

Aos dezoito dias do mês de novembro do ano dois mil e vinte e um, no Auditório da SESAB – Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, em reunião híbrida, com participação limitada e transmissão simultânea por meio do 'Zoom', durante a pandemia de Coronavírus, com as presenças dos membros da CIB Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho, Secretária de Saúde em exercício do estado da Bahia e Coordenadora da CIB, Stela dos Santos Souza, Presidente do COSEMS e Coordenadora Adjunta da CIB, Cássio André Garcia, Rívia Mary de Barros, Igor Lobão Ferraz Ribeiro, Leonardo Silva Prates, Raquel Ferraz da Costa, Jacklene Mirne Gonçalves Santos, e dos suplentes Maria Alcina Romero Boulosa, José Cristiano Sóster, Naia Neves de Lucena, Raul Moreira Molina Barrios, Marcelo de Jesus Cerqueira, Ernesto da Costa Lima Júnior, Fábio Maia Prado e Lívia Bomfim Mendes Aguiar. **Às 14 horas e 10 minutos, a Coordenadora Adjunta declarou aberta a sessão**, cumprimentando a todos que estavam participando de forma virtual, membros da CIB presentes, representantes da Diretoria e apoiadores do COSEMS e equipe da SESAB. Agradeceu à SESAB pelo auditório confortável e desejou que esta fosse a primeira de muitas reuniões neste espaço. **A Coordenadora reiterou que esse espaço é dos servidores e deve ser amplamente utilizado**, lembrando que tem critérios, porque, como a mídia é muito especializada, é preciso ter a tecnologia do manuseio, mas já estão tentando promover uma equipe profissionalizada para prestar esse serviço, para ter utilização, com agendamento, de pelo menos uma vez por mês para cada superintendente, utilização do COSEMS e do Conselho Estadual de Saúde, para todos terem acesso e, quem quisesse produzir tecnicamente, com reuniões e colegiados, esse espaço é adequado e ela ficava muito satisfeita de que fosse de fato utilizado. Saudou a mesa em nome de Stela Souza e todos os presentes, registrando a presença do Conselho Estadual de Saúde e da UPB, por intermédio do Presidente do CES, Marcos Antônio Almeida Sampaio, e do Prefeito José Henrique Silva Tigre – UPB, e passou a palavra para a Coordenadora Adjunta iniciar a ordem do dia. **Stela Souza** parabenizou Marcos Antônio Almeida Sampaio, Presidente do Conselho Estadual de Saúde, a Vice-Presidente, Tereza Paim, Luiza Campelo, Secretária da Diretoria Executiva do COSEMS e José Vasconcelos, informando que os quatro foram eleitos, tomaram posse, já houve reunião com bastante novidade, Arão Capinam, Secretário Executivo, também sempre presente, e comentou que o Conselho Estadual está na ativa e isso é muito importante, porque o controle social faz parte do processo de trabalho. Dando seguimento, a **Coordenadora Adjunta** submeteu à aprovação a **Ata da 289ª Reunião Ordinária da CIB** que foi encaminhada por e-mail aos membros da CIB. Como não houve manifestação contrária, **foi aprovada à unanimidade**. Em seguida passou a palavra para **Nanci Salles, Secretária Executiva da CIB**, que efetuou a leitura das Resoluções publicadas *ad referendum*, para ratificação dos membros da CIB:

Resolução	Publicada no DOE	Assunto
207/2021	02/10/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
209/2021	07/10/2021	Aprova ad referendum a emissão de Parecer Favorável para habilitação da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental tipo III, no município Teodoro Sampaio.
210/2021	08/10/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e do Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
211/2021	19/10/2021	Aprova ad referendum orientações para aplicação dos recursos habilitados em portarias do Ministério da Saúde para o incremento temporário do Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Fundos Estadual e Municipais de Saúde, oriundos da aplicação de emendas parlamentares para o custeio de ações e serviços de saúde.
215/2021	21/10/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e mantém sem alterações o Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia. (REVOGADA)
218/2021	30/10/2021	Aprova ad referendum o modelo de oferta dos medicamentos para o tratamento do glaucoma no âmbito do Sistema Único de Saúde e dispõe sobre o acesso dos pacientes em tratamento do glaucoma por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia.
220/2021	05/11/2021	Aprova ad referendum a nova atualização dos Anexos 2 e 3, referentes às unidades de referência COVID e unidades de retaguarda COVID, e mantém sem alterações o Anexo 8, referente aos Leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar, do Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do novo Coronavírus – SARS CoV2 no estado da Bahia.

**Stela Souza** submeteu aos membros a **ratificação das Resoluções Ad Referendum**, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovadas à unanimidade**. Dando seguimento, **Nanci Salles** passou para a leitura dos expedientes encaminhados para **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	Santa Teresinha
	01 ESF	Teixeira de Freitas

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
2829  
30  
31  
32

	01 ESF	Pindaí
	03 ESF	Caetitê
	05 ESF	Santo Antônio de Jesus
ESB – Equipe de Saúde Bucal	01 ESB Modalidade I	Serrinha
	01 ESB Modalidade I	Ubaíra
	01 ESB Modalidade I	Coaraci
	02 ESB Modalidade I	Guanambi
	02 ESB Modalidade I	Heliópolis
	03 ESB Modalidade I	Antas
	03 ESB Modalidade I	Maraú
	03 ESB Modalidade I	Santo Antônio de Jesus
EAP – Equipe de Atenção Primária	01 EAP	Santo Antônio de Jesus
	03 ESB Modalidade I	Caetitê
ACS – Agente Comunitário de Saúde	08 ACS	Mascote
	76 ACS	Santo Antônio de Jesus

33 1.2 Ofício nº 137/2021, referente à Emenda Parlamentar para obra de ampliação do Hospital Municipal do Município  
34 Crisópolis; 1.3 Ofício nº 144/2021 referente à Emenda Parlamentar para aquisição de equipamento e material permanente  
35 para aquisição de dois veículos para transporte de equipe profissional dentro do perímetro municipal, do Município Euclides da  
36 Cunha; 1.4 Ofício nº 507/2021, referente à Emenda Parlamentar para aquisição de equipamento e material permanente para  
37 Unidades Básicas de Saúde, do Município Conceição da Feira; 1.5 Ofício nº 594/2021, referente à alteração na proposta de  
38 Emenda Parlamentar de aquisição de equipamento e material permanente para o Centro Especializado em Reabilitação de  
39 Cruz das Almas, do Município Cruz das Almas. Reforçou que, com relação a estes pontos, a Resolução Tripartite recomenda  
40 que os municípios que fizeram alterações em suas emendas comuniquem à CIB e já tinha sido acordado há alguns meses que  
41 seria dado ciência na pauta da reunião. 2. Secretaria Executiva da CIB – Reposta da SE do Ministério da Saúde: 2.1  
42 Situação da Rede de Atenção à Saúde da Macrorregião Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco –  
43 Solicitação de apoio para o processo do Planejamento Regional Integrado – PRI – Informou que a CIB havia  
44 solicitado esclarecimento ao Ministério, em relação à situação da Rede de Atenção da Macrorregião Interestadual do Vale do  
45 Médio São Francisco, bem como seu apoio para esclarecer como prosseguir com o processo de Planejamento Regional  
46 Integrado, já que seria uma região entre estados, e o MS respondeu, mediante o Ofício nº 06/2021, de 4 de outubro, que todo o  
47 processo deve ser pautado nas Resoluções Tripartite nºs 23 e 37, e discutiriam sobre o planejamento regional no GT da  
48 Tripartite, onde abordariam como será a elaboração, discussão e pactuação de diretrizes para o processo de planejamento das  
49 macrorregiões de saúde interestaduais. Stela Souza comentou que tinham pedido esclarecimento exatamente porque a  
50 macrorregião PEBA, apesar de existir há muitos anos oficiosamente, com investimentos inclusive do Ministério da Saúde na  
51 macrorregião, e de todo um trabalho voltado para o PEBA, como macrorregião interestadual que precisa de coordenação e a  
52 coordenação de interestadual é do Ministério da Saúde, isso é o que sempre se soube, e o reconhecimento da macrorregião  
53 PEBA não é apenas trazer para a CIB Bahia e a CIB Pernambuco aprovar, não é só isso, o processo não é apenas uma  
54 resolução aprovando, porque a região já está aprovada por reconhecimento de que a região existe, mas precisavam saber  
55 quem coordena, como é essa rede, se é tratada como interestadual, mas lembrando que uma parte dela é a região norte da  
56 Bahia, que é uma das nove macrorregiões da Bahia e a macrorregião 4, que pertence ao estado de Pernambuco. Disse ainda  
57 que a Bahia tem quatrocentos e dezessete municípios e de acordo com a resolução CIT, estabelecendo que o município só  
58 pode pertencer a uma macrorregião, não dava para colocarem Bahia e Pernambuco juntos, criarem uma região interestadual  
59 oficialmente e, nesse caso, serem excluídos da macrorregião Norte os municípios que a compõe, juntamente com os de  
60 Pernambuco, significando que tiravam vinte e oito municípios da Bahia, que passaria a ter, em vez de quatrocentos e  
61 dezessete, menos vinte e oito, porque estes municípios agora seriam da região interestadual. E segundo ela não é assim,  
62 deviam se entender com o Ministério e como há um pouco de falta de entendimento, o COSEMS provocou o CONASEMS, já  
63 ocorreu uma reunião em Belo Horizonte, ocorrerá outra no próximo dia 23, com COSEMS Bahia, COSEMS Pernambuco e  
64 CONASEMS, e agendariam uma reunião com o Secretário de Estado de Pernambuco, a Secretária de Estado da Bahia e o  
65 Ministério da Saúde, para decidirem, porque não dava para retirarem estes municípios e não os considerarem mais como da  
66 macrorregião norte. Salientou que a Bahia estabelece uma política para o estado da Bahia como um todo, exemplificou com a  
67 linha do cuidado materno infantil, todas as políticas continuam acontecendo, mas se focassem, para 2022, na linha de cuidado  
68 materno-infantil e se de repente Pernambuco dissesse que focaria na oncologia, claro que não deixando de cuidar dos outros,  
69 perguntava onde fica a macrorregião PEBA, os municípios da Bahia juntamente com os de Pernambuco? Não dava para  
70 criarem uma outra, é um movimento que, se fossem analisar detalhadamente, é uma região forte, a única interestadual que  
71 realmente funciona, mesmo com dificuldade, é exemplo para as outras propostas de regiões interestaduais no Brasil e é a  
72 primeira que tinha que ser reconhecida, até para se modificar esse processo em todo o Brasil, porque oficiosamente já existe  
73 região interestadual em vários lugares, então que queriam dar satisfação aqui na CIB que tem esse movimento quanto à  
74 resposta por escrito do Ministério foi muito inconsistente e, assim, foi provocada uma reunião presencial, para poderem  
75 caminhar. Raquel Ferraz, Secretária Municipal de Saúde de Paulo Afonso e membro da CIB, cumprimentou a todos,  
76 ressaltou a fala de Stela Souza e destacou o quanto são importantes sua persistência, seu cuidado, seu olhar na região, pois,  
77 como bem falou, lá existem todas as atividades, equipamentos foram investidos e funcionam, existe a troca de serviços entre  
78 os estados, precisando apenas de um processo de organização para melhorar cada vez mais a assistência na região. Pediu a  
79 Tereza Paim que, assim como Stela Souza, tivesse um olhar especial para esta região, argumentando que, se o Ministério não

estivesse presente, não conseguiriam avançar nos processos de discussão do avanço da Rede PEBA, porque já têm essa experiência e sem o Ministério presente não andariam e não conseguiriam organizar o serviço, equipamentos se perderiam, vidas também, sendo que tem toda uma estrutura montada na região. Assim, pedia que apoiasse Stela Souza, tendo em vista a necessidade de todos os municípios da região e de todos os municípios baianos. A **Coordenadora** afirmou conhecer bem a região, pois nos últimos três anos fazia parte das reuniões do PEBA e desde quando é Subsecretária já tinha assumido esse posicionamento. Informou que haverá reunião do CONASS na quarta-feira e já iniciaria a conversa com o Secretário Estadual de Pernambuco, se pudessem já fariam presencialmente uma pré-agenda com CONASS e CONASEMS, para levarem essa questão e pedirem uma posição mais bem dimensionada do Ministério da Saúde. **Stela Souza** enfatizou que é assim que funciona, todos unidos com certeza desta vez a querida região norte, a querida macrorregião PEBA andaria de forma oficial, pois os investimentos que foram feitos lá precisam de acompanhamento e cobrariam a presença do Ministério da Saúde, sendo essa é uma fala de muitos anos. Próximo ponto de **Informe: 3. GASEC/SUVISA: 3.1 Vacinação Covid-19. Rívia Barros, Superintendente da SUVISA e membro da CIB**, cumprimentou a todos, colocou que seriam três pequenos informes, mas de grande conteúdo. O primeiro, sobre a Mega Vacinação que o Ministério da Saúde está lançando neste sábado, apenas em seis estados do Brasil e a Bahia é um dos contemplados. O lançamento será em Salvador, na Arena Fonte Nova, contudo o município abrirá sessenta postos com a vacinação de COVID D2 e a dose de reforço. Comunicou que alguns municípios entraram em contato, perguntando se poderiam fazer essa mega vacinação também, e sua resposta é que, tendo dose, podem sim, ou, se não tiverem e ainda desse tempo de solicitar mais doses, o município que quisesse aproveitar o momento também e partisse para a mega vacinação, podendo fazer no sábado. E comentou que tem também o Dia D, lembrando que a vacina tem um problema, pois uma vez entregue ao município, este tem apenas vinte e nove ou trinta dias, a depender de quantos dias tiver chegada a vacina, senão perde a validade, então tinha que ser muito bem planejado. O segundo informe é a redução de intervalo de aplicação da dose de reforço da vacina contra COVID, de seis para cinco meses, assim, a partir de sábado todas as pessoas de 18 a 59 anos estarão liberadas para receberem, entretanto, essas doses não chegaram até o estado. A proposta é que, o município que tiver dose e tiver público vacinar, e quando essas doses chegassem substituiriam por aquelas segundas doses porque está chegando o prazo para serem aplicadas, com certeza não faltariam doses. E repetiu que os municípios podem sim anteciparem, aplicando de 18 anos até 110 quem não tomou ainda sua terceira dose e fazendo a busca ativa das segundas doses, porque ainda tem muita gente no estado sem segunda dose.

**OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NA BAHIA**

**CIB - 18/11/2021**

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

**INFORME**

**1. MEGA VACINAÇÃO:**  
CAPITAIS DOS ESTADOS: BA, RJ, PR, AM, SP e o DF  
LOCAL EM SALVADOR: ARENA FONTE NOVA  
DATA: 20/11

**2. REDUÇÃO DO INTERVALO DE APLICAÇÃO DA DOSE DE REFORÇO DA VACINA CONTRA A COVID-19 DE 6 PARA 5 MESES**

O terceiro informe é sobre o CRIE, que na Resolução CIB Nº 222/2021 no seu Artigo 9º explica, mas surgiram muitas dúvidas sobre o encaminhamento para o CRIE. Explicou que Tereza Paim pensou em abrir este posto no CRIE para as pessoas que estavam meio perdidas, sem orientação quanto a algumas situações, por exemplo, a pessoa de Salvador que estava viajando e tomou a primeira e a segunda doses na Inglaterra. E ao retornar ao Brasil estava tendo dificuldade em registrar no 'Conecte SUS' a primeira e a segunda doses, assim como do Município de Salvador ou de outro município, porque a primeira e a segunda doses que a pessoa tomou não estaria no SIPNI. Dessa forma a pessoa, ao tomar este reforço não tinha como lançar, então fariam tudo no CRIE. Todos os que tivessem dificuldade trabalhariam com o SIPNI, juntamente com o CRIE e a DIVEP para poderem lançar, porque não é apenas tomar a vacina, hoje a pessoa precisa ter esse lançamento no SIPNI para que possa adentrar em determinados países e agora inclusive para o servidor do estado da Bahia trabalhar, então é uma forma de facilitar para o usuário.

**INFORME**

**3. VACINAÇÃO CRIE ICOM (RESOLUÇÃO CIB Nº 222/2021):**  
Art. 9º Implantar a sala de vacinação contra COVID-19 no Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais do Instituto Couto Maia (CRIE ICOM), devendo-se observar os seguintes aspectos:

a) Vacinar (D1, D2, D3 ou Dose Única), por demanda aberta, nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h, as pessoas elegíveis para vacinação contra COVID-19 que tiveram dificuldades de serem atendidas na capital ou tenham sido encaminhadas para atendimento no CRIE ICOM por quaisquer um dos municípios balanos;

b) Todo município deve realizar em seu território a vacinação da 3ª dose da Pfizer nas pessoas que se enquadrarem nos públicos citados nos Art. 5º, 6º, 7º e 8º desta Resolução e que tiverem tomado a segunda dose ou dose única ou ainda, dose única em outros municípios, estados ou países e apresentar documento comprobatório oficial do país onde foi vacinado, mas poderá ser administrada no ICOM diante de qualquer dificuldade, de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h;

c) O CRIE ICOM ou quaisquer salas de vacinas municipais devem registrar manualmente, na ficha de contingência de registro do vacinado, somente quando não for possível o registro imediato no SIPNI, devendo anexar a cópia do documento comprobatório oficial do país, onde foram realizadas a(s) dose(s) anterior(es) de vacinação, a fim de ser posteriormente registrada no SIPNI, tão logo seja possível ou após orientação pelo Ministério da Saúde ou atualização do sistema pelo Datasus, que permita o registro adequado da dose atualmente aplicada

**INFORME**

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

Disse que perguntaram também se os participantes da pesquisa seriam vacinados no ICOM, o Hospital São Rafael já mandou sua lista completa para a Secretaria Municipal de Salvador, e informou que eles serão vacinados no município, como qualquer outro profissional da área de saúde, ou qualquer público. Se alguém tivesse alguma dificuldade de fazer essa vacina em

147 Salvador ou em qualquer município, deviam procurar o ICOM para receber lá a vacina e depois resolveriam a questão de  
148 lançamento nos sistemas. A **Coordenadora** lembrou que para as pesquisas as pessoas assinam termo de autorização dessa  
149 entrega para a pesquisa e algumas das pesquisas podem não ter sido concluídas, ou seja, as pessoas podendo ter ainda que  
150 tomar a dose de reforço, então lembrassem de estar sempre se comunicando com o preposto que causou essa vinculação  
151 para a pesquisa, para isso ocorrer de forma mais natural. E quando os centros encaminharem esses nomes será dada toda a  
152 facilidade de vacinação a essas pessoas, porque os municípios têm que entender isso também. Em relação ao dia de  
153 vacinação, relatou que foi pedido à SECOVID algo circunstanciado e por escrito, inclusive o Danilo, da SECOVID, lhe ligou  
154 falando também que complementaria algumas coisas, mas é necessário serem todos multiplicadores, assim, pedia a todos que  
155 por favor se comunicassem, conversassem com seus pares, os municípios que quiserem de alguma forma também serem  
156 complementados nessa estratégia, usassem as suas doses, dessem acesso às pessoas, porque é preciso aumentar a  
157 cobertura de vacinação, só assim conseguiriam minimamente ter outras estratégias nesse 'novo normal', enquanto não  
158 conseguissem o alcance da população total da Bahia, não teriam o êxito completo que precisam. Informou ainda sobre um  
159 decreto assinado pelo Governador no dia 17, em relação à vacinação de servidores, amparado pela Lei 13.979, de fevereiro de  
160 2020, que dá o respaldo inclusive ratificado pelo Supremo Tribunal Federal. Então precisavam também ser amplificadores  
161 desta mensagem, precisavam ajudar as pessoas que não conseguiram se vacinar e, como servidores, precisavam dar exemplo  
162 às pessoas, pois estavam falando de saúde, estavam falando de uma Comissão Intergestores Bipartite, que tem alto grau de  
163 responsabilidade na vacinação, logo, é um decreto, mas é também um instrumento facilitador para terem a consciência do que  
164 é a obrigação de todos. **Stela Souza** ponderou que todos os municípios têm uma reclamação sobre o SIPNI e que existe um  
165 movimento de que é o município que não lança, que atrasa, é conectividade, e ninguém fala que toda essa vacinação que  
166 aconteceu, se os gestores e suas equipes não estivessem 'jogando duro' lá na ponta, não teria esse número de vacinados.  
167 Claro que tem um esforço do Ministério da Saúde, a SESAB distribui rapidamente a vacina, todos sabem que é uma logística  
168 muito pesada, mas os eles, os municípios, sabiam o que tinham passado para que a imunização que acreditavam e colocavam  
169 fé acontecesse, mas não dava para lançarem no SIPNI. Comentou que o BI está certo, entretanto o Ministério não acompanha  
170 o BI, apenas o SIPNI e é dessa forma que registram que a terceira dose, a de reforço, consta 'zerada' neste sistema de  
171 informação, e o município já tendo vacinado, lançado no sistema e conferido. Relatou que tinha sido alertada e a equipe de  
172 apoio do COSEMS, assim como Rívia Barros, vem acompanhando e cobrando isso, tem sido enviados e-mails para o  
173 Ministério, tem sido notificado, mas não o MS resolve e a Bahia não pagaria por isso, porque os dados da Bahia estão lá, mas  
174 o MS informa que a Bahia fez apenas "X" de vacinação, que a Bahia não vacinou "Y" de segunda dose, que a Bahia não está  
175 fazendo reforço, que a maioria dos municípios está com zero de reforço, porque o SIPNI não está mostrando. Assim, colocava  
176 como encaminhamento, para aprovação dos membros, o envio de um documento da Bipartite relatando oficialmente estes  
177 fatos, para isso fica registrado, e, mais adiante tivessem provas frente a qualquer reclamação com relação aos municípios do  
178 estado, inclusive já foi apresentado e tem prova concreta de coordenador verificar o que os digitadores lançaram, conferir os  
179 dados um por um, estarem certinhos e esse tempo todo, ao procurarem no SIPNI, os dados não estarem. Houve consenso.  
180 **Raul Molina, Secretário Municipal de Saúde de Muritiba e membro da CIB**, cumprimentou a todos e reforçou o Decreto do  
181 Governador que, além do amparo legal do Supremo, nas duas instâncias da Justiça do Trabalho, inclusive na súmula de  
182 primeira e segunda instância foram ratificados, antes mesmo disso, na própria Justiça do Trabalho, o reconhecimento da  
183 obrigatoriedade da vacina para servidores como um bem coletivo está sendo utilizado pelos médicos do trabalho, que poderão  
184 fazer as orientações necessárias. Com relação ao colocado por Rívia Barros, concordou que agora sim, se eles tivessem  
185 vacina não tinha porque perderem devido ao prazo de validade, não precisava mais o 'corre-corre' de terem que buscar vacina  
186 em tal local, por estar para vencer, pelo menos nesse primeiro momento, lógico que quando afunilasse novamente,  
187 começariam a ter problema, mas nesse momento é hora de não faltar para ninguém, quem chegasse teria condição de ser  
188 vacinado. **Rívia Barros** falou que pediria à equipe de imunização para preparar esse documento, depois disponibilizaria para  
189 Tereza Paim e o COSEMS e, no máximo até segunda-feira, já encaminharia oficialmente ao MS, conforme pactuado. **Stela**  
190 **Souza** ressaltou a importância de ficar claro que foi pactuado em CIB, que é um espaço de pactuação e deliberação, e de  
191 informarem também ao Conselho Estadual de Saúde, pois é importante tomar conhecimento, porque depois vem denúncias de  
192 que o município não está vacinando e eles, gestores, sabiam o que está acontecendo. **Rívia Barros** concordou, acrescentando  
193 que os próprios órgãos de controle perguntarão o que foi feito para resolver isso. **Raquel Ferraz** questionou se o município  
194 tiver a intenção de realizar o 'Dia D' em outro sábado que não este próximo, se seria possível um planejamento das doses que  
195 dispuser para aplicar na população, enviá-lo para a Base e receber as vacinas. **Rívia Barros** respondeu que está liberado para  
196 cada município fazer no seu melhor dia, o importante é vacinarem e não ficarem com vacina em estoque, pois lugar de vacina  
197 é no braço. A **Coordenadora** alertou para lembrarem do horário da oferta das vacinas, porque algumas pessoas trabalham  
198 durante o dia para se subsidiar daquele mesmo dia de trabalho e às vezes não coincide, e quando se faz uma ação no sábado  
199 ou no domingo é exatamente para privilegiar pessoas que trabalham durante a semana, mas estenderem ou anteciparem o  
200 horário também já dá um incremento, e tem que ter os plantonistas no final de semana então, prorrogarem um pouquinho,  
201 dando folga em outro horário e se contemplaria boa parte da população que não consegue ir. Outra coisa é acessibilidade,  
202 porque até a mega ação, não seria na Arena Fonte Nova, mas é um imunológico que já está pronto para receberem, logo, pelo  
203 tempo que dispunham é o melhor equipamento, mas indo às áreas que são mais populosas, onde as pessoas têm menor  
204 deslocamento as ações são mais efetivas. **Marcelo Cerqueira, Secretário Municipal de Saúde de Candeias e membro da**  
205 **CIB**, cumprimentou a todos e ressaltou que o ponto principal é a solicitação de doses para tanto, lembrando a ótima notícia da  
206 dose de reforço com a diminuição do intervalo, e que a vacina para isso ainda não chegou. A **Coordenadora** informou que tem  
207 aproximadamente um milhão e oitocentas mil vacinas de pessoas que não receberam a D2, então que comesçassem a utilizá-  
208 las, lembrando que a Pfizer tem a durabilidade de trinta dias. Assim, não queriam disponibilizar sem o município cumprir.  
209 Reiterou que tivessem planejamento, se fossem fazer uma ação, vissem se tem capacidade instalada para esta ação, qual a  
210 expectativa do número de doses a serem utilizadas naquele dia, porque não terá gente suficiente para vacinar o município  
211 todo, como em Salvador, que está fazendo esse Dia D, mas que tem um limite e teriam uma expectativa do número de  
212 pessoas que chegarão, porque senão tumultua, não se consegue dar conta e se perde vacina. Isso é uma logística, um  
213 planejamento, deviam começar aos poucos, porque quanto maior o equipamento de saúde, maior a complicação para todos, é

214 melhor até ter algum itinerante para visitar as residências do que centralizar e, assim, ou não terem o alcance, ou terem gente  
 215 demais procurando a vacina. **Rívia Barros** acrescentou que a escolha de um dia ou dois na semana com um horário estendido  
 216 é perfeito, porque a maioria das pessoas que trabalha com horário a cumprir até às 17 ou 18 horas, quando saem do trabalho  
 217 não encontram mais os postos abertos. Então se tem um posto no município que funciona até as 20 ou 21 horas em um ou  
 218 dois da semana, permitirá que estas pessoas possam ser vacinadas, são essas estratégias que tinham que pensar, para  
 219 conseguirem atingir o maior número de munícipes vacinados. A **Coordenadora** citou Candeias como um bom exemplo, com  
 220 uma unidade itinerante que faz a vacinação e considerava isso perfeito, porque dá acesso, tem pessoas que vão em uma  
 221 unidade de saúde, não encontram a vacina que precisam tomar e, por não terem o dinheiro do transporte para irem a outra  
 222 unidade de saúde, deixam de ir tomar a vacina. Comentou que são muitos mitos que giram em torno da vacina, porque tem  
 223 algumas pessoas irresponsáveis, que não conseguem admitir o erro, perpetuam o erro e disseminam isso, quando, ao se fazer  
 224 uma ação dessa, se muda a vida das pessoas. Em seguida, **Nanci Salles** passou para a leitura dos pontos de **Homologação:**  
 225 **1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – SAIS/DGC/DAE: 1.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Sobradinho	Hospital Municipal Maria Auxiliadora de Carvalho Torres	2524163	16.444.804/0001-10	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Pindaí	Hospital Municipal de Pindaí	2508222	13.982.624/0001-01	1901 – Laqueadura Tubária 1902 – Vasectomia
Barrocas	Hospital Municipal Dr. José Maria de Magalhães Neto	4022416	04.216.287/0001-42	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Cardeal da Silva	Policlínica e Pronto Atendimento Cardeal da Silva	7231458	14.126.254/0001-65	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo I)
Belo Campo	Hospital Municipal Vicente Vieira	2304953	14.237.333/0001-43	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo II)
Valente	Hospital Municipal José Mota Araújo	2598191	13.845.896/0001-51	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo II)
Ipirá	Centro de Especialidade Dr. Francisco Martins da Silva	4026624	14.042.659/0001-15	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo II)
Conceição do Jacuípe	Hospital Municipal Dr. Antônio Carlos Magalhães	2600609	11.322.978/0001-96	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo III)
Santa Teresinha	Hospital Municipal Edite Nogueira Rangel	2514435	13.693.650/0001-01	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (e-MAESM Tipo III)

226

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	PARECER FAVORÁVEL	TIPO DE GESTÃO	CNPJ DA MANTEDEDORA
Gandu	APAE de Gandu	9262628	CER II - Reabilitação Física e Reabilitação Intelectual	Municipal	11.392.658/0001-02

227

228

229

**1.2 Aprovação dos estabelecimentos e serviços de saúde componentes da Linha do Cuidado às pessoas vivendo com o Vírus HTLV, da Região de Saúde de Barreiras. 2. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUREGS/DICON/COCON: 2.1 Credenciamento/Habilitação:**

MUNICÍPIO	UNIDADE	CNES	CNPJ	HABILITAÇÃO
Salvador	Hospital Geral Ernesto Simões Filho	0004073	13.937.131/0022-76	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral/Parenteral– código 23.01 e 23.04

230

**DESABILITAR**

UNIDADE	MUNICÍPIO	GESTÃO	CNES	HABILITAÇÕES
Hospital São Rafael	Salvador	Municipal	0003808	Serviço de Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise (15.04) e Serviço de Atenção Especializada em DRC com Diálise Peritoneal (15.05)

231

232

233

234

235

236

237

238

239

**3. SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO E REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE – SUVISA/DIVPE e CIR de Itabuna: 3.1 Solicitação de Assistência Financeira Componente Complementar para os ACE do Município Buerarema.** Informou uma discussão na reunião do COSEMS, também já tinha sido conversado internamente e que há de fato alguma atualização do ponto de vista do CNES que ainda precisa ser realizada. Lembrou que na época da Resolução CIB nº 76, o Município Buerarema não tinha ACE elegíveis e recentemente enviou a documentação para o estado, informando já ter regularizado essa situação e pleiteando a validação dessa seleção com, conseqüentemente, o repasse da AFC. **Stela Souza** reiterou a discussão no COSEMS, relatando que a equipe técnica fez um estudo da portaria e constatou que ainda tem trinta municípios que não recebem sequer um real sobre a AFC, e que naquela época foi solicitado cadastro dos agentes comunitários no CNES. Então os municípios que não cadastraram dentro do prazo estipulado ficaram com quantidade e recurso zerados. O COSEMS,

240 contando agora com uma assessora técnica na área de vigilância, Ives Queiróz, para dar esse suporte junto ao jurídico, fez um  
 241 estudo com estes trinta municípios, e não recebem nem um real. Buscaram também no Fundo Nacional de Saúde e tem trinta  
 242 municípios nessa situação, se Buerarema entrasse agora o número de municípios nesta situação cairia para vinte e nove.  
 243 Argumentou que os apoiadores atuarão junto a esses municípios, todos têm agentes de endemias, dessa forma, não justificava  
 244 ficarem sem receber, é pouco, mas ajuda. Disse que no caso de Buerarema está ok, não recebia nada e precisa dessa  
 245 resolução para poder receber pelos quatro agentes de endemias. **Nanci Salles** colocou ainda que tem outros municípios que  
 246 não tinham agentes elegíveis relacionados na Resolução CIB nº 76. **Stela Souza** argumentou que isso tinha sido na época,  
 247 agora o COSEMS contactará cada um destes municípios para verificar a situação e eles lançarem então no CNES, se forem,  
 248 elegíveis têm que cadastrar para regularizarem e passarem a receber, porque todo município tem agente de endemias,  
 249 precisava apenas verem o contrato, se é concursado, e os detalhes da portaria. Informou que o COSEMS já se encarregou de  
 250 fazer contato com os outros vinte e nove municípios e assim que eles regularizassem seguiriam o mesmo rito e eles, do  
 251 COSEMS, esclareceriam e ajudariam os municípios a resolverem. **Stela Souza** submeteu aos membros a aprovação dos  
 252 pontos encaminhados para homologação e, como não houve nenhuma manifestação, foram **aprovados à unanimidade**. Em  
 253 seguida passou para os pontos de **Pactuação: 1. SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE –**  
 254 **SAIS/DAB/DAE: 1.1 TELECEPRED – Nova forma de acesso ao CEPRED.** **Marcela Nogueira, Fonoaudióloga**  
 255 **integrante da Coordenação de Gestão Estratégica e Planejamento e Assessora da Diretoria do CEPRED,**  
 256 **cumprimentou a todos, explicou que, por várias motivações, inclusive a pandemia, e por observar as situações de**  
 257 **deslocamento dos usuários com deficiências, às vezes de região distante, para abrirem o prontuário no CEPRED, tinham**  
 258 **começado uma parceria com a DAB, buscando unir o CEPRED à plataforma do Telessaúde - que achavam muito interessante**  
 259 **- surgindo daí o TeleCepred, com utilização de algumas ferramentas do Telessaúde, para melhorar a acessibilidade da pessoa**  
 260 **com deficiência. O CEPRED, com mais de vinte anos, compõe a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência do Estado da**  
 261 **Bahia como unidade referência na reabilitação da pessoa com deficiência, credenciada como Centro Especializado em**  
 262 **Reabilitação - CER III e oferta serviços de reabilitação da pessoa com deficiência nas temáticas: física; intelectual; auditiva.**



263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277

TeleCepred:

Teleconsultoria especializada no cuidado da  
pessoa com deficiência



www.saude.ba.gov.br/cepred

## CEPRED

- Unidade de referência na reabilitação da pessoa com deficiência
- Compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) do Estado da Bahia
- Centro Especializado em Reabilitação - CER III

FÍSICA

INTELLECTUAL

AUDITIVA

www.saude.ba.gov.br/cepred



278 O CEPRED é também campo de estágios, estudos e pesquisas científicas, realiza treinamento em serviço para outras  
 279 unidades da Rede da Pessoa com Deficiência. Sua missão: reabilitar para a vida. Sua visão: consolidar-se, até 2026, em um  
 280 centro de referência no estado da Bahia na produção, disseminação do conhecimento e atenção à pessoa com deficiência,  
 281 considerando o sujeito como protagonista do seu processo de reabilitação. O modelo de reabilitação do CEPRED traz a pessoa  
 282 com deficiência como sujeito ativo, protagonista do seu processo e o foco da reabilitação é possibilitar que o sujeito alcance o  
 283 melhor grau físico, mental, funcional, social e conquiste os objetivos e metas por ele estabelecidos. A equipe, multiprofissional,  
 284 atua de forma interdisciplinar para estimular nos usuários a percepção de suas potencialidades e habilidades, fortalecendo sua  
 285 autonomia e independência. Mostrou os marcos da Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência: Decreto 7612/2011 - instituiu  
 286 o Plano Viver Sem Limites; portarias 793, 235/2012 - instituem o Foco da Saúde nessa Rede de Cuidados; instrutivos  
 287 orientadores dos serviços de reabilitação física, visual, auditiva e intelectual e das temáticas de reabilitação. Componentes da  
 288 Rede: atenção Básica; especializada e hospitalar Urgência Emergência. Na Atenção Básica a perspectiva é, com o  
 289 Telessaúde, se aproximarem mais deste componente e promoverem uma ação mais integral no Cuidado da Pessoa com  
 290 Deficiência. Os centros de reabilitação: estabelecimentos únicos em reabilitação - os que oferecem reabilitação em apenas  
 291 uma temática, logo, não existe o CER I, é o estabelecimento único em reabilitação; CER II é o Centro Especializado em  
 292 Reabilitação, oferece reabilitação em duas temáticas; CER III, em três temáticas; CER IV, em quatro temáticas.

## CEPRED

- Campo de estágio, estudos e pesquisas científicas
- Realiza treinamentos em serviço para outras unidades da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

www.saude.ba.gov.br/cepred



## MISSÃO

Reabilitar para a vida

## VISÃO

Consolidar-se em um centro de referência, no estado da Bahia, até 2026, na produção, disseminação do conhecimento e atenção à pessoa com deficiência, considerando o sujeito como protagonista de seu processo de reabilitação

www.saude.ba.gov.br/cepred



307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374

## MODELO DE REABILITAÇÃO

- Pessoa com deficiência: protagonista do seu processo de reabilitação
- Foco: possibilitar que o sujeito alcance o melhor grau físico, mental, funcional, social e conquiste os objetivos e metas por ele estabelecidos



## MODELO DE REABILITAÇÃO

- A equipe atua de forma a estimular nos usuários a percepção de suas potencialidades e habilidades, fortalecendo sua autonomia e independência



## Rede de cuidados da pessoa com deficiência

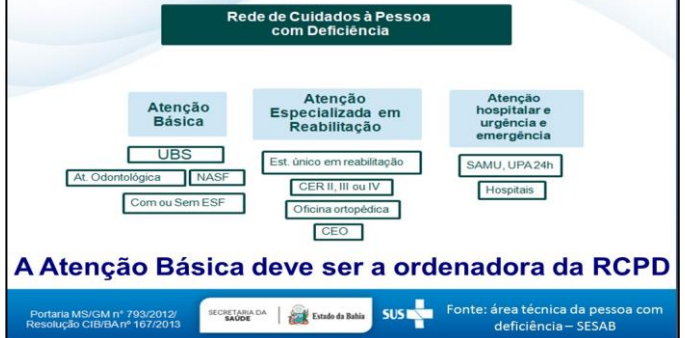
Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011

- Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012
- Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012
- Instrutivos de reabilitação física, visual, auditiva e intelectual

Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de Setembro de 2017.  
Anexo VI Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

www.saude.ba.gov.br/cepred

## RCPD na Bahia : Componentes e pontos de atenção



Mostrou também a situação atual da Rede da Pessoa com Deficiência, pactuada na PPI 2019, e trazia apenas um parâmetro, por ter relação sobre como será o processo de admissão no CEPRED. Mostrou ainda as regiões Extremo Sul, Sul, Sudoeste, Oeste, Centro-Norte, Norte, Centro-Leste, Nordeste e Leste, ressaltando que na Leste tem um CER III, sob gestão e abrangência estaduais, e os demais centros especializados em reabilitação, ou estabelecimentos únicos de reabilitação, têm uma abrangência específica. Assim, o CEPRED é o único da rede que tem abrangência estadual.

## REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

PPI – 2019  
Resolução CIB/BA nº 008



SECRETARIA DA SAÚDE | Estado da Bahia | SUS

Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

## Extremo Sul



### TEIXEIRA DE FREITAS

#### CER IV - TEIXEIRA DE FREITAS

- Reabilitação Física/Ostomia, Auditiva, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde Porto Seguro, Teixeira de Freitas
- Reabilitação visual/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde Porto Seguro, Teixeira de Freitas, Ilhéus, Itabuna, Jequié e Valença

REGIÕES DE SAÚDE:  
PORTO SEGURO  
TEIXEIRA DE FREITAS

SECRETARIA DA SAÚDE | Estado da Bahia | SUS

Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

## Sul



### ILHÉUS

#### EUR - NAE\* + PLEITO CER II

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Ilhéus

### JEQUIÉ

#### EUR - NUPREJ\* + PLEITO CER II

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Jequié

### ITABUNA

#### EUR - CREADH

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Itabuna e Valença

#### EUR - CESAI

- Reabilitação Auditiva/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Itabuna, Valença, Jequié e Ilhéus

### TEIXEIRA DE FREITAS

#### CER IV - TEIXEIRA DE FREITAS

- Reabilitação visual/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Itabuna, Valença, Jequié e Ilhéus

REGIÕES DE SAÚDE:  
ILHÉUS  
ITABUNA  
JEQUIÉ  
VALENÇA

SECRETARIA DA SAÚDE | Estado da Bahia | SUS

Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

## Sudoeste



### VITÓRIA DA CONQUISTA

#### CER III - CEMERF

- Reabilitação Física/Ostomia, Auditiva, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de V. da Conquista, Itapetinga, Guanambi, Brumado

#### EUR - APAE VITÓRIA DA CONQUISTA

- Reabilitação Intelectual/ TEA
- Abrangência: Apenas município de Vitória da Conquista

### ITAPETINGA

#### CER II - APAE ITAPETINGA

- Reabilitação visual/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Brumado, Guanambi, V. da Conquista, Itapetinga
- Reabilitação Intelectual/ TEA
- Abrangência: Regiões de Saúde de Itapetinga, Guanambi, Brumado, V. da Conquista (com exceção do município de Vitória da Conquista)

REGIÕES DE SAÚDE:  
VITÓRIA DA CONQUISTA  
ITAPETINGA  
GUANAMBI  
BRUMADO

SECRETARIA DA SAÚDE | Estado da Bahia | SUS

Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441

### Oeste



**SECRETARIA DA SAÚDE** Estado da Bahia **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**BARREIRAS**  
**CER II – CEPROESTE**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória

**EUR - AUDIO BARREIRAS**

- Reabilitação Auditiva/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória

**SALVADOR**  
**CER IV - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (OSID)**

- Reabilitação Visual/ OPM visual
- Abrangência: Regiões de Saúde de Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória

REGIÕES DE SAÚDE:  
BARREIRAS  
IBOTIRAMA  
SANTAMARIA DA VITÓRIA

### Centro-Norte



**SECRETARIA DA SAÚDE** Estado da Bahia **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**JACOBINA**  
**CER II - APAE JACOBINA**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA e OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Irecê, Jacobina

**IRECÊ**  
**AUDIO CLINICA IRECÊ**

- Reabilitação Auditiva/ OPM auditiva
- Abrangência: Regiões de Saúde de Irecê, Jacobina

**SALVADOR**  
**CER IV - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (OSID)**

- Reabilitação Visual/ OPM visual
- Abrangência: Regiões de Saúde de Irecê, Jacobina

REGIÕES DE SAÚDE:  
IRECÊ  
JACOBINA

### Norte



**SECRETARIA DA SAÚDE** Estado da Bahia **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**JUAZEIRO**  
**EUR - CERPRIS**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Juazeiro, Paulo Afonso, Sr. do Bonfim

**SALVADOR**  
**CER IV - HOSPITAL SANTO ANTÔNIO (OSID)**

- Reabilitação Visual, Auditiva, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Juazeiro, Paulo Afonso, Sr. do Bonfim

REGIÕES DE SAÚDE:  
JUAZEIRO  
PAULO AFONSO  
SR. DO BONFIM

### Centro-Leste



**SECRETARIA DA SAÚDE** Estado da Bahia **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**FEIRA DE SANTANA**  
**CER II - APAE FEIRA DE SANTANA**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de F. Santana, Serrinha

**EUR - HOSPITAL OTORRINOS**

- Reabilitação Auditiva/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de F. Santana, Serrinha, Itaberaba, Seabra

**ITABERABA**  
**CER II ITABERABA**

- Reabilitação Física/ Ostomia, Intelectual/ TEA, OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Itaberaba, Seabra

REGIÕES DE SAÚDE:  
FEIRA DE SANTANA  
SERRINHA  
ITABERABA  
SEABRA

**SALVADOR**  
**EUR - INSTITUTO DE CEGOS DA BAHIA**

- Reabilitação Visual/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de F. Santana, Serrinha, Itaberaba, Seabra

### Nordeste



**SECRETARIA DA SAÚDE** Estado da Bahia **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**ALAGOINHAS**  
**CER III – SOCIEDADE PESTALOZZI ALAGOINHAS**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, Auditiva e OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Alagoinhas e Ribeira do Pombal

**SALVADOR**  
**EUR - INSTITUTO DE CEGOS DA BAHIA**

- Reabilitação Visual/ OPM
- Abrangência: Regiões de Saúde de Alagoinhas e Ribeira do Pombal

REGIÕES DE SAÚDE:  
ALAGOINHAS  
RIBEIRA DO POMBAL

### Leste



**SECRETARIA DA SAÚDE** BAHIA GOVERNO DO ESTADO **SUS** Fonte: área técnica da pessoa com deficiência – SESAB

**CAMAÇARI**  
**CER II - CEMPRE**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA e OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Camaçari

**SALVADOR**  
**CER IV – OSID – Gestão Estadual**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual/TEA, Auditiva e OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus

**EUR - INSTITUTO DE CEGOS DA BAHIA**

- Reabilitação Auditiva, Visual/ OPM
- Abrangência: Região de Saúde de Camaçari, Salvador, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus

**CER III – CEPRED – Gestão Estadual** **Abrangência Estadual**

- Reabilitação Física/Ostomia, Intelectual, Auditiva e OPM
- Abrangência Estadual

REGIÕES DE SAÚDE:  
CAMAÇARI  
CRUZ DAS ALMAS  
SANTO ANTÔNIO DE JESUS  
SALVADOR

Diante dessa lógica de Rede, o usuário deve ser atendido prioritariamente no CER ou EUR mais próximo de sua residência, uma vez que os pontos de atenção habilitados na Rede da Pessoa com Deficiência estão organizados por região de saúde. Face a isso, a inserção no Telessaúde também se dá visando promover, já que utilizaríamos uma plataforma, evitar os deslocamentos e fazer as referências para os serviços de referência específicos para o usuário a fim de que realize o processo de reabilitação do seu território. Citou os produtos da plataforma do Telessaúde: teleconsultoria, tele-educação, telediagnóstico e segunda opinião formativa.

O usuário deve ser atendido prioritariamente nos CER e/ou EUR mais próximos de sua residência, uma vez que existem pontos de atenção habilitados na RCPD, organizados por região de saúde

[www.saude.ba.gov.br/cepred](http://www.saude.ba.gov.br/cepred)



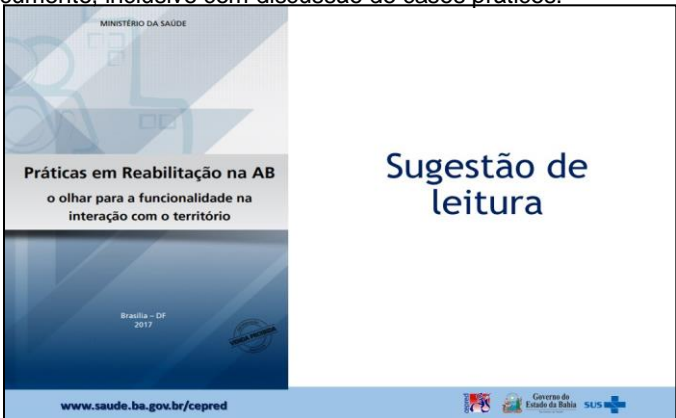


442 Colocou que o TELECEPRED abrangerá a teleconsultoria especializada e a tele-educação, a teleconsultoria está caminhando  
 443 com mais velocidade, será inaugurado um novo modelo de admissão na unidade e a tele-educação caminhará em paralelo à  
 444 medida que a teleconsultoria for acontecendo, veriam qual é a demanda de tele-educação mais evidente e trabalhariam para  
 445 realizar processos educativos como web aulas, web palestras, web reuniões, sobre as temáticas da pessoa com deficiência  
 446 para atenção básica. A teleconsultoria especializada tem duas intenções e pode ocorrer em dois formatos, pode ter a intenção  
 447 de encaminhamento, ou seja, o profissional da atenção básica tem intenção de encaminhar o usuário que está atendendo para  
 448 a atenção especializada e assim inaugura um novo modelo de admissão, porque realizarão admissão de usuários por meio da  
 449 plataforma, de acordo com a intenção, quando aquela teleconsultoria tiver intenção de encaminhamento, e pode ter também  
 450 intenção de suporte técnico, o profissional da atenção básica tem alguma dúvida no que se refere à reabilitação e nesse caso  
 451 pode fazer contato com o CEPRED sobre o assunto e a equipe técnica da unidade responderá com base científica e nas  
 452 experiências adquiridas com o decorrer desses anos todos de atuação. A solicitação da teleconsultoria com intenção de  
 453 encaminhamento poderá gerar admissão no CEPRED ou encaminhamento para o CER ou EUR mais próximo da residência do  
 454 usuário, como agora o usuário não se deslocará da sua residência para ir pessoalmente ao CEPRED realizar uma admissão,  
 455 pois isso pode ser feito pelo profissional da atenção básica que o atende. Desse modo tinham conseguido “negar” o  
 456 atendimento com mais conforto, na verdade com orientação, então se conseguissem verificar se na região de saúde do usuário  
 457 tem um serviço de reabilitação de referência, veicularem isso com esse profissional, e para um caso que precisasse de maior  
 458 aporte técnico ou que tiver maior demanda de risco da deficiência se agravar, ou que fosse algo realmente que o CEPRED  
 459 tenha um aprofundamento na oferta de atendimento, aí sim, realizaria a admissão imediata, mas tinham também a intenção de  
 460 contribuir com esse processo de fluidez da rede da pessoa com deficiência, logo, a admissão imediata no CEPRED ocorrerá  
 461 nos casos que apresentarem maior risco de desenvolver agravos ou incapacidade de acordo com os critérios estabelecidos  
 462 para cada serviço.



- A solicitação da teleconsultoria com intenção de encaminhamento poderá gerar admissão no Cepred e/ou encaminhamentos para o CER ou EUR mais próximo da residência do usuário
- A admissão imediata no Cepred ocorrerá nos casos que apresentem maior risco para desenvolver agravos ou incapacidade, de acordo com os critérios estabelecidos para cada serviço

479 Em seguida mostrou como ocorrerá a implantação do TELECEPRED, que foi dividido em três ciclos e consideravam que estão  
 480 no primeiro ciclo, que corresponde à instauração, estavam preparando a unidade para o funcionamento do TELECEPRED, em  
 481 parceria com o núcleo do Telessaúde e da Diretoria de Atenção Básica. O segundo ciclo é de migração, realizarão admissões,  
 482 tanto presenciais, usuário se deslocando do seu município e indo ao CEPRED, como por teleconsultoria especializada, ele terá  
 483 essas duas opções e nesse momento de funcionamento realizarão movimentos para se chegar em uma consolidação, que é o  
 484 terceiro ciclo, quando se quer realizar admissões mais intensamente, via teleconsultoria especializada. À medida que fosse  
 485 ficando mais consolidado no estado eles tentariam fortalecer esse processo. Mostrou ainda que existe um documento de  
 486 ‘Práticas e Reabilitação na Atenção Básica - o olhar para a funcionalidade na interação com o território’, que tem sido trazido  
 487 para os profissionais como uma sugestão de leitura, porque traz a perspectiva de que na Atenção Básica podem também  
 488 realizar a prática de reabilitação, existe esse incentivo neste documento, inclusive com discussão de casos práticos.



504 Enfatizou que o maior propósito do TELECEPRED é a integralidade do cuidado da pessoa com deficiência, então quando se  
 505 utiliza um recurso como a plataforma do Telessaúde, se aproxima da atenção básica, tanto para eles encaminharem usuários  
 506 para a atenção especializada como para tirarem dúvidas e pode também se contrarreferenciar, entendendo que é uma  
 507 ferramenta que promove esse cuidado. Informou ainda que no momento estão implantando também o PTS – Projeto  
 508 Terapêutico Singular e tentando unir esses dois projetos, a proposta do Telessaúde com o PTS, para um dia chegarem a

509 depender do caso, a realizar até ações em conjunto com a atenção básica, trazendo esses dois pontos de atenção para pensar  
 510 no usuário em questão.  
 511



527 Finalizou a apresentação, agradecendo, colocando-se à disposição para dúvidas e ressaltando a presença *online* dos colegas  
 528 e da Diretora do CEPRED. Com a necessidade de saída da Coordenadora, **Alcina Romero, Diretora da Atenção**  
 529 **Especializada e membro da CIB**, assumiu a condução da reunião, agradeceu a Marcela, parabenizando-a e a Cristiano  
 530 Sóster pelo projeto, e enfatizando que acreditam muito nas ferramentas do Telessaúde. **Cristiano Sóster, Diretor da Atenção**  
 531 **Básica e membro da CIB**, cumprimentou a todos, parabenizando toda a equipe do CEPRED que segundo ele tem sido  
 532 incansável e toda a equipe do Telessaúde, que tem trabalhado incessantemente para avançar nessa perspectiva de levar o  
 533 Telessaúde para toda a Bahia. Relatou que essa discussão passou pelo GT da Atenção Básica, e entendia que esse é um  
 534 caminho muito qualificado para conseguir desburocratizar alguns processos, aproximando inclusive as decisões para quem é  
 535 demandante, ou seja, profissional médico, enfermeiro, cirurgião dentista, e que isso é Telessaúde, para que o espaço de  
 536 decisão seja regulatório, de encaminhamento, de compartilhamento e também de educação permanente, porque é um  
 537 instrumento que acaba sendo utilizado para qualificar as demandas, as dúvidas, e isso era importante colocar. Pontuou que o  
 538 CEPRED é uma grata surpresa, sempre afirmara saber o quanto essa equipe é sensível às demandas, observando  
 539 atentamente tudo que acontece com seus usuários e por isso, vendo as oportunidades que podem estruturar a partir da  
 540 tecnologia da informação, ousam e conseguem avançar, e tem ainda muito a avançar e expandir nesse sentido, então estavam  
 541 todos de parabéns. **Raquel Ferraz** parabenizou Marcela e Cristiano Sóster, concordou que desburocratizar é garantir o acesso  
 542 e comentou sobre a apresentação, em que a região norte só tem um acesso no município de Juazeiro, que é municipal e difícil  
 543 de explicar ao usuário que tem necessidade, quando tem esse serviço ali perto e fica na sua cabeça a pergunta por que não  
 544 pode ter acesso a esse serviço, e por que ele tem que se deslocar tantos quilômetros para a capital, a fim de ter acesso, se  
 545 existe o serviço na sua região de saúde, inclusive como gestora ela escutava muito isso. E afirmou que solicitaria adesão e  
 546 implantaria esse serviço com suas equipes de Saúde da Família, para tentar buscar o acesso aos seus pacientes. **Cristiano**  
 547 **Sóster** colocou um adendo, de que a partir da aprovação teriam ações que procurariam instrumentalizar os trabalhadores sobre  
 548 como acessar a plataforma do Telessaúde, o fluxo e o protocolo de acesso, tendo em vista que existem também algumas  
 549 exigências, para conseguirem fazer isso com muita cautela e responsabilidade, a fim de que as necessidades dos usuários  
 550 sejam atendidas. **Leonardo Prates, Secretário Municipal de Saúde de Salvador e membro da CIB**, cumprimentou a todos  
 551 informando que estava participando virtualmente. **Livia Bomfim, Secretária Municipal de Saúde de Itabuna e membro da**  
 552 **CIB**, cumprimentou a todos, relatando estar muito feliz e grata pela iniciativa, principalmente pelos municípios distantes onde  
 553 os pacientes, com toda dificuldade de locomoção, têm que passar por essas avaliações na capital e questionava, enquanto não  
 554 conseguissem, até por conta do que Cristiano Sóster falou, se eles não poderiam pelo menos reduzir o número de viagens,  
 555 conseguirem a admissão do usuário por telefone, repassando todos os dados do paciente para que já viessem para uma  
 556 consulta concreta e para a medição, como no caso de próteses, isso facilitaria bastante a vida de todos. **Liliane Mascarenhas,**  
 557 **Diretora da DGC**, cumprimentou a todos, lembrou que em Itabuna tem o CREADH – Centro de Referência de Reabilitação e  
 558 Desenvolvimento Humano, e que, de acordo com a PPI, o CREADH tem aporte de recurso financeiro no teto de Itabuna para  
 559 viabilizar a concessão desses equipamentos. Deste modo, podiam conversar sobre como está a situação do CREADH, porque  
 560 não há necessidade de saírem do CREADH de Itabuna para virem para o CEPRED. Observou que, de acordo com a PPI, a  
 561 Rede da Pessoa com Deficiência tem diversos serviços de reabilitação, da tipologia CER Tipo II, III, IV ou os que constavam  
 562 anteriormente nas portarias ministeriais e permaneceram como estabelecimentos únicos. E repetiu que tem aporte de recurso  
 563 para concessão dos equipamentos, a unidade estadual entra com uma estratégia importante de apoiar, qualificar,  
 564 instrumentalizar o cuidado e atenção, e para os casos de alguns municípios onde não tem um serviço. Disse que na época da  
 565 PPI foi feita uma divisão na abrangência, por exemplo, Itabuna não atende só Itabuna, mas também outros municípios, tudo  
 566 isso foi muito bem pactuado, o aporte de recurso é para um elenco de procedimentos que cada unidade estabelece, vem  
 567 sendo realizado monitoramento e acompanhamento, a equipe técnica vem fazendo rodas de conversa com os profissionais das  
 568 unidades, até como forma de minimizar os problemas que essa unidade venha a ter, por exemplo, no caso de Itabuna, tanto  
 569 tem o CREADH, que atende parte da reabilitação física e intelectual, como tem também lá o serviço auditivo, então, são dois  
 570 serviços que estão no município e que abrange determinada região. Assim como Ilhéus, onde existe também o NAI. Citou  
 571 também Juazeiro, Alagoinhas, e disse que tem a relação que foi mostrada na apresentação e tantos outros, como está  
 572 entrando agora Gandu, que também terá que ser discutida a distribuição do recurso, para garantir que estes municípios  
 573 realizem, não apenas assistência, mas também a concessão, porque assistência e concessão estão atreladas. E acrescentou  
 574 que a ideia do Telessaúde é exatamente fortalecer os municípios que já realizam ou que é o município de abrangência de onde  
 575 tem o serviço, e que possa direcionar e evitar o deslocamento do paciente. **Everton Bueno, Secretário Municipal de Saúde**

576 **de Pindaí**, cumprimentou a todos e falou que Pindaí fica na região Sudoeste, e onde tem o Município Vitória da Conquista, mas  
 577 como Liliane Mascarenhas falou que nem todos os municípios têm pactuação com Vitória da Conquista e por isso talvez não  
 578 conseguissem utilizar o serviço e acabam deslocando os pacientes para Salvador. Considerou excelente a ideia de Liliane  
 579 Mascarenhas, pois facilitaria a primeira admissão, o primeiro atendimento, porque muitas vezes são pacientes com deficiência  
 580 e é muito ruim pegar em fila para arriscarem uma triagem, assim, seria bem interessante se já conseguissem garantir esse  
 581 acesso. **Liliane Mascarenhas** enfatizou que precisaria de ajuda de todos que tiverem aporte de recurso no teto dos  
 582 municípios, onde não está sendo viabilizado o atendimento, para transferirem para o teto do estado e assim possibilitar a  
 583 viabilização do atendimento e que seria necessário reabrir a discussão, porque o recurso está no teto, não tendo nem como  
 584 barganhar novo recurso com o Ministério, porque não existe recurso para isso, e talvez a fila do CEPRED estivesse grande por  
 585 conta disso, tem recurso no teto, mas não está sendo executado, é preciso dialogar para compreenderem qual é o problema  
 586 que está acontecendo. **Jacqueline Bomfim, Secretária Municipal de Saúde de Coribe**, cumprimentou a todos e lembrou  
 587 que, quando essa pauta foi discutida no grupo de trabalho, se falou que já há alguns anos se debruçaram sobre os recursos  
 588 que estão no teto de alguns executores, já foi feito um levantamento do que tinha de pedidos acumulados e sem execução e  
 589 tinham ficado de dar alguns encaminhamentos. Então, a seu ver, não seria o caso de retornarem para as CIR, deveriam  
 590 retornar para o grupo de trabalho e, a partir dos encaminhamentos, voltarem às CIR para rediscutirem. Lembrou que em 2017  
 591 (ou 2018) tinham feito um levantamento e tinha município executor com sete, nove milhões sem executar, assim, achava  
 592 necessário retomarem, mas se voltassem primeiramente para as CIR, conversariam muito e não ficaria muito prático. E como  
 593 já tem essa agenda e já vinha acontecendo, sua sugestão neste novo momento é retomarem o fluxo e que a DGC conversasse  
 594 sobre isso no GT da Atenção Básica, para finalizarem os estudos, verem as unidades e depois apresentarem para as regiões,  
 595 chamando os executores - que na época tinham sido chamados, mas não se avançou - então chamarem de novo até para se  
 596 pensar em novo um plano de trabalho. **Alcina Romero** lembrou que foi uma discussão no Grupo Condutor e disse que é  
 597 preciso retornar às suas reuniões, pois já estão sendo pontuados pelo Ministério da Saúde e considerou ótima a sugestão de  
 598 Jacqueline Bomfim, de fazer essa discussão no GT da Atenção Básica. **Stela Souza** reiterou a ideia do GT da Atenção Básica,  
 599 porque todas as especialidades passam pela atenção básica pois é que dá o suporte, então achava que é para discutir e  
 600 retomar o grupo condutor na atenção básica, porque estavam pecando em não trazerem as discussões e as definições para o  
 601 grupo condutor antes de virem para a CIB. Lembrou que tem municípios que receberam recurso e não usaram, para cadeira de  
 602 roda elétrica, bolsa de colostomia, e estes mesmos municípios, além de não comprarem, nem para seus munícipes, nem para  
 603 os municípios que têm que receber, estes municípios não sabem que aquele recurso foi incorporado ao teto deles, muito gestor  
 604 novo não sabe disso, o recurso está lá e ele não compra nem para ele nem para os municípios que ele teria que comprar.  
 605 Consequentemente vem tudo para o CEPRED, que não recebe todo esse recurso, porque está espalhado pelo estado e por  
 606 isso não dá conta e o povo fica sofrendo com as enormes filas de espera, e disse que está muito confuso. Sugeriu a Cristiano  
 607 Sôster que levasse para o GT de atenção básica para revisarem todo o processo, e, se desse, talvez para a próxima CIB.  
 608 **Gleiciane Hora, Secretária Municipal de Saúde de Una**, cumprimentou a todos colocando que a fala de Stela Souza  
 609 contribuiu bastante para esclarecer algumas questões. Colocou que existe realmente esse fluxo para Salvador, mas, como  
 610 outros serviços pactuados, esse também tem nas regiões de saúde, o que está faltando é os executores fornecerem o serviço  
 611 para a região. Ponderou que foi iniciada uma nova gestão nos municípios e estavam vivendo em pandemia e alguns serviços  
 612 deixaram de ter continuidade, então é preciso retomarem de fato as discussões e visitarem os municípios que fornecem  
 613 serviços e que deveriam ser a referência de pactuação, porque não se pode encaminhar tudo para Salvador, não existe essa  
 614 logística, a logística é nas regiões e nestas infelizmente não estão conseguindo acesso. **Liliane Mascarenhas** argumentou  
 615 que, mesmo com a mudança de gestão, a área técnica vem dialogando com os serviços de reabilitação, oficiando aos  
 616 municípios, porque vê a produção e está identificando, não apenas por conta da pandemia, com todas as orientações, mas  
 617 também a garantia de acesso. Então não houve uma descontinuidade desse contato direto com os municípios, mesmo com a  
 618 pandemia a área técnica tem todo esse registro. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação:**  
 619 **1.2 Monitoramento do Recurso Financeiro da Portaria GM/MS 3712/2020.** **Alcina Romero** iniciou a apresentação em  
 620 *slides*, informando que a Portaria 3712/2020 instituiu, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o  
 621 fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de  
 622 Saúde, e foi uma portaria no âmbito da pandemia do COVID.



### Portaria GM/MS Nº 3712/2020

- Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro federal de custeio para o fortalecimento do acesso às ações integradas para rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer no Sistema Único de Saúde.

637 A portaria estabelece para a Bahia um recurso total de nove milhões e quinhentos mil reais, para ser pactuado em CIB e assim,  
 638 na CIB de fevereiro deste ano, uma resolução aprovou o Plano de Ação e a distribuição de recurso para o fortalecimento das  
 639 ações de rastreamento, detecção precoce e controle do Câncer de Mama e Colo do Útero. Informou que este recurso tem uma  
 640 meta, a de ampliar em 30% a produção de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos de câncer de Mama e Colo do Útero,  
 641 em relação ao produzido e informado nos sistemas do DATASUS no ano de 2019. Os procedimentos do elenco do Câncer de



709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776

## Municípios Executores

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL RESOLUÇÃO CIB Nº 03/2021				
Aguiar	RS	RS	460,00	-
Alvorada	RS	RS	66.942,34	-
Arvorezinha	RS	RS	99.138,27	-
Barão do Carmo	RS	RS	1.811,00	-
Boqueirão do Leão	RS	RS	14.030,12	-
Capão da Canoa	RS	RS	92.283,69	-
Carverezópolis	RS	RS	2.952,40	-
Chapadão do Sul	RS	RS	19.866,20	-
Colmar	RS	RS	589,00	-
Constantino	RS	RS	4.556,00	-
Crissiumal	RS	RS	411,00	-
Dom Pedrito	RS	RS	508,20	-
Dom Silveira	RS	RS	121,00	-
Encruzilhada do Sul	RS	RS	6.780,87	-
Estrela	RS	RS	169,00	-
Farroupilha	RS	RS	1.887,00	-
Frederico Westphalen	RS	RS	48,00	-

## Municípios Executores

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL RESOLUÇÃO CIB Nº 03/2021				
Passos	RS	RS	1.378,00	-
Passo do Sobrado	RS	RS	12.724,54	-
Passo Fundo	RS	RS	769,00	-
Pau d'Alho	RS	RS	1.258,00	-
Petropolis	RS	RS	409,00	-
Piedade	RS	RS	30.242,94	-
Praia Grande	RS	RS	431,00	-
Prata	RS	RS	141,20	-
Quatro Irmãos	RS	RS	1.412,00	-
Rio do Sul	RS	RS	77.892,00	-
Rio Grande	RS	RS	1.284.288,97	-
Riozinho	RS	RS	24,20	-
Santa Maria do Sul	RS	RS	788,00	-
Santa Rosa	RS	RS	871,20	-

## Municípios Executores

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL RESOLUÇÃO CIB Nº 03/2021				
Santa Anna	RS	RS	298,00	-
Santa Helena	RS	RS	20.026,04	-
Santa Maria	RS	RS	94,20	-
São Francisco de Assis	RS	RS	968,00	-
São Jorge	RS	RS	387,20	-
São José do Sul	RS	RS	70.864,62	-
São Pedro do Sul	RS	RS	589,00	-
São Vendelino	RS	RS	1.476,20	-
Sapucaia	RS	RS	2.465,00	-
Severina	RS	RS	141,20	-
Sertão de Santana	RS	RS	138,00	-
Soldado	RS	RS	941,00	-
Sorocaba	RS	RS	1.239,00	-
Southern	RS	RS	899,00	-

## Municípios Executores

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL RESOLUÇÃO CIB Nº 03/2021				
Subsidiária	RS	RS	72,00	-
Taquari	RS	RS	48,00	-
Taquari Novo	RS	RS	11.553,00	-
Tavares de Freitas	RS	RS	48,00	-
Tatuí	RS	RS	512,00	-
Tejatepec	RS	RS	191.370,00	-
Vale	RS	RS	2.049,62	-
Vale do Sol	RS	RS	2.049,62	-
Várzea Grande	RS	RS	1.967,14	-
Ventania	RS	RS	701,00	-
Viamão	RS	RS	72,00	-
Total Municípios	RS	RS	2.174.966,76	RS 4.652.136,92
			RS 967.677,48	RS 1.881.883,67
			RS 6.767.714,77	

Relatou que no dia 26 de outubro o Ministério da Saúde fez uma reunião virtual com os estados e informou que fará o monitoramento deste recurso pela produção SIA ou SIH. Acompanhará e monitorará a produção de procedimento até março de 2022. Isso a tinha preocupado, principalmente com relação ao curso, por achar que, a partir do momento em que tinham feito o plano de ação e tinham dito que faziam um curso, comprovariam a realização do curso e estaria tudo certo para o recurso que estava no plano de ação, entretanto não é assim, ela não monitoraria nada, apenas a produção. E informou que o recurso financeiro correspondente ao não cumprimento da meta será suprimido do MAC estadual, o Ministério informa que não fará monitoramento de produção por cada município e que mesmo a CIB tendo aprovada a distribuição de recurso repassado ao estado, retirará do teto estadual o correspondente à não execução de procedimentos. Isso lhe preocupava porque este recurso já foi passado e caso os municípios ou até o estado não cumprisse essa meta dos 30%, pagariam duas vezes isso, repassariam para o município e devolveriam ao Ministério.

## Monitoramento

- Em reunião virtual realizada em 26/10/21 o Ministério da Saúde informou que fará o monitoramento da produção SIA/SIH até março/2022.
- O recurso financeiro correspondente ao não cumprimento da meta será suprimido do teto MAC estadual ( não fará o monitoramento por município executor).

## Proposta

- Ofício CIB ao MS solicitando que o monitoramento seja feito de acordo com o Plano de Ação, com devolução do recurso diretamente pelo respectivo FMS. Se resposta negativa
- Monitoramento do cumprimento da meta pelos municípios executores pela DAE/SAIS
- Resolução CIB aprovando devolução de recurso ao FESBA.

E colocou como proposta, a CIB enviar um ofício ao Ministério, solicitando que o monitoramento seja feita de acordo com o plano de ação e a devolução de recurso ser diretamente pelo fundo municipal ou estadual, porque ficou uma situação muito difícil, não sabiam que seria assim. Caso a resposta do Ministério fosse negativa, a área técnica da Coordenação de Redes teria que fazer este monitoramento e precisaria do apoio da CIB para aprovar a devolução correspondente de recurso, pois faziam algo que não estavam preparados, que é monitorarem a execução dos municípios, trazerem à CIB para comprovarem isso e procederem a supressão na competência seguinte do valor correspondente. A situação não é fácil, então apelava para os municípios que receberam esse recurso cumprirem a meta dos 30% a fim de terem um menor impacto. **Stela Souza** concordou que não tem outra saída, o Ministério enviou o recurso, a sua distribuição foi aprovada na CIB, inclusive foi uma luta para passar esse recurso para os municípios, mas se tem meta não tem jeito, se não cumprissem teriam mesmo que devolver. O recurso foi para esta ação, então é importante ficar claro, tem que ter uma garantia, inclusive porque foi aprovada a divisão do recurso, assim, teriam que aprovar que, em não usando o recurso, tem que devolver porque o Ministério o quer de volta. **Alcina Romero** argumentou que não trouxe a minuta de resolução porque o Ministério marcou uma reunião para a próxima semana, então já se adiantara trazendo isso, até para deixar o tema em aberto, lembrando que têm que ajudar a fazer a oferta desse tratamento e o prazo para execução é até março de 2022. **Stela Souza** lembrou que haverá CIB em dezembro, em janeiro nem sempre se consegue fazer a reunião, a preocupação é de que talvez deixassem já pré-aprovado pela CIB, em

stand by, e se o Ministério mantiver esse posicionamento já teriam a aprovação, porque é preciso que os municípios conheçam também o prazo, porque se não executarem terão que devolver, se não, ao chegar em fevereiro, quando aprovarem, dirão que, não tendo sido aprovado anteriormente, teriam agora que devolver. Então é avisarem com um tempo de antecedência, e sugeriu que a resolução fosse publicada *ad referendum*. **Alcina Romero** ressaltou sua preocupação que é quando o MS informa que monitorará em março, lembrem que pelo sistema de informação tem um *delay*, então ainda tem isso, porque em março não aparecerá o que se fizer em fevereiro e é um período muito ruim, fim de ano. **Raquel Ferraz** questionou se os valores mostrados de cada município estão publicados na portaria ou em resolução e **Alcina Romero** respondeu que está no anexo da Resolução CIB nº 053/2021. Dando seguimento, **Stela Souza** passou para o próximo ponto de **Pactuação: 1.3 Situação Rede de Glaucoma**. **Alcina Romero** colocou que é preciso ter tranquilidade, lembrou que já era uma dívida com o COSEMS sobre o Grupo Condutor, que tinham deixado de reunir, veio a pandemia e foi se prorrogando o acompanhamento mais de perto na Rede de Glaucoma. Relatou que a escuta é de muita queixa e provavelmente a do COSEMS também, pois nunca tinham conseguido parar realmente para entender o que está acontecendo, quais são os gargalos, não que essa apresentação fosse dar conta de tudo, não é essa a intenção, porque a questão do Glaucoma é complexa, tem muitas variáveis, mas traria uma situação geral dos principais problemas, que já clarearia um pouco. Iniciou a apresentação em *slides*, mostrando que hoje o estado da Bahia tem cinquenta e três unidades habilitadas pelo Ministério da Saúde para Glaucoma, apenas nestas cinquenta e três unidades se consegue enxergar a produção no sistema DATASUS e, destas, onze unidades não tem produção, ou porque não produzem, porque deixaram de trabalhar, por não ter mais contrato com o município, não ter mais contrato com o estado, são serviços que desapareceram, são CNES desativados, extintos, ou seja, dos cinquenta e três, onze já estão fora e sinalizou que estas unidades estão em vermelho. Ponderou que o Hospital Roberto Santos é unidade do estado, precisavam reposicioná-lo na Rede do Glaucoma, pelo menos tem uma proposta de reposicioná-lo com o atendimento ao glaucoma sem colírio, que é um outro código de habilitação, teriam que conversar para verem como ficará a questão do colírio pelo COAF, são dois códigos de glaucoma, com colírio e sem colírio, e lembrava que o retorno do colírio pelo CEFAP já foi aprovado em resolução CIB, mas provavelmente precise dos exames e podendo ser que o Roberto Santos seja uma dessas unidades para fazer os exames.

## REDE DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM GLAUCOMA

Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS  
Diretoria de Atenção Especializada - DAE  
Coordenação de Redes de Apoio Especializado - CRAE



2021

## UNIDADES HABILITADAS EM GLAUCOMA NA BAHIA – REDE GLAUCOMA PT GM/MS nº 419/2018

Habilitações - 0506 - TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA - BAHIA			
Macrorregião	Município de Sede	Estabelecimento	Gestão
Leste	Salvador	Hospital Geral Roberto Santos *	Estadual
		Hospital Universitário Professor Edgard Santos	
		Clinica Oftalmológica Urbano Sampaio Filho	
		CLIOC	Municipal
		ALCLIN Itagira	
		COIO	
		IOBA Roma	
		Kátia Freitas Oftalmologia	
		Núcleo Médico Ocular	
		Hospital Santa Luzia	
		Hospital Humberto Castro Lima	
IMEP	Municipal		
Pro Oftalmo			
Muritiba (Cruz das Almas)	Ofthalmolagnose Hospital de Olhos	Municipal	
	CLUOM LTDA Clínica de Olhos de Curitiba		

\* Unidade sem produção ou com CNES excluído ou desativado.



Mostrou todos em vermelho, que são os que não produzem, ou têm CNES desativado: Clínica de Olhos Santa Clara e Fundação Banco de Olhos Vale do São Francisco, em Juazeiro; Hospital Geral Santa Luzia, de Irecê; CNOE e ELCLIN, de Ilhéus; Instituto MultiSaúde, de Condeúba; IOBA, de Guanambi; ISOB, de Ibotirama; Santa Maria da Vitória e Barreiras. São os serviços que não funcionam, tem uma distribuição bastante significativa no estado.

## UNIDADES HABILITADAS EM GLAUCOMA NA BAHIA – REDE GLAUCOMA PT GM/MS nº 419/2018

Habilitações - 0506 - TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA - BAHIA			
Macrorregião	Município de Sede	Estabelecimento	Gestão
Centro - Leste	Feira de Santana	CEOP	Municipal
		ELHON - Clínica Oftalmologia	
		Instituto de Oftalmologia de Feira de Santana	
Santaluz (Serrinha)	Santaluz (Serrinha)	OFTALMED	Estadual
		SOS - Serviço de Olhos Santana	
Norte	Juazeiro	Adriana Oliveira Cunha - Hospital dos Olhos	Municipal
		Clinica de Olhos Santa Clara*	
		Fundação Banco de Olhos Vale do São Francisco*	
Centro-Norte	Paulo Afonso	CLIOFT - Clínica Oftalmológica DR. José Alvirino	Municipal
		Hospital Paulo Afonso	
		Hospital Geral Santa Luzia*	
Alagoíneas	Irecê	Hospital Geral São Paulo	Estadual
		Oftalmodiagnose - Hospital dos Olhos - Clínica de Oftalmodiagnóstico - LTDA	
		Santa Casa de Misericórdia de Alagoíneas	
Alagoíneas	Paripiranga (Itaíba do Pontal)	Políclínica Moisés Andrade	Municipal

\* Unidade sem produção ou com CNES excluído ou desativado.



## UNIDADES HABILITADAS EM GLAUCOMA NA BAHIA – REDE GLAUCOMA PT GM/MS nº 419/2018

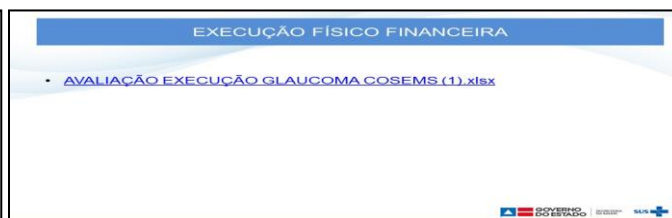
Habilitações - 0506 - TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO OFTALMOLÓGICA - BAHIA			
Macrorregião	Município de Sede	Estabelecimento	Gestão
Sul	Ilhéus	CNOE*	Municipal
		Hospital de Olhos de Ilhéus	
		ELCLIN*	
Sudoeste	Itabuna	Day Horc	Estadual
		Hospital de Olhos Beira Rio	
Sudoeste	Vitória da Conquista	Hospital de Olhos Beira Rio	Municipal
		CENOE Jequié	
		COIO	
		CEOG	
		Instituto Multi Saude*	
		CEOG	
Extremo - Sul	Ibotirama	Instituto da Visão	Municipal
		IOBA*	
		ISOB	
Oeste	Barreiras	CENOE Porto Seguro	Municipal
		ISOB - Instituto de Olhos da Bahia	
Oeste	Santa Maria da Vitória	Day Horc	Estadual
		ISOB - Instituto de Saúde Oftalmológica do Brasil LTDA EPP*	
		ISOB - Instituto de Saúde Oftalmológica do Brasil LTDA EPP*	

\* Unidade sem produção ou com CNES excluído ou desativado.



Lembrou a Resolução CIB de 2018, que aprovou os executores para o glaucoma, primeiramente para vinte e dois milhões de reais, que foi o primeiro recurso repassado pelo Ministério para a Bahia e hoje tem quarenta e quatro milhões anuais, distribuídos aos respectivos tetos desses executores que foram apontados, identificados e aprovados em Resolução CIB. Então tem vários novos prestadores para serem habilitados. Em seguida mostrou a planilha com estabelecimentos novos para entrarem na Rede: Itaberaba, na gestão estadual; clínica de Adriana Cunha, São Félix, na gestão municipal; Hospital Nossa Senhora da Pompéia, Instituto de Olhos Adi Nascimento, em Amargosa, todos aprovados na CIB, mas que não tinham identificado a produção, porque não estão habilitados pelo Ministério. Relatou que já tinham enviado esse processo para o Ministério da Saúde em 2019 e ao longo de 2020, que a SESAB tenta habilitar alguns desses serviços, mas em 2020 o Ministério devolveu todos os processos e informou que não habilitaria mais nenhum serviço do estado da Bahia, porque tem onze unidades que não produzem absolutamente nada e estavam querendo prestador novo, então para resolverem sobre esses prestadores, substituírem e mandarem o processo de volta. A luta agora é começarem a substituir, fazerem justificativas,

844 conseguirem que o gestor do município solicite essa desabilitação e a CIB aprovar a transferência de um pelo outro, isso tinha  
 845 impactado muito no tempo, a pandemia veio e não foi possível fazer vistoria técnica, alguns serviços não mandam  
 846 documentação, há uma série de serviços engarrafados para habilitação e para quem tivesse interesse ela repassaria o material  
 847 para cada um ver seu *status*. Ressaltou que esta é a situação da habilitação, tem algumas substituições já aprovadas e sendo  
 848 encaminhadas ao Ministério, lembrando que do jeito que estão sendo pedidos novos, não teria espaço para todos e dessa  
 849 forma precisavam que habilitassem e gerassem produção, para o Ministério entender que está ok, que já há uma rede em que  
 850 todos estão produzindo e habilitarem novos serviços, ou seja, estavam em um processo meio travado, e é preciso destravar,  
 851 não habilita porque não produz e não produz porque não habilita. Em relação à execução financeira, agradeceu ao COSEMS,  
 852 pelo estudo muito minucioso sobre essa execução, e que, até por muitos serviços estarem sem habilitação, só a base local do  
 853 CNES se consegue buscar essa produção, porque pelo SIA ainda é menor, o dado não é correto, porque a maioria dos  
 854 estabelecimentos que estão em processo de habilitação já estão credenciados pelo estado e já estão lançando a produção,  
 855 mas não aparece no nível federal, quando se busca no SIA. Assim, trouxera uma avaliação necessária para se entender por  
 856 que tantas regiões estão solicitando mudança de prestador, e ressaltou que foi iniciado um movimento muito grande de  
 857 mudança de prestador, impactando de forma muito dramática nos tetos financeiros de municípios executores, impactaria em  
 858 uma supressão de 70% a 60% do teto do município e precisavam compreender porque isso, explicando que o município não  
 859 está executando para esses municípios, ele está com estouro de PPI, já usou todo o recurso, é que está acontecendo e tinham  
 860 que ser muito cuidadosos, porque sabem que esse município já contratou o serviço, já tem um orçamento para isso, então são  
 861 várias coisas que precisavam pensar. Argumentou que a CIB não é o espaço para se fazer um estudo detalhado, precisariam  
 862 fazer isso no GT do Glaucoma e tirarem algumas deliberações. Falou que tinham um estudo de 2019, 2020 e 2021  
 863 proporcional, em 2019, ao se ver o recurso PPI do ano de 2019 é quarenta e quatro milhões de reais, eles tinham executado  
 864 quarenta e três milhões de reais. Em 2020 foram executados quarenta e dois milhões e, até o mês de agosto de 2021, foram  
 865 executados vinte e nove milhões, esse é o geral do estado da Bahia. Comentou que a Bahia está executando, porém onze de  
 866 seus serviços não executam, significando que algum está executando a mais ou algum está escutando a menos, no total, só  
 867 que quando vêm, por exemplo, Salvador, é emblemático, em 2019 ficou com um déficit de seis milhões, setecentos e trinta e  
 868 um mil reais, em 2020, de quatro milhões, novecentos e cinquenta e três, em 2021 já está com dois milhões. Mostrou Jequié,  
 869 que é uma das regiões que está solicitando mudança, no geral não está com estouro de PPI, tem um saldo, mas quando se vê  
 870 seu recurso, ele recebe proporcional, o seu recurso da PPI é quinhentos e quarenta e três mil, no ano de 2019 o recurso era  
 871 setecentos e seis mil reais, em 2020 setecentos e seis mil, em 2021, quatrocentos e oitenta e oito mil, relativo ao seu território,  
 872 à sua população. Em 2019 ele extrapolou para a sua população sete mil, novecentos e setenta e cinco, em 2020, duzentos e  
 873 dezessete mil, mas apenas para a sua população e, dos demais municípios, apenas Jitaúna teve um déficit e Itagibá  
 874 novecentos e quatro reais. Em 2020, para todos os demais municípios, a execução de Jequié referente ao percentual do teto  
 875 daqueles municípios não foi efetivada. Dessa forma, no geral o município executou, porém executou muito mais para sua  
 876 população, a mesma coisa de Salvador, que extrapolou o percentual de atendimento para a população própria em 186%, tem  
 877 estouro de PPI, estoura o seu recurso em seis milhões de reais, mas é para a sua própria população. Acrescentou que tem  
 878 municípios que estouram a sua população e atendem a dos outros, ou seja, fica no zero a zero, tem municípios que estouram o  
 879 recurso da sua população, porém o recurso dos demais municípios sobra, então não podiam nem ver a execução total.



880  
 881  
 882  
 883  
 884  
 885  
 886  
 887  
 888  
 889 Relatou que ainda tem algumas regiões que colocaram recurso na gestão estadual e a gestão estadual tem dificuldade em  
 890 identificar um prestador naquelas regiões, que é outra coisa que precisavam ver, porque, por exemplo, o município decide que  
 891 vai mudar de prestador e informa que vai colocar o dinheiro no teto estadual, mas não conversa antes com a SESAB, então a  
 892 SESAB fica procurando, como foi o caso de Guanambi, onde foi difícil encontrar um prestador que atendesse aos requisitos e  
 893 até hoje ainda estavam com pendência. Em Valença o recurso está no teto estadual e a SESAB não consegue encontrar um  
 894 prestador para atender lá. Catu deixou recurso no teto estadual para três municípios, então não há interesse de prestador em  
 895 se credenciar, porque o volume é muito pequeno, tem uma série de situações.



896  
 897  
 898  
 899  
 900  
 901  
 902  
 903  
 904  
 905  
 906 Relatou que dezesseis municípios de Jequié pediram mudança para Jaguaquara, e isso impacta na supressão ou na  
 907 transferência de novecentos mil reais do teto de Jequié para o teto estadual, é mais de 50% do valor de Jequié. E comentou  
 908 que o município de Jequié não se fez presente na CIB, Stela Souza entrou em contato com eles para saberem sobre situação  
 909 e ela achava que, antes de cada município ficar colocando prestador 'miúdo' no outro, tentassem conversar, trazerem o  
 910 prestador, com o apoio da própria CIB e do GT do Glaucoma, e dar um prazo, já que essas mudança não está dando certo,

911 pois muda de um para outro e não entra prestador, não atende credenciamento, o Ministério não habilita e não se toma pé  
912 sobre quem é mesmo que tem obrigação, de que municípios são os prestadores do glaucoma, quais os que produzem e quais  
913 não produzem. Então hoje estavam passando essa pendência de Jequié, sem resolução aprovada pela CIB, já Feira de  
914 Santana teve aprovação na plenária, mas não foi publicada a resolução porque são prestadores, Itaberaba está ainda  
915 aguardando visita técnica, porque já chegaram à conclusão de que, mesmo que tenha equipamento no CNES, profissional no  
916 CNES, nesse caso precisará de uma visita técnica in loco pela área técnica da DICON, porque está havendo uma escuta de  
917 que pode estar havendo também alguma proposta para retornar a estratégia itinerante e hoje no estado da Bahia tem uma nota  
918 técnica que não permite, em consonância com a legislação federal. Assim, se algum município está fazendo estratégia  
919 itinerante, está fora da legislação, e é desigual porque se um pode fazer, deve ser dado também ao outro o direito de fazer e  
920 não é a CIB, nem a área técnica, que validará essa situação, então agora tem que ter a visita técnica. Assim, Jaguaquara e o  
921 prestador de Itaberaba não será pelo núcleo, será do nível central, sugeria então voltarem a examinar essa planilha de  
922 execução, separarem os municípios que realmente não estão atendendo os demais municípios, chama-los para saber o que  
923 está acontecendo e aos poucos irem tentando melhorar. Com o COAF melhorará o acesso, então já tem outra possibilidade de  
924 atendimento, inclusive hoje teve câmara técnica do CONASS e com algumas novidades também na atenção oftalmológica, na  
925 saúde ocular e a intenção é evoluírem. **Stela Souza** colocou alguns acréscimos sobre essa situação e de vários movimentos.  
926 Reiterou que a visita técnica tem que acontecer, lembrando que tem Resolução CIB aprovando que os serviços têm que estar  
927 implantados na região, não é itinerante, inclusive já tinham trazido a proposta regional e estavam tirando o foco, tem prestador  
928 que está em várias regiões, todos sabem que já tiveram problemas com glaucoma no estado da Bahia, a Presidente do  
929 COSEMS levou uma bandeira a nível de CONASS e de CIT. Lembrou que, de junho de 2016 a maio de 2017, a execução  
930 estava em mais de cem milhões de reais, de repente o Ministério tirou tudo e aprovou vinte e dois milhões de reais, criou-se um  
931 caos, todo mundo brigando, e então ela disse na CIT que se o prestador cometeu algum equívoco, se o gestor municipal  
932 pactuou e assinou isso, eles que responderiam, e isso era caso para a polícia federal, a guerra foi muito grande e tinham  
933 conseguido dobrar esse valor, foi pactuado em CIB, aprovado, distribuído, e de repente começava essa corrida do ouro.  
934 Enfatizou a necessidade de registrarem nesta CIB, para ficar gravado, pois não queria que futuramente a CIB respondesse por  
935 nada e lembrava que a CIB é controlada pelos órgãos de controle, então todos respondem com seus CPF. Assim, queria deixar  
936 bem claro que a CIB não pactua com esse movimento que está acontecendo nas regiões e, como representante do COSEMS,  
937 chamaria os colegas secretários para abrirem os olhos para essa questão de itinerância, que não é permitido, apesar de que  
938 cada gestor sabe da sua responsabilidade, e no dia que fosse permitido todos teriam o mesmo direito. Relatou a reclamação  
939 de um secretário, de que seu prestador executor do município que atende a região, ao lhe falar que não podia ser itinerante,  
940 respondeu que então não poderia atender os outros municípios, porque seria uma dificuldade. E disse que tem prestadores  
941 que estão indo às reuniões de CIR, tentando convencer os secretários, não são prestadores habilitados, não têm serviço  
942 instalado. Argumentou que estava sendo bem franca e assim como tem a área técnica, estava sendo política, cuidando dos  
943 secretários, chamando atenção que tem prestador que tem habilitação para atender no município há quase mil quilômetros e  
944 então vai para uma outra região, faz itinerância e lança a produção que ele fez lá e fatura naquele outro município. Alertou que  
945 já teve gente presa na Bahia por causa de glaucoma, então não poderiam manter isso. E afirmou que não assinaria resolução  
946 CIB e daria dissenso, pedindo aos seus pares para não darem consenso em uma situação dessa, pedindo aos representantes  
947 do COSEMS que prestassem atenção naquilo que estivessem aprovando e que o estado, que se possível, fizesse também a  
948 mesma coisa, fazerem uma visita técnica e verem o que está acontecendo. Ponderou que esse é o ponto mais grave, mas  
949 abordava outra situação, ressaltando que quando o estado está com onze que não tem produção e tem um número imenso  
950 solicitando habilitação, o máximo que pode acontecer é desabilitar o que não tem produção, se fosse o caso, para colocar o  
951 que tem produção. O que não podia é, nessas mudanças, em algumas regiões chegar um prestador que não tem produção e  
952 que tem a tal da itinerância e não ter sido pedido oficial, mas teria que desabilitar esse prestador para entrar outro, e como que  
953 justificariam ao Ministério, perguntou. E, se ele não está fazendo um bom serviço, os municípios têm que notificar, o município  
954 executor, que é o contratante, se não está compactuando com isso, tem que notificar e ele que vai responder, a CIB é que não  
955 vai pedir desabilitação de serviço que está funcionando se não tiver uma solicitação com motivo justo. Enfatizou que tem  
956 graves problemas, por isso tinham que prestar muita atenção nessa história do glaucoma, já tinham lutado com o CEAF para  
957 conseguirem também ter as duas opções, a questão do colírio, dos exames, tem a questão do Roberto Santos, é um  
958 movimento que precisa ser feito por causa dos exames, que às vezes tem dificuldade de fazer no município, então é muito  
959 sério, em se falando de glaucoma, todo mundo tem que ficar alerta, é realmente muito preocupante, tinha dito na reunião com  
960 em que vários membros estavam presentes, que os colegas abrissem os olhos, vissem o que está acontecendo, que tivessem  
961 muito cuidado com tudo isso, porque podiam responder, já tinham respondido sem nem tomarem conhecimento, mas agora  
962 esse alerta está registrado em CIB, para terem cuidado com as pactuações e os movimentos que estão fazendo em CIR, pois  
963 não é o prestador que vai convencer o gestor na CIR, que não é espaço de prestador, é espaço gestor, e alguns prestadores  
964 estão indo para a CIR, fazendo convencimento, então deixa de ser um espaço de pactuação de gestor. **Alcina Romero** sugeriu  
965 fazerem uma análise detalhada da execução física e financeira, para verem quais seriam realmente os executores que  
966 estariam muito fora da curva e chamarem para saber o que está acontecendo, darem um prazo, alguma coisa assim. **Jacklene**  
967 **Mirne, Secretária Municipal de Saúde de Santo Amaro e membro da CIB**, cumprimentou a todos e propôs o que tanto Stela  
968 Souza como Alcina Romero falaram, ressaltando se tratar de uma preocupação que ela vinha acompanhando também em sua  
969 região, porque tem acontecido de forma muito veloz e por isso tinha suas ressalvas. Argumentou que tem que ver os pareceres  
970 técnicos, pois estão se preocupando com esse processo de assistência, por conta de como tudo aconteceu e considerou que  
971 Stela Souza foi perfeita em sua fala, principalmente ao dizer que, como CIB, não podiam endossar uma prática dessa, se o  
972 prestador tem que vir, que fosse de outra forma, não podia chegar 'fazendo e acontecendo', tinham que ter muito cuidado com  
973 isso, é muito sério o que tem acontecido. Concordou que é preciso discutir, não sabia como está, por não fazer parte do GT de  
974 Glaucoma, mas se preocupava quando começou a pontuar, junto com sua equipe técnica, como está em seu município. Feira  
975 de Santana, que trata de um desses prestadores que estão aí expostos, ela tinha uma grande preocupação com isso,  
976 ressaltando a necessidade de ampliarem essa discussão, de verem como está o teto e, como gestora, sabia que assistência  
977 não pode ser pactuada de qualquer forma, então sua principal preocupação, além de todas as que foram citadas, é a




978 capacidade instalada. Lembrou que já tinham feito essa discussão, que voltou na última reunião da CIR, e as CIR têm que se  
979 fortalecer, os secretários precisam ficar atentos realmente e como CIB ela também não se sentia à vontade para fazer uma  
980 pactuação com essa, sem antes fazer um levantamento de capacidade e físico financeiro. **Gleiciane Hora** relatou que na sua  
981 região também teve uma proposta de receber prestador na CIR e tinham decidido que não receberiam, inclusive usando a fala  
982 de Stela Souza, de que a CIR não é espaço para prestador, contudo, o que mais lhe afligia é a demanda dos municípios,  
983 porque recebem os pacientes todos os dias, teve fala de Arataca, Mascote, Canavieiras, Itacaré, de que Una está sem ofertar  
984 colírio para os usuários e eles procuram a secretaria, se tornando um transtorno nas redes sociais e não estavam conseguindo  
985 dar resposta. Já tinham feito três reuniões na CIR para deliberar esse assunto e a resposta é de que estão vendo com a  
986 SESAB, inclusive na última reunião - semana passada - Domilene Borges Costa se posicionou e seguiram com a mesma  
987 situação com os prestadores, como mostrado na planilha, um descredenciado, outro sem condição de ofertar o colírio, devido à  
988 estrutura física inadequada, muitíssimos problemas, por isso estava registrando sobre a região de saúde de Ilhéus, que  
989 também está vivendo essa situação. **Alcina Romero** sugeriu deixarem já uma data agendada para essa discussão e a área  
990 técnica deixar bem detalhado quais as principais evidências desse estudo que o COSEMS produziu, para facilitar a análise e  
991 uma tomada de decisão. **Stela Souza** reiterou a necessidade de fazerem uma análise detalhada de toda a execução,  
992 lembrando que não teria nenhuma publicação de resolução, a última que aprovou Feira de Santana até hoje ela não tinha  
993 assinado, porque sua assinatura significava sua concordância com o que estava vendo que tem problema, então também tinha  
994 pedido que suspendesse. A ideia é trazer hoje aqui e não publicar mais nenhuma resolução até ser feita essa análise  
995 detalhada com o GT do Glaucoma e tentarem trazer na próxima CIB o resultado da visita técnica, pois não tem como o  
996 prestador que não tem serviço instalado na região - conforme nota técnica não tem - se deslocar de um lugar para outro, e  
997 fazer itinerância, já tinham feito até consulta ao Ministério da Saúde e continua não liberada, itinerância é só para a busca  
998 ativa, não é para atendimento, não pode, todo mundo sabe disso, mas está acontecendo e com prestador não habilitado.  
999 Enfatizou que o estado também tem que cuidar disso, ficar atento na contratação de serviço não habilitado, exceto os que  
1000 estão funcionando já há um tempo, aguardando habilitação. E que o Ministério está esperando eles pedirem a desabilitação  
1001 dos que não estão produzindo para colocar no lugar, mas não da forma como está agora, não tinha como, a não ser um  
1002 prestador muito rico, pois para implantar o serviço nas doze regiões de saúde tem que ter muito dinheiro e não é isso que está  
1003 acontecendo. E, antes que outros viessem verificar isso, eles mesmo tinham que verificar e ajudar os colegas, para não  
1004 entrarem no erro. Após ampla discussão, **houve consenso**. Antes de seguir a ordem do dia, Stela Souza informou que os  
1005 pontos do item 3. APG/COPRI de pactuação, foram retirados de pauta, em comum acordo SESAB e COSEMS, pois, por mais  
1006 que tivesse sido discutido, ainda surgiram algumas dúvidas e não dava para aprovarem o que estavam precisando agora,  
1007 exceto se fosse algo que pudessem fazer apenas uma notificação ou encaminhamento, mas seriam itens como cronograma e  
1008 outras coisas que ainda ficaram dúvidas. Na oportunidade, solicitou uma inversão de pauta para que, depois do item 2.1,  
1009 passarem para o item 5.3 do COSEMS. **Houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de  
1010 Pactuação: **2. SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE – MAIS MÉDICOS: 2.1 Implantação da**  
1011 **ADAPSA pelo MS e atual situação do Mais Médicos no Estado da Bahia. Emerson Garcia, Diretor do Programa Mais**  
1012 **Médicos**, cumprimentou a todos, colocando que sempre que vinha na CIB trazia notícias boas, e chamou atenção que o  
1013 Secretário Municipal de Saúde de Salvador, representante nesta CIB, e o Prefeito da UPB aqui presente, precisavam estar  
1014 cientes do que está acontecendo e do que aconteceria para o ano 2022. Iniciou a apresentação em *slides*, informando que a  
1015 Bahia tem um teto de 1730 médicos para o Programa Mais Médicos e isso nunca foi cumprido, esse teto esteve completo, o  
1016 máximo que chegou foi durante a pandemia, com quase 1.600 médicos. Lembrou que em dezembro de 2019 foi aprovada a  
1017 Lei 13.958, Médicos pelo Brasil do Governo Federal, mas não entrou em vigor porque a pandemia chegou em 2020 e ela foi  
1018 totalmente abolida, só se faz a contratação de médicos apenas por um ano de validade e não de três anos, a pandemia não  
1019 acabou, o processo não encerrou, ainda estavam em pandemia e todos os municípios hoje com déficit de médicos. No dia 18  
1020 de outubro de 2021 foram lançadas cinco portarias que poderiam vir a beneficiar a atenção primária à saúde, no final do mês  
1021 de outubro o COSEMS, em parceria com o Ministério da Saúde, realizou um evento em Salvador, quando foi demonstrado  
1022 como ficará a nova forma de financiamento da atenção básica, e, pelos cálculos feitos com Cristiano Sóster, os números são  
1023 assustadores, primeiro porque está em vigor o vigésimo quarto ciclo de contratação de profissionais médicos, este ciclo foi  
1024 abortado totalmente, porque houve uma judicialização e hoje os médicos começaram novamente a escolher os municípios para  
1025 onde irão, ou seja, tem duzentas e quarenta e seis vagas abertas, nesse ínterim, saiu publicada a exclusão de médicos que  
1026 não haviam cumprido a carga horária exigida para a formação do Curso de Especialização em Saúde da Família, bem como  
1027 alguns profissionais que desistiram ou que abandonaram o programa, aumentando, então, a deficiência no mês de outubro  
1028 para duzentas e setenta e seis, somando os ciclos que estão para vencerem. Relatou que foi feita uma avaliação de todo o  
1029 programa partir de outubro até fevereiro do próximo ano e tinham começado a contar os contratos de profissionais médicos que  
1030 podiam estar vencendo nestes períodos, oitavo, nono, décimo quinto, décimo sétimo, décimo nono, vigésimo primeiro e  
1031 vigésimo segundo que vão vencer, mais os municípios que estão no perfil de um a três, e aí envolve Salvador e os municípios  
1032 da região metropolitana, todos perderão profissionais médicos. Dos cento e dezenove médicos que Salvador tem hoje, perde  
1033 oitenta, o que traz uma situação extremamente preocupante para o estado, conforme já discutido com o pessoal de atenção  
1034 básica, quanto aos indicadores de saúde, quando não tem profissional médico – que estariam fazendo com que se atingissem  
1035 os indicadores - pondera como estariam recebendo esse novo processo Previne Brasil. Informou que foi conversado com a  
1036 Diretora de Atenção Básica do Ministério, e que no evento do final de outubro garantiu que ocorreriam novos chamamentos  
1037 para atender o perfil de 'um a três', que renovariam alguns contratos e, com muita pressão do CONASS e do CONASEMS, foi  
1038 renovado o contrato do décimo sexto ciclo, mas em todos estavam perdendo um quantitativo de médicos de pouquinho em  
1039 pouquinho. Resumindo, se não renovassem todos os contratos, em fevereiro teriam um déficit de novecentos e oitenta e dois  
1040 médicos, do total de mil setecentos e trinta que nunca teve na Bahia. Se o vigésimo quarto ciclo, que é esse que está em vigor,  
1041 também não funcionar, se for efetivado passarem para mil duzentos e vinte e oito, enquanto isso não acontecesse, tinham um  
1042 quantitativo maior, isso corresponde a quase 50% dos profissionais médicos que atuam na atenção básica nos municípios.  
1043 Comunicou que no dia 18 de outubro foi lançada a ADAPS, segundo o Ministério da Saúde, um presente aos profissionais  
1044 médicos, e que estava devendo realmente há algum tempo e trouxe a formatação de como seria esse programa. Ele e

1045 Cristiano Sóster estavam na expectativa, porque sendo algo para fomentar a atenção básica, ótimo, só que o projeto vem todo  
1046 voltado para o profissional médico, não contempla as outras categorias profissionais.


1047  
1048  
1049  
1050  
1051  
1052  
1053  
1054  
1055  
1056  
1057

**Situação atual do PMM-BA**  
**Criação da ADAPSA**  
**REVALIDA**



Relação do total de vagas ocupadas, desocupadas, disponibilizadas no 24º ciclo, desocupadas por perfil de 1 a 3 e com os ciclos de encerramento nos meses de novembro a dezembro de 2021 e janeiro a fevereiro de 2022.


Total de Vagas de	Total de Vagas Desocupadas	Total de Vagas Desocupadas por Perfil 1 a 3	Total de Vagas Disponibilizadas por Perfil 1 a 3	Total de Vagas Ocupadas por Perfil 1 a 3	Total de Vagas Desocupadas por Perfil 1 a 3	% de Vagas Desocupadas por Perfil 1 a 3	Total de Vagas de 1º Ciclo	Total de Vagas com Encerramento em NOV/2021	Total de Vagas com Encerramento em DEZ/2021	Total de Vagas Desocupadas em JAN/2022
1.730	1.458 (84%)	228	246	272	204	68	288	268 (93%)	27 (9%)	285 (100%)



1058 A convite da Câmara Técnica do CONASS e por indicação de Tereza Paim, ele representou o Estado, na semana passada, e  
1059 lá colocou algumas das nossas preocupações e estava trazendo um olhar muito crítico e que representantes do Mais Médicos  
1060 dos outros estados do Brasil também vêm discutindo. Mostrou no *slide* abaixo a finalidade da ADAP, de promover a execução  
1061 de políticas de desenvolvimento da atenção primária, especificamente para o médico, porque as outras categorias não  
1062 constam, e traz algumas características inclusive a qualificação profissional só que o governo traz o projeto diferenciando  
1063 totalmente do processo como é o Mais Médicos hoje, que envolve as universidades, que exige a formação de especialista em  
1064 Saúde da Família, e na nova proposta da ADAPS, que eles tinham apresentado na Câmara Técnica do CONASS, haverá  
1065 formação em serviço e, o médico que já tiver determinada experiência acompanhará outro, será o tutor daquele que estiver  
1066 chegando, acumulará essa função e com dois a três anos receberá teoricamente o título de especialista, porém, ao  
1067 questionarem que o título só pode ser dado com vinculação à associação médica de saúde da família e comunidade, ou com a  
1068 academia, não lhes responderam que esses dois entes estariam acompanhando. Trazem também a incorporação de  
1069 tecnologia na assistência da gestão que é o Telessaúde, o prontuário eletrônico, que hoje já vem sendo trabalhado na atenção  
1070 primária, não apenas pelo profissional médico, mas também pelos outros profissionais, assim, eles estão incorporando a  
1071 tecnologia ao processo, que já está funcionando e que já existe, e é manuseado pelas outras áreas, então começavam a  
1072 questionar qual o sentido de só a ADAPS está pegando isso, e aí tem alguns pontos da lei que chamava muita atenção.

1073  
1074  
1075  
1076  
1077  
1078  
1079  
1080  
1081  
1082  
1083  
1084  
1085  
1086  
1087


**ADAPS**



**ADAPS**

Art. 2º. A ADAPS tem como **finalidade promover**, em âmbito nacional, a **execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde**, com ênfase:

- I - na saúde da família;
- II - nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- III - na valorização da presença dos médicos na atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - na promoção da formação profissional, especialmente na área de Saúde da Família;
- V - na incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde.




1088 O Artigo 4º é um deles, quando estabelece que a ADAPS pode promover a venda de produtos e serviços, desde que  
1089 intrinsecamente ligados às suas competências institucionais, sendo os resultados econômicos dessas operações revertidos em  
1090 ações que atendam à sua finalidade estatutária.


1091  
1092  
1093  
1094  
1095  
1096  
1097  
1098  
1099  
1100  
1101  
1102  
1103  
1104

Art. 3º. São competências da ADAPS:

- I - prestar serviços de atenção primária à saúde no âmbito do SUS, em caráter complementar, à atuação dos entes federativos, especialmente nos locais de difícil provimento ou de alta vulnerabilidade;
- II - desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão mediante a integração entre o ensino e o serviço;
- III - executar o Programa Médicos pelo Brasil, em colaboração e articulação com o Ministério da Saúde e em consonância com o Plano Nacional de Saúde;
- IV - promover programas e ações de caráter contínuo para a qualificação profissional na atenção primária à saúde;
- V - articular-se com órgãos e entidades públicas e privadas para o cumprimento de seus objetivos;
- VI - monitorar e avaliar os resultados das atividades desempenhadas no âmbito de suas competências;
- VII - promover o desenvolvimento e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão relacionadas com a atenção primária à saúde; e
- VIII - firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneros com órgãos e entidades públicas e privadas, inclusive com instituições de ensino, para o cumprimento de seus objetivos.



Art. 4º. A ADAPS pode promover a venda de produtos e serviços, desde que intrinsecamente ligados às suas competências institucionais, sendo os resultados econômicos dessas operações revertidos em ações que atendam à sua finalidade estatutária.



1105 Comentou que este fato chamava muita atenção, porque, pela primeira vez, se começava de fato a concretizar o que eles já  
1106 vinham ouvindo há muito tempo, de que a atenção primária será privatizada, não sendo assim, de imediato dia, mas com a  
1107 abertura da ADAPS e com a forma como eles trazem na sua documentação, que é uma empresa de pessoa jurídica de direito  
1108 privado, sem fins lucrativos, com interesse coletivo de utilidade pública e de serviço autônomo. Segundo o item 44 do Código  
1109 Civil brasileiro de 2002, são pessoas jurídicas de direito privado: as associações; as sociedades; as fundações; as  
1110 organizações religiosas; os partidos políticos; e as empresas individuais de responsabilidade limitada. As pessoas jurídicas de  
1111 direito privado são instituídas por iniciativa de particulares, e não foi o caso da ADAPS. A pessoa jurídica de direito privado é

criada por iniciativa dos seus próprios membros, o que a diferencia das 'PJ' de direito público interno, que são criadas por leis. Desse modo, as 'PJ' de direito privado devem ser legalizadas por meio dos registros nos órgãos competentes.


**ADAPS**

- É uma Pessoa Jurídica de Direito Privado
- Sem fins lucrativos
- Interesse coletivo
- Utilidade pública
- Serviço Social Autônomo



**Pessoa Jurídica de Direito Privado**

- 44 do Código Civil brasileiro de 2002: **são pessoas jurídicas de direito privado**: as associações, as sociedades, as fundações, as organizações religiosas, os partidos políticos e as empresas individuais de responsabilidade limitada. **As pessoas jurídicas de direito privado são instituídas por iniciativa de particulares**
- A **pessoa jurídica de direito privado**, é criada por iniciativa dos seus próprios membros, o que a **diferencia** das PJs de **direito público interno**, que são criadas por leis. Desse modo, as PJs de **direito privado** devem ser legalizadas por meio do registros nos órgãos competentes.



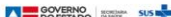
Sem fins lucrativos, permite que esta passe a desfrutar de certos benefícios fiscais, que outras instituições não qualificadas como tal não poderiam gozar, como, por exemplo, remunerar seus dirigentes sem perder a imunidade tributária das entidades sem fins lucrativos. Pode firmar com o poder público o chamado "termo de parceria", concernente basicamente em instrumento de cooperação para promover o desenvolvimento de atividades de interesse público, como, por exemplo, assistência social, promoção da cultura, educação e outras, e que permite à entidade ter acesso a recursos públicos com maior facilidade e menor burocracia. Os requisitos e procedimentos do termo de parceria, previstos pela Lei nº 9.790/99 e Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, são mais simples do que aqueles referentes à realização de convênios entre as instituições sem fins lucrativos e o governo federal. Interesse coletivo é a síntese de interesses individuais, que nascem da convergência de valores individuais, cuja semelhança e identidade são direcionados para um fim comum que une o grupo. Trata-se de síntese e não de mera soma, na medida em que transforma interesses individuais originários em uma nova realidade, na qual existe um verdadeiro ideal coletivo.

**Sem fins lucrativos**

Permite que esta passe a **desfrutar de certos benefícios fiscais**, que outras instituições, não qualificadas como tal, não poderiam gozar, como, por exemplo, poder remunerar seus dirigentes sem perder a imunidade tributária das entidades sem fins lucrativos.

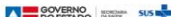
Pode firmar com o Poder Público o chamado "termo de parceria", concernente basicamente em **instrumento de cooperação para promover o desenvolvimento de atividades de interesse público**, como, por exemplo, assistência social, promoção da cultura, educação e outras, e que permite à entidade ter **acesso a recursos públicos com maior facilidade e menor burocracia**.

Os **requisitos e procedimentos do termo de parceria**, previstos pela Lei nº 9.790/99 e Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, são **mais simples do que aqueles referentes à realização de Convênios entre as instituições sem fins lucrativos e o Governo Federal**.



**Interesse Coletivo**

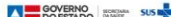
Interesse coletivo é a **síntese de interesses individuais**, nascem da **convergência de valores individuais**, cuja **semelhança e identidade** são direcionados para um **fim comum que une o grupo**. Trata-se de **síntese e não de mera soma**, na medida em que **transforma interesses individuais originários em uma nova realidade**, na qual existe um **verdadeiro ideal coletivo**.



Utilidade Pública "(...) Art. 2º da Lei nº 13 019, de 31 de julho de 2014, passa a vigorar com as seguintes alterações: "Art. 1º Esta Lei institui normas gerais para as parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação. Mostrou ainda o *slide* sobre Serviço Social Autônomo, que é pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical, e comentou que não leria tudo para não ficar cansativo, mas não está obrigada a observância dos princípios constitucionais da administração pública.

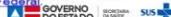
**Utilidade Pública**

- "(...) Art. 2º A Lei nº 13 019, de 31 de julho de 2014, passa a vigorar com as seguintes alterações:
- "Art. 1º Esta Lei institui normas gerais para as **parcerias entre a administração pública e organizações da sociedade civil**, em regime de **mútua cooperação**, para a consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em planos de trabalho inseridos em termos de colaboração, em termos de fomento ou em acordos de cooperação



**Serviço Social Autônomo**

- Serviço Social Autônomo é **pessoa jurídica criada ou prevista por lei como entidade privada de serviço social e de formação profissional vinculada ao sistema sindical** sujeita ao disposto no art. 240 da Constituição Federal. Atua no âmbito da relação econômica, capital e trabalho e compõe o tradicional Sistema "S".
- Sua **finalidade**, em geral, é a de **prestar assistência ou ensino a certas categorias sociais ou grupos profissionais**. Sua criação decorre de lei que institui ou autoriza a sua instituição. Geralmente, seu regulamento é estabelecido por decreto. Adquire personalidade jurídica com a inscrição do seu ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas.
- Vincula-se ao órgão da administração direta relacionado com suas atividades para fins de controle finalístico e prestação de contas dos **dinheiros públicos recebidos para sua manutenção**. Essa vinculação com o Poder Público é diferenciada das entidades da administração indireta.
- O **serviço social autônomo rege-se pelo Direito Privado com a incidência das normas de Direito Público** previstas na lei autorizativa.
- **Não está obrigado à observância dos princípios constitucionais da Administração Pública**.
- **Não se aplicam a ele as normas constitucionais referentes à administração pública** (artigo 37 e 38).
- **Não se submete a regras do regime administrativo**, apenas ao controle da aplicação dos recursos de origem pública, por força do art. 70 da **Constituição Federal**.



Observou que essas ações que estão na lei da construção da ADAPS chamam muita atenção e por fim, para acabar de lhe deixar mais preocupado de fato, o Conselho Deliberativo da ADAPS, diferente do Conselho Deliberativo do que era o Programa Mais Médicos, será representado por seis representantes do Ministério da Saúde, um do CONASS, um do CONASEMS, um da Associação Médica Brasileira, um do Conselho Federal de Medicina, um da Federação Nacional dos Médicos e um do Conselho Nacional de Saúde, ou seja, por mais que quisessem, neste Conselho apenas os médicos terão direito de voz e voto no final, porque todos os outros, por mais que tivesse outra formação, que tivesse uma visão de gestão, atenderá diretamente às necessidades dos profissionais médicos, sem querer causar nenhum tipo de desconforto, mas entendia que o profissional médico também é parte de uma equipe multiprofissional e não alguém que precisa ser tão

1179 privilegiado em determinadas ações. Em seguida mostrou o que traz o capítulo quinto, das receitas e patrimônio, observando  
 1180 que todo o dinheiro que a ADAPS receber terá direito a fazer o que no serviço público é ilegal, ou seja, aplicações, terá direito  
 1181 a fazer movimentações com esse recurso, para garantir aumento do seu teto líquido e isso vai de encontro a tudo que entendia  
 1182 como Sanitarista, professor de saúde pública e defensor do Sistema Único de Saúde. Acrescentou que, quando a ADAPS traz  
 1183 as propostas, já deixa claro que aquela proposta que há muito tempo se discute, que não é de agora que vem se discutindo  
 1184 dentro do processo neoliberal de entender que estão vivendo um momento em que a gestão federal é neoliberalista, tem um  
 1185 conceito neoliberal pelo Ministro da Economia, que defende que tudo isso pode e deve ser privatizado, então sua unidade de  
 1186 saúde pode ser conveniada com um plano de saúde, mas o CONASS e o CONSEMS não deixarão isso acontecer, agora,  
 1187 nesse momento, mas se passou no conselho deliberativo e foi aprovado, eles tinham que estar antevendo sempre as coisas e,  
 1188 aqui além de antever, isso lhe preocupava muito, porque a ADAPS trouxe como uma das propostas de grande solução, que o  
 1189 profissional médico terá uma carreira de estado, com carteira assinada, décimo terceiro, férias, aquelas garantias que  
 1190 teoricamente eles buscam há muito tempo. Argumentou que vinha questionando em todas as reuniões que a sua experiência  
 1191 como Secretário Municipal de Saúde, fundador de uma instituição que também tinha esse mesmo cunho, não deu certo no  
 1192 estado e o que se pregava inicialmente era que, com a carteira assinada, com décimo terceiro, com direito de progressão, esse  
 1193 profissional aderiria ao programa, e a proposta que a ADAPS traz é a mesma, promove salários diferentes para regiões e para  
 1194 situações diferentes, carreira de estado a cada dois anos, com progressão para esse profissional, só que o que estava  
 1195 questionando inclusive junto com o Diretor da Atenção Básica é que tinham percebido, ao longo da história, que o profissional  
 1196 médico não está preocupado com a carteira assinada, ele prefere ficar com a bolsa sem desconto de imposto de renda e  
 1197 apenas um vínculo para que, no final da vida, possa ter uma aposentadoria, mas enquanto isso ele não quer ter essas outras  
 1198 vinculações e deixar de ganhar muito, por mais que se fale que ele pode chegar a ganhar vinte mil reais, ele não cumprirá a  
 1199 carga horária de 40 horas por vinte mil reais, ele prefere ficar dando plantão até porque consegue ganhar, as provas das  
 1200 especialidades médicas na residência têm mostrado o altíssimo índice de concorrência e vinham perdendo os profissionais  
 1201 para a atenção básica.


## DO CONSELHO DELIBERATIVO

- I - 6 (seis) representantes do Ministério da Saúde;
- II - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
- III - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;
- IV - 1 (um) representante da Associação Médica Brasileira;
- V - 1 (um) representante do Conselho Federal de Medicina;
- VI - 1 (um) representante da Federação Nacional dos Médicos; e
- VII - 1 (um) representante do Conselho Nacional de Saúde.



### CAPÍTULO QUINTO DAS RECEITAS E DO PATRIMÔNIO Art. 31. Constituem receitas da ADAPS:

- I - os recursos que lhe forem transferidos em decorrência de dotações consignadas no orçamento geral da União, nos créditos adicionais, em transferências ou em repasses;
- II - as rendas e os emolumentos provenientes de serviços prestados nos termos regimentais a pessoas jurídicas de direito público ou privado;
- III - os recursos provenientes de acordos e convênios realizados com entidades nacionais ou internacionais, públicas ou privadas;
- IV - os rendimentos de aplicações financeiras realizadas pela ADAPS;
- V - as doações, os legados, as subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado; e
- VI - as rendas e as receitas provenientes de outras fontes.



## CAPÍTULO SEXTO DA GESTÃO DE PESSOAL

- Art.36. O regulamento de pessoal da ADAPS, proposto pela Diretoria-Executiva e aprovado pelo Conselho Deliberativo, deve contemplar **regras específicas aplicáveis aos seus profissionais médicos atuantes na atenção primária à saúde no âmbito do Programa Médicos pelo Brasil, inclusive quanto à sua movimentação nos serviços prestados ao SUS, observada a legislação trabalhista**



### Painel de Controle e Monitoramento de Dados do Programa Mais Médicos - Bahia





## Reflexões críticas sobre a ADAPS

(ICRS, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2/13/2021)

Um ataque ao SUS

---

Indutora de uma maior precariedade no âmbito da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), e mais especificamente da Estratégia Saúde da Família (ESF)

---

ADAPS é nada mais do que a criação de uma entidade do Terceiro Setor, denominada de Serviço Social Autônomo (SSA)

---

Um ente privado e não estatal (apesar de criada pelo governo) com natureza jurídica próxima a outras experiências como as Organizações Sociais de Saúde (OSS), só que agora com uma dimensão nacional

---


Irá usurpar atribuições antes da alçada da União, estados e municípios em relação ao ordenamento e funcionamento de serviços de atenção primária à saúde do país.

---

Poderá ter relações como intermediadora para a contratação de serviços privados para prestação assistencial de saúde à população, aproveitando-se da situação de crise para realização de negócios duvidosos, visto o controle público muito mais fraco a estes entes do terceiro setor por órgãos de controle como Tribunal de Contas e Corregedoria Geral da União.

---

Diversas experiências nacionais mostram que a grande extensão não só da terceirização na contratação de profissionais de saúde, como da gestão de serviços, NÃO É UM MODELO SUSTENTÁVEL E ESTÁVEL para organização da gestão do SUS, bem como podem se tornar grandes portas para prática de corrupção e de caixa 2 para campanhas eleitorais.



### Reflexões críticas sobre a ADAPS (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, 22/10/2021)

**Criação da agência de natureza privada para gerir programa Médicos pelo Brasil, aprovada no final de 2019 para substituir o Projeto Mais Médicos para o Brasil.**

**Tem como uma de suas atribuições firmar contratos com entidades privadas para prestação de serviços de saúde na Atenção Primária, abrindo caminho para a ampliação da privatização no SUS.**

**A ADAPS vai contar com um orçamento de R\$ 1,2 bilhão para 2021 e 2022, e o Ministério estima que sejam contratados até 5 mil médicos para a provisão de vagas no programa Médicos pelo Brasil.**

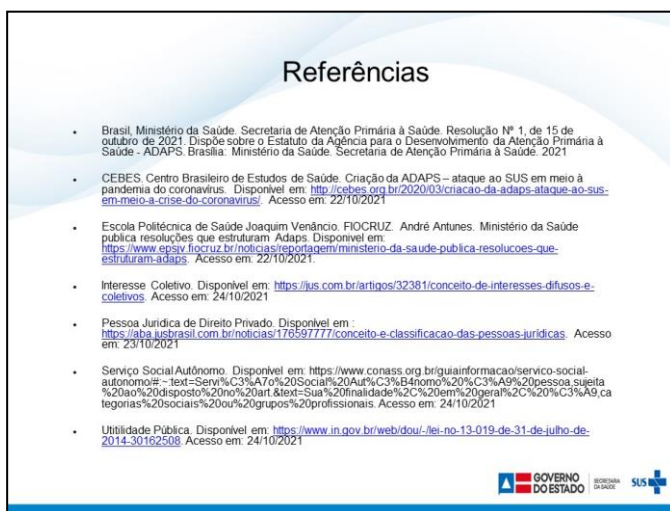
**É uma privatização de duas formas efetivamente: a gestão da APS em nível federal vai se fazer por essa entidade, essa pessoa jurídica de direito privado, e a prestação de serviços na APS também, o cidadão individual e os cidadãos coletivos também poderão ser terceirizados por esta entidade por meio da compra e venda de serviços de saúde. É algo gravíssimo.**

**Composição do Conselho Deliberativo é formado principalmente pelo governo e entidades privadas que tem atuação politicamente na defesa de interesses privados e mercadoristas.**

**A publicação das resoluções vem em um momento de avanço da agenda da saúde privada da saúde no segundo semestre de 2021, como por exemplo com o renúncio dos trabalhos da comissão especial da Câmara dos Deputados que discute alterações na Lei 8.080, o Marco Legal dos Planos de Saúde, interagindo informações do estabelecimento das relações público-privado na saúde.**



1246  
1247  
1248  
1249  
1250  
1251  
1252  
1253  
1254  
1255  
1256  
1257  
1258  
1259  
1260  
1261  
1262  
1263  
1264  
1265  
1266  
1267  
1268  
1269  
1270  
1271  
1272  
1273  
1274  
1275  
1276  
1277  
1278  
1279  
1280  
1281  
1282  
1283  
1284  
1285  
1286  
1287  
1288  
1289  
1290  
1291  
1292  
1293  
1294  
1295  
1296  
1297  
1298  
1299  
1300  
1301  
1302  
1303  
1304  
1305  
1306  
1307  
1308  
1309  
1310  
1311  
1312



Relatou que estão construindo um BI diariamente, e ponderou sobre outro ponto extremamente preocupante, observando que tem médicos com CRM, ou seja, médicos que se formaram no Brasil e tem médicos com RNS, que são os médicos brasileiros formados fora do Brasil. Relatou que foi professor do curso de especialização e pouco antes da sua fala recebera um manifesto enorme de alguns alunos que são médicos brasileiros, mas que não se formaram no Brasil e que hoje trabalham no Mais Médicos, com a finalização desses contratos e com a proposta da ADAPS, os médicos brasileiros formados fora do Brasil estão fora do projeto. Já tem um ano que o Ministério da Saúde não publica edital incorporando profissional médico formado fora do Brasil, mesmo com a pandemia, isso está bem gritante no painel que mostra que hoje tem no estado da Bahia quinhentos e quarenta e dois médicos, dos mil duzentos poucos, mais da metade são de médicos sem CRM Brasil, então é um fato preocupante que estava trazendo e a ideia era sair um documento da CIB, como está acontecendo nos outros estados, para fortalecer a discussão junto à CIT a fim de que fosse mantido. Finalizou enfatizando que não é que não quisessem que a ADAPS, que o Programa Médicos para o Brasil, que é dessa gestão, avançasse, eles tinham o direito de colocar, mas que fosse mantido principalmente o que foi pactuado anteriormente, de que os ciclos seriam a renovação dos contratos e que garantisse a participação dos médicos brasileiros formados fora do Brasil, para atender as necessidades dos municípios. **Raul Molina** parabenizou Emerson Garcia pelo trabalho brilhante junto ao Mais Médicos, que tem motivado a todos e que vem sofrendo um estrangulamento ao longo dos anos. Falou quanto à proposta da ADAPS, que a princípio é preciso olhar por todos os ângulos, inclusive lhe fizera lembrar a criação da Fundação Estatal de Saúde da Família, ao trazer os esboços do público/privado, das entidades privadas com direito público. Com relação à carreira, achava que isso teria que afunilar, não somente para a carreira dos médicos, como para todos os profissionais, concordando com Emerson Garcia e com relação a colocar o médico acima dos outros, se sentia bem à vontade para colocar, pois todo mundo que lhe conhece sabe que ele não é corporativo, ressaltando que continuam fazendo políticas específicas, onde se coloca o médico como o centro e não a equipe multidisciplinar, e na atenção básica tinham que ter muito cuidado com relação a isso. Com relação à prorrogação, também concordava, achando que as faculdades que foram abertas por meio do Programa Mais Médico ainda não tinham sido suficientes para suprir as necessidades que precisam e inclusive o trabalho que tinham iniciado - e já com parecer jurídico - que é o COAPES, está também bastante avançado, onde colocam sobre a formação, não somente do médico, como de todos os profissionais de saúde, porque o COAPES não trata apenas do médico, trata do programa, ensina saúde para todos os profissionais, tinham que se preocupar desde a formação, com qual é o tipo de profissional que se quer para o perfil epidemiológico, isso é importantíssimo, por isso que a grade curricular tinha que passar sempre por esse olho crítico que é preciso ter quanto a isso. Com relação à formação, disse que tem também uma preocupação muito grande, relatando que ultimamente vinha recebendo algumas das propagandas que estão fazendo, principalmente com a faculdade do Paraguai, em que o pessoal está fazendo medicina *online*, e é preocupante também esse aspecto. Colocou como encaminhamento, já que tem uma comissão bipartite criada, que fosse delegada a Gleiciane Birschner Hora que, juntamente com ele e membros da SESAB, também faz parte desse grupo, para se debruçarem um pouco mais sobre isso e trouxessem uma definição clara sobre o tipo de política que se quer no estado, principalmente com a formação dos profissionais de saúde, em vez de colocar apenas o médico, mas todos os profissionais da equipe multidisciplinar, por isso que é o contrato organizativo entre entidades de ensino de saúde. Enfatizou que Gleiciane Birschner Hora poderia contribuir também com isso, lembrando que vinha passando isso para a diretoria do COSEMS, já vinha sendo feito também em CIB, como o relato sobre o trabalho feito e o que foi levantado, os pareceres jurídicos que têm sido construídos, tanto pela SESAB como pelo COSEMS e a PGR, considerando que estavam em um *status* bastante avançado com relação a isso e que, até a título de economia, poderiam referendar para esse grupo, naturalmente que passando por todos os membros para prosseguirem com isso. **Emerson Garcia** concordou com Raul Molina de que o grupo de trabalho do COAPES já deveria estar definido. **Stela Souza** colocou que tinha dúvidas, e sendo muito sincera, para ela uma coisa é a falta do médico e aí eles tinham um espaço que precisavam retomar, que não é o do COAPES e sim o da CCE, para discutirem o Mais Médico, o déficit que acontecerá, tinha ouvido falar dessa mudança para a ADAPS, que é uma agência, mas não tinha se aprofundado para entender - por não querer mais entender tanto problema e às vezes eles não queriam nem analisar, ficando difícil - e comentou que uma coisa é o médico, o Mais Médicos, renovação, a perda de médico que estavam tendo, achava que isso poderia ir para a CCE, porque precisava voltar a existir, tem os representantes do programa, o estado, os municípios, os tutores, os supervisores, aqueles que participam, esse é o primeiro ponto que teriam que trazer. E quanto a inserir os profissionais no COAPES nesse movimento, achava que também pode ser feito, mas precisavam separar um pouquinho, ou então estava tão cansada que não estava conseguindo assimilar bem.

1313 **Emerson Garcia** colocou que são exatamente as duas coisas, lembrando que a CCE tem representação dos municípios,  
1314 estado, Ministérios da Saúde e da Educação. Relatou que há um mês tinham recebido uma notificação do Ministério da Saúde  
1315 sobre quais os membros que comporão a CCE que até então nenhum se prontificava, tinha participado de uma reunião no  
1316 Ministério da Saúde, juntamente com Cristiano Sóster e tinham lhe perguntado como continuariam trabalhando sem a presença  
1317 deles durante dois anos, ao que ele respondera que nunca tinham deixado de trabalhar, que estavam em parceria com o  
1318 COSEMS e fazendo as coisas acontecerem, Então eles mandaram uma representante, que participou de uma reunião com ele,  
1319 logo depois saiu de licença por seis meses, colocando a suplente. Contou que já havia pedido diversas vezes ao Ministério da  
1320 Educação o representante oficial, que este mês fez uma seleção e sequer os tinha comunicado, o último contato sendo quando  
1321 eles tinham solicitado que confirmassem o recebimento do livro do Mais Médicos que ele tinha mandado para eles, da mesma  
1322 forma que para o Ministério da Saúde, e só depois de dois meses é que responderam agradecendo, não fazem, então, nenhum  
1323 tipo de comunicação. Argumentou que poderiam resgatar a discussão do CCE com os membros que já existem e que tinham  
1324 condição de trabalharem, lembrando que hoje muitos deles estão no GT que está conduzindo o COAPES, como Gleiciane  
1325 XXX, Raul Molina, Cristiano Sóster, Janaína XXX e Cássio Garcia. **Stela Souza** sugeriu convocarem todos e levarem esta  
1326 pauta para discutir lá, argumentando que hoje não tinham como vencer essa pauta e entender por que não tem como fazer um  
1327 documento, quando ainda tem muitas dúvidas e não tinham mais tempo para essa discussão. Acrescentou que é uma coisa  
1328 nova, considerava ótimo Emerson Garcia ter trazido essa pauta, mas que é preciso amadurecer mais e todos precisam  
1329 conhecer esse processo, para entenderem o que pode acontecer. Colocou que gostaria de aprofundar mais, inclusive verem  
1330 também com o GT da Atenção Básica, que é bastante articulado, para fazerem lá essa discussão a fim de se apropriarem  
1331 mais, porque são mudanças e não são pequenas. **Cristiano Sóster** observou que aí tem três temas que estão ligados à  
1332 formação e ao provimento profissional, um deles o Mais Médicos, o outro relacionado à ADAPS e o outro ao COAPES,  
1333 portanto, achava muitos temas para discutirem em um único momento e argumentou que cabia sim alguns aprofundamentos.  
1334 Chamou atenção ao trazido por Emerson Garcia, em relação ao déficit que pode ter sido ocasionado em fevereiro, pois isto sim  
1335 é muito grave e inclusive tem impacto com o Previne. **Stela Souza** argumentou ser por isso que estava falando na CCE, para  
1336 fazerem esse movimento e **Cristiano Sóster** reiterou que esse é um ponto muito sério e, caso não tivesse uma programação,  
1337 um cronograma estabelecido e respostas ágeis do Ministério da Saúde, isso podia impactar de forma muito grave na  
1338 assistência e no financiamento da atenção primária. **Stela Souza** concordou com Cristiano Sóster de que são três pontos que  
1339 se misturam, assim, colocava como encaminhamento para o GT da Atenção Básica, e chamando também a CCE, para  
1340 tentarem fazer um movimento conjunto, pois é importante realmente, o Ministério não está participando, mas para não deixar  
1341 na conta de Emerson Garcia que ele está chamando para reunir com a CCE, eles podiam mandar um documento a verem  
1342 também se há interesse do estado ou do COSEMS, sem haver alguma alteração dos representantes e importante também  
1343 marcarem o momento. **Houve consenso**. Dando seguimento, passou para o próximo ponto de pauta, conforme inversão de  
1344 pauta solicitada: **5. COSEMS: 5.3 Comando Único dos municípios da Bahia**. Na oportunidade, ela registrou a presença  
1345 do Vice-Presidente da UPB, o Prefeito de Belo Campo **José Henrique Silva Tigre**, presente desde o início da reunião, e que  
1346 vinha participando de algumas reuniões CIB também, *online*. Colocou que nesta pauta de Comando Único, faria um pequeno  
1347 resumo, porque desde o início do ano, março, abril, o COSEMS tem trazido para as reuniões que tem pendências de  
1348 municípios e que entraram com processo seguindo todo o rito que é de fazer a comunicação ao Conselho Municipal de Saúde,  
1349 aprovar na CIR, encaminhar à CIB para repassar para a área técnica avaliar e, se necessário, chamarem o município para  
1350 fazer ajuste e discutir. E após esses movimentos é novamente encaminhado à CIB, para seguir o rito de aprovação por meio  
1351 de resolução, que depois é encaminhada ao Ministério da Saúde, com um ofício do estado, para retirar o recurso do teto do  
1352 estado e transferir para o município que tiver aprovado o Comando Único. Esse é o rito que vem acontecendo no decorrer dos  
1353 anos, mas sabiam, já foi dito aqui, que o Comando Único, a gestão plena, é direito de cada gestor municipal, o gestor é que  
1354 escolhe e define se fará a gestão do recurso ou se quer deixar no teto do estado, já tem até uma proposta para todos  
1355 receberem, a CIB também definir, mais adiante, se fosse o caso, todos assumirem o comando, só não assumindo o município  
1356 que não quiser, que for contrário, mas hoje é solicitado pelo município que tem interesse. Lembrou que tinham trazido esta  
1357 pauta em várias reuniões da CIB, a UPB vem cobrando, por intermédio do Prefeito de Belo Campo José Henrique Silva Tigre,  
1358 os coordenadores de CIR, os municípios cobrando nas regiões e o COSEMS também vem buscando. Reiterou que, seguindo o  
1359 que foi proposto, já tinha ido várias vezes para discussão, esta é uma pauta conjunta, lembrando que a construção de pauta da  
1360 CIB é feita por estado e COSEMS, que representa os municípios, visto que a reunião é bipartite, ou seja, são os municípios e o  
1361 estado que definem juntos as pauta das reuniões da CIB, para definirem juntos o que deve ser encaminhado e o que deve  
1362 retornar para nova discussão, normalmente já trazendo o que já tiver sido discutido, para evitar que a pauta retornasse e ter  
1363 algumas discussões demoradas, em razão da pauta não ter sido bem discutida antes, mas não é o caso do Comando Único.  
1364 Colocou que todos os meses foram incluindo alguns municípios, quando os prefeitos e os secretários municipais de saúde  
1365 começaram a procurar o COSEMS e trazendo então esta pauta de forma mais fervorosa, naquele momento eram dezoito  
1366 municípios, depois foi para vinte e um, depois para vinte e cinco, passando a vinte e nove e alguns dos municípios que estão  
1367 solicitando deram entrada no processo em 18 de março. Lembrou dos regimentos da CIB, da CIR e da CIT, e quando após três  
1368 reuniões da CIR não se consegue deliberar sobre determinada situação, é levada à CIB, onde, acontecendo o mesmo, é  
1369 levada à CIT. Então, já havia um encaminhamento de que, como não se resolvia em CIB, que fosse levado à CIT, mas tinha  
1370 conversado com o Presidente e o Vice-Presidente da UPB, que se comprometeram com os secretários e a UPB, com os  
1371 prefeitos, marcaram uma reunião com o CONASEMS para o dia 10, que se colocou à disposição para tentar conciliar essa  
1372 questão. A reunião estava marcada para o dia 10 de novembro, em Salvador, mas surgiu um evento em Brasília, em que  
1373 muitos prefeitos da Bahia participariam, o Movimento dos Prefeitos e, conversando com o Presidente da UPB, Zenildo Brandão  
1374 Santana, ela tinha lhe dito que os prefeitos e secretários estavam cobrando muito do COSEMS e não dava mais para ficar na  
1375 conta do COSEMS, que estava tentando de toda forma resolver a situação, e sugeriu que os prefeitos, Zenildo Brandão  
1376 Santana, José Henrique Silva Tigre participasse, então ela tinha ido à Brasília, uma reunião em que os prefeitos participaram,  
1377 inclusive pediria ao Prefeito José Henrique Silva Tigre para fazer um relato depois, vários secretários foram, Everton foi, por ser  
1378 Coordenador de CIR, e seu município também está na lista e, lá na discussão, o Presidente do CONASEMS, Willames Freire  
1379 Bezerra, que participou da discussão fez muita contribuição, o Secretário-Executivo Mário Junqueira, que foi presidente do

1380 CONASEMS por duas gestões, e fizeram os encaminhamentos, juntamente com todos os prefeitos e secretários, tendo ficado  
1381 definido que fariam uma última tentativa para tentarem resolver a situação, de forma amigável e tranquila, haveria uma reunião  
1382 da UPB com o COSEMS e a Secretária de Saúde do Estado e que se até hoje, dia 18 de novembro, não fosse pautado pelo  
1383 Estado na reunião da CIB, o COSEMS pautaria, não como pactuação – comentou que na pauta do COSEMS estava como  
1384 informe – então o COSEMS hoje notificaria, leria o nome de todos os municípios e daria o prazo para o estado fazer o  
1385 comunicado ao Ministério da Saúde, informar a partir de qual mês de competência o estado diria, normalmente são duas  
1386 competências mais ou menos depois do envio do teto e informação ao Ministério, assim os prefeitos e os secretários  
1387 aguardariam. Em não acontecendo, no dia 25 estará na pauta da CIT e isso incomoda e preocupa porque não queriam  
1388 enfatizar a situação da Bahia na Tripartite, o ideal seria resolver nossas coisas internamente, então todas as tentativas foram  
1389 feitas, iriam ouvir o estado e acreditava que algum membro do Estado deveria falar, provavelmente Cássio que estava online e  
1390 no final, na hora da notificação iria ler o nome de todos os municípios. Em seguida passou a palavra para o prefeito **José**  
1391 **Henrique Tigre** para que pudesse se manifestar. **José Henrique Tigre, Vice-Presidente da UPB e Prefeito de Belo Campo,**  
1392 cumprimentou a todos colocando que estava vendo as deliberações e realmente considerava algo louvável, a paciência e a  
1393 tranquilidade de discutir tantas ações, é amar o SUS definitivamente. Sobre a fala de Stela, observou que ela já explanou  
1394 praticamente tudo o que ele gostaria de falar e agora na condição de prefeito, para o seu município e para os municípios da  
1395 Bahia, o Presidente Zenildo Brandão Santana lhe deu essa encomenda para resolver e na reunião em Brasília ficou definido  
1396 algumas ações, mas muito lhe assusta e lhe deixa preocupado como a maioria dos municípios que pleiteiam comando único  
1397 desde março de 2021 e a CIB não consegue deliberar de forma definitiva essas ações, preocupa porque os municípios  
1398 precisam do comando único que já foi aprovado em CIR e reafirmado pela câmara técnica do Estado, então não entendia o  
1399 porquê de não estar já homologada a questão do comando único. Argumentou que se tivesse algum problema de nível técnico,  
1400 parte documental, conselho de saúde, desses vinte e poucos municípios que aí estão, poderiam rever e aprovar alguns em  
1401 uma CIB, depois outros e assim concluir, então achava que o Estado tem que trabalhar efetivamente para que todos os  
1402 municípios da Bahia tenham comando único, é importante, isso traz visibilidade ao estado, isso prova que o Estado está  
1403 avançando na saúde, então a sua palavra aqui era em defesa dos municípios, pois os prefeitos estão extremamente  
1404 angustiados e tristes, frustrados por não serem premiados com a homologação do comando único, diversos fizeram  
1405 investimentos na saúde, contrataram profissionais para dar consultoria e isso não pode mais acontecer, o estado com a  
1406 magnitude que tem e sem falsas modéstias e nem rasgação de seda, com o grande governador que tem, extremamente  
1407 competente na saúde, queria parabeniza-lo e dizer que o estado da Bahia precisa de muito mais, e disse isso a Tereza Paim  
1408 ontem, é necessário que o COSEMS esteja fortalecido, que tenha poder de decisão, relatou que seu secretário estava na  
1409 plenária e ele tem poder de decisão nas medidas e ações diversas que seu município precisa na saúde, e aos secretários que  
1410 os ouviam no momento e que estavam assistindo presencialmente, é necessário que tenham condição de deliberar  
1411 efetivamente sobre as ações de saúde do nosso estado, não podem esperar nove, dez meses para ter aprovação de comando  
1412 único, é muito estranho, então é importante que todos reflitam que os prefeitos que lá estão, que assumiram eleitos pelo povo  
1413 democraticamente, independentemente de cor partidária, fizeram investimentos no seus municípios e estão querendo agora  
1414 ser contemplados pela homologação do comando único, assim era necessário repensar as decisões senão não precisaria de  
1415 CIB, nem de CIR definitivamente. Enfatizou que estava representando os municípios da Bahia para juntos construírem ações  
1416 reais que possam melhorar os municípios e a saúde do estado, não estava aqui para criar dificuldade de forma nenhuma,  
1417 inclusive já disse a Stela para tentar resolver da melhor forma possível, pois será muito ruim levar para o CONASEMS uma  
1418 deliberação da Bahia porque não conseguiram resolver aqui e não queriam de forma nenhuma, assim se colocou à disposição  
1419 através da UPB com toda sua equipe para viabilizar a resolução dos problemas, sugerindo que se dos vinte e três municípios  
1420 só três tiverem condição, fossem homologados os três, se só cinco tiverem condição fossem homologados os cinco, mas era  
1421 preciso dar uma resposta rápida e efetiva e queria junto com toda a equipe do COSEMS e toda a equipe do estado fortalecer  
1422 cada vez mais, enaltecer e engrandecer a saúde dos baianos, é isso que precisam e referiu que podem contar com ele sempre  
1423 para o que der e vier. **Stela Souza** agradeceu ao Prefeito José Henrique Silva Tigre, ressaltando que o que ele colocou é o que  
1424 o COSEMS faz, na verdade enquanto secretários municipais de saúde, que não deixam em nenhum momento de ser gestores  
1425 e tem esse trabalho dentro da entidade que é o dobro do trabalho que já tem também no município, mas isso é doação, é  
1426 missão, é querer realmente uma saúde de qualidade para a Bahia, é cuidar da gestão Municipal da Saúde, buscar melhoria,  
1427 então estão fazendo a sua parte e buscando mais um pouco, tanto que provocaram e aconteceu essa reunião e saíram essas  
1428 proposições. Afirmou que em nenhum momento o COSEMS também quer que leve para a Tripartite, tanto é que vem fazendo  
1429 todos os movimentos, mas é livre direito dos gestores levarem, lembrando que na reunião houve um movimento de ir no  
1430 individual, José Henrique Silva Tigre entrevistou muito bem no sentido de tentar juntos resolver o problema na Bahia, então foi  
1431 essa a proposta que trouxeram. **Cássio Garcia** colocou que ouviu atentamente todo o histórico, o resumo muito bem-feito por  
1432 Stela Souza e as palavras do prefeito Quinho, que já é praticamente um membro CIB pois tem participado ativamente das  
1433 discussões da saúde. Comentou que em seu relato Stela trouxe uma questão muito forte que são as instâncias do SUS, a CIR,  
1434 a CIB e a CIT que realmente existem para decidir em conjunto tanto os desejos e interesses dos municípios quanto do estado,  
1435 nem sempre esses interesses convergem na mesma direção embora todos queiram fazer uma saúde mais forte. Em relação ao  
1436 comando único, colocou que o posicionamento do Estado ainda é o mesmo de dois meses atrás quando foi discutido na última  
1437 Bipartite, de antes de passar o comando único fazer uma discussão em cada região, quais são os municípios que vão ter a sua  
1438 responsabilidade, o Estado entende que o repasse do comando único pode acontecer, mas antes é preciso fazer uma  
1439 discussão regional sobre o perfil e o papel de cada município, então nada mudou ainda, infelizmente entendendo tudo que  
1440 pode derivar desse posicionamento, mas nesse momento o estado ainda é disso em relação ao comando único e estão  
1441 dispostos sempre a conversar. Stela já fez vários movimentos, já conversaram, mas ainda mantém a proposta do comando  
1442 único ser discutido depois que conseguirem fazer uma discussão, Tereza Paim já vem fazendo nas regiões, então o  
1443 posicionamento não mudou e era isso que tinham para colocar nesse momento em relação ao comando único. **Stela Souza**  
1444 registrou que a Secretária Tereza Paim precisou se ausentar e segundo informou foi chamada para uma audiência com o  
1445 Governador. Antes de passar a palavra para os demais membros queria colocar alguns pontos, primeiro que não existe  
1446 exigência para fazer gestão do SUS, é dado o direito e o dever dos Municípios de fazer gestão, não existe essa análise em

nenhum arcabouço legal, se alguém achar alguma orientação que trata disso até voltaria atrás, mas do que conhece da legislação que é dever e direito do gestor executar a gestão do recurso da saúde no município, no estado, é para todos, então essa exigência cai por terra dentro do processo de discussão que já foi conversado com todos os secretários, todos estão cientes disso, eles também que lhe alertaram sobre essa fala de dois meses atrás e essa é uma preocupação. Segundo, foi questionado na reunião em Brasília porque os municípios assumiram o comando até novembro, dezembro e de repente mais ninguém vai assumir, então querem saber por que uns puderam e outros não podem agora. Terceiro, tem situações de municípios que está bem clara, que é só cinquenta mil, sessenta mil, mas isso vai fazer uma diferença muito grande para o município que está bancando sem condições, ajudando a funcionar uma unidade dele sem condições, os trinta, quarenta mil que ele não recebe, ele passar a receber, aquilo que ele está gastando com o cidadão dele, o município pobrezinho pequenininho, ele poderia fazer isso melhor. Outra questão importante é o município fazer gestão na atenção básica porque é dinheiro, é recurso federal do mesmo jeito, fizeram um movimento com a assistência farmacêutica, vários municípios argumentando que não tinham condição de assumir o recurso federal da assistência farmacêutica, que não tinham condições de comprar, ora se já compra os 25%, que não é 25% que sabe que é muito mais, se já compra na sua contrapartida, então compra os 50 também do Federal vai para 75 fica só os 25 do Estado, a história é a mesma, então não sabia que análise é essa que vai dizer que um pode e outro não pode, porque claro que o município vai ter condição, mas ele também tem que ter o Fundo Municipal dele direitinho, vai ter que ter controle, vai ter que ter uma auditoria, isso tem a ver com o tamanho do município, um município desse pequenininho é diferente do município grande que tem grandes equipes, no fundo, no controle, na avaliação, na auditoria, não é o caso do município de dez, doze, quinze mil habitantes óbvio, mas ele tem que ter estrutura e aí cabe a ele, quem vai responder é ele não é o estado que tem que dizer se ele tem condição, como outro dia ouviu alguém dizer que tem que saber se o município tem condição, não é assim, se fosse assim então tira os prefeitos todos bota só os prefeitos de alguns lugares comandando, acaba a independência dos Municípios e só quem tem condição assume, Prefeito e Secretário também da mesma forma, assim, referiu sentir por falar isso, mas também já estava esgotada de cobrar isso.

**Jacqueline Bomfim** relatou que esteve com Stela, com o Prefeito **José Henrique Tigre** e alguns outros gestores, o CONASEMS e só foram para aquele momento lá em Brasília porque a situação realmente passou a ser uma situação que para ela enquanto gestora e sanitária no SUS a mais de vinte anos para ela era vergonhoso saber por exemplo que existem Estados em que uma reunião se deu plena para 100% dos Municípios, isso está na lei e é claro, não tem história de vão avaliar, primeiro que antes de sair da região passou pela CIR então porque que vai voltar para a região. Relatou que não estava na reunião da CIB há dois meses atrás, mas soube do que aconteceu e disse que ficou tudo muito bem definido na reunião com a UPB, esses municípios e o COSASEMS em Brasília, o COSEMS vai dar os encaminhamentos e seguir de acordo com a orientação e esperava como disse Stela que até o dia 25 que é quando vai acontecer a reunião da CIT se resolva fazer a publicação com os novos tetos para que não tenham que passar a vergonha de ver o estado da Bahia ser citado em uma CIT, porque vai entrar na pauta da CIT que vai dar conhecimento ao Ministério, só isso, não é mais nada além disso, a não ser dar ciência àquilo que é direito de cada um, porque aí não é o município ser beneficiado não, é direito do município fazer a gestão dos recursos de transferências governamentais dentro do seu território, então esperava mesmo que a SESAB mande o Ofício antes que aconteça essa CIT porque não gostaria de passar pelo desprazer de ter que assistir a forma que irão tratar o COSEMS porque ele também vai ser tratado como se fossem incompetentes e não fizeram o dever ou não souberam como fazer, isso é muito triste, esse é o momento triste mesmo, de luto para o SUS Bahia. **Raquel Ferraz** se manifestou dizendo também não ter entendido quando Cássio colocou essa questão da discussão regional porque quando assumiu o município como gestora há alguns anos seguiu esses passos, o município não tinha comando único e não houve essa discussão regional, conforme disse na CIB anterior, fez o estudo técnico junto com a equipe técnica da SESAB que brilhantemente lhes assessorou naquele momento e depois com o trabalho pronto fez discussões com sua equipe dentro do município, apresentaram na CIR o pleito, todos entenderam que aquilo ali era uma necessidade do município porque quando envolve comando único não é uma necessidade regional e sim do município, veio para a CIB e foi aprovado então realmente ficam essas perguntas em sua cabeça enquanto gestora sobre que discussão regional é essa, porque não viu nenhuma publicação de portaria nova instruindo novos caminhos, é a mesma portaria que continua e aí se socializa com toda a equipe do COSEMS e todos os colegas, por essa luta que esses municípios estão pleiteando do seu comando único. **Jacklene Mirne** reiterou que essa discussão já vem acontecendo e a fala é a mesma, argumentando que quando um gestor pede o comando único parte do pressuposto que antes de passar na CIR como Raquel disse, já tem todo um estudo feito, ninguém pede comando único sem fazer um levantamento, sem consultar o Conselho Municipal de Saúde, a responsabilidade de passar por todas as instâncias até chegar na CIB, então a sua fala também era no sentido de se solidarizar com os municípios, inclusive o município que está à frente hoje também está pleiteando, também já teve acesso a esses estudos, também já tem novos instrumentos, então queria reforçar e pedir ao estado que chegue a um consenso porque todo gestor criou essa expectativa e está ciente dessa responsabilidade que aumenta, cada um vai fazer seu dever de casa porque se está lá tem capacidade para fazer isso. **Cássio Garcia** afirmou que não existe nada legal, colocando que não falou nesse sentido jurídico, no sentido jurídico o legal de fato é a possibilidade que sempre existe de algum ente dar dissenso, então o estado estava dando dissenso e querendo fazer uma discussão mais aprofundada regionalmente, era só nesse sentido. Considerou natural o posicionamento do COSEMS, e só para finalizar, para não ficar parecendo que era uma fala que estava reinventando ou fazendo alguma exigência para isso, pelo contrário, entende e conhece bastante a legislação do SUS e uma das prerrogativas é o ente dar o dissenso e era isso que o Estado estava fazendo no momento. **Stela Souza** afirmou que era dado esse direito tanto é que não estava pactuado e a partir desse momento iriam notificar o estado porque aí era um consenso do COSEMS, várias falas de secretários e o posicionamento do Estado sem a necessidade de ouvir nenhum outro membro do estado, pois Cássio estava representando a todos e já foi dado dissenso, e dissenso dado não há pactuação, então a partir desse momento iria seguir o rito conforme orientação dada na reunião do dia 10 de novembro em Brasília. O Prefeito José Henrique Silva Tigre argumentou que via tudo isso com muita tristeza e sairia muito preocupado, considerando ter feito seu papel de prefeito, o papel da UPB e com essa divergência solicitou ao COSEMS que marcasse uma reunião já que é para construir ou reconstruir o que foi discutido na CIR e na área técnica da SESAB, embora achasse que dia 25 iria passar na CIT. Dirigiu-se a Cássio que participava via web, solicitando que pedisse à Secretária de Saúde para que até o dia 25 convocasse o COSEMS e os



secretários interessados dos vinte e três municípios para analisarem e discutirem juntos o futuro da saúde da Bahia, pedindo que não haja essa posição unilateral do Estado, que possam conversar, se não definitivamente iria pedir ao seu secretário para sair da representatividade da CIR, ou aqui mesmo na CIB, pois não faz sentido rasgar o que foi aprovado pela CIR e pela área técnica, é como rasgar a história do SUS e sinceramente, diante de todos os presentes se recusará a participar de qualquer reunião da CIB, definitivamente não lhe interessa mais. Reiterou para Cássio a solicitação de que Tereza Paim convocasse os vinte e três municípios para discutir e se tiver alguma coisa errada que assessore e ajude-os, veja o que pode ser mudado, melhorado, isso é importante para o crescimento e amadurecimento das ações da Bahia, que não entenda isso como um desejo simplesmente político, mas como tecnicamente também, pois embora esteja Prefeito hoje já foi secretário durante um bom tempo e só se constrói um SUS forte com parceria de todos os entes, federal, estadual e municipal, e se quiserem construir um Bahia cada vez melhor onde definitivamente funcione o SUS, é preciso dialogar olho-no-olho, pode até se divergir como o Estado estava divergindo agora, mas divertir olhando no olho, discutindo o que está certo e o que está errado e pontuando num futuro que pode ser melhorado e reconstruído, mas não dessa forma. Argumentou que era com muita tranquilidade que falava isso para Cássio com quem tem uma excelente relação, bem como todo o estado e falava aqui para o COSEMS e todos os secretários, que é preciso construir juntos a Bahia de Todos Nós, construir juntos as ideias de como fazer um SUS de qualidade aqui no Estado. **Stela Souza** disse ao Prefeito José Henrique Silva Tigre que não seria não participando dos espaços que iriam ganhar, ressaltando que é preciso continuar insistindo e enquanto Prefeito sabia do que ela estava falando e como foi secretário também e vai ser sempre, que são grandes as lutas e irão insistir até conseguir dar o melhor para que o povo seja bem cuidado. Colocou-se como uma municipalista mesmo, falando por si e representando seus colegas, defendendo sempre os municípios e a gestão municipal, que vai estar sempre em todos os espaços Independente das dificuldades. Ressaltou que eram todos a favor do diálogo, concordando que é preciso discutir até o último momento, mas existe o que foi pactuado e não poderia deixar de cumprir, foi dado dissenso mais uma vez em relação à questão no comando, é uma pauta que não vai mudar, não adianta mais falar, o prefeito se colocou, agora ela estava conduzindo e qualquer outra coisa agora não caberia mais, apenas notificar, aguardar ver se há possibilidade da reunião que não é a questão da CIT, lembrando que os prefeitos também podem ir de forma individual que cabe a cada prefeito e cada gestor buscar aquilo que é melhor para o seu município, a legislação garante isso e a partir desse momento iria ler o nome dos municípios que o COSEMS estava dando ciência ao Estado, do que já é de conhecimento, mas agora estaria oficializando na CIB: Conceição do Coité, Ribeira do Pombal, Sítio do Quinto, Rio do Pires, Riacho de Santana, Candiba, Angical, Caatiba, Itaquara, Rafael Jambeiro, Pindaí, Malhada, Milagres, Campo Alegre de Lourdes, Tabocas do Brejo Velho, Coronel João Sá, Fátima, Boninal, Cardeal da Silva, Martina, Tanhaçu, Jaborandi, Lapão, Paripiranga e Heliópolis. Lembrou que esses municípios estão com os processos com parecer na área técnica, são vinte e cinco municípios e tem mais quatro que apenas fizeram a manifestação, mas ainda não chegou à documentação na área técnica, portanto não os citou no momento, estes são os vinte e cinco municípios que estão com o processo finalizado na área técnica aguardando parecer. Assim, foi dado ciência ao estado, enfatizando que acreditava ainda no diálogo e na certeza de que antes do dia 25 isso será resolvido e não precisará entrar mais na CIT. **Cássio Garcia** deixou claro que com certeza o estado sempre estará aberto ao diálogo, a conversar com o COSEMS como sempre fez, lembrando que nesse momento o posicionamento é este, mas já houve várias pautas com discussões que chegava na hora, no dia, no prazo limite e conseguiram chegar a um denominador comum, e esperava também que conseguissem chegar dessa vez. Comprometeu-se a voltar a falar com a Secretária que com certeza também está muito preocupada com isso e quem sabe não encontram uma solução para tudo isso. **Stela Souza** concluiu o encaminhamento de que o estado foi notificado oficialmente sobre os vinte e cinco municípios, dando um prazo que se até a véspera ou no dia 25 não tiver sido resolvido, será realmente encaminhados para a CIT. Dando seguimento, passou para os próximos pontos de pauta que gostaria de tratar juntos. **5. COSEMS: 5.1 Regulação de Serviços e 5.2 Oncologia no Estado da Bahia.** Relatou ter colocado na reunião pela manhã porque é uma demanda da Diretoria do COSEMS e dos Municípios a demanda da dificuldade na regulação que não é serviços na verdade, é mais a regulação de leitos, mas também alguns procedimentos. Relatou que hoje o COSEMS fortaleceu o GT de Regulação aonde colocou alguns membros representantes das regiões, Sílvia de Mairí será a coordenadora desse grupo de trabalho, os membros serão Sílvia, Gleiciane, Rosângela, Jacklene Mirne, Everton, Lívia, Ernesto, Josielton, Alexandre de Alcobaça, Fábio e Maísa, todas as macrorregiões estão representadas, o COSEMS vai fazer um apanhado, uma construção de um processo e vai encaminhar para uma reunião com a SESAB, a Superintendência de Regulação vai ter que realmente ouvir o COSEMS, pois a situação está caótica, têm vários problemas, o problema não é só regulação, o problema também é leito, tem para regular ou não tem, os leitos estão ficando vazios e os pacientes aguardando a vaga, como é mesmo isso, então já foi agendada essa reunião. Da mesma forma com Oncologia que estão fortalecendo e retomando a discussão da regulação que está em excesso, não consegue vaga, como é que isso está acontecendo e a SUREGS tem que responder, só que o grupo vai cobrar depois que eles prepararem tudo, terça feira teriam reunião com certeza vão ter dever de casa para poder fazer. Da mesma forma a oncologia onde têm um problema sério, isso foi tratado hoje de manhã, foi cobrado durante esses dias à diretoria do COSEMS e sabem que tem paciente morrendo sem ser atendido, os relatos que são de que os pacientes estão morrendo porque não encontram vaga. Tem um GT de oncologia que nunca mais se reuniu durante a pandemia e vários outros problemas, enquanto isso vão trazer os executores para junto porque eles tem que estar na discussão, trazer a execução desses municípios executores para ver o que está acontecendo porque não é só onco/hemato, tem problemas também com o primeiro acesso do paciente com oncologia, essa coisa de dizer que com trinta dias já inicia não procede, tem que jogar duro, inclusive Alcina fica muito preocupada, já vem conversando muito com ela, mas ela precisa de ajuda também, então precisam tentar juntos. O que não dá é para agendar, um gestor não participa, o outro nunca foi, o outro não quer saber, então vão ver o que vai acontecer porque o recurso está lá no município dele, o problema não é dele e nem da população dele, é de uma população referenciada, se não está atendendo tem proposta para poder tomar providência, não dá para ficar calado, então a ideia da Oncologia e da Regulação foi essa, na oncologia os executores continuam presentes, Raquel, Valmor e Juliana são os que vão entrar, e queriam fazer o mais rápido possível essa reunião, ficou para combinar depois a de oncologia e de glaucoma. Dando seguimento, passou para a última pauta de leitos que cabe um pouco dentro dessa pauta final que é regulação de leitos e queria que Alcina desse uma resumida sobre a situação dos leitos clínicos e de UTI, a questão dos documentos que receberam. **4. SESAB/GASEC/COSEMS: 4.1 Situação dos Leitos**

1581 clínicos, de UTI e Leitos de Suporte Ventilatório COVID. Alcina Romero disse que estava sentindo falta da pauta da  
 1582 Resolução CIB para os leitos a serem incorporados que o Ministério da Saúde está pedindo e não está na pauta, observando  
 1583 que eram duas coisas, isso aí é a planilha de leitos que mandavam toda quarta-feira para o Ministério e tem duas ou três  
 1584 semanas que não mandam porque tem três semanas que resolveram não desmobilizar mais nenhum leito esperando para ver  
 1585 como fica a evolução de taxa de ocupação em número de casos, então em sua opinião, deveriam repetir a mesma planilha e  
 1586 encaminhar ao Ministério para não dizer que tem três semanas que deixaram de mandar. Nanci Salles esclareceu que a pauta  
 1587 citada por Alcina estava vinculada à essa da situação de leitos. Alcina Romero iniciou a apresentação em slides da  
 1588 Ratificação da Indicação dos Leitos COVID de UTI Adulto II para incorporação na Rede, agradecendo às meninas da CIB que  
 1589 lhe ajudaram com a linda apresentação e informando que isso foi respondendo um ofício do CONASS onde pede para ratificar  
 1590 a relação que mandaram no ano passado, só que no ano passado não precisou das CIB, ele pedia só um ofício e tiraram aqui  
 1591 o consenso e mandaram o ofício, este ano está pedindo Resolução CIB.

**RATIFICAÇÃO DA INDICAÇÃO DOS LEITOS COVID-19 DE UTI ADULTO II PARA A INCORPORAÇÃO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO**

SESAB/SAIS/DAE - Diretoria de Atenção Especializada

CIB GOVERNO DO ESTADO

**OFÍCIO CIRCULAR CONJUNTO CONASS CONASEMS Nº 004**

CONASS GOVERNO DO ESTADO

1607 Relatou que tinham chegado a ter mil e quinhentos leitos de UTI Adulto na Rede COVID, hoje têm quinhentos e poucos e aí  
 1608 fizeram a seguinte metodologia: O CONASS quer déficit de leito por macrorregião, número de leitos existentes, o déficit e o que  
 1609 é que a Bahia quer incorporar à Rede desses leitos. Basicamente os nossos leitos COVID são de três origens, Rede Própria da  
 1610 SESAB, Rede Contratualizada da SESAB e Rede Municipal, as três áreas se reuniram, as duas da SESAB fizeram a proposta  
 1611 e fizeram uma reunião web onde todos os municípios, os gestores municipais que têm leitos de UTI hoje no Plano de  
 1612 Contingência participaram e disseram o que queriam manter na Rede. Mostrou no slide abaixo um consolidado, a lista com a  
 1613 necessidade de leitos pelos parâmetros da Portaria 1631 do parâmetro do SUS, ressaltando que tem essa necessidade e  
 1614 chamando atenção que todas as macrorregiões têm necessidade de leitos de UTI, exceto a macrorregião Leste que já tem um  
 1615 excedente de duzentos e vinte e três. Na gestão municipal foram solicitados cinco leitos na Extremo Sul no Hospital Municipal  
 1616 de Teixeira de Freitas, dez leitos na Centro-Oeste no Hospital Municipal de Serrinha, dez leitos na Centro Norte no Hospital  
 1617 Regional Vicentina Goulart em Jacobina, dez leitos na Região Norte no Hospital Municipal de Paulo Afonso e dez leitos na  
 1618 Região Sul no Hospital de Base Luís Eduardo Magalhães em Itabuna. Da gestão estadual foram sessenta leitos na Centro-  
 1619 Leste, cento e cinquenta na Leste, vinte na Norte, dez na Oeste e trinta na Sudoeste. Da Rede Contratualizada tem público-  
 1620 privados ou filantrópicos, dez na Macrorregião Leste, vinte na Norte, vinte na Oeste, dez na Sudoeste e trinta na Sul, no total  
 1621 estão pedindo a incorporação de quatrocentos e cinco leitos de UTI tipo II. Chamou atenção de que vai chegar praticamente no  
 1622 teto de necessidade da Bahia, algumas macrorregiões resolvem a necessidade ou ficam muito próximos da necessidade. No  
 1623 slide seguinte mostrou o anexo que vai ficar na Resolução CIB da SUREGS, os leitos da Rede Filantrópica ou municipais que  
 1624 estão credenciados com a SESAB, tem Cachoeira, Senhor do Bonfim, Bom Jesus da Lapa, Brumado, Valença.

**CONSOLIDADO: LEITOS UTI SRAG/COVID A HABILITAR**

Macrorregião	Estimativa da Taxonomia de Leitos SRAG	Número de Leitos SRAG (COVID)	Diferença (Leitos - Macrorregião)	LEITOS UTI IMAGINADOS A HABILITAR			TOTAL
				Gestão Municipal	Gestão Estadual		
					Rede Própria	Filantrópicos/Privados	
EXTREMO SUL	341	51	-80	5			5
CENTRO LESTE	388	50	-338	30	60		70
CENTRO NORTE	71	10	-61	30			30
LESTE	341	564	223		130	30	360
NORTE	80	25	-54	10	20		30
NORDESTE	73	20	-53				
OESTE	79	10	-69		30	20	50
SUDOESTE	359	89	-270		30	30	60
SUL	241	89	-152	30		30	60
TOTAL	2122	898	-1224	60	230	90	480

CIB GOVERNO DO ESTADO

**SUREGS LEITOS UTI PARA HABILITAÇÃO**

MACROREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	CNES	EAS	GESTÃO/GERÊNCIA	nº LEITOS UTI AD			
Leste	Cruz das Almas	Cachoeira	2386879	Hospital São João	ESTADUAL (SUREGS)	10			
				das Damas Hospital São Francisco	ESTADUAL (SUREGS)	10			
Norte	Senhor do Bonfim	Senhor do Bonfim	2779839	Hospital Municipal Dom Antônio	ESTADUAL (SUREGS)	10			
				Hospital Municipal Carmela Dutra	ESTADUAL (SUREGS)	10			
Oeste	Santa Maria da Vitória	Bom Jesus da Lapa	4022718	Hospital Municipal Santa Rita	ESTADUAL (SUREGS)	10			
				Hospital Municipal	ESTADUAL (SUREGS)	10			
Sudoeste	Brumado	Brumado	2386569	Hospital Municipal Prof. Marquinhos	ESTADUAL (SUREGS)	10			
				Hospital Dr. Helton Guedes de Melo	ESTADUAL (SUREGS)	10			
Sul	Valença	Jequié	2494930	Hospital São Vicente	ESTADUAL (SUREGS)	10			
				Ilheus	Ilheus	3906788	Hospital de Ilheus	ESTADUAL (SUREGS)	10
<b>TOTAL</b>						<b>90</b>			

CIB GOVERNO DO ESTADO

1640 No slides seguintes mostrou os da Rede Própria, Salvador, Feira de Santana, Juazeiro, Conquista, Guanambi, Barreiras e os  
 1641 municipais, Teixeira de Freitas, Salvador na Macro Leste, Hospital Municipal de Salvador que no dia da reunião não tinha se  
 1642 decidido e encaminhou um ofício ontem pedindo para incorporar mais dez leitos de UTI no Hospital Municipal. Barreiras ficou  
 1643 de encaminhar, mas não mandou nada. Com relação ao consolidado, percebeu que estava faltando na gestão municipal, na  
 1644 Leste, dez leitos no Hospital Municipal que entrou lá na planilha do municipal, mas não entrou no consolidado. Com relação à  
 1645 planilha de leitos achava que seria melhor repetir a última, mas mandar como a Rede Atual COVID.

1646  
 1647

1648  
1649  
1650  
1651  
1652  
1653  
1654  
1655  
1656  
1657  
1658  
1659  
1660  
1661  
1662  
1663  
1664  
1665  
1666  
1667  
1668  
1669  
1670  
1671  
1672  
1673  
1674  
1675  
1676  
1677  
1678  
1679  
1680  
1681  
1682  
1683  
1684  
1685  
1686  
1687  
1688  
1689  
1690  
1691  
1692  
1693  
1694  
1695  
1696  
1697  
1698  
1699

### REDE PRÓPRIA

Macrorregião	Região de saúde	Município	CNES	EAS	Nº Leitos UTI COVID
LESTE	SALVADOR	CAMACARI	2388257	HOSPITAL GERAL DE CAMACARI	20
		SALVADOR	4073	HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO	40
		SALVADOR	3428	INSTITUTO COELHO MAIA	10
		SALVADOR	3980	HOSPITAL ELIARD LESBERRIE	10
		SALVADOR	3958498	MATERINIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	5
CENTRO-LESTE	SALVADOR	SALVADOR	659197	HOSPITAL DO SUBURBIO	10
		SALVADOR	407126	HOSPITAL METROPOLITANO	65
		SEABRA	3381298	HOSPITAL REGIONAL DA CHAPADA - SEABRA	10
		FEIRA DE SANTANA	6622333	HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA	10
		FEIRA DE SANTANA	2799758	HOSPITAL GERAL CLESTON ANDRADE	40
NORTE	JUAZEIRO	4028155	HOSPITAL REGIONAL DE JUAZEIRO	20	
SUDOESTE	VITÓRIA DA CONQUISTA	2402076	HOSPITAL GERAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA	20	
OESTE	BARRERAS	GUANAMBI	2056414	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	10
		BARRERAS	3972032	HOSPITAL DO OESTE	10
<b>TOTAL</b>					<b>276</b>

### GESTÃO MUNICIPAL

MACRORREGIÃO	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	EAS	nº LEITOS UTI AD
EXTREMO SUL	Teixeira de Freitas	Teixeira de Freitas	Hospital Municipal de Teixeira de Freitas	10
LESTE	Salvador	Salvador	Hospital Municipal de Salvador - HMS	10
CENTRO LESTE	Serrinha	Serrinha	Hospital Municipal de Serrinha	10
CENTRO NORTE	Jacobina	Jacobina	Hospital Regional Vicentina Goulart	10
NORTE	Paulo Afonso	Paulo Afonso	Hospital Municipal de Paulo Afonso	10
SUL	Itabuna	Itabuna	Hospital de Base Luis Eduardo Magalhães	10
<b>TOTAL</b>				<b>60</b>

**Stela Souza** comentou quanto a essa resolução que participou da reunião, os municípios se manifestaram e foi perguntado a eles se iriam manter, já até falou hoje pela manhã lembrando que leito de UTI COVID é um custeio, o leito de UTI não COVID é outro, o município está ciente que o valor pode mudar caso continue, tem a proposta também de quanto tempo esse leito ainda vai ficar funcionando, mas é importante que todos tenham ciência, os executores de cada município desses aí foi que informaram, alguns disseram que não iam querer, que não iam continuar, tem também uma preocupação na questão do vazio assistencial que na hora de consolidar vai ter e não sabem se todos os leitos que mantiverem serão atendidos pelo Ministério, não sabem na gestão estadual se todos que pediram para manter se vai dar certo, o que estava sendo aprovado é a proposta da Bahia, a proposta que têm que encaminhar para Ministério da Saúde e lá eles vão definir, claro que irão ajudar a cobrar para que realmente todos os leitos saiam e se possível que alguns com a diária um pouquinho maior, mas não sabem se isso vai poder acontecer, tudo depende até se o Ministério vai manter esses leitos, CONASS e CONASEMS estão cobrando e estão cumprindo o papel enquanto CIB, discutindo com os municípios e estado e levando para a Tripartite. Em seguida colocou em aprovação a **resolução de leitos mantendo já que não há desmobilização de nenhum e a outra aprovando os leitos de UTI COVID para não COVID, a manutenção deles. Houve consenso.** Em seguida agradeceu a presença de todos, declarando encerrada a sessão e confirmando a próxima reunião para o dia 16 de dezembro de 2021, em horário a confirmar. Não havendo mais o que tratar após registro da Ata pelo núcleo administrativo (Silvana Salume), e revisão pelo núcleo técnico (Fátima Valverde) eu, Nanci Nunes Sampaio Salles, Secretária Executiva da CIB, lavrei a presente Ata, que será assinada pelos Senhores Membros, após lida e aprovada. Salvador, 18 de novembro de 2021.

Membros Titulares:

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

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

Cássio André Garcia \_\_\_\_\_

Rívia Mary de Barros \_\_\_\_\_

Igor Lobão Ferraz Ribeiro \_\_\_\_\_

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

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

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

Membros Suplentes:

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

José Cristiano Sóster \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Fábio Maia Prado \_\_\_\_\_

Lívia Bomfim Mendes Aguiar \_\_\_\_\_