Souza** falou da Fundação Estatal de Saúde da Família, criada para fortalecer a Atenção Básica nos municípios e disse que negociariam com eles a taxa citada por Cláudia Souza. **Cássio Garcia** lembrou que o COSEMS e a SESAB têm assento no Conselho Curador e isso pode ser discutido e **Stela Souza** reforçou a ajuda do COSEMS para discutir com a FESF, levar ao Conselho Curador, pedir isenção de tudo, solicitar bolsa ou qualquer coisa nesse sentido, argumentando que tem a legislação e podiam buscar esse arcabouço legal para poderem processar, isso não geraria problema e com certeza o curso funcionaria 100% bem. **Alcina Romero** complementou, falando ainda da Portaria 3712, que já tinha sido falado sobre os quatro milhões de reais que serão depositados nos fundos municipais, para fazerem este curso em toda a Bahia e brevemente terão notícia, porque queriam fazer uma grande agenda para tentarem reduzir o que existe de demanda reprimida, principalmente de biópsias de mama, de colo de útero, colposcopias, enfim, usarem este recurso para reduzirem essa demanda reprimida, mas informaria sobre isso na próxima reunião da CIB. **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Apresentação: 2. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DAE: 2.1 Linha de Cuidado e Fluxo de Acesso do Usuário com Atrofia Muscular Espinhal (AME) - Alcina Romero** explicou que este fluxo de acesso é principalmente para crianças com atrofia muscular espinhal, uma doença rara, mas desde o ano passado o Ministério da Saúde - a CONITEC aprovou a AME Tipo I e AME Tipo II. Frisou que as medicações são consideradas as mais caras do mundo, cerca de dois a três milhões por ampola, aparece muito na mídia, é realmente uma medicação que tem se mostrado muito efetiva, mas está sendo comprada pelo Ministério da Saúde e é usada em crianças graves, que têm muita dificuldade, com necessidade de ventilação especial. A medicação é administrada de forma intratecal, por neurologista, neurocirurgião, em ambiente hospitalar, logo, é muito complexo se conseguir alinhar um fluxo. Parabenizou a equipe técnica da CRAE, na pessoa de Fátima Rocha, Cláudia, Coordenadora da DASF do Componente Especializado, a DAB, o pessoal da Telessaúde, a Regulação, nas pessoas de Rita Santos e Naia Neves, que ajudaram a pensarem também sobre o leito de retaguarda, foi um movimento de várias áreas da SESAB para conseguir ser mostrado em dois slides e terem noção de como tudo é muito difícil. Disse que já existe um fluxo, não precisando mais ficarem lutando, tentando conseguirem por intermédio da mídia, quando, para os casos de AME Tipos I e II, tem como chegar rapidamente à medicação. Mostrou no slide abaixo a Linha do Cuidado, com a atenção primária fazendo o acolhimento, a suspeita diagnóstica, que pode acontecer também disso ser feito na maternidade, para a triagem neonatal, e tem uma lei federal que incluirá o diagnóstico da AME na triagem neonatal, que ainda não é agora, será na Etapa 5. Informou que tem que ter um ambulatório especializado, que no estado é o ambulatório da Escola Bahiana de Medicina, credenciado por Salvador, com duas especialistas que só trabalham com AME, e Salvador abre isso para os quatrocentos e dezessete municípios. E

1098 agradeceu muito à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que trabalhou conjuntamente com eles, e ao hospital de
 1099 referência, o Martagão Gesteira, comentando que é prazeroso trabalhar com este hospital, com toda sua *expertise* na atenção
 1100 pediátrica, e complementou que, para compor esta Linha do Cuidado, ainda tem a Assistência Farmacêutica, por intermédio do
 1101 COAF, e a Regulação.



1114 No *slide* abaixo o Fluxo de Acesso, que será sempre pelo preenchimento da LME pelo médico assistente, que pode ser o da
 1115 própria ADAB, ou neuropediatra que acompanhe a criança em qualquer ambulatório. Uma vez preenchida a LME, que é a
 1116 mesma de todos os medicamentos do Componente Especializado, se dirige ao Núcleo Regional de Saúde ou à CIMEB, em
 1117 Salvador, daí será analisado pela DASF e pela DAE se atende ao critério, porque o protocolo tem uma série de critérios. Tendo
 1118 atendido ao critério, tem pergunta se o prescritor é especialista - que no caso é o serviço da ADAB – e se a prescrição tiver
 1119 sido da própria ADAB, o processo é encaminhado para a DASF, a fim de ser solicitado ao Ministério da Saúde. E se o médico
 1120 que tiver solicitado não for especialista, mas um neuropediatra ou um médico da atenção primária, obrigatoriamente tem que
 1121 ser solicitada avaliação do especialista. E sobre como e quando trazer a criança de municípios longínquos, como Chorrochó,
 1122 Abaré, para fazer a avaliação no ambulatório da Escola Bahiana, é quando entra o Telessaúde para Ihes salvar e está
 1123 salvando muitas situações. Então precisavam muito que todos Ihes ajudassem, porque a consulta à distância precisa de
 1124 envolvimento do secretário municipal, pois é necessário que o médico prescritor esteja presente na casa da criança, que a
 1125 filme e que este médico converse com o especialista da Escola Bahiana de Medicina, e o dia e a hora da consulta é
 1126 providenciado e agendado por eles, da DAE. Se o especialista avaliar que o critério será bom, segue o mesmo fluxo de: ir para
 1127 a COAF, que solicita ao Ministério da Saúde e, quando a medicação tem um agendamento para chegar, é dada entrada na
 1128 Diretoria de Regulação para solicitar o agendamento, a vaga no Hospital Martagão Gesteira - porque a criança terá que vir com
 1129 a vaga certa - e são os leitos de retaguarda do estado que já estão acertados no Martagão Gesteira. E para o transporte são
 1130 duas situações: se a criança puder vir, a família preferir trazê-la por carro próprio, ou, se é uma criança que não está ainda em
 1131 uso de suporte ventilatório, pode vir no carro do transporte básico, ficando por conta do município ou da família; porém, se
 1132 precisa de transporte avançado, a Diretoria de Regulação fará o fluxo com a secretaria municipal de saúde para alinharem a
 1133 data e a hora e segue uma ambulância para buscar a criança. Ponderou que não é um fluxo fácil, é complexo, envolve muitas
 1134 áreas, mas que tem sido testado e tem dado certo. Assim, trazia para que o disseminassem, e, assim, tentarem diminuir a
 1135 judicialização e as investidas da mídia quanto ao atraso do início do tratamento da criança e facilitando a entrada pelo fluxo
 1136 normal. Informou que, para a AME III, já está em processo de consulta pública e provavelmente a medicação será incorporada
 1137 também. **A Diretora da DAE** mostrou no outro *slide* o fluxo do Telessaúde, em que SMS, ADAB ou SESAB identifica a
 1138 necessidade da primeira consulta ou a de seguimento, é solicitada a teleconsultoria à plataforma da ADAB, a secretaria de
 1139 saúde do município de residência do paciente realiza a interlocução com a equipe de atenção básica de referência da criança,
 1140 a plataforma disponibiliza o *link* da teleconsulta para a ADAB e para a secretaria municipal, lembrando que é na ADAB onde
 1141 estão os especialistas, principalmente Marcela, e a pessoa permanece sendo acompanhada na ADAB e quando necessário é
 1142 encaminhada para atendimento presencial. E nesse momento já entra a teleconsulta, o Telessaúde faz o agendamento,
 1143 interage com a secretaria do município, o que é um grande facilitador, porque trazer uma essa criança se constituía um
 1144 problema, às vezes o médico dizendo que não atendia e que não adiantava fazer, o que é terrível, pois sabem o trabalho que
 1145 dá trazer uma criança de tão longe para a capital, já para medicação. E questionava se não se podia fazer a medicação mais
 1146 perto, mas não é fácil, precisa do leito de retaguarda, uma UTI pediátrica, porque a criança pode descompensar, até por conta
 1147 do transporte, precisa da técnica, porque é uma intratecal, apenas o médico que faz e infelizmente hoje dispunham apenas do
 1148 Martagão Gesteira, mas na certeza de ser o melhor tratamento.



1159 **Stela Souza** elogiou a aula proferida por Alcina Romero, reconheceu ter sido um trabalho de muitas mãos, a reconhecendo
 1160 como condutora, mas todos os atores que participaram do processo são muito importantes e pediu que passassem para o
 1161 COSEMS, ela queria ler com muito carinho, a fim de encaminharem para todos os municípios, já que tinha Ihe chamado muito
 1162 a atenção e ressaltou mais uma vez o Telessaúde. Enfatizou que felizmente têm o Martagão Gesteira, que socorre muito e ela
 1163 defendia o hospital com 'unhas e dentes' e agradeceu mais uma vez a Alcina Romero. E passou para o próximo ponto de
 1164 pauta: **3. SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVAST: 3.1 Lista de Doenças**

Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia - Letícia Nobre iniciou colocando que, pela Lei Orgânica da Saúde, a Lista de Doenças é uma obrigação do Ministério da Saúde, a primeira foi feita em 1998 e em 2019 o Ministério da Saúde reuniu um grupo de especialistas, entidades e várias representações que a atualizou, ampliou e revisou e foi publicada no final de agosto de 2020, sendo revogada pelo Ministro da Saúde, em 1º de setembro daquele ano. Comentou que, como tinha sido uma construção coletiva em todo o país, a Rede de Saúde do Trabalhador discutiu bastante e o estado da Bahia foi pioneiro nesta lista para o estado, consultaram as pessoas que a elaboraram, tem autorização, tanto que está publicada a lista das pessoas e foi submetida a uma discussão no Conselho Estadual de Saúde que a aprovou e a SESAB publicou uma portaria da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho para o Estado da Bahia, em janeiro de 2021.

Nos slides seguintes apresentou a fundamentação legal e técnica da atribuição do SUS e as finalidades da lista, que são especialmente orientar o uso clínico-epidemiológico de forma a permitir a qualificação da atenção integral à saúde do trabalhador e é para uso principalmente por médicos, mas também por toda a equipe de saúde, entretanto, em relação ao diagnóstico clínico, é especialmente por médicos. Para a equipe multiprofissional: facilitar o estudo da relação entre o adoecimento e o trabalho; adotar procedimentos diagnósticos; elaborar projetos terapêuticos mais acurados; orientar as ações de vigilância epidemiológica e de vigilância de ambientes e processos de trabalho; e orientar as ações de promoção da saúde em nível individual e coletivo.

Mostrou nos próximos slides que se trata de duas listas, a 'Lista A' facilita a identificação dos agentes ou fatores de risco presentes no trabalho, então a sua entrada é por ruído, radiação, fatores psicossociais, enfim, são os principais agentes e fatores de risco. A relação de doenças e CID que podem causar a exposição àqueles fatores nos diversos ambientes de trabalho e a 'Lista B' inicia pelos grupos da CID10. A estrutura da Lista A, que tem agentes e/ou fatores de riscos físicos, químicos, biológicos e incorporou inclusive a COVID, além de outros agentes biológicos diversos que em determinadas circunstâncias poderão ser relacionados também ao trabalho, os agentes psicossociais - um capítulo que foi bem ampliado - e alguns outros fatores de risco.

	Agentes e/ou Fatores de Risco	CID10	Doença Relacionada ao Trabalho
Parte I	Agentes e/ou Fatores de Risco Físicos	xxx	xxx
Parte II	Agentes e/ou Fatores de Risco Químicos	xxx	xxx
Parte III	Agentes e/ou Fatores de Risco Biológicos	xxx	xxx
Parte IV	Agentes e/ou Fatores de Risco (outros ambientais, biomecânicos)	xxx	xxx
Parte V	Agentes e/ou Fatores de Risco Psicossociais no trabalho (da organização do trabalho)	xxx	xxx
Parte VI	Agentes e/ou Fatores de Risco Outros	xxx	xxx

A 'Lista B' entra por todos os capítulos da CID, menos os relacionados a gravidez, parto e puerpério. São doenças infecciosas parasitárias, neoplasias, enfim os capítulos da CID e, ao lado das doenças, todos os fatores. Citou a exposição ao amianto como exemplo, que está na 'Lista A' que tem uma série de cânceres que podem ser causados pelo amianto na e Lista B tem o capítulo das neoplasias, com os diversos tipos de cânceres, mesotelioma de pleura, câncer de pulmão, de laringe, de ovário, vários cânceres que podem ser causados também pelo amianto, os que podem ser causados por benzeno, por agrotóxicos e por várias outras substâncias. Colocou ainda que foi uma revisão extensa, atualizada, a equipe avaliou listas de vários países de todos os continentes e as listas da Organização Internacional do Trabalho, um trabalho muito minucioso, sério e responsável e, das cento e oitenta e duas doenças listadas na portaria anterior, chegou-se a trezentas e quarenta e sete

1298 SESAB/SUVISA/Núcleos Regionais, SEC e o poder público municipal. A prioridade passa certamente por critérios
 1299 epidemiológicos e operacionais, além do interesse político manifestado por cada município, dessa forma, uma série de critérios
 1300 são elencados para definição das zonas onde estão acontecendo as maiores incidências de COVID em cada território, assim
 1301 como em cada município, apesar da viabilidade de se alcançar o estado como um todo e o município de forma geral, foi feita
 1302 uma análise prévia com a SEC e a ideia é de olhar o território municipal e estratificar, olhando também para as regiões que
 1303 estiverem com maior incidência e maior taxa de transmissão no momento dos inquéritos.

 <p>(...) "Após tão longo período de exceção cabe evitar naturalizarmos a pandemia de COVID-19 entre nós ou, no outro extremo, ficarmos reféns do medo, ainda que restem imprevisibilidade e incertezas, após um ano e meio de pandemia da COVID-19 acumulamos conhecimentos, construímos estratégias e hoje dispomos de orientações consistentes para o funcionamento seguro das escolas."</p> <p>" (...) O momento agora é de se implementar a vigilância epidemiológica escolar em tempo real com a produção de dados para o acompanhamento das experiências locais "</p>	<p>❖ Diante da relevância social do retorno às aulas presenciais, e, considerando o "Plano Estratégico de Retomada Gradativa e Segura das Atividades Escolares", foi elaborado projeto de "Vigilância ativa COVID-19 na rede pública de educação do estado da Bahia", por meio da articulação intersetorial entre SUVISA/SESAB e SEC.</p>
---	---

<p>2. Objetivo Geral:</p> <p>Mitigar o risco de casos e surtos de COVID-19 na rede pública de educação do estado da Bahia.</p> <p>2.1 Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Identificar, monitorar e isolar casos de Covid-19 e rastrear seus contactantes diretos; ➢ Investigar, prevenir e controlar surtos Covid-19 no ambiente escolar; ➢ Garantir assistência adequada e oportuna aos casos de COVID-19 detectados na "comunidade escolar". 	<p>3. Metodologia:</p> <p>❖ As unidades educacionais alvo do projeto piloto serão definidas a partir da articulação entre SESAB (SUVISA e NRS), SEC e Poder Público Municipal.</p> <p>❖ Serão considerados os aspectos epidemiológicos e operacionais na definição do cronograma de ações nos diferentes territórios do estado da Bahia:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Análise da circulação viral por semana epidemiológica (percentual de positividade laboratorial ; VOC); b) Incidência de casos no ambiente escolar e área territorial adscrita (bairro / distrito sanitário); c) Notificação de surtos; d) Análise da cobertura vacinal; e) Protocolos sanitários para retomada gradual das aulas presenciais.
---	--

1329 Nos slides que seguem, o público-alvo, que é a comunidade escolar, constituída por estudantes e funcionários das escolas
 1330 públicas - municipais e estaduais - e pessoas assintomáticas que estiverem participando das atividades presenciais,
 1331 comunicantes/contactantes de todos os casos confirmados, tanto no ambiente escolar, como no ambiente familiar comunitário
 1332 e, no momento da coleta, além da amostragem dos assintomáticos, a meta é alcançar todos os indivíduos que estiverem com
 1333 sintomas compatíveis com suspeita de síndrome gripal e COVID. Informou que no desenho epidemiológico estima-se o alcance
 1334 de 10 a 20% dos sintomáticos e, para terem uma eficácia de vigilância, a ideia é serem feitas análises seriadas, ou seja, não
 1335 adiantava fazer uma única coleta, mas se pensar em intervalos de, a cada quinze dias, fazerem uma amostragem na unidade
 1336 selecionada, bem como inquéritos seriados, mas alcançando todas as pessoas assintomáticas. Além de usar a biologia
 1337 molecular, o projeto conta também com insumo de teste rápido de detecção de antígeno, que já faz uma triagem nos
 1338 sintomáticos, o diagnóstico, a biologia molecular, o RT-PCR, o município faz a coleta e o Laboratório Central faz a análise,
 1339 lógico que isso podendo ser pensado entre rede de laboratório de saúde pública, coordenado pelo LACEN. Todas as amostras
 1340 cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial - GAL, além de RT-PCR, teste rápido e sequenciamento genético, que
 1341 não é uma ferramenta clínica e sim de vigilância, principalmente os momentos de surto e visto cada caso, são essas três
 1342 estratégias, RT-PCR, antígeno e sequenciamento.

<p>3.1 Público-alvo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Estudantes e funcionários de escolas públicas do estado da Bahia, assintomáticos, que estejam participando das atividades presenciais; ➢ Comunicantes/contactantes de todos os casos confirmados, por meio de rastreamento de contatos; ➢ Indivíduos que estejam sintomáticos, no momento do inquérito epidemiológico no ambiente escolar. <p>3.1.1 Desenho epidemiológico (amostragem)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Inquéritos seriados, com amostragem aleatória entre indivíduos assintomáticos. Estima-se o alcance de 10% a 20% da comunidade escolar; ➢ Inquéritos seriados com triagem de todos os indivíduos sintomáticos. 	<p>3.2 Método Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ As amostras serão coletadas nas unidades escolares (<i>in loco</i>), pela equipe de saúde municipal, previamente capacitada. As amostras serão coletadas, acondicionadas e transportadas de acordo com orientações técnicas do LACEN / BA. ▪ Todas as amostras coletadas serão cadastradas no Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL/DATASUS, de forma prévia ao envio para LACEN-BA. <p>Diagnóstico Inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O diagnóstico laboratorial será realizado com emprego do método de RT PCR para detecção SARS CoV - 2. ▪ Indivíduos sintomáticos serão submetidos a triagem com emprego de teste rápido para detecção de antígeno SARS CoV - 2. Resultados negativos devem ser confirmados com emprego de RT-PCR <p>Sequenciamento Genético</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No escopo da investigação epidemiológica de surtos, podem ser empregadas técnicas de vigilância genômica SARS CoV - 2.
---	---

1356 Continuando a apresentação dos slides, falou sobre a Vigilância Epidemiológica que, na ocorrência de casos e surtos, deve ser
 1357 desencadeada a investigação epidemiológica sobre os fatores de risco, com análise do cumprimento dos protocolos sanitários,
 1358 integração entre saúde e educação, medidas de isolamento e monitoramento dos casos confirmados, rastreamento de contatos
 1359 e quarentena das pessoas que tiveram contato direto com os casos confirmados e todos os casos devem ser notificados no
 1360 sistema de notificação. Todos os casos positivos devem passar por uma avaliação clínica e o estadiamento do quadro clínico,
 1361 para que seja garantida a assistência integral e adequada a cada quadro clínico. Pensavam em começar já em outubro, então
 1362 essa última quinzena de setembro é de definição dos ajustes finais e dos municípios que participarão do projeto piloto, que tem
 1363 previsão de três meses, entre outubro e dezembro. E finalizou colocando o resultado esperado, que é garantir o direito

fundamental à educação pública no estado da Bahia, com segurança sanitária para toda a comunidade escolar, possibilitando o avanço da retomada das atividades presenciais.

3.3. Vigilância Epidemiológica

❖ A ocorrência de casos e surtos deve proporcionar a investigação epidemiológica sobre fatores determinantes (fatores de risco);

- Análise do cumprimento dos protocolos sanitários, de forma integrada entre setor saúde e educação;
- Medidas de isolamento e monitoramento dos casos confirmados,
- Rastreamento e quarentena dos casos suspeitos (contactantes diretos).

Notificação

❖ Todos os "casos suspeitos" serão notificados no e-SUS e/ou SIVEP Gripe. A notificação será realizada sob coordenação da vigilância epidemiológica municipal.



3.4 Assistência à saúde

❖ Os casos sintomáticos devem ser submetidos a avaliação médica para estadiamento do quadro clínico. Deve ser garantida assistência integral à saúde, via linha do cuidado pré-estabelecida na rede de assistência à saúde.

3.5 Cronograma:

❖ O "inquérito piloto" deve ser realizado no período de 3 meses, com previsão de início em outubro/2021.



4. Resultado Esperado:

✓ Garantir o direito fundamental à educação pública no estado da Bahia, com segurança sanitária para toda a comunidade escolar, possibilitando avanço da retomada das atividades presenciais.



Fonte: FIOCRUZ, 2021



Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde – SUVISA
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia



sesab.suvisa@saude.ba.gov.br
71) 3115-4230 / 4217

Stela Souza considerou excelente e agradeceu a Gabriel Muricy, perguntando se seria limitado e, como são projetos pilotos, se envolveriam depois municípios de algumas regiões para fazer, como seria isso, já que o município deve ter capacidade para a coleta, estar envolvido na vacinação, na coleta normal que já faz, esse inquérito é o movimento mais forte, e por último, se após os três meses deste projeto piloto continuariam no próximo ano ou não se pensou nisso ainda. **Rivia Barros** respondeu que o projeto da SESAB/SUVISA/LACEN comporta os quatrocentos e dezessete municípios nesses três meses, chamavam de piloto porque dependeria de o secretário de saúde do município estar sensível e ter condições de fazer a coleta, porque garantiriam os testes de antígeno, a testagem e os núcleos, bem como o transporte do PCR até o LACEN. O município precisaria garantir a coleta e, estando positivo, teria que garantir a assistência, todo o trabalho que já se faz com um paciente positivado - a orientação, o acompanhamento, a busca dos contactantes. Fariam na unidade escolar, por isso que é interessante conversar com cada município que tem interesse, os que chegarem primeiro terão mais condição para começar, mas toda a equipe já está pronta para trabalhar juntamente com os municípios e realizá-lo nos quatrocentos e dezessete municípios. **Stela Souza** comentou que os gestores que estão assistindo a reunião neste momento são privilegiados com essa informação e, como Presidente do COSEMS, responsável e defensora dos quatrocentos e dezessete municípios, gostaria que qualquer coisa só fosse iniciada depois de chegar ao conhecimento de todos, de fazerem um cronograma de adesão ou algo assim, e tendo sido passados todos os detalhes, para todo mundo ficar no mesmo direito. E colocou à disposição o apoio do COSEMS para o reforço na divulgação. **Rivia Barros** agradeceu e sugeriu que Gabriel Muricy, juntamente com o COSEMS, iniciassem pelo COSEMS e pelos Núcleos. **Orlandina Silva, Secretária Municipal de Saúde de Santo Estevão**, cumpriu a todos e relatou a situação de uma criança em seu município que, segundo a mãe, estava com sintomas de sinusite e ela a retirou criança, no dia 30 de agosto fez o teste, no dia 2 de setembro deu resultado positivo para COVID, mas ela comunicou à escola no dia 8. Acrescentou que, ao pegaram o resultado e verem que se tratava de uma criança com idade em torno de 10 anos, foi identificado que se tratava de uma escola particular, foi feita a articulação com a escola, fazendo o teste em todos. A mesma coisa aconteceu em uma escola estadual, onde uma professora testou positivo e mais uma vez tendo sido feito esse trabalho de identificação, contato com a diretora e realizadas coletas de oitenta swabs e, desses, apenas um exame foi positivo, de uma criança sem nenhum sintoma. Em ambos os casos foi feito o trabalho de investigação com a família e é um trabalho que deve ser feito continuamente, porque a criança circula todo o tempo na escola, podendo ter casos como o da criança que estava assintomática, sem imaginar que estava com COVID. **Rivia Barros** enfatizou a necessidade de trabalharem junto às escolas, para terem adesão ao projeto, bem como à comunidade, lembrando que não será em todos os escolares nem em todas as pessoas, mas uma amostragem, e no momento que fosse identificado um resultado positivo, seria ampliado. Disse ainda que tem toda uma estratégia para fazer a vigilância e depois, tendo dado positivo, é coletado o PCR desse caso e se sequencia, para saberem o que está circulando na comunidade escolar e no município. Ressaltou que é um trabalho para ser abraçado por todos, o projeto melhoraria a cada momento e, dentro de três meses, quando já estarão no próximo ano, com certeza esse projeto será sucesso, a Bahia será o primeiro estado a fazer essa vigilância ativa nas escolas municipais e estaduais e, no próximo ano será ampliado e mantido, porque é uma segurança que mostra que estão realmente preocupados com a juventude do estado e cuidando do nosso futuro. E, em vez de estarem dizendo que não é para vacinar, dizerem que cuidam do futuro e quem está cuidando do futuro está preocupado em fazer isso. **Raquel Ferraz** parabenizou a equipe e considerou perfeito e muito importante o trabalho para garantirem o sucesso do retorno às aulas, visando dar conforto e segurança aos pais, aos educandos e a todos os trabalhadores da educação, e com certeza será um sucesso, todo município que está retornando às aulas semipresenciais certamente terá interesse. Considerou também perfeita a ideia de Stela Souza, de os apoiadores do COSEMS ajudarem, para todos terem direito de participar do projeto. **Cristiano Sóster** achou também ótimo e ressaltou que a vigilância tem mesmo que ser ativa e preparar o território é uma das coisas importantes

1431 também. Assim, é necessário que as vigilâncias, as equipes de saúde da família, orientem estudantes, professores, familiares,
 1432 ou seja, preparem o processo preventivo e que possam visitar as escolas para verificar se o protocolo sanitário está sendo
 1433 aplicado, se existem de fato pias para lavagem de mãos, álcool em gel disponível para os estudantes, se está havendo o
 1434 distanciamento, o cuidado no momento da merenda e da disponibilização de alimentos e fazerem isso como prioridade porque,
 1435 caso contrário, ocorreriam muitos vieses, como escolas que poderiam ter prevenido com essas medidas e que farão apenas a
 1436 detecção de exames positivos, quando não é essa a proposta, está muito claro que é uma vigilância ativa, e que se proponha
 1437 prevenir e corrigir também esses equívocos durante o processo. **Gabriel Muricy** concordou que a proposta é exatamente essa,
 1438 não mudariam nada e atenderiam sim todas as diretrizes que estão no Guia de Vigilância à COVID mais recente, que é, a partir
 1439 de um caso confirmado, o processo de monitoramento, rastreamento de contatos, isolamento, quarentena e inquérito,
 1440 identificação das pessoas que tiveram contato com paciente positivo e a realização de um inquérito na população. Argumentou
 1441 que a grande diferença está em ser uma vigilância ativa, que antecipa o problema em vez de ser uma vigilância reativa,
 1442 antecipar a ocorrência do caso e, mesmo antes do aparecimento do primeiro sintomático - entendendo a importância de
 1443 assintomáticos na transmissão do vírus - antecipar e discutir todas estas estratégias de vigilância, de assistência ao indivíduo e
 1444 de prevenção, tanto no ambiente escolar como no território adjacente e na comunidade, até porque o que tem sido mostrado é
 1445 que o grande risco de surto nas escolas está determinado, em geral, pelo aumento da incidência no seu entorno, da população
 1446 que usa a escola. Por isso é muito importante olhar para o território onde está a escola, porque provavelmente a escola refletirá
 1447 o que está acontecendo nos bairros adjacentes. E acrescentou que tem ainda a vigilância genômica, em que, além de
 1448 possibilitar uma vigilância das variantes de atenção, o LACEN Bahia tendo saído na frente e, juntamente com o LACEN Minas
 1449 Gerais, foram os dois primeiros laboratórios de saúde pública do país a estruturarem a vigilância genômica de SARS COV.
 1450 Explicou que a vigilância genômica consegue, através de filo dinâmica - que é a análise do sequenciamento do vírus - datar o
 1451 ponto de introdução, identificar se teve mais de um ponto de introdução, se foram várias pessoas que chegaram à escola com
 1452 COVID ou uma única pessoa, e a partir do registro da notificação da data do início dos sintomas se consegue historiar qual o
 1453 momento que entrou e isso possibilita definir onde aconteceu falha no controle da prevenção de COVID. Adiantou que isso já
 1454 está sendo usado pelo CIEVS, juntamente com o LACEN, nas investigações de surto nos institutos de longa permanência de
 1455 pessoas idosas e citou um desses institutos como exemplo, em Feira de Santana, onde, em conjunto com o LACEN,
 1456 recentemente tinham conseguido definir que teve um ponto de introdução, já que o sequenciamento de todas as pessoas
 1457 positivas mostrava que se tratava do mesmo vírus, a genética do vírus era similar, então o sequenciamento é uma ferramenta
 1458 complementar, mas muito interessante também. **Orlandina Silva** relatou que em Santo Estevão, com a perspectiva do retorno
 1459 das aulas, tinham começado bem cedo, com a construção de um plano compatível com o porte de cada escola, a vigilância
 1460 sanitária visitou todas as escolas do município, para ver a capacidade, o que cada uma dispunha, para que essas escolas
 1461 pudessem se adaptar. Foi um trabalho conjunto, as escolas queriam retomar e a gestão da saúde também querendo que
 1462 retomassem com segurança, então foi tudo bem dialogado, conjuntamente, para construírem a retomada das aulas com toda
 1463 segurança. **Stela Souza** perguntou se os demais membros presentes ainda queriam colocar alguma coisa e **Nanci Salles** falou
 1464 sobre o credenciamento de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM), relatando que
 1465 tem vários processos na DGC, já em via de serem aprovados e questionou se aceitariam o parecer e publicariam resolução, ou
 1466 se aguardariam a próxima reunião CIB. **Stela Souza** perguntou se tem urgência ou prazo, porque a próxima reunião ordinária
 1467 da CIB já seria no dia 21, e, se não tivesse, poderiam esperar, porque só se publica em *ad referendum* quando tem prazo para
 1468 cumprir ou em alguma urgência. **Nanci Salles** justificou a pergunta porque alguns pleitos já estão na área técnica, como o do
 1469 Município Teodoro Sampaio, que encaminhou para a área, mandou pelo SEI, mas não enviou solicitação de pauta, então,
 1470 pensando nessa perspectiva que estava colocando isso. **Stela Souza** ponderou que, se estava na área e já tendo sido dado
 1471 parecer, mas sem ter havido tempo hábil a fim de ser encaminhado para a pauta desta CIB, nesse caso seria justo, pois o
 1472 município não pode perder devido a uma falta de comunicação interna, que às vezes acontece mesmo, pois é muita coisa,
 1473 então propunha à CIB que, para os que já estão nesta situação, aprovarem em ad referendum e referendarem na próxima
 1474 reunião. **Houve consenso.** **Cristiano Sóster** informou que no dia 14 de outubro acontecerá o Seminário do 'Previne Brasil',
 1475 com participação do Ministério da Saúde, do COSEMS e da SESAB, e encaminhariam os convites para essa discussão que
 1476 considerava tão importante nesse momento. Em seguida **Stela Souza** agradeceu a presença de todos, declarou encerrada a
 1477 sessão e confirmou a próxima reunião para o dia 21 de outubro de 2021, em horário a confirmar. Não havendo mais o que
 1478 tratar, após registro da Ata feito pelo núcleo administrativo da Secretaria Executiva da CIB (Silvana Salume), e sua revisão pelo
 1479 núcleo técnico (Fátima Valverde), eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que
 1480 será assinada pelos senhores membros, após lida e aprovada. Salvador, 23 de setembro de 2021.

1481 Membros Titulares:

1482 Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho _____

1483 Stela dos Santos Souza _____

1484 Cássio André Garcia _____

1485 Rívia Mary de Barros _____

1486 Igor Lobão Ferraz Ribeiro _____

1487 Leonardo Silva Prates _____

1488 Raquel Ferraz da Costa _____

1489 Jacklene Mirne Gonçalves Santos _____

1490 Membros Suplentes:

1491 Janaína Peralta de Souza _____

1492 Maria Alcina Romero Boullosa _____

1493 José Cristiano Sóster _____

1494 Naia Neves de Lucena _____

1495 Raul Moreira Molina Barrios _____

1496 Marcelo de Jesus Cerqueira _____